

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

MANUAL DEL ALUMNO

MÓDULO V.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL ANCIANO.



MÓDULO V.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL ANCIANO.

OBJETIVOS DEL MÓDULO.

CONTENIDOS.

UNIDAD DIDÁCTICA 1: CENTROS DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA DE ANCIANOS.

UNIDAD DIDÁCTICA 2: LA GERONTOLOGÍA Y SU CONCEPTO.

UNIDAD DIDÁCTICA 3: LA GERIATRÍA.

UNIDAD DIDÁCTICA 4: GEROCULTURA Y MEDICINA PREVENTIVA.

UNIDAD DIDÁCTICA 5: TERAPIA OCUPACIONAL.

OBJETIVOS DEL MÓDULO.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO.

Prestar al anciano, dentro de las competencias propias de su ocupación, la atención especializada requerida por éste en cada caso, atendiendo a los aspectos diversos contemplados en la Gerontología, la Gerocultura y la Geriátrica, así como a recursos disponibles, técnicas, terapias y procedimientos de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MÓDULO.

- Conocer los distintos tipos de Centros de Atención y Asistencia al anciano que se ofertan como respuesta o solución a sus necesidades y a las de sus cuidadores.
- Intervenir en la atención al mayor desde la perspectiva de la Gerontología; es decir, atendiendo a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la su realidad cotidiana con el fin de ser capaces de proporcionarle una asistencia integral de calidad.
- Asistir al paciente geriátrico en todas las situaciones derivadas del padecimiento por parte de éste de las patologías físicas y psíquicas más prevalentes en el mayor, así como de los síndromes geriátricos más habituales.
- Promover en el anciano, a través del conocimiento de los principios básicos de la gerocultura y de la medicina preventiva, aquellos hábitos de vida que favorezcan un envejecimiento saludable con el menor tiempo posible de enfermedad, dependencia e incapacidad.
- Apoyar al personal especializado en la puesta en práctica de los programas de terapia ocupacional y orientar al anciano y su familia sobre los beneficios que éstos pueden tener para el mantenimiento y la recuperación de las capacidades funcionales del paciente.

UNIDAD DIDÁCTICA 1:

CENTROS DE ATENCIÓN Y DE ASISTENCIA DE MAYORES.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. La población mayor en España. Necesidades y recursos.	2
2. Centros de atención y asistencia al anciano.	6
2.1. Centros de día de mayores.	6
2.1.1. Definición de centro de día.	6
2.1.2. Tipos de centros de día.	7
2.2. Centros residenciales.	13
2.2.1. Definición de centro residencial para mayores.	14
2.2.2. Breve aproximación histórica a los centros residenciales.	14
2.2.3. El mayor válido y el mayor asistido en el centro residencial.	16
2.2.4. Estructura organizativa de los centros residenciales.	19
2.2.5. Financiación de los centros residenciales.	19
2.2.6. Normativa de aplicación a los Servicios y Centros de Servicios Sociales para las personas mayores en Andalucía.	20
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.	22
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.	24
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	26
BIBLIOGRAFÍA.	27

CONTENIDOS TEÓRICOS.

1. La población mayor en España. Necesidades y recursos.

El aumento que la población mayor en España ha venido experimentando en las últimas décadas ha llevado a que el colectivo que conforma este tramo de edad pase a constituir un importante porcentaje dentro de la pirámide de población. Este cambio estructural está teniendo sus consecuencias en diversos ámbitos como la familia o la política social, sanitaria o económica, pasando así el colectivo de mayores a cobrar un protagonismo que no había tenido en épocas pasadas.

El incremento de la población mayor en las últimas décadas ha venido dado, principalmente, por los siguientes factores:

- El aumento de la esperanza de vida, que hace que las personas vivan más años.
- La disminución del número de nacimientos, que hace aumentar el porcentaje de personas de edades avanzadas en la pirámide poblacional.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, la vejez se convierte en un período cada vez más amplio en el que se generan nuevas necesidades derivadas de la situación del mayor, siendo éstas cambiantes en relación al tramo de edad en el que la persona se encuentre; de este modo, las necesidades de alguien que acaba de jubilarse la mayor parte de las veces no tienen nada que ver con las que puede tener un pensionista de ochenta o más años.

Así, habría **dos grandes bloques de necesidades en la etapa de la vejez**:

- Las relacionadas con la ocupación del tiempo libre, propias de los recién jubilados.
- Las que aparecen cuando la persona mayor comienza a perder su autonomía y necesita apoyos frecuentes o diarios para valerse por sí misma, propias de edades más avanzadas.

Se podría decir que, en general, la frontera que señala el paso de unas necesidades a otras se sitúa entre los setenta y cinco y los ochenta años, momento en el que comienzan a aparecer las pérdidas de autonomía en muchas personas mayores.

Los recursos para la satisfacción de estas necesidades son cada vez más variados. Hasta hace no más de quince años, las únicas alternativas que existían para solucionar los problemas que padecían las personas mayores eran las residencias, los hogares del

pensionista y la ayuda a domicilio. Pero los cambios que se han ido produciendo han hecho más compleja la situación de estos grupos de edad en nuestra sociedad y han puesto de manifiesto que las residencias no son la mejor, ni mucho menos la única forma de resolver los problemas de la vejez, por lo que cada vez hay más personas convencidas de que envejecer en casa, siempre que se tenga una calidad de vida aceptable, es la mejor forma de envejecer.

Las alternativas a las necesidades que se plantean en la vejez se pueden clasificar de la siguiente forma:

A) Recursos para la ocupación del tiempo libre:

- Centros de día de mayores.
- Programa de viajes del IMSERSO o de otros organismos.
- Aulas de mayores.
- Universidad de mayores o aulas de la experiencia.
- Centros de educación de adultos.
- Actividades culturales y de convivencia específicas para mayores.
- Programa de balnearios.
- Actividades sociales y culturales disponibles para todos los ciudadanos.

B) Recursos asistenciales en el domicilio:

- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de comidas a domicilio.
- Servicio de lavandería a domicilio.
- Teleasistencia domiciliaria.
- Programa de alojamientos alternativos con estudiantes.
- Voluntariado social.
- Ayudas técnicas de aparatos para favorecer los cuidados en casa.
- Programas de eliminación de barreras arquitectónicas.
- Actividades formativas para los familiares cuidadores de mayores.
- Grupos de ayuda mutua y asociaciones de grupos de afectados.

C) Recursos intermedios. Estarían entre el domicilio y la institucionalización:

- Unidades de estancias diurnas.
- Estancias temporales en residencias.
- Viviendas tuteladas¹.

D) Recursos institucionales:

- Residencias de válidos.
- Residencias asistidas.
- Hospital de día.

El tiempo libre tras la jubilación.

La ocupación del tiempo libre en la jubilación se ha convertido en uno de los aspectos que más atención requiere por parte de administraciones públicas y entidades privadas en relación a los mayores. Esto se debe a diferentes factores. Por una parte, en la actualidad las personas que se jubilan cuentan con unas condiciones físicas y de salud bastante buenas, lo que les permite mantener un importante nivel de actividad. Hace cien años, la esperanza de vida no superaba los cincuenta años; hace medio siglo, llegar a la jubilación casi era un reto; sólo treinta años atrás, la mayoría de los ciudadanos llegaban a la jubilación con un importante desgaste físico, fruto de las duras condiciones de trabajo padecidas a lo largo de su vida.

Por otra, el aumento de la esperanza de vida hace que el número de personas jubiladas haya ido aumentando notablemente en números absolutos y relativos con respecto a la población total, a la vez que es muy prolongado el tiempo que forman parte de este colectivo.

Además, hemos asistido a un cambio en la forma de entender la jubilación. Hasta no hace muchos años, la idea que se tenía de esta etapa de la vida era la de una época en la que no hacer nada. Los jubilados entendían que ya habían cumplido con todas sus obligaciones laborales y no deseaban mucha actividad; además, tampoco su organismo podía soportarla. Si en algo se ocupaban, en todo caso, era en alguna actividad relacionada con el trabajo que habían desempeñado toda la vida. Sin embargo, desde hace más de una década, los propios pensionistas están viendo que la vejez es una etapa

¹ Nos referimos aquí al recurso "Vivienda Tutelada", tal y como fue concebido teóricamente; es decir, como lugar de alojamiento alternativo para mayores autónomos, con problemas graves en su domicilio habitual o carentes de domicilio. La mayoría de las viviendas tuteladas en funcionamiento son en realidad miniresidencias que acogen a personas necesitadas de cuidados.

de la vida lo suficientemente larga e importante como para plantearse qué hacer con ella. Además, no sólo están tomando conciencia de que hay que mantenerse activos para vivir más sanamente, sino que están aprendiendo a hacer cosas que nunca antes habían hecho.

Por otra parte, los jubilados disponen de mucho tiempo libre. Esto hace que se genere la necesidad de contar con recursos que permitan al mayor emplear las horas del día que le sobran. Los hogares del pensionista son una buena alternativa en la que las personas pueden encontrar formas interesantes de seguir envejeciendo empleando el tiempo en actividades de su interés.

Envejecer en casa. El apoyo a la familia.

Como ya hemos dicho, parece haber un consenso generalizado respecto a que es mejor envejecer en casa, incluso cuando las personas comienzan a perder su autonomía y a necesitar cuidados. Hay dos razones implícitas en este planteamiento. Una de ellas es estrictamente económica; los cuidados de una persona mayor o enferma son más económicos si los realiza la familia que si son llevados a cabo por centros especializados, en este caso las residencias. La segunda razón es de bienestar; una persona cuyos cuidados no requieran de especialización profesional se siente mucho mejor acogida en su casa que en cualquier centro, por muy bueno que éste sea; en casa está en su ambiente familiar y la mayor proximidad facilita el afecto y atenciones de los suyos.

No obstante, es importante que se facilite a la familia apoyos que hagan más viable la tarea de cuidar del anciano; es decir, que la hagan menos dura para el cuidador y más segura para el propio mayor dependiente. En esta línea, la Administración Pública Andaluza desarrolla normativas como el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de la Consejería de la Presidencia, de apoyo a las familias andaluzas (BOJA núm. 52, de 4 de mayo de 2002) y el Decreto 18/2003 de 4 de febrero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas.

También en los últimos años, se están potenciando nuevos recursos sociales que favorecen la permanencia en el domicilio del mayor con cierto grado de dependencia o con determinadas necesidades, retrasando en lo posible la institucionalización. En este sentido, la **teleasistencia** ha visto aumentada su popularidad entre la población mayor, siendo muy potenciada tanto por la Administración Central como por la Autonómica y Local, existiendo igualmente un gran auge de empresas privadas que proporcionan este servicio a sus clientes.

La teleasistencia es un servicio de atención domiciliaria del anciano que le proporciona la seguridad de ser atendido, de forma ininterrumpida, en el caso de una necesidad urgente. El usuario cuenta con un transmisor portátil, a modo de pulsera o medallón, conectado con la red telefónica que, al ser activado por él, conecta de forma directa e inmediata con la centralita, atendida por personal durante las 24 horas del día, pudiendo la persona que esté a cargo de la misma establecer contacto verbal con el mayor que abra la comunicación y determinar cuál es el problema. De forma inmediata, desde la centralita puede darse aviso a los servicios sanitarios más próximos, si fuera necesario, o a los familiares del mayor. También incluye entre sus objetivos detectar robos, incendios u otras situaciones de anormalidad que puedan suponer un riesgo para el usuario.

Este recurso, por otra parte, es a su vez una manera de paliar la soledad de muchas personas mayores que encuentran en los operadores del servicio interlocutores con los que mantener conversaciones a diario, la posibilidad de entrar en contacto con otras personas y de ser escuchados.

2. Centros de atención y asistencia al anciano.

En la actualidad, existen **dos tipos de centros de atención y asistencia al anciano**:

- Por un lado, los **centros que dan atención y asistencia sanitaria**, como hospitales y centros de salud. Éstos ofrecen sus servicios no sólo a los mayores, sino a cualquier sector de la población, y dependen de la red pública sanitaria. Este tipo de centros ya se estudiaron en una unidad didáctica anterior.
- Por otro, los **centros de día y los centros residenciales**. Éstos no son sanitarios, sino que dan soluciones a necesidades sociales de los mayores (soledad, convivencia, ocupación del tiempo libre, cuidados básicos...). Dependen de la Consejería de Asuntos Sociales que, a través de diferentes decretos y órdenes, regula los requisitos mínimos estructurales (materiales, infraestructuras, etc.) y funcionales (personal y organización) que todos los centros de servicios sociales deben cumplir.

2.1. Centros de día de mayores².

2.1.1. Definición de centro de día.

Los **centros de día** son instalaciones que prestan servicios especializados de atención a diferentes colectivos en horario diurno y tienen como fin dar respuesta a una necesidad o conjunto de necesidades de los ciudadanos, favoreciendo de esa forma su permanencia

² La normativa por la que se regulan estos centros se detalla más adelante.

en el domicilio familiar y, consecuentemente, evitando su ingreso en una institución especializada.

Hay centros de día para grupos de personas con problemáticas distintas. Entre ellos se encuentran los que ofertan sus servicios al colectivo de mayores.

2.1.2. Tipos de centros de día.

2.1.2.1. Hogar del pensionista y club del pensionista.

Podríamos definir el **hogar del pensionista** como un lugar al que los jubilados y pensionistas pueden acudir durante el día para convivir con otras personas en su misma situación y realizar actividades diversas de distracción, formación, integración y participación tendentes a mejorar su bienestar.

Es importante resaltar que a este tipo de centros las personas acuden sólo durante el día y que el pensionista va por sí mismo, en contraste con las unidades de estancia diurna y hospitales de día, a los que el mayor es llevado para recibir cuidados concretos y tratamientos sanitarios.

Este nuevo recurso comienza a ser conocido en la década de los setenta, aunque hasta comienzos de los ochenta sólo existía en las ciudades y en los municipios más grandes de cada provincia. Ya a principios de los años noventa casi todos los pueblos tenían el suyo.

Respecto a la denominación de este tipo de centros, no existe una terminología de consenso. El club del pensionista se asocia más al local donde acuden los jubilados y sólo tienen unas mesas para jugar a las cartas y una barra donde sirven café. El hogar del pensionista supone más servicios. No obstante, esta terminología está ya desfasada. La denominación más aceptada hoy en día es la de **centro de día de mayores** aunque, en sentido estricto, sólo se llamaría así a los dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales, que sí ofertan servicios de un importante nivel.

Perfil del beneficiario.

El perfil del beneficiario de estos centros es el de pensionistas que han desarrollado su vida laboral como trabajadores por cuenta ajena y obreros. Entre ellos, tienen una gran aceptación algunas de las actividades que desarrollan en el hogar o club del pensionista, como los juegos de mesa, en detrimento de otras como charlas sobre la salud, etc.

La mayoría de los usuarios de estos centros son hombres, siendo esta desproporción por número de socios según sexo mucho mayor en los pueblos que en las ciudades, hasta el punto de que en algunos municipios ninguna mujer acude a ellos. La explicación de este hecho hay que buscarla tanto en el tipo de actividades que se llevan a cabo (juegos de

mesa y cafetería), que no son atractivas para las mujeres, como en razones de carácter sociocultural. En muchos pueblos se considera al hogar como “el bar de los viejos” y para la población de esta edad no estaba socialmente aceptado que las mujeres frecuentaran bares. A esto hay que añadir que las mujeres de las zonas rurales no están habituadas a tener una vida social fuera de la familia, del hogar y, en todo caso, de las amigas o vecinas, por lo que no sienten a esta edad necesidad alguna de mantener relaciones fuera de estos ámbitos. Además, hay que tener en cuenta que son muy pocas las mujeres mayores de hoy que se han jubilado tras su etapa laboral; la mayoría, son amas de casa que se han ocupado y se siguen ocupando de las labores domésticas. No obstante lo anterior, se viene observando en los últimos tiempos una mayor participación de ellas en estos centros, al empezar a incorporarse éstas al colectivo de jubilados tras haber desarrollado una completa vida laboral.

En poblaciones más grandes o en ciudades las mujeres que acuden al hogar realizan actividades distintas a las de los hombres, mostrándose éstas más creativas y atrevidas a la hora de elegir las y desarrollarlas.

Hay muchos jubilados que no acuden nunca al hogar del pensionista, ya que tienen otras alternativas para ocupar el tiempo libre: continúan interesados en el trabajo que han desempeñado durante su etapa laboral, ayudan a sus hijos en tareas agrícolas, en el negocio familiar o, sencillamente, hacen vida social en el bar o en los lugares de encuentro con quienes aún están trabajando. En los últimos años se observa que muchos de los nuevos jubilados ocupan su tiempo en alternativas distintas a la actividad que habían desarrollado anteriormente.

Servicios que ofertan.

Los servicios que ofertan este tipo de centros varían en función de los recursos con los que cuentan.

- El tipo más básico de todos consta de un local equipado con unas mesas y unas sillas. Las actividades son casi exclusivamente los juegos de mesa, los viajes y el servicio de cafetería, donde las consumiciones tienen un precio más bajo que en cualquier bar. No suelen tener junta directiva ni de organización de actividades y no cuenta con más servicios que el de limpieza. Dependen de municipios y, donde son más frecuentes, es en anejos o aldeas dependientes de poblaciones de mayor número de habitantes.
- En poblaciones más grandes, los hay que poseen instalaciones más amplias; tienen, al menos, un salón con cafetería y un despacho y suelen contar con una junta directiva que coordina las actividades y el funcionamiento del hogar.

- En las ciudades y en algunas poblaciones existen otros que disponen de dos recursos fundamentales: instalaciones más completas y personal contratado para el funcionamiento de los servicios y actividades que se ofertan a los socios. Están dotados con varios salones destinados a cafetería y sala de juegos, biblioteca, sala de no fumadores, espacios para talleres, despachos, peluquería, gimnasio, etc. Algunos tienen también un servicio de comedor en el que los pensionistas que lo desean pueden comer por un precio módico.
- Los que además de su junta directiva tienen personal remunerado, cuentan con un programa de actividades no sólo recreativas, sino también de tipo formativo, cultural y encaminadas a favorecer la salud:
 - Actividades recreativas: juegos de mesa, campeonatos, baile, viajes recreativos, convivencias y jornadas de intercambio con otros centros, encuentros comarcales con exposiciones de trabajos de manualidades, etc.
 - Actividades formativas: charlas sobre temas variados, como el euro, las pensiones o el voluntariado; talleres de informática, de pintura, de cerámica, de idiomas, etc.
 - Actividades de salud: charlas sobre alimentación, diabetes, tensión, sexualidad y afectividad; talleres de gimnasia de mantenimiento, de aeróbic, etc.
 - Actividades culturales: periódicos, revistas, biblioteca, viajes culturales, teatro, etc.

Casi todos cuentan también con servicio de podología y peluquería y algunos también desarrollan actividades de voluntariado que los mismos pensionistas realizan con personas mayores que viven solas, enfermos del municipio e incluso con otros colectivos.

Estructura organizativa.

Para utilizar los servicios que estos centros ofertan se requiere hacerse socio. Ello implica el tener que cumplir ciertos requisitos como ser jubilado, bien por edad o por enfermedad, y respetar el reglamento de régimen interior por el que el centro se autorregula.

Funcionan como asociaciones democráticas formadas por los socios y tienen elecciones en las que periódicamente eligen a sus juntas directivas, que están compuestas por un número en torno a cinco o seis socios que ejercen las funciones de presidente, vicepresidente, secretario, tesorero y vocales. La participación real y el grado de implicación de los miembros de estas juntas varía de unos centros a otros y eso se manifiesta en el mayor o menor grado de actividades del mismo.

Pueden depender de:

- la Consejería de Asuntos Sociales;
- un ayuntamiento;
- una entidad privada, como alguna caja de ahorros.

Los de titularidad pública que dependen de la Consejería de Asuntos Sociales cuentan con instalaciones adecuadas y un número importante de socios que acuden diariamente al centro. También disponen de personal remunerado; casi siempre un director, un trabajador social y un ordenanza. Éstos, en colaboración con la junta directiva, exclusivamente compuesta por pensionistas, llevan a cabo todo el programa de actividades que suele ser diverso. Además, se rigen por un estatuto común que regula los derechos y deberes de los socios.

Financiación.

El acceso y uso de las instalaciones de estos centros es gratuita. Los gastos que han de financiar los usuarios son sólo los de las consumiciones en la cafetería y algunos servicios como peluquería y podología.

Son gratuitas las actividades como biblioteca, juegos, charlas, orientación, etc. También, algunos de los viajes que desde aquí se organizan, aunque para otros ha de abonarse una pequeña cantidad.

En los casos en los que hay que pagar alguno de los servicios mencionados, los precios de éstos son siempre inferiores a los del mercado.

2.1.2.2. Unidades de estancia diurna (UED).

Las **unidades de estancia diurnas (UED)** acogen a las personas mayores dependientes en un horario diurno determinado durante el cual, además de cuidar de ellas, se les proporciona también tratamiento psicológico, fisioterapia, etc.

Es un servicio relativamente novedoso y permite que el mayor y su familia puedan seguir beneficiándose de las ventajas que conlleva el que el anciano permanezca en el propio domicilio, a la vez que recibe un cuidado más especializado que el que sus familiares le pueden dar.

Este tipo de centro está teniendo su gran desarrollo en Andalucía a partir de la publicación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, en mayo de 2002³, y de las Órdenes que lo desarrollan.

A diferencia del hospital de día, la UED se ubica en cualquier local que reúna los requisitos que marca la normativa y que son, básicamente, el contar con una zona de estar y otras zonas para talleres de terapia ocupacional, fisioterapia, despachos, comedor y servicios adaptados. Dependiendo del número de usuarios, necesitarán espacios más o menos diferenciados.

Perfil de los beneficiarios.

En la UED los usuarios proceden directamente del domicilio y los motivos principales por los que acuden a este centro son de tipo social. Entre ellos, destacan el del descanso para la familia, sobre todo en los casos de demencia; o el de facilitar que el familiar no tenga que dejar de trabajar, ya que durante las horas que éste se encuentra fuera por motivo laboral el anciano puede estar en la UED.

Los beneficiarios han de ser personas que necesiten los suficientes cuidados como para no poder quedarse solos en sus domicilios, pero han de conservar un mínimo de capacidades como para participar en los ejercicios que se realizan.

La mayoría de los mayores que asisten a las UED son personas con demencia en primer o segundo grado. Cuando esta demencia llega a la tercera fase, es decir, cuando presentan pérdida de control de esfínteres, inmovilización, dificultades para comer solo, etc., la UED ya no es el recurso adecuado.

Servicios que oferta.

Según la normativa de la Junta de Andalucía, las UED deben prestar un servicio de, al menos, 39 horas semanales durante once meses al año.

En su funcionamiento habitual, los usuarios llegan a primeras horas de la mañana y ocupan la jornada en talleres y terapias diversas que se alternan con momentos de juego y descanso.

Ofertan, entre otras cosas:

- Transporte desde el domicilio a la UED y de ésta al domicilio.
- Desayuno o aperitivo a media mañana, almuerzo y merienda.

³ Decreto 137/2002, de 30 de abril, de la Consejería de la Presidencia, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm. 52, de 4 de mayo de 2002.

Decreto 18/2003 de 4 de febrero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas.

- Aseo personal y cuidados básicos durante su permanencia en el centro.
- Talleres de terapia ocupacional.
- Fisioterapia.

Cuando una persona llega por primera vez a la UED se realiza una valoración de su estado. Según los resultados obtenidos en ella, se le programan las actividades en las que va a participar y que tienen como fin el mantenimiento de sus capacidades.

Así, hacen ejercicios que propician el que puedan seguir realizando durante el mayor tiempo posible las actividades de la vida diaria (AVD), al menos, las básicas: vestirse, desnudarse, acostarse, levantarse, asearse, caminar, comer solos, utilizar el servicio correctamente, hacer la cama, poner la mesa, abrochar botones, guardar la ropa en el armario, etc. También desarrollan actividades para favorecer el mantenimiento de sus capacidades mentales: memoria, orientación, lenguaje, uso de los números, etc. Algunos de los ejercicios que se ponen en práctica para lograr este fin son conversar sobre la época del año en la que se está, el mes, el día del mes, el día de la semana,...; también, hablar sobre el pasado; o bien, juegos grupales que favorezcan la convivencia, el reconocimiento de los demás por sus nombres; localización de las distintas estancias de la casa, como la cocina, el salón, el baño, el comedor, etc.

Todas estas actividades se compaginan con paseos o con momentos de descanso, sobre todo después de comer.

Estructura organizativa.

La mayoría de las UED pertenecen a entidades de iniciativa social como ONG o instituciones religiosas. Algunas también dependen de las administraciones públicas.

La organización de los servicios depende de la entidad que la gestiona. Los recursos humanos con los que cuenta son, normalmente, director, psicólogo, fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero, auxiliares, personal de limpieza y conductor.

Financiación.

Aunque hay algunas UED en las que el usuario abona el coste total del servicio, a partir del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, casi la totalidad de las plazas están concertadas con la Fundación Andaluza de Servicios Sociales, dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Las características de ese concierto, por lo que afecta a la financiación, consisten en que el usuario aporta el 30%

de su pensión; y el 40% si utiliza el servicio de transporte. El resto, hasta llegar al coste real, lo cubre la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.

2.1.2.3. Hospitales de día.

El **hospital de día** es un servicio novedoso que tienen algunos hospitales y que se ubica dentro de sus propias instalaciones. Tiene como fin aplicar cuidados a personas que pueden ser dadas de alta y permanecer en su domicilio, siempre y cuando acudan a este tipo de centros para recibir determinados controles médicos y de enfermería, así como ciertos tratamientos⁴.

Perfil de los beneficiarios.

Los usuarios que acuden al hospital de día son enfermos que han recibido el alta hospitalaria pero que han de continuar recibiendo tratamiento especializado.

Servicios que oferta.

En el hospital de día se continúan los tratamientos específicos que el paciente recibía mientras estaba ingresado en el hospital. También se le realiza, por parte del personal médico y de enfermería, el seguimiento de su evolución y se le prestan cuidados básicos durante el tiempo que permanecen en estas instalaciones.

Estructura organizativa.

El hospital de día puede depender tanto de hospitales públicos como de hospitales privados, concertados o no con el Servicio Andaluz de Salud. Su organización interna vendrá dada por el tipo de entidad que lo gestiona.

Financiación.

Los tratamientos que reciben los pacientes en el hospital de día son gratuitos, ya que se consideran una prolongación de la asistencia sanitaria pública.

2.2. Centros residenciales⁵.

Al hablar de los centros residenciales de mayores, con frecuencia nos referimos a residencias de válidos, residencias de asistidos y residencias mixtas. Esta terminología, sin embargo, es más propia de un lenguaje administrativo que de la realidad actual. La evolución en la demanda asistencial de las personas mayores ha hecho que la mayoría de los residentes requieran cuidados; es decir, que sean asistidos, mientras que cada vez menos residentes son válidos.

⁴ Revista Española de Geriátría y Gerontología. Junio, 2002. Volumen 37. Suplemento, 4. Pág. 30 y 31.

⁵ La normativa por la que se regulan estos centros se detalla más adelante en esta misma unidad didáctica.

Hoy en día casi no existen residencias sólo de válidos o sólo de asistidos. La residencia es un lugar de alojamiento y asistencia para ancianos y dan servicio a éstos desde que llegan a ella hasta que fallecen.

2.2.1. Definición de centro residencial para mayores.

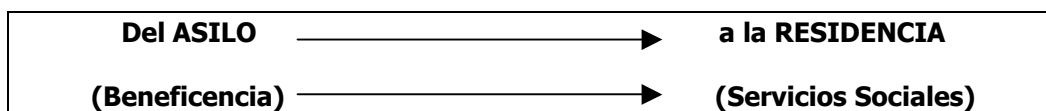
El **centro residencial para mayores** es aquél en el que las personas de edad avanzada son acogidas en régimen de alojamiento y manutención y reciben, además, todos los cuidados asistenciales no hospitalarios que precisan.

Cuando hablamos de centros residenciales nos referimos, por tanto, a las llamadas residencias de mayores, residencias de ancianos o residencias de la tercera edad.

2.2.2. Breve aproximación histórica a los centros residenciales.

Ya en el siglo XIX podemos hablar de la existencia de instituciones especializadas en la acogida de los ancianos. En el siglo XX aparecen los llamados asilos, instituciones bien conocidas socialmente, que funcionaron durante las tres primeras partes del siglo pasado. Los servicios y prestaciones que ofrecían eran tan básicos que se limitaban a dar cobijo, alimento e higiene a los que a ellos acudían, ya que esto era lo que permitían las circunstancias socioeconómicas del momento.

A partir de los años setenta, se fue produciendo un cambio progresivo que llevó del concepto de asilo, ligado a la antigua beneficencia, al de residencia, relacionado con el de servicios sociales, de forma que hoy es difícil encontrar asilos de los de hace treinta años ya que todos ellos, ya fueran dependientes de instituciones públicas o de instituciones religiosas, se fueron reformando y suelen contar hoy día con instalaciones y servicios más actualizados. Este cambio, no obstante, va más allá de la mera cuestión terminológica y afecta también a la clase servicios que se ofrecen y al modo de organizarlos.



En los años setenta, el Estado, viendo la necesidad social que iban planteando las personas mayores, comenzó a construir residencias para jubilados. Curiosamente algunas de éstas se ubicaron en edificios que habían sido hoteles; y es que el concepto de residencia de esos años consistía en atender a pensionistas totalmente válidos. Los usuarios de las mismas eran jubilados que incluso elegían un centro que estuviese lejos de sus domicilios para conocer otras zonas de la geografía española.

Con el paso del tiempo se han producido varias circunstancias que han obligado a adaptarse a las nuevas necesidades que plantean los mayores actuales, habiendo pasado las residencias a convertirse en centros en los que atender a mayores asistidos. A continuación citamos algunos de los factores que han originado ese cambio.

En primer lugar, las personas que durante años fueron ingresando en las residencias de válidos (casi las únicas que había hace veinte o veinticinco años) fueron experimentando los desgastes propios de la edad y al cabo de un tiempo empezaron a necesitar unos cuidados para los que la mayoría de las residencias no estaban acondicionadas. Las barreras arquitectónicas y la falta de dotación de personal hacían complicada su asistencia.

En segundo lugar, la sociedad en general ha envejecido. Esto ha hecho que haya más personas mayores que requieren cuidados y no siempre la familia está preparada para dispensarlos.

Una tercera razón es que, afortunadamente, cada vez hay más recursos para atender en el propio domicilio y en el entorno familiar a las necesidades que poco a poco puede ir presentando cualquier persona mayor. No obstante lo anterior, la situación se convierte en grave cuando el mayor requiere cuidados en las actividades de la vida diaria y es entonces cuando se produce la necesidad de ingreso en la residencia. De este modo, se explica el hecho de que haya disminuido o casi desaparecido la demanda de plazas para válidos y se haya incrementado notablemente la de plazas para asistidos.

Durante muchos años la asistencia a los ancianos en los antiguos asilos fue gestionada por instituciones religiosas, patronatos e incluso algunos organismos públicos como las diputaciones. Hasta la llegada de la democracia, y con ella, la Constitución Española y la Ley de Servicios Sociales (Ley 2/88 de 4 de abril), los cuidados institucionales a las personas mayores se realizaban desde el concepto de beneficencia.

A partir de la aprobación de la Ley de Servicios Sociales, y según uno de los principios en los que ésta se fundamenta, la atención de las necesidades básicas de todos los ciudadanos, entre ellos los mayores, es responsabilidad pública. Esto no quiere decir que tenga que ser el Estado quien haya de gestionar todas las residencias; sencillamente, significa que el Estado debe garantizar que los ciudadanos que necesitan ese servicio lo tengan, ya sea dado directamente por la propia Administración o bien por entidades colaboradoras.

Hasta principios de los años noventa la gran mayoría de las residencias de mayores eran de dependencia pública (comunidades autónomas, ayuntamientos, diputaciones,...) o de

instituciones religiosas. Pero la creciente demanda ha hecho que la iniciativa privada y la iniciativa social se hayan introducido también en este campo para dar respuesta a una necesidad que desbordaba tanto a la propia Administración como a las instituciones religiosas.

Por tanto, hoy podemos encontrar residencias de mayores que dependen de una administración pública, otras que pertenecen a una institución religiosa, otras que son de iniciativa social (ONG, fundaciones, patronatos...) y otras que son de particulares o empresas (iniciativa privada).

2.2.3. El mayor válido y el mayor asistido en el centro residencial.

2.2.3.1. Los mayores válidos en el centro residencial.

Definición de mayor válido.

Entendemos por **mayores válidos** aquéllos que son capaces de valerse por sí mismos y que no necesitan cuidados de ningún tipo por ser totalmente autónomos en las actividades de la vida diaria (AVD).

Servicios que oferta el centro residencial al mayor válido.

Para los mayores válidos, las residencias ofertan servicios muy parecidos a los de un hotel:

- Alojamiento.
- Manutención con dietas para las personas con régimen especial de comidas.
- Lavandería.
- Limpieza de la habitación y zonas comunes.
- Animación sociocultural; este servicio es de gran importancia para el bienestar de los mayores, ya que por medio de él los residentes ocupan su tiempo libre: juegos de mesa, biblioteca, periódico, charlas, viajes, bingo, excursiones y salidas culturales, actividades de intercambio con el entorno, actuaciones de grupos, etc.

También suelen ofertar:

- Servicios de podología.
- Gimnasio para que los residentes hagan ejercicios físicos; incluso puede tener un monitor que fomente la participación de los mayores en grupos de gimnasia de mantenimiento.

- Peluquería.
- Servicio religioso con un oratorio.

También pueden contar con un servicio de enfermería ya que, al tratarse de personas de avanzada edad, existe la posibilidad de que se pongan enfermos.

La calidad de la residencia puede ser aún mayor si dispone de un departamento de servicio social desde el que se coordinen todas estas actividades, así como la participación de los residentes en la toma de decisiones sobre las actividades que se van a realizar y en su ejecución y evaluación. Otro servicio a ofertar desde este departamento es el de las relaciones familiares, pues desde la residencia se debe fomentar el mantenimiento, e incluso la recuperación, de éstas.

2.2.3.2. Los mayores asistidos en centros residenciales.

Definición de mayor asistido.

Se considerarán **mayores asistidos** a aquéllos que requieren ayuda para llevar a cabo todas o alguna de las actividades de la vida diaria (ej. aseo personal, acostarse y levantarse, desplazarse, comer, autogobierno, etc.)

La incapacidad para el autogobierno consiste en que, aunque la persona se encuentre físicamente bien, padece patología grave del sistema nervioso central que le hace comportarse de manera inadecuada tanto para la convivencia con otras personas como para su propia seguridad. La sufren mayores afectados por distintos tipos de demencia, lo que les incapacita para ser considerados válidos. Un importante número de los mayores internados hoy en día en residencias de asistidos padece algún tipo de demencia.

Servicios que oferta el centro residencial al mayor asistido.

Dadas las características de este tipo de residentes, se ofertan, además de los servicios fundamentales citados para los válidos, otros más centrados en los cuidados del mayor.

Es de gran importancia el servicio de enfermería, que estará compuesto por un equipo de auxiliares de enfermería en geriatría coordinados por un Diplomado Universitario en Enfermería, de forma que entre todos garanticen la asistencia diaria requerida por los residentes según su grado de dependencia (acostarle y levantarlo, higiene personal, darle de comer, hacerle cambios posturales, curas, aplicarle tratamientos, organización de botiquín, pedidos de medicamentos, preparación de la medicación, etc.)

Dentro del área asistencial, es necesaria la intervención de un médico que puede estar directamente contratado por la residencia, aunque lo más habitual es que ejerza como tal

el facultativo que corresponda a cada residente según los servicios sanitarios (centro de salud). En este sentido, hay que tener en cuenta que las residencias son centros de servicios sociales especializados, lo cual quiere decir que las necesidades de atención sanitaria (visitas médicas, recetas, especialistas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, etc.) deben ser atendidas desde los servicios correspondientes (es decir, centros de salud y hospitales), al igual que ocurre para los demás ciudadanos.

También ha de contar con otra serie de servicios como el de fisioterapia, el de atención psicológica y el de terapia ocupacional, que proporcionarán una asistencia más integral a las personas acogidas en el centro.

La residencia debe contar, por tanto, con la adecuada dotación de material técnico; por ejemplo, camas articuladas, sillas de ruedas, colchones antiescaras, grúas de movilización, aparatos de rehabilitación y fisioterapia, equipo de oxigenoterapia, aspirador de secreciones, barandillas para evitar caídas de la cama, elementos de sujeción para personas que se caen del sillón, etc.

Por otra parte, y dadas las características de los residentes, muchos de ellos impedidos o con importantes limitaciones para la movilidad, un requisito imprescindible será la ausencia de barreras arquitectónicas que limiten la movilidad y accesibilidad de los mayores a los distintos lugares del centro. Así, las puertas y pasillos han de ser lo suficientemente anchos; las habitaciones amplias; los cuartos de baño no deberán tener obstáculos y, por supuesto, no contarán con bañera; rampas o ascensores como alternativas a las escaleras; pasamanos en los pasillos; entre otros. Además, deberán ajustarse también a otra serie de requisitos exigidos por la normativa vigente de la Consejería de Asuntos Sociales⁶ y por las normas básicas de seguridad que tienen que reunir los edificios de características especiales como es el caso de éstos.

Especial importancia tiene el hecho de garantizar la seguridad de los residentes afectados por las demencias, sobre todo las degenerativas. Estos mayores, aunque a veces es posible que estén muy bien físicamente (caminan perfectamente, etc.), pueden presentar importantes problemas mentales, ya que su cerebro es incapaz de organizar su vida y pueden hacer cosas que a ellos mismos les perjudican: salir a la calle y no saber volver, o ni siquiera darse cuenta que se han perdido; tomar alimentos en mal estado o, incluso, ingerir detergentes, lejías,...; prender fuego; etc., sin ser conscientes del peligro que

⁶ Orden de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. (BOJA núm. 102 de 05 de septiembre de 2000).

cualquiera de estas actuaciones significa para ellos y para los demás. La residencia debe tener en cuenta todos estos factores de modo que se ofrezca al asistido la seguridad y protección que en todo momento requiere.

Ha de contar también con un adecuado **sistema de registro de datos**, de forma que haya en todo momento constancia escrita de la situación de cada residente desde su ingreso, así como de su evolución durante todo el tiempo que está en el centro. Algunos de estos instrumentos son la historia clínica, la historia psicosocial y la historia administrativa.

Además de los servicios señalados, las residencias deberían contar, y muchas de ellas cuentan, con una **Unidad de Respiro Familiar**, consistente en varias plazas disponibles para ingresos temporales de mayores asistidos. El ingreso temporal es un descanso para el familiar cuidador cuando éste tiene que atender a otro enfermo, cuando atraviesa él mismo una hospitalización o, sencillamente, cuando se toma unos días de vacaciones.

2.2.4. Estructura organizativa de los centros residenciales.

Dependen de entidades públicas como la Consejería de Asuntos Sociales o ayuntamientos; o bien privadas, como órdenes religiosas, empresas, fundaciones u otras entidades de iniciativa social.

Normalmente, los recursos humanos con que cuenta la residencia para atender a los mayores válidos son director, trabajador social, personal de administración, enfermero (A.T.S. o D.U.E.), auxiliares de enfermería, animador sociocultural y personal de servicios (cocina, cafetería, limpieza, lavandería, mantenimiento).

Para la atención a los mayores asistidos, los recursos humanos necesarios son, además, médico, psicólogo y terapeuta ocupacional.

2.2.5. Financiación de los centros residenciales.

La financiación de los servicios que ofertan las residencias depende del tipo plazas de que se trate. Éstas pueden ser de tres tipos:

- *Privadas*: dependen de una orden religiosa, de una entidad de iniciativa social o de una empresa. El usuario paga el 100 % del coste estipulado. Si se trata de una entidad de iniciativa social, este coste suele ser inferior al real; sin embargo, en las plazas dependientes de una empresa, el usuario paga el coste real más el beneficio que obtiene el empresario.

- *Públicas*: dependen de la Consejería de Asuntos Sociales o de un ayuntamiento. El usuario aporta el 75 % de sus ingresos líquidos anuales, sin incluir las pagas extraordinarias. El resto, hasta alcanzar el coste real, lo aporta la entidad titular.
- *Concertadas*: dependen de una orden religiosa, de una entidad de iniciativa social o de una empresa. A efectos económicos, estas plazas pueden ser consideradas como públicas porque el usuario aporta el 75 % de sus ingresos líquidos anuales sin incluir las pagas extraordinarias. El resto, hasta alcanzar el coste real, lo aporta la Consejería de Asuntos Sociales, según el concierto de plazas firmado con la entidad titular del servicio. La mayoría de estos acuerdos son con entidades de iniciativa social, como ONG u órdenes religiosas; muy pocos se realizan con empresas con ánimo de lucro.

2.2.6. Normativa de aplicación a los Servicios y Centros de Servicios Sociales para las personas mayores en Andalucía.

Los Servicios y Centros de Servicios a las personas mayores en Andalucía, se regulan, fundamentalmente, por la siguiente normativa:

- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. BOJA núm. 45, de 17 de abril de 1999.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las personas mayores. BOJA núm. 87 de 29 de julio de 1999.
- Decreto 87/1996, de 20 de febrero por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios sociales de Andalucía. BOJA núm. 39, de 28 de marzo de 1996.
- Decreto 102/2000 de 15 de marzo, de modificación del Decreto 87/1996, de 20 de febrero por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios sociales de Andalucía. BOJA núm. 33, de 18 de marzo de 2000.
- Orden de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. BOJA núm. 102, de 5 de septiembre de 2000. (Deroga la Orden de 29 de febrero de 1996).
- Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los Centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. BOJA núm. 81, de 15 de julio de 1997.

- Orden del 6 de mayo de 2002 por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar. BOJA núm. 55, de 11 de mayo de 2002.
- Orden de 7 de mayo de 2002, por la que se regula la financiación de los programas de estancia diurna y respiro familiar. BOJA núm. 55, de 11 de mayo de 2002.
- Resolución de 3 de diciembre de 1999 del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, por la que se delegan competencias en materia de autorizaciones administrativas de Servicios y Centros de Servicios Sociales. BOJA núm. 150, de 28 de diciembre de 1999.
- Resolución de 8 de septiembre de 2000 del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, por la que se revoca parcialmente la delegación de competencias en materia de autorizaciones de servicios y centros de servicios sociales.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

1. De las siguientes afirmaciones, ¿cuáles son verdaderas y cuáles falsas?

	Verdadero	Falso
Las razones principales por las que cada vez hay más personas mayores son el aumento de la esperanza de vida y la disminución de los nacimientos.		
A pesar de que cada vez hay más soluciones a los problemas de la vejez, donde mejor está una persona mayor es en una buena residencia		
La tendencia de las políticas de mayores favorece el "envejecimiento en casa", reservando las residencias para quienes necesitan cuidados (asistidos).		
Una de las ventajas que ofrece el envejecer en casa es que evita el desarraigo familiar.		
En la etapa de la vejez la única necesidad del mayor es la de recibir cuidados y asistencia.		
En la actualidad, sólo hay hogar del pensionista en las ciudades y en los municipios grandes.		

2. Define el concepto de mayor asistido y de mayor válido.

3. Define el concepto de residencia asistida.

4. ¿Qué son los centros de día de mayores?

5. En una residencia concertada, ¿qué porcentaje del coste aporta el residente? ¿Quién soporta la diferencia entre la aportación del residente y el coste real del servicio?

- 6. Señala tres diferencias entre una residencia y una unidad de estancia diurna.**

- 7. Señala tres diferencias básicas entre el centro de día y una unidad de estancia diurna.**

- 8. Explica algunas de las razones por las que las residencias de válidos han dejado de tener sentido y las residencias asistidas son las más necesarias.**

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. De las siguientes afirmaciones, ¿cuáles son verdaderas y cuáles falsas?

	Verdadero	Falso
Las razones principales por las que cada vez hay más personas mayores son el aumento de la esperanza de vida y la disminución de los nacimientos.	X	
A pesar de que cada vez hay más soluciones a los problemas de la vejez, donde mejor está una persona mayor es en una buena residencia		X
La tendencia de las políticas de mayores favorece el "envejecimiento en casa", reservando las residencias para quienes necesitan cuidados (asistidos).	X	
Una de las ventajas que ofrece el envejecer en casa es que evita el desarraigo familiar.	X	
En la etapa de la vejez la única necesidad del mayor es la de recibir cuidados y asistencia.		X
En la actualidad, sólo hay hogar del pensionista en las ciudades y en los municipios grandes.		X

2. Define el concepto de mayor asistido y de mayor válido.

El mayor asistido es aquél que necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

El mayor válido es aquél que es autónomo; es decir, que no necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

3. Define el concepto de residencia asistida.

Es aquélla que atiende a personas mayores que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria.

4. Qué son los centros de día de mayores?

El lugar al que los jubilados y pensionistas pueden acudir durante el día para convivir con otros pensionistas y realizar actividades diversas de distracción, formación, integración, participación, tendentes a mejorar su bienestar.

5. En una residencia concertada, ¿qué porcentaje del coste aporta el residente? ¿Quién soporta la diferencia entre la aportación del residente y el coste real del servicio?

El residente aporta el 75% de sus ingresos líquidos, sin incluir las pagas extraordinarias. La diferencia es cubierta por la Administración Pública.

6. Señala tres diferencias entre una residencia y una unidad de estancia diurna.

<i>Residencia</i>	<i>Unidad estancia diurna</i>
<i>El mayor habita en ella.</i>	<i>El mayor permanece en ella sólo parte del día.</i>
<i>El mayor NO está integrado en la familia.</i>	<i>El mayor se mantiene integrado en la familia.</i>
<i>Los cuidados que recibe el mayor son más complejos.</i>	<i>Los cuidados que recibe el mayor son básicos.</i>

7. Señala tres diferencias básicas entre el centro de día y una unidad de estancia diurna.

<i>Centro de día</i>	<i>Unidad estancia diurna</i>
<i>Es para pensionista válidos.</i>	<i>Es para mayores no totalmente autónomos.</i>
<i>El mayor encuentra alternativas a la ocupación del tiempo libre mediante actividades culturales, recreativas, etc..</i>	<i>Las actividades tienen un carácter terapéutico y rehabilitador.</i>
<i>Los usuarios se desplazan hasta él por sus propios medios.</i>	<i>Los usuarios necesitan asistencia para trasladarse al centro.</i>

8. Explica algunas de las razones por las que las residencias de válidos han dejado de tener sentido y las residencias asistidas son las más necesarias.

Las residencias de válidos no tienen razón de ser porque una persona que se valga por sí misma, aunque tenga ciertos problemas, puede encontrar solución a los mismos sin tener que abandonar su entorno de siempre.

El tipo de residencia necesaria hoy es la de asistidos porque, a pesar de la implicación de muchos familiares en el cuidado de sus mayores con pérdidas de autonomía, hay situaciones en las que la residencia es la única alternativa donde se puede atender al mayor con un mínimo de calidad.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Asistida: persona que requiere apoyos de terceras personas para realizar algunas o todas las actividades de la vida diaria.
Autogobierno: capacidad para gobernarse a sí mismo. Se dice que una persona pierde su capacidad de autogobierno cuando, aunque físicamente no necesite ayuda, debido a una patología tiene una incapacidad para decidir de forma coherente en los temas que le afectan y, por ello, realiza actividades o toma decisiones contrarias a su propia seguridad y a su bienestar.
Autonomía: capacidad de la persona para valerse por sí misma en las actividades de la vida diaria.
Grupos de ayuda mutua: conjunto de ciudadanos afectados por un problema relacionado con su salud o bienestar que se asocian para buscar soluciones de forma organizada, brindándose unos a otros apoyo gratuito.
Teleasistencia: servicio de comunicación ininterrumpido que permite al usuario avisar desde cualquier punto de su domicilio, ante emergencias de salud o de otro tipo, a una central desde donde se le gestionan soluciones, avisando a la familia, vecinos, servicios sanitarios, etc.
Unidad de Respiro Familiar: servicio que facilita a los familiares cuidadores un descanso mediante el ingreso temporal de una persona mayor en una residencia.
Válida: persona autónoma que no requiere de ayuda para valerse por sí misma en las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía. BOJA núm. 45, de 17 de abril de 1999.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las personas mayores. BOJA núm. 87, de 29 de julio de 1999.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm. 52, de 4 de mayo de 2002.
- Decreto 18/2003 de 4 de febrero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas.
- Decreto 87/1996, de 20 de febrero por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios sociales de Andalucía. BOJA núm. 39, de 28 de marzo de 1996.
- Decreto 102/2000 de 15 de marzo, de modificación del Decreto 87/1996, de 20 de febrero por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios sociales de Andalucía. BOJA núm. 33, de 18 de marzo de 2000.
- Orden de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. BOJA núm. 102, de 05 de septiembre de 2000. (Deroga la Orden de 29 de febrero de 1996).
- Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los Centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. BOJA núm. 81, de 15 de julio de 1997.
- Orden del 6 de mayo de 2002 por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar. BOJA núm. 55, de 11 de mayo de 2002.
- Estatuto de los centros de día de mayores. Junta de Andalucía.
- Las personas mayores en España. IMSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales Madrid. 1995.

- La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. IMSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales Madrid. 1989.
- Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales. 1992.
- Revista española de Gerontología y Geriatria. Junio, 2002. Volumen 37. Suplemento, 4. Págs. 30 y 31.

UNIDAD DIDÁCTICA 2:

LA GERONTOLOGÍA Y SU CONCEPTO.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA.

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. Concepto de Gerontología.	2
2. Aspectos biológicos de la ancianidad.	3
2.1. El envejecimiento: definición y teorías.	3
2.2. Aspectos generales de las características fisiológicas del envejecimiento.	4
2.3. Modificaciones en el envejecimiento por órganos y sistemas.	4
2.4. Cuidados de la boca en el paciente mayor.	11
2.5. Cuidados de los pies en el paciente geriátrico.	17
3. Aspectos psicológicos de la ancianidad.	22
3.1. Introducción.	22
3.2. Funciones mentales superiores y proceso de envejecimiento.	24
3.3. Trastornos psíquicos en el paciente geriátrico.	30
3.4. La muerte: su proximidad y la pérdida de seres queridos.	36
4. Aspectos sociales de la ancianidad.	50
4.1. Factores demográficos.	50
4.2. Factores socioculturales de la ancianidad.	60
4.3. Factores económicos.	75
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.	79
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.	83
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	89
BIBLIOGRAFÍA.	92

CONTENIDOS TEÓRICOS.

*La categoría de una sociedad se mide por la forma como trata a sus ancianos.
Cicerón. "De Senectude".*

*Viejos son sólo los trapos.
(dicho popular)*

1. Concepto de Gerontología.

La **Gerontología** es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, ocupándose de aspectos clínicos, biológicos, psicológicos y sociológicos. Es un estudio que abarca a todos los seres vivos, no limitándose sólo al hombre.

Etimológicamente, la palabra *gerontología* proviene del griego (*gerontos*, anciano; *logos*, tratado). Los ancianos que asesoraban al rey en la antigua ciudad de Esparta se conocían con el nombre de *Gerontes*.

Actualmente, la Gerontología, como ciencia que trata el envejecimiento, adquiere gran importancia debido al hecho de que la población de mayores en los países desarrollados está creciendo de modo notable, produciendo lo que se ha venido en llamar un "envejecimiento de la población". Si tomamos como referencia los datos del Padrón Municipal de 1996, el 15.6% (6.200.000) de la población española, tiene más de 65 años. Las proyecciones futuras indican que para el año 2025 tendremos dos millones más de personas mayores de 65 años en nuestro país. También es bien conocido que la expectativa de vida de la mujer es mayor que en el hombre. Para las primeras, estaría en torno a los 80-81 años; y para los segundos, alrededor de los 75 años.

El fenómeno del envejecimiento poblacional trae múltiples connotaciones tanto en el área económica, como en la social o en la sanitaria.

Así, surge la **Geriatria**, que forma parte de la Gerontología, y que se ocupa de estudiar las enfermedades del mayor y sus posibles tratamientos.

El envejecimiento poblacional nos lleva a un escenario donde hay menor actividad (jubilación laboral); mayor aparición y coexistencia de enfermedad (comorbilidad); y mayor fragilidad, dependencia y demanda de recursos. Es por ello que su abordaje requiere de la cooperación desde distintos frentes: político, económico, sanitario y social.

2. Aspectos biológicos de la ancianidad.

2.1. El envejecimiento: definición y teorías.

Son muchas las **definiciones** que hay sobre el envejecimiento. Algunas de ellas se centran en la pérdida de la función de los órganos; otras, en la pérdida de la capacidad de respuesta de nuestro organismo frente a situaciones de estrés; etc.

Tal como lo describe López Novoa *"el envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es multifactorial y no sigue una ley única que lo explique y su característica principal es una disminución del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud o imposibilidad de adaptarse a situaciones de sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales"*.

Existen dos grupos de **teorías** que tratan de explicar la causa por la cual se produce el envejecimiento:

- **Teoría exógena:** propone que son factores y agresiones ambientales, derivados de la dieta, derivados de nuestro propio metabolismo, los que deterioran nuestro organismo y nos llevan a envejecer. Por ejemplo, según esta teoría, los radicales libres liberados en las reacciones químicas que se producen en nuestro organismo como consecuencia del metabolismo celular serían los responsables de los fenómenos del envejecimiento.
- **Teoría endógena o genética:** propone que la velocidad con la que envejecemos está marcada en nuestros genes desde el momento en que nacemos y los factores externos no influyen en absoluto.
- **Teoría mixta:** sintetiza ambas propuestas. Es decir, propone que en el envejecimiento influyen tanto factores externos (agresiones externas, radicales libres y productos de desecho de nuestras reacciones químicas, etc.), como factores internos genéticos que determinan una velocidad de envejecer.

2.2. Aspectos generales de las características fisiológicas del envejecimiento.

El envejecimiento conlleva una serie de características fisiológicas cuyos aspectos generales sintetizamos a continuación:

- No todos los órganos pierden su función por igual y los cambios que se producen en ellos difieren mucho de unos individuos a otros.
- El anciano puede estar "aparentemente" bien de salud y manifestarse la pérdida de funciones ante situaciones de enfermedad, estrés,...
- Cuando se produce un desequilibrio, el organismo siempre intenta compensarlo; por ejemplo, en situaciones de deshidratación, se orina menos para ahorrar volumen de líquido. Es en estas situaciones en las que los sistemas reguladores del anciano funcionan de forma más lenta y peor.
- Los cambios fisiológicos del organismo del anciano pueden alterar la presentación de enfermedades que no se manifiestan como en el adulto joven. Por ejemplo, en el anciano no suele existir taquicardia con la fiebre mientras que en adulto joven sí.
- Los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento pueden contribuir a la aparición de determinadas enfermedades. Por ejemplo, los cambios en el sistema inmune del anciano le predisponen a un cierto tipo de infecciones.
- Las alteraciones de la función renal y hepática en el envejecimiento hacen que los fármacos no se eliminen con la misma velocidad que en el adulto joven y que sean necesarios ajustes de dosis.

2.3. Modificaciones en el envejecimiento por órganos y sistemas.

Algunas de las modificaciones que se producen como consecuencia del envejecimiento se han ido viendo con detenimiento en las unidades anteriores. No obstante, resultará interesante hacer un breve resumen del conjunto de todas ellas.

De forma generalizada, podemos decir que **con el envejecimiento lo que se produce es un declive de la función de nuestros órganos**; así, disminuye la capacidad de bombear del corazón, de ventilar de los pulmones, de filtrar de los riñones, etc., de forma que el rendimiento físico es menor y la recuperación tras situaciones de enfermedad también se enlentece.

2.3.1. Sistema cardiovascular.

Se produce un aumento de fibras de colágeno; tendencia a la calcificación y fibrosis de las válvulas cardíacas; cúmulo de células grasas en el tejido de conducción y aparición de aterosclerosis en vasos coronarios y periféricos.

Todos estos cambios contribuyen, entre otras, a las siguientes alteraciones:

- menor capacidad de bombeo;
- problemas en el cierre o apertura de las válvulas cardíacas;
- predisposición a arritmias;
- episodios de angina.

2.3.2. Aparato respiratorio.

Los pulmones del anciano disminuyen de tamaño, pesando aproximadamente un 20% menos que los del adulto. Se pierde la elasticidad pulmonar. Las costillas y vértebras experimentan cambios por descalcificación, disminuyendo la altura vertebral y dando lugar a una caja torácica más ancha y profunda pero que ha disminuido en altura.

Hay una disminución en el diámetro de las vías aéreas de pequeño tamaño y una reducción de superficie de intercambio gaseoso que produce una oxigenación deficiente.

2.3.3. Aparato digestivo.

Los cambios producidos en el aparato digestivo como consecuencia del envejecimiento se explicaron en la unidad didáctica dedicada a la nutrición. No obstante, por la relación que guarda con los contenidos de este capítulo, recordaremos algunos de los que se tienen lugar en la **cavidad bucal**, y que son los siguientes:

- Los dientes están desgastados y se vuelven quebradizos porque disminuye su vascularización y el esmalte se desgasta dejando al descubierto la dentina. A menudo, faltan varias piezas. Además, existe un adelgazamiento de la mucosa de la encía que dificulta el ajuste de la prótesis dentaria.
- Los músculos de la boca pierden tono.

2.3.4. Sistema nefrourológico.

- La función renal no se altera por el mero hecho del paso del tiempo, pero sí disminuye su reserva y capacidad de respuesta ante situaciones de estrés biológico.
- A nivel estructural, el riñón del anciano experimenta una disminución del peso y volumen, alrededor del 25-40%, de forma más llamativa en la corteza renal.
- Los glomérulos funcionantes se reducen en un 10% en la séptima década.
- La vascularización renal también está disminuida, aproximadamente en un 10% cada década a partir de la tercera. La capacidad tanto para diluir como para concentrar la orina se ve afectada, de ahí la gran facilidad que tienen los ancianos para cuadros de deshidratación.
- En la vejiga urinaria se observa una dificultad de vaciamiento por distintas causas, como elasticidad disminuida, menor tono y contracción del esfínter urinario externo y una debilidad de suelo pélvico. Todas estas alteraciones provocan un cierto grado de obstrucción que puede desembocar en infecciones e incontinencia urinaria. Esta última es la manifestación clínica más frecuente de la disfunción del tracto urinario inferior del anciano.

2.3.5. Sistema nervioso.

- Se produce una pérdida de peso y de volumen cerebral con disminución en el número de neuronas y cúmulo de determinadas sustancias (lipofucsina, amiloide,...) En los vasos cerebrales, al igual que ocurre en el resto de los órganos, se producen cambios ateroscleróticos (formación de placas que determina un estrechamiento en la luz del vaso).
- En la memoria se produce una disminución en la capacidad de fijar nuevos conocimientos, hay un mayor tiempo de reacción y una mayor dificultad para procesar y manipular nueva información.
- Se produce una disminución en el sueño profundo y una tendencia mayor a despertares nocturnos.

2.3.6. Órganos de los sentidos.

- **Ojos:** disminución de la reacción de la pupila a la luz, engrosamiento y opacificación del cristalino. Las principales consecuencias son la disminución en la agudeza visual, de la sensibilidad a los colores y de la capacidad de adaptación a la luz y a la oscuridad.
- **Oído:** menor producción de cerumen; sin embargo, éste es más seco y, por lo tanto, presenta mayor tendencia a formación de tapones en el canal auditivo. El tímpano pierde elasticidad y existen cambios degenerativos en el aparato coclear que determinan una disminución en la capacidad auditiva, sobre todo para frecuencias altas.

2.3.7. Aparato genital.

- Se produce una atrofia generalizada en los ovarios, útero y vagina, con disminución en la secreción y flujo sanguíneo y con mayor riesgo de infecciones.
- Los testículos disminuyen de tamaño; la capacidad de producir espermatozoides se conserva hasta cerca de los 70 años.

2.3.8. Huesos y articulaciones.

- El punto clave es la pérdida de masa ósea, con incremento de su vulnerabilidad y mayor riesgo de fracturas.
- En las articulaciones son muy frecuentes y precoces los cambios degenerativos o artrósicos que determinan una menor amplitud articular con dolor y limitación.

2.3.9. Piel.

En la piel también se producen importantes cambios como consecuencia del proceso de envejecimiento, los cuales fueron ampliamente estudiados en una unidad didáctica anterior. No obstante, y debido a su relación con los contenidos que desarrollamos en esta unidad, recordaremos los que se producen en las uñas. En ellas,

- Disminuye el grosor y tamaño de la lúnula.
- Crecen más lentamente.
- Se agrietan y fisuran con facilidad.
- En algunos casos, se engrosan anormalmente (hiperqueratosis), sobre todo en los pies.

A continuación, se resumen **en el siguiente cuadro todas las modificaciones, por órganos y sistemas, que se producen como consecuencia del proceso de envejecimiento.**

<u>Sistema cardiovascular.</u>
▪ Aumento de fibras de colágeno a nivel cardíaco. ▪ Tendencia a la calcificación y fibrosis de las válvulas cardíacas. ▪ Cúmulo de células grasas en el tejido de conducción. ▪ Aparición de aterosclerosis a nivel de vasos coronarios y periféricos. <u>En consecuencia:</u> ▪ Menor capacidad de bombeo. ▪ Problemas en el cierre o apertura correcto de las válvulas cardíacas. ▪ Predisposición a arritmias. ▪ Episodios de angina.
<u>Aparato respiratorio.</u>
▪ Los pulmones disminuyen de tamaño (pesan, aproximadamente, un 20% menos que los del adulto). ▪ Pérdida de elasticidad pulmonar. ▪ Caja torácica más ancha y profunda pero de menor altura (las costillas y vértebras experimentan cambios por descalcificación y disminuye la altura vertebral). ▪ Disminución en el diámetro de las vías aéreas de pequeño tamaño. ▪ Reducción de superficie de intercambio gaseoso (produce una oxigenación deficiente).
<u>Sistema nefrourológico.</u>
▪ La función renal no se altera por el mero hecho del paso del tiempo, pero sí disminuye su reserva y capacidad de respuesta ante situaciones de estrés biológico. ▪ El riñón disminución del peso y volumen, alrededor del 25-40% (más acusada en la corteza renal). ▪ Los glomérulos se reducen en un 10% en la séptima década. ▪ Vascularización renal disminuida aproximadamente en un 10% cada década a partir de la tercera. ▪ La capacidad tanto para diluir como para concentrar la orina se ve afectada, de ahí la gran facilidad que tienen los ancianos para cuadros de deshidratación. ▪ Vejiga urinaria: Dificultad de vaciamiento (elasticidad disminuida, menor tono y contracción del esfínter urinario externo y debilidad de suelo pélvico). ▪ Cierta grado de obstrucción que puede desembocar en infecciones e incontinencia urinaria.
<u>Hueso y articulaciones.</u>
▪ Pérdida de masa ósea, incremento de su vulnerabilidad y mayor riesgo de fracturas. ▪ Articulaciones: muy frecuentes y precoces los cambios degenerativos o artrósicos que determinan una menor amplitud articular con dolor y limitación.

<u>Aparato digestivo.</u>
<u>En la cavidad bucal.</u> ▪ Dientes: desgastados, muy frágiles y a menudo faltan varias piezas. ▪ Adelgazamiento de la mucosa de la encía que dificulta el ajