

Unidad Nº 5.

SALUD DEL ADULTO MAYOR - GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Autores:

Prof. Adjunto Dr. Martinez, Héctor David

Prof. Asist. Med. Mitchell, Maria Elena

Med. Aguirre Cristina Graciela

Objetivos de la unidad:

- Definir la naturaleza del proceso de envejecimiento desde una concepción holística y multidimensional.
- Delimitar los campos de acción de la Gerontología y la Geriatria.
- Reconocer la importancia de los Determinantes de Salud del hombre al envejecer.
- Valorar la importancia del Concepto Calidad de Vida en el Proceso de Envejecimiento.
- Incorporar la práctica de acciones preventivas y de promoción de la salud en la actividad profesional.

Contenidos de la Unidad:

Envejecimiento: Concepto. Envejecimiento Poblacional: características socio-demográficas y epidemiológicas. Teorías del Envejecimiento. Determinantes de salud en el envejecimiento. **Vejez:** Conceptos. Mitos y Estereotipos. **Gerontología:** Concepto. Calidad de Vida. Ecología de la vejez. **Geriatria:** Concepto. Valoración Integral del Adulto Mayor. Promoción de la salud en la Tercera Edad. Problemas de salud prevalentes en la tercera edad. **Modelo de Atención de Salud para el Adulto Mayor:** Rol de la Familia. Niveles de Atención.

INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO

Abordar el tema del envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. La vejez entendida como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual la modalidad de envejecimiento no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren sólo a nivel físico, pues cada sujeto interpreta éstos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se lo ha definido como: “Un deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.”

En la actualidad aún no tienen respuesta muchas preguntas sobre cómo se entrelazan los factores mencionados y cómo se lleva a cabo el proceso de envejecimiento; lo cierto es que no existe una causa única que explique porqué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados.

Envejecimiento poblacional: Características sociodemográficas y epidemiológicas

Se entiende por envejecimiento poblacional o demográfico al proceso de transformación de la estructura de edad de la población por el cual aumenta la proporción de personas en edades avanzadas.

Internacionalmente se considera que una población es envejecida cuando el grupo de edad de 65 años y más, supera el 7 % de la población total. En el año 1980 en nuestro país, la población de 65 años y más representaba el 8,2% de la población total. En el año 2001 este porcentaje ascendió al 9,9% siempre con predominio femenino. En la Ciudad de Buenos Aires, con la estructura más envejecida, éste valor era algo mayor a 17%.

El envejecimiento demográfico es el resultado del avance de la transición demográfica, es decir al tránsito de regímenes de elevados niveles de mortalidad y fecundidad, hacia otro de niveles bajos y controlados.

En las etapas iniciales de este proceso, que en general ocurre cuando desciende la mortalidad y la natalidad todavía sigue elevada, la población experimenta un proceso gradual de rejuvenecimiento, derivado del crecimiento acelerado de la población menor de 15 años. Posteriormente con el descenso de la fecundidad, la tendencia comienza a revertirse gradualmente, observándose un mayor crecimiento de la población adulta y con ello un paulatino envejecimiento poblacional.

En síntesis el envejecimiento poblacional es producto tanto del descenso de la mortalidad como de la reducción de la fecundidad.

En la **Tabla Nº 1:** relacionada con la transición demográfica de las poblaciones se observa en la primera columna las tres etapas correspondientes.

Tabla Nº 1: Etapas de la transición demográfica de las poblaciones

ETAPAS	FECUNDIDAD	MORTALIDAD	CAUSAS DE MUERTE	NÚMERO y % DE ANCIANOS
1ra	Elevada	Elevada	Mortalidad infantil. Mortalidad evitable	Pequeño
2da	Moderada	Moderada		Moderado
3ra	Disminuye	Disminuye	Enfermedades crónicas no transmisibles. Muertes violentas	Aumenta

Fuente: Omran, 1971

En la Argentina las características epidemiológicas (morbimortalidad, prevalencia de enfermedades, esperanza de vida, etc.) en la población de 65 años y más, comparten la situación general que se observa en la Región, no obstante existen una variedad de aspectos que reflejan la heterogeneidad de nuestro vasto territorio nacional.

En tal contexto se puede decir que así como el envejecimiento biológico aumenta el riesgo de enfermedades crónica -cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias crónicas y reumáticas, cáncer, diabetes, enfermedad de Alzheimer y demencias-, también aumentan los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados tanto con los estilos de vida como con el medio ambiente físico y social, reforzando la carga de la enfermedad y la magnitud del problema en términos individuales y colectivos. (La salud en la tercera edad. Vassallo,C.; Sellanes, M.).

En la **Tabla Nº 2**, podemos observar los cambios epidemiológicos asociados a los cambios demográficos.

TABLA Nº 2: CAMBIOS EN LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD ASOCIADOS A CAMBIOS DEMOGRÁFICOS.

ERA DE LAS EPIDEMIAS	Elevados niveles de enfermedades infecciosas, afectan a todos los grupos de edad pero afectan de manera específica a los niños. Debido a ello la esperanza de vida es baja y la mortalidad infantil elevada.
RECESIÓN DE LAS EPIDEMIAS	Se controlan las enfermedades infecciosas y pierden importancia como causa de mortalidad. Son los jóvenes los que sobre todo escapan a la mortalidad por enfermedades infecciosas.
ERA DE LA ENFERMEDAD CRONICA	Las enfermedades crónicas devienen la causa más importante de mortalidad. Aumenta la esperanza de vida, y la mortalidad infantil es baja
ENFERMEDAD DEGENERATIVA RETARDADA	Aumenta aún más la esperanza de vida, pero la calidad de vida puede no mejorar pues en el extremo de las edades avanzadas se producen múltiples alteraciones en la salud, como problemas de salud mental y enfermedades crónicas no tratables, pero tampoco mortales

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

“El envejecimiento de los seres humanos es un proceso que está caracterizado por la diversidad. Entre los factores más significativos que determinan esta diversidad se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. La vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación.

El estudio de la vejez durante muchas décadas ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Aún hoy, la vinculación entre vejez y conceptos tales como: enfermedad o dependencia forman parte del conjunto de prejuicios que la acompañan.

Reducir el envejecimiento humano a una de sus dimensiones, la biológica, o extender en forma abusiva e inadecuada los criterios asociados al envejecimiento biológico, dificultan en forma significativa su comprensión.

Cuando la vejez es incluida dentro del proceso vital y a la vez se le reconoce su componente de diversidad, resulta adecuado abordar su estudio desde las capacidades y habilidades que los viejos presentan en relación con su vida cotidiana y en los distintos entornos en que estas se desarrollan.”(Cornachione Larrinaga, M.A)

Según Ricardo Moragas Moragas (Dr. en Sociología. Universidad de Barcelona. España), la cuantiosa investigación biológica y la experiencia médica de atención a la ancianidad han originado la aparición de numerosas teorías que intentan explicar el envejecimiento humano sin que hasta la fecha exista una teoría general que explique globalmente este fenómeno.

Se parte de que el envejecimiento, como reconoce la gerontología social, no constituye solamente un proceso material del organismo, sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales, aunque a efectos analíticos se presenten las teorías sobre el envejecimiento biológico.

La naturaleza del proceso aún se debate y lo único que se puede afirmar con certeza son las características de complejidad, interdependencia de factores, individualización y asimetría. Por individualización se entiende la unicidad del proceso de envejecimiento en cada sujeto, que impide generalizaciones comunes en otros fenómenos sociales. Esta individualización se explica por la pluralidad de factores orgánicos, genéticos, personales, del medio ambiente, sociales etc.

La primera división de teorías diferencia entre aquellas: basadas en:

Basadas en factores externos: (nutrición, virus, radiación, contaminantes, etc)
y otras sustentadas en

Basadas en factores internos: (teorías neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas).

Las teorías basadas en factores externos o también denominadas “Ambientalistas”, tienen en cuenta todos aquellos factores del medio ambiente que actuando sobre el organismo, reducen su capacidad para sobrevivir a las agresiones. Por ejemplo: cambios en el estilo de vida, en la nutrición, en el consumo de drogas, en la contaminación atmosférica, en el agua, etc.

Las teorías basadas en factores internos, tratan de explicar el envejecimiento por causas inmunológicas, celulares, endocrinológicas y genéticas.

Teoría Inmunológica: sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger o defenderse de las enfermedades. Llega un momento en que este sistema pierde la capacidad de distinguir la presencia de agentes invasores externos de los elementos del propio organismo y en consecuencia es el que ataca y destruye el funcionamiento biológico natural.

Teoría Celular: sostiene que el envejecimiento biológico es causado por la pérdida de información acerca del metabolismo y reproducción celular. Contenida en el ADN. Por este motivo las células dejan de dividirse, envejecen y pierden su función.

Teoría Endocrinológica: el envejecimiento es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo humano, por ejemplo, la pérdida de estrógenos que se produce durante la menopausia en las mujeres.

Teoría Genética: postula que todas las especies tienen una cantidad de vida programada y las condiciones ambientales participan modificando en más o en menos los años que nos fueron genéticamente asignados al momento de nacer.

Teoría de los Radicales Libres.(Harman 1988). Teoría ampliamente analizada. Los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado. Este radical libre va reduciendo la eficiencia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula. Pueden producirse por la radiación, el extremo calor o por reacciones oxidativas. Pueden a la vez formarse en cantidades reducidas como parte integrante del metabolismo normal de la célula. Son altamente reactivos y su acumulación afecta la membrana celular y otros componentes de la célula, acelerando el proceso de envejecimiento.

Teoría del Error Catastrófico: A medida que se avanza en edad, se van produciendo errores en la síntesis proteica, de tal forma que la célula con el tiempo se hace inviable. Como conclusión podríamos decir que no existe una teoría que por sí sola explique el fenómeno del envejecimiento. Probablemente, envejecer sea la consecuencia de una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, que interactúan a lo largo del tiempo sobre un organismo con una carga genética determinada, produciendo un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

DETERMINANTES DE SALUD DEL HOMBRE EN EL ENVEJECIMIENTO

Como señalamos anteriormente tanto la salud como el envejecimiento además de estar determinados biológicamente, están determinados social, política y culturalmente.

Determinantes socioeconómicos: Los determinantes tanto sociales como económicos abarcan una gran variedad de factores incluidos la situación laboral, condiciones y seguridad del trabajo, el nivel de educación alcanzado, el entorno, las circunstancias familiares, es probable que las desigualdades de salud en la tercera edad se encuentren en las circunstancias socioeconómicas de la vida anterior, constituyendo éste un importante campo para la investigación. Por ejemplo hay estudios longitudinales que han demostrado que el nivel de educación y el estado civil tienen importancia como predictores de mortalidad.

En cuanto a la historia laboral y las condiciones en que se desarrolla su trabajo: la rigidez de las exigencias de trabajo sobre todo a edades avanzadas, el entorno laboral, las condiciones sanitarias son frecuentemente causa de morbilidad (y de mortalidad) evitable en las personas.

Otra circunstancia a tener en cuenta es la inseguridad laboral, los períodos de desempleo cada vez más habituales, que tienen en ambos casos importantes consecuencias negativas sobre la salud del hombre al envejecer, especialmente cuando alcanzan la edad de la jubilación.

Una de las principales consecuencias de la jubilación, sobre todo en los países en desarrollo es que coloca a los ciudadanos de tercera edad en una posición económica de vulnerabilidad (pobreza, acceso limitado o nulo a la asistencia sanitaria). Al dejar de trabajar no solo pierden beneficios económicos, sino también sociales y psicológicos y de tener un objetivo en la vida.

Determinantes conductuales, estilos de vida: Los factores conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales, el tipo de trabajo son algunos de los determinantes más importantes en el envejecimiento saludable.

Determinantes de género: Como vimos al tratar el envejecimiento demográfico, una característica es la diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres, lo que ha llevado a una "feminización" de la tercera edad, la tercera edad está cada vez más dominada por los problemas de las mujeres mayores

Determinantes culturales: Las diferentes culturas asignan distintos valores a los papeles que desempeñan las personas mayores en sus sociedades. En países industrializados, a menudo se saca a las personas mayores de los patrones de vida normal cuando sus familias ya no pueden ejercer el papel de cuidadores, y entonces se los “reubica” en clínicas geriátricas o residencias para ancianos. Éste cambio de entorno puede llevarlos a un deterioro del estado de bienestar físico y psicológico y marcar el comienzo del empeoramiento de la salud.

En culturas en las que el hombre está devaluado en razón de su edad avanzada, en sociedades que llevan al aislamiento a los ancianos, no sorprende que en ellas aumenten los índices de trastornos afectivos y del estado de ánimo y las tasas de suicidios. Para actuar preventivamente y evitar estas consecuencias, es importante cambiar, en éstas sociedades, la percepción que tienen sobre el envejecimiento y del papel que asignan a los adultos mayores en dicho proceso.

Determinantes políticos: Las diferentes decisiones políticas actúan incidiendo sobre el entorno social y económico en el que envejece el hombre, y tienen un efecto importante sobre la salud del hombre al envejecer, por ejemplo programas de seguridad social o de seguros, legislación laboral.

Determinantes espirituales: Las creencias espirituales pueden tener consecuencias sobre la respuesta de una persona ante determinado estado de enfermedad como sobre el resultado final del proceso de enfermedad, constituyen grandes ayudas a la hora de enfrentarse positivamente con las enfermedades graves, y a menudo quedan como única referencia cuando ningún tratamiento biomédico es ya efectivo en enfermedades terminales.

VEJEZ

Con término vejez se hace referencia a un estado biológico, psicológico y social irreversible al que se llega a cierta edad de la vida y que varía según los lugares, las épocas e incluso los individuos: en la Edad Media se era viejo a los 35 – 40 años y hoy los hombres de 70 años pueden dar una impresión de “juventud”.

La vejez, o senectud, o ancianidad, no es más que el estadio final del ciclo vital normal. Las definiciones de lo que es “vejez” no son equivalentes en biología, demografía, empleo, jubilación y sociología. A efectos administrativos y estadísticos, se considera como ancianos a las personas mayores de 60 o 65 años.

Existen diferentes criterios para definir la vejez:

Criterio Cronológico: define la vejez en función de la edad del individuo. Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica y forman una unidad de análisis social, la cohorte, utilizada frecuentemente por demógrafos, epidemiólogos y sociólogos.

Criterio Biológico: Asociado al desgaste de órganos y tejidos, marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible. Este criterio por sí sólo no es válido ya que algunas estructuras envejecen muy precozmente, mientras que otras lo hacen de forma muy tardía.

Criterio Funcional: define la vejez asociándola a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir, equipararía a la vejez con la enfermedad. Éste es un concepto erróneo pues la vejez **no** representa necesariamente incapacidad o limitación. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos, son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

Criterio Socio-laboral: utilizado con gran frecuencia en la actualidad, considera la jubilación como el comienzo de la vejez., ya que se la considera como la transición o el ingreso al proceso de envejecimiento. Este criterio está muy rebatido, ya que la jubilación es un fenómeno bastante nuevo y no afecta por igual ni a todos los individuos ni a todas las sociedades.

Criterio vejez, etapa vital: está basada en el reconocimiento de que el paso del tiempo produce efectos en la persona. La vejez, según este punto de vista, constituye un período semejante al de la niñez o la adolescencia que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo.

En definitiva podemos concluir diciendo que no existe ningún criterio que, por si solo defina o tipifique la vejez, ya que la mayoría de ellos se centran en un solo aspecto del individuo y no consideran la vejez de forma global, como una manifestación del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto.

MITOS Y ESTEREOTIPOS EN LA VEJEZ

Las actitudes y el grado de atención que la sociedad evidencia respecto a la figura del hombre mayor, y los eventos sociales a los que se pueden ver expuestos sujetos de edad avanzada (jubilación, reducción del círculo familiar por separación y pérdida de seres queridos, o la generalizada devaluación social al considerarlo improductivo y casi inútil, etc.); todo lo anterior incide profundamente en su vivencia personal debido al efecto de contraste con la población joven.

El interés de la sociedad por la vejez no está exento de paradojas y contradicciones a la hora de abordar el fenómeno. Se valora y se idealiza la "sabiduría" del anciano, pero se le "jubila"; las energías sociales se emplean como nunca anteriormente en pro del bienestar de la ancianidad, siendo no obstante dicha sociedad una acérrima defensora de los valores que orientan a la producción y consumo de bienes materiales

En su trabajo sobre Antropología de la ancianidad, Joseph Fericgla (1992) refiere cómo la relación establecida entre el colectivo anciano (en términos generales) y la sociedad adulta se asemeja al modelo del "doble vínculo" propuesto por Batenson:

"La sociedad anuncia que merecen todo el respeto de los demás, que gracias a ellos el mundo funciona en la actualidad, que la sabiduría acumulada a través de los años es insustituible y que la ancianidad merece ser el primer objetivo de cualquier intento social de bienestar. Sin embargo, la acción se contrapone en buena medida a estos enunciados: los valores se decantan hacia la juventud, los programas publicitarios preconizan la guerra a las arrugas y a las canas, las innovaciones ahogan las tradiciones".

El envejecimiento físico no sólo modifica la autopercepción y la imagen de uno mismo, sino que sirve igualmente de señal a los demás los cuales suelen modificar sus actitudes y comportamientos hacia los individuos físicamente viejos.

Mencionaremos algunas cuestiones aclaratorias referidas al envejecimiento biológico, relacionadas con algunos estereotipos sociales que suelen vincular la vejez con la enfermedad física:

- 1) La forma y el ritmo de envejecimiento no es igual para todas las personas.
- 2) La vejez no es necesariamente aval de enfermedad.

- 3) Hay cambios positivos en la vejez referidos a la disminución o desaparición de algunos trastornos como resfríos, alergias o cefaleas crónicas.
- 4) En cualquier edad, y la vejez no es una excepción, la enfermedad puede provenir de aspectos ambientales, con independencia de los años.

Las personas necesitan adoptar marcos ideológicos, teorías desde las que interpretar y conferir sentido a la realidad, a las personas y a las cosas. Se trata de las **actitudes**. A veces, las actitudes son teorías fundamentadas, otras son hipótesis apriorísticas, sin comprobar. En este último caso se habla de **prejuicios**. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado y casi automático a un objeto social.

Los prejuicios (ideas falaces), tienen de particular que, inconscientemente, se tiende a cumplirlos a través de los comportamientos concretos; por ejemplo: pensar que los viejos son irresponsables (desmemoriados, infantiles, etc.), lleva a tratarlos como a tales (constantemente les recordaremos lo que tienen que hacer, no les encomendaremos tareas de responsabilidad, etc.), sin que con ello favorezcamos más que la irresponsabilidad que preconizábamos y, pues, su inutilidad. Por lo tanto, las ideas y actitudes de prejuicio sobre los mayores (adquiridas a lo largo de la vida por transmisión cultural y educativa), buscan confirmar su legalidad y vigencia reforzándose en la realidad.

Los mitos y estereotipos que afectan a la vejez son múltiples y variados. Probablemente sea imposible aceptar ninguna clase de ordenación objetiva de ellos, dada su naturaleza subjetiva. Por lo tanto, cada observador tendría que reconocer su propia versión personal.

Lo real es que existe una apreciación estereotipada con relación a que todo cambio que acontece en la vejez es siempre negativo, ya que la creencia indica que se van perdiendo las capacidades y /o habilidades que las personas fueron adquiriendo en el transcurso de la juventud y adultez. Los prejuicios que existen sobre las personas mayores son compartidos por las personas que transitan esta edad, por las personas de otros grupos generacionales y también por distintos profesionales del equipo de salud.

El Dr. Leopoldo Salvarezza (médico, psiquiatra, psicogerontólogo, Prof. Titular UBA), considera que una inmensa mayoría de la población de todas las culturas tienen numerosas conductas negativas hacia las personas viejas, las que a veces son inconscientes pero lamentablemente en la mayoría de las oportunidades son conscientes y activas.

Plantea además que, ante la carencia de un término específico (en castellano) que haga una expresa y clara referencia al prejuicio y/o discriminación que la sociedad ejerce sobre las personas mayores, se use el neologismo "**viejismo**": conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas viejas por el solo hecho de la edad, y que a la vez resulte equivalente del vocablo "**ageins**": término inglés que se usa para designar una concepción prejuiciosa para con las personas mayores.

GERONTOLOGÍA. CONCEPTO

Etimológicamente, la palabra *GERONTOLOGÍA*, procede del término griego *geron*, *gerontos/es* o "los más viejos" o "los más notables" del pueblo griego; éste término se une el término *logos*, "logia o tratado", grupo de conocedores. Por ello, la gerontología se define como "ciencia que trata de la vejez", y así también se la encuentra en el diccionario de la Real Academia Española.

Es una disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológicas, psíquicas, sociales, económicas, legales, etc.

El envejecimiento es parte del desarrollo del ciclo vital desde el crecimiento prenatal a la senectud. Sin embargo, la gerontología se concentra en los cambios que tienen lugar entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, y con los factores que producen estos cambios.

La gerontología es considerada la ciencia madre, y se divide en cuatro apartados:

Gerontología biológica o experimental: Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por dos fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones deductivas y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías.

Gerontología clínica o geriatría: Ciencia médica cuyo fin es la prevención, diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su casa o institución.

Gerontología social: Es la que comúnmente se conoce como Gerontología. En ella intervienen las siguientes profesiones: trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos, políticos.

Gerontopsiquiatría: Estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano. Se destacan las demencias y las depresiones como las patologías características. Trata además de comprender, describir, explicar, modificar las actitudes del sujeto que envejece.

De manera que la gerontología tiene diferentes áreas de conocimiento:

Los problemas sociales y económicos debidos al incremento en el número de personas mayores en la población.

Los aspectos psicológicos del envejecer, que incluyen tanto la capacidad intelectual como la adaptación personal a él.-

Las bases fisiológicas del envejecimiento, junto con las desviaciones patológicas y los procesos de enfermar.-

Los aspectos biológicos generales del envejecimiento en todas las especies animales.-

La gerontología aplica metodologías provenientes de otras disciplinas científicas: medicina, sociología, antropología etc.

Uno de los objetivos de la investigación gerontológica es aprender más sobre el proceso de envejecimiento, no tanto para alargar el ciclo vital, como para minimizar las discapacidades y minusvalías asociadas a las edades avanzadas.

CALIDAD DE VIDA

“A través de toda la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las corrientes filosóficas, políticas, sociales y económicas. Aún se continúa la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como parte de esa imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad.”(OPS, 2002)

Historia del concepto

La Calidad de Vida ha sido desde siempre un concepto de gran interés en distintos ámbitos (salud, educación, economía, política, y el mundo de los servicios en general), sin embargo, la preocupación por su evaluación sistemática y científica, es reciente.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida estaba ligada al medio ambiente y los problemas que ocasionaban las condiciones de vida urbana.

A mediados de los 70 y comienzos de los 80, la expresión Calidad de Vida comienza a definirse como **concepto integrador** que comprende todas las áreas de la vida (**carácter multidimensional**) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Actualmente los distintos autores aceptan que la Calidad de vida está relacionada con condiciones de vida y con aspectos tales como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos (Coehlo y Coehlo 1999).

La OMS define la Calidad de Vida como *“la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”*.

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia. La calidad de vida en esta etapa está también relacionada con la autonomía e independencia de la persona. Diversos estudios señalan que las personas independientes, creadoras, involucradas en tareas posteriores a la jubilación, y con un sano equilibrio emocional, suelen vivir mejor y más años que las personas aisladas, reclusas, frustradas y deprimidas. Los ancianos conservan suficientemente bien su intelecto si se mantienen activos y se emplean en toda su capacidad.

Para poder medir los diferentes aspectos que conforman el concepto calidad de vida de las personas, se han construido diversos instrumentos tales como cuestionarios, tests, etc. El más utilizado en la actualidad es el “Cuestionario Breve de Calidad de Vida” (CUBRECAVI) (Fernández Ballesteros, R.)

Las variables que mide están agrupadas en 9 ítems:

● Salud subjetiva
● Salud objetiva
● Salud psíquica
● Integración psicosocial
● Habilidades funcionales
● Actividad y ocio
● Calidad de vida
● Satisfacción con la vida
● Educación
● Ingresos
● Servicios sociales y sanitarios

El primer ítem comprende a la salud subjetiva (autopercepción de la salud), la salud objetiva (síntomas con su frecuencia de aparición) y la salud psíquica (sentirse deprimido, angustiado, desmemoriado).

El segundo ítem se refiere a la integración psicosocial: frecuencia con que suele verse con familiares y amigos, el grado de satisfacción con sus relaciones etc.

El tercer ítem evalúa el nivel de autonomía-dependencia que tiene la persona en su vida cotidiana.

El cuarto ítem se refiere al sentido que cada persona da a la experiencia de ocio, las actividades que realiza etc.

El quinto ítem y el sexto ítem tienen que ver con la realización de las expectativas y necesidades de la persona.

El séptimo ítem indaga sobre el máximo de educación alcanzado o el dominio de algún oficio.
El octavo ítem se refiere al monto de dinero que por todos los conceptos entran en el hogar.
El noveno ítem indaga sobre los servicios sanitarios y sociales con que puede contar el anciano.

ECOLOGÍA DE LA VEJEZ. Aproximación al concepto

Los seres humanos, en tanto organismos vivos, están sujetos a cambios internos que hacen posible su crecimiento y desarrollo, y también a cambios externos que suceden en el medio social y cultural en el cual se desenvuelven. Decimos entonces que existe una interacción entre el sujeto y el medio, en donde ambos se influyen y modifican mutuamente. Las interacciones entre los sujetos envejecientes y ancianos con su entorno socio-cultural y las modificaciones mutuas que se producen en tales interacciones son motivo de interés de lo que se denomina “ecología de la vejez”.

Las personas se relacionan con su entorno a través de las “instituciones”, de las que forman parte y a través de las cuales participan en la sociedad global. Estas instituciones constituyen sistemas sociales abstractos, amplios y generales en los cuales circulan un conjunto de creencias, normas, valores, estilos de actuación y modalidades de ser.

Las instituciones se hacen concretas y particulares en las “organizaciones” que constituyen los entornos en los que se desenvuelven los sujetos desarrollando diferentes roles y funciones, los cuales los “ubican” en lugares diferentes, asignándoles distintos significados. Por ejemplo: un sujeto en la familia puede ser hijo/a, hermano/a, nieto/a, esposo/a, padre/madre, abuelo/a. Cada rol supone el ejercicio de una función específica que se lleva a cabo mediante actuaciones determinadas (que son preestablecidas por la sociedad y el grupo social al que pertenecen los sujetos) y que definen una modalidad para hacer y determinan el “ser” del sujeto que la realiza.

En síntesis:

La “ecología de la vejez” estudia la interacción activa entre el sujeto envejeciente y su medio sociocultural, y el modo en cómo se influyen mutuamente.

Todos sabemos que con el correr de los años existen cambios fisiológicos y psicológicos y que estos cambios no ocurren de la misma manera en todos los sujetos, es decir, que no son universales pues existen diferencias individuales. La edad también afecta ciertas aptitudes y potencialidades, pero otras se mantienen constantes e incluso se incrementan, tal es el caso de la inteligencia y de las estrategias que se emplean para resolver problemas de conocimiento. Sin embargo, no existe acuerdo acerca de cuáles son las causas por las que durante la vejez algunos sujetos conservan ciertas capacidades y otros las pierden. De allí que se la atribuya la responsabilidad de las diferentes “modalidades de envejecer” a factores genéticos, a la alimentación, al ambiente, a la estructura de la personalidad y a la capacidad de cada sujeto para afrontar y procesar los cambios.

A menudo cuando se habla de vejez se habla en singular, como si existiese una sola “vejez”, y se tiende a asociar estos cambios con la edad cronológica, sin tener en cuenta los múltiples y variados mecanismos que actúan en el proceso de envejecimiento; por lo tanto hoy se dice que es más correcto hablar de “vejezes” porque este término explica las diferencias que existen entre los sujetos y aún dentro de un mismo sujeto.

GERIATRÍA. CONCEPTO. VALORACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN LA TERCERA EDAD.

Geriatría: Rama de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto mayor en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz.

La atención Integral del adulto mayor a que hace referencia la definición comprende: la evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional. La rehabilitación precoz hace referencia al proceso de aprendizaje, simultáneo al tratamiento de patologías, que considera las cuatro esferas mencionadas, siendo su meta restaurar la función y mejorar la calidad de vida.

Objetivos de la geriatría:

Evitar la aparición de enfermedad mediante prevención y promoción de salud; si ésta aparece, prevenir que evolucione a la cronicidad e invalidez.

Lograr la máxima integración del adulto mayor en la familia y comunidad con la calidad de vida más digna posible, efectuando distribución racional de los recursos disponibles.

Proporcionar asistencia integral, donde la rehabilitación juega un rol fundamental.

Realizar docencia y educación, promoviendo la investigación en el área.

Para cumplir con estos objetivos la Geriatría se vale de tres herramientas:

Valoración Geriátrica Integral -Niveles de Atención - Equipos de Salud.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Es una herramienta básica realizada por el esfuerzo coordinado del equipo de salud, que permite una aproximación sistemática a todos aquellos datos que facilitan una evaluación del estado de salud y desempeño funcional, logrando un plan de cuidado global, optimizando el uso de recursos y garantizando continuidad de cuidados.

Una de las características de esta herramienta es su alta eficacia en adultos mayores frágiles.

Con el concepto de fragilidad se hace referencia a una condición personal en la que se ven afectados los aspectos fisiológicos y neurosensoriales de un individuo, implicando pérdida de las reservas que permiten mantener el equilibrio con el medio y / o recuperarlo luego de un evento negativo.(descrito por Christian Lalive D'Epinay)

El estado de fragilidad se define por la afectación de cinco dimensiones y se comprueba que el compromiso de por lo menos dos de ellas, determina que un Adulto mayor (AM) sea frágil.

Estas dimensiones se relacionan con los siguientes aspectos:

Sensorial: fundamentalmente visión y audición.

Neurolocomotor: relacionado con los componentes estructurales y funcionales de la movilidad.

Cognitivo: relacionado con la salud mental.

Metabólico Energético: relacionado con un equilibrio del medio interno inestable y próximo a los límites entre lo normal y lo patológico.

Enfermedades

De las personas mayores de 60 años, que se encuentran en proceso de fragilización, según las circunstancias, algunas llegarán a la dependencia más temprano que otras.

La fragilidad es una realidad visible en la práctica médica asistencial y preventiva, su identificación permite actuar racional y oportunamente en la prevención de las discapacidades y en la protección de la independencia o autonomía personal.

Otro concepto a tener en cuenta es el de Vulnerabilidad Socio Sanitaria que es definida como” la situación que se caracteriza por la pérdida del equilibrio psicofísico y la falta de continencia familiar o la carencia de recursos económicos o habitacionales suficientes para cubrir las necesidades básicas de autosostenimiento”.

La combinación de fragilidad y pobreza aumenta el riesgo socio sanitario de los AM por cuanto suma desventajas sanitarias, económicas y sociales para alcanzar una vida y una vejez saludable.

Causas de deterioro en el envejecimiento

La responsabilidad en el deterioro de estructuras y funciones corporales de los ancianos sigue la denominada “Regla de los Tercios”: 1/3 de las causas corresponde a malos hábitos de vida; 1/3 a enfermedades y 1/3 a deterioro normal por la edad, ligado a la genética de la especie.

CAUSAS DE DETERIORO EN EL ENVEJECIMIENTO		
1/3	1/3	1/3
DETERIORO NORMAL POR LA EDAD Ligado a la genética de la especie	POR ENFERMEDADES	POR MALOS HÁBITOS DE VIDA
NO SE PUEDE HACER NADA 1/3	SE PUEDE HACER ALGO PARA MEJORAR 2/3	

La clave para actuar sobre los 2/3 que pueden mejorar es la PREVENCIÓN

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional en la que se toman en cuenta una serie de factores:

- La historia clínica y vital del anciano, que abarca aspectos médicos psicofísicos, funcionales y sociales.
- La pesquisa de los factores de riesgo o predisponentes a contraer enfermedades, discapacidades y muertes.
- Un examen físico paciente, detallado y completo.
- Una buena relación del médico con el paciente y el grupo familiar.
- Una evaluación del ambiente en que se desenvuelve el paciente.

El objetivo final de es por un lado, la evaluación integral de toda la problemática de cada paciente mayor, y por otro, la identificación de aquellos que se encuentran en situación de alto riesgo (sicofísico. funcional o social), para encarar acciones preventivas.

De acuerdo con la OMS, los grupos de adultos mayores en situación de riesgo son:

- Los muy ancianos (de 80 y más).
- Los que viven solos en una vivienda.
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas.
- los que viven en instituciones.
- Los que están socialmente aislados (individuos o parejas).
- Los ancianos sin hijos.
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades.
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo.

-Los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

Componentes de la valoración geriátrica integral

Aspecto físico

En estas evaluaciones se tendrán en cuenta situaciones que están relacionadas a la dependencia funcional y a la necesidad de cuidados a largo plazo:

- síndrome de movilidad y escaras
- síndrome confusional agudo
- síndrome de incontinencia esfinteriana
- síndrome de inestabilidad y caídas
- síndrome de malnutrición
- síndrome de iatrogenia medicamentosa.

Evaluación de la esfera psíquica

La búsqueda estará dirigida principalmente a la detección de una de las enfermedades más frecuentes que es la depresión, recordando que los adultos mayores suelen no manifestar (incluso no registrar), los síntomas depresivos, a veces por prejuicios culturales, sociales o familiares, a lo que hay que sumar factores de mayor vulnerabilidad como: clase social baja, duelos, problemas económicos, comorbilidad y aislamiento.

La evaluación del aspecto cognitivo implica analizar las capacidades relacionadas con: conocer, expresarse, ubicarse, recordar, etc.; en la búsqueda de la patología fundamental: la demencia.

Evaluación del aspecto social

Incluye la valoración de: el entorno socio familiar, la participación social activa, el hábitat, el aspecto económico, los aspectos culturales y las costumbres.

La participación social activa, que está relacionada con la integración social y los vínculos interpersonales e intergeneracionales puede ser evaluadas mediante las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD); la capacidad de autocuidado mediante las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); y la capacidad de autonomía a través de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD),

El resultado de esta evaluación geriátrica integral determinará si el adulto mayor se encuentra predominantemente en:

- .Situación de salud.
- Situación de enfermedad
- Situación de vulnerabilidad por pobreza o aislamiento
- Situación de dependencia funcional

Las intervenciones para los que se encuentran en situación de salud son la promoción, la protección, la vigilancia y la prevención de patologías bio psico sociales.

Las intervenciones para la situación enfermedad son el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la rehabilitación.

Las intervenciones para la situación vulnerabilidad serán facilitar el acceso a tratamientos, nutrición, hábitat seguro, etc.

Las intervenciones para la situación de dependencia incluyen atención domiciliaria: sanitaria y de soporte, sistemas de atención diurna (hogar de día, centros de día, hospital de día), formación y cuidado de cuidadores y por último la institucionalización definitiva.

En la página de la Cátedra podrán consultar en el texto (Mejoremos la salud a todas las edades apartado “La tercera edad de los 65 a los 100 años” Publicación de la OPS) los factores de riesgo y factores protectores de las principales causas de muerte y discapacidad. Se sugiere además leer detenidamente la Lista de verificación de las medidas preventivas generales para personas de 65 años y mayores. (Pág. 158 del citado texto, www.mp.fcm.unc.edu.ar)

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. ROL DE LA FAMILIA

En el análisis de las instituciones sociales resulta habitual hablar de la familia que, en tanto realidad social e histórica, es desde hace varios milenios, una de las formas de organización básica de las sociedades, ya que en ella se originan las primeras manifestaciones de la sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad y la calidad de las relaciones suele ser más intensa que en cualquier otra institución.

El análisis cultural e histórico muestra que existen y han existido diferentes tipos de configuraciones familiares. Esta diversidad expresa modos distintos de establecer relaciones y vínculos legales, religiosos, de establecer alianzas políticas y económicas, de distribuir responsabilidades y de asignar tareas.

En torno a la familia se han desarrollado diferentes tipos de relaciones sociales y categorías culturales: el matrimonio, la herencia, la filiación, el parentesco, la división social y sexual del trabajo, etc. Los antecedentes históricos registran la presencia de la institución familiar desde hace unos 6000 años.

Producto de la herencia cultural del Cristianismo, el modelo tradicional de familia conyugal es caracterizada como un vínculo monogámico, indisoluble y consensuado. En efecto, la familia como estructura vincular ha sido heredera, durante dos milenios, del modelo de familia occidental judeo-cristiano; en donde se reconoce como representante de este sistema social a la “Sagrada Familia”, la cual estaba constituida por la imagen de un padre, una madre y un hijo; representación legitimada de manera iconográfica e ideológica por el catolicismo a partir del siglo XIV.

Este modelo familiar lleva implícito una ubicación social tanto del varón como de la mujer, a los cuales se les asigna ciertos roles. Así, la mujer será esposa y madre, en tanto que al varón le cabe la responsabilidad de ser el sostén y cabeza de familia.

Con el correr de los tiempos, se han producido cambios en la manera de pensar el mundo. La estructura social se ha complejizado, instaurando nuevas miradas y nuevas configuraciones familiares. Las legislaciones jurídicas de los Estados han promulgado sus sistemas de leyes que “legitiman” y “regulan”, -entre otras prácticas- el vínculo marital; los derechos y deberes de los padres respecto de los hijos; las políticas de planificación familiar, etc.

Estos cambios en la estructura social en su conjunto han afectado directamente a la “familia tradicional, monogámica, heterosexual y ligada por el vínculo legal del matrimonio”.

Desafiando la lógica y los valores del modelo tradicional de familia, se han generado nuevos tipos de relaciones jurídicas en torno a la familia. La legislación sobre el divorcio supuso el fin del mandato del “matrimonio para toda la vida”. El reconocimiento del derecho materno al ejercicio de la patria potestad compartida, el reconocimiento de los derechos hereditarios de la concubina; el derecho reconocido a los hijos fuera del matrimonio a ser considerados hijos legítimos, y la regulación de los deberes y derechos de los cónyuges desde posiciones igualitarias, han significado la instauración de un nuevo ordenamiento legal sobre la familia.

De lo anterior se desprende que, la familia como estructura básica de la organización social ha experimentado importantes cambios en su legalidad, en su estructura y en su significación social.

Esta cantidad de situaciones novedosas provenientes del afuera, generan nuevas demandas para los sujetos mayores actuales quienes tienen que ajustar sus creencias, pautas y modos de desarrollarse en la trama familiar.

En este momento los adultos mayores tienen que elaborar las modificaciones en los roles, las funciones y los vínculos familiares que son producidas por las condiciones económicas, políticas y socioculturales. La familia, ámbito del orden social y, a la vez, experiencia íntima que otorga sentido e identidad se ha convertido en el espacio de crisis, revisión y aprendizaje de nuevas formas de actuar del ser mayor, en lo que respecta al rol de padres y de abuelos.

La tarea de las personas mayores de comprenderse a sí mismas asumiendo nuevas posiciones ligadas a los cambios de la edad, se ve dificultada por la carencia de modelos que le sirvan de referencia debido a que éstas constituyen la “generación bisagra”, es decir, la generación que se ve exigida a generar “nuevos” modelos que coincidan con las demandas y los cambios de perspectivas vinculadas a la familia y a la ruptura que se produce en la elaboración de un “molde clásico de familia” que produce roles homogéneos y permanentes.

NIVELES DE ATENCIÓN

El contexto familiar, como vimos anteriormente, es el lugar donde la mayor parte de los seres humanos nacen, viven y mueren. Existe un porcentaje pequeño de personas que deben ser institucionalizadas retirándose de la familia y de la vivienda. Cuando esto ocurre, se vive como algo transitorio, algo que pasará una vez que pasen las razones que han llevado al individuo fuera de ese contexto familiar. Sin embargo, durante la vejez cambian estas pautas culturales y con bastante frecuencia las personas se trasladan a una residencia. Incluso, uno de los más extendidos estereotipos o creencias sobre la vejez es que la mayor parte de los mayores habitan en residencias.

Vivir en el propio domicilio o trasladarse a una residencia son alternativas para los mayores de 65 años y para las familias que los acompañan. Para algunos la opción es libre, pero para otros la institucionalización se convierte en una necesidad inexcusable.

Las causas de internación son variadas y podemos reunirlos en tres grupos:

Causas físicas: representan el 75% del total de las institucionalizaciones, merecen mencionarse especialmente: las consecuencias de los accidentes cerebro-vasculares, las discapacidades motoras, los procesos con déficit cognitivo, los trastornos sensoriales, la diabetes.

Causas Psicológicas: dentro de este grupo encontramos los temores a morir abandonados, los sentimientos de representar una molestia para los demás, trastornos afectivos, trastornos sicóticos crónicos, neurosis y trastornos de la personalidad.

Causas Sociales: cabe indicar los problemas de vivienda, la falta de cobertura médica domiciliaria, el abandono familiar y la falta de seguridad social.

Estudios realizados dicen que existe y existirá una gran demanda de servicios de este tipo y que el número de personas que vivirán en residencias se incrementará en los próximos años.

En nuestro país, la tendencia a internar a un anciano en un hogar geriátrico aún presenta un bajo margen, haciéndose más frecuente en la Capital Federal, su conurbano y las ciudades densamente pobladas del interior del país.

La función a la que deben tender las residencias geriátricas es la de brindar vivienda permanente y asistencia integral y continua a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Estas residencias pueden ser estatales: nacionales, provinciales, municipales o privadas, con o sin fines de lucro. Pueden presentar diferentes modalidades de atención de acuerdo a las características psicofísicas y sociales de los asistidos.

Las modalidades de atención de las residencias geriátricas se clasifican en :

Autodependientes o Autoválidos: Servicios destinados a personas con autonomía psicofísica acorde a su edad.

Semidependientes: Son servicios que se ofrecen se adaptan a personas que requieren supervisión para la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Dependientes: Son aquellos servicios que se brindan a personas que presentan patologías invalidantes y que requieren ayuda para satisfacer todas sus necesidades.

Con Control Psiquiátrico: ofrecen alojamiento, alimentación, actividades recreativas, control médico y psiquiátrico periódicos, para personas con patologías psiquiátricas que no presentan reacciones agresivas. Las residencias geriátricas son denominadas por algunos autores como "instituciones totales", porque en ella el individuo duerme, come y usa su tiempo libre siempre en un mismo ámbito, acompañado por las mismas personas y con actividades programadas.

No se tiene en cuenta la heterogeneidad que presenta el grupo de personas internadas.

A partir de esto, el anciano tratará de ser parte del sistema organizacional y sentirá que el único camino para lograrlo será acomodarse a él, teniendo que aceptar las reglas establecidas por la institución y cumpliendo los horarios en los que se desarrollan las actividades

Su posibilidad de elegir estará restringida.

Esta situación, si bien no es buena ni mala, ya que depende de cada institución y de cada persona, refuerza el carácter de dependencia del anciano.

El hecho de la internación en una residencia, geriátrico, hogar, asilo o como se quiera llamar, provoca controversias no sólo en los ancianos y en los integrantes de su familia, sino también en los autores que tratan de dar cuenta de esta situación.

En la población, aún hoy, persiste la imagen negativa de estas instituciones, ya que se las considera como la estación final ineludible de la vida.

Atención especializada

Los servicios de geriatría (generalmente integrados en un hospital) constituyen unidades interdisciplinarias para atender específicamente a los "pacientes geriátricos", además de ofrecer apoyo a la atención primaria y desempeñar actividades de docencia. La Unidad Geriátrica de Agudos está destinada a ingresos de pacientes geriátricos para valoración exhaustiva o manejo de sus patologías agudas o crónicas.

Las Unidades de media estancia (unidades de convalecencia) están destinadas al restablecimiento funcional de procesos médicos, traumatológicos, o quirúrgicos.

Las Unidades para pacientes crónicos o residencias están destinadas a ancianos con deterioro crónico de su capacidad funcional, y que no pueden ser mantenidos en su domicilio por los cuidados que precisan y los medios para dispensarlos.

Los Hospitales de día geriátricos constituyen centros diurnos interdisciplinarios, integrados en un hospital, para atención del paciente frágil, habitualmente con incapacidad física, para recibir atención integral y/o valoración geriátrica y volver a su domicilio; como así también para pacientes que puedan vivir en su domicilio, pero tiene que seguir tratamientos de rehabilitación o padecen procesos crónicos leves que requieren seguimiento.

No hay que olvidar que la Familia y los cuidadores constituyen un punto clave en el cuidado (potenciado por la escasez de otros recursos).

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Bianchi, H., Gagey,J., Moreigne, J., Balbo, G., Poivet, D-Y., Thomas, L.V.: (1999), La Cuestión del Envejecimiento. Perspectivas psicoanalíticas. Edit. Biblioteca Nueva.
- 2-Cornachione Larrinaga , M. A..(1999), Psicología Evolutiva de la Vejez. Edit. Brujas.
- 3-Crosetto, M. A. y col. (2005), Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
- 4-D'Hyver C., Gutiérrez Roblado, L.M.,(2006), Geriatria. Edit. Manual Moderno.
- 5-Fernández-Ballesteros, Rocío (1991): "Valoración de programas de intervención social en la vejez". III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. INSERSO. ISBN:84-88896-30-0.
- 6-Fernández Ballesteros, R.:(1993): Calidad de vida en la vejez, Intervención Psicosocial, vol II N° 5, Madrid.
- 7-García Pintos, C. C.:(1998), La Familia Del Anciano. También necesita sentido. Sobre la orientación psicogerontológica familiar. Edit. San Pablo.
- 8-Mishara, B.L., Riedel, R.G.:(1995), El proceso de envejecimiento (Segunda Edición). Edit. Morata.
- 9-Salvarezza, L.:(2000), La Vejez. Una mirada gerontológico actual. Compilado. Colección Psicoanálisis y Tercera Edad. Edit. Tekne.
- 10-Tallis, R. C., Fillit, H. M.:(2005), Geriatria Brocklehurst's. Tomo 1. Edit. Marbán.

Actividades Prácticas de la Unidad 5

Lea las siguientes situaciones y luego conteste las consignas. Utilice para su resolución el Manual de Cátedra, el Anexo de la Unidad que está en la página de la Cátedra y otras páginas pertinentes.

Caso 1

El Sr. Sánchez de 70 años, está jubilado como albañil de la construcción desde hace 4 meses. Comenzó a trabajar en la construcción a los 16 años. A los 20 años se casó con Delia y tuvieron cuatro hijos varones que ahora ya no viven con ellos .Delia se encargó del cuidado de los hijos y del hogar salvo en algunas ocasiones que para reforzar el sueldo de su marido, trabajó como empleada doméstica.

A instancias de su esposa que lo ve desganado y triste, el Sr. Sánchez concurre a hacerse un control en el dispensario del barrio. En su historia clínica están registradas pocas consultas, una de ellas por un estado gripal y en otras dos ocasiones consultó por dolor de espalda. El laboratorio de rutina y la radiografía de columna que le realizaron fueron normales.

Consigna:

¿Qué métodos para la detección selectiva de patologías prevalentes para esa edad elegiría? ¿Cuáles para la promoción de la salud?

¿Utilizaría algunos de los test sobre calidad de vida, que están en el anexo de la unidad?, en caso afirmativo explicita su objetivo.

Caso 2

La Sra. Mabel, tiene 68 años, es modista y tiene un sobrepeso del 10%. Desde que su madre falleció de una hemorragia cerebral concurre por lo menos una vez al año al dispensario y se controla la tensión arterial, a veces con la enfermera y si no hay mucha demora saca un turno con el médico clínico. Las cifras de tensión arterial registradas en los distintos controles en la H.C oscilan entre 120/130 y 80/90 mmHg; los análisis que fueron solicitados: hemograma y orina completa con valores normales.

Consigna:

Determine si ésta paciente presenta factores de riesgo. En caso afirmativo explicita cuáles y que medidas de prevención aplicaría.

Caso 3

Don Pedro después de cobrar un retroactivo de su jubilación, decidió emprender un viaje con su auto a Mar del Plata con su esposa. A instancia de sus hijos y teniendo en cuenta que es un viaje muy largo concurre al consultorio para un examen de salud.

Consigna:

Indique qué cambios pueden observarse en un adulto Mayor que puedan predisponer a accidentes.

Cuáles serían las principales recomendaciones que daría a éste adulto Mayor para realizar el viaje.

Caso 4

Elvira es una paciente de 82 años que vive sola. Se encuentra en buen estado de salud, lúcida y activa a pesar de tener una artrosis incipiente. Hace yoga, cocina, cuida su jardín y hace las compras.

Consigna:

¿Cuáles serían las recomendaciones generales a dar para evitar caídas dentro y fuera del hogar?

¿Existen evidencias científicas sobre los beneficios de hacer yoga para un adulto mayor?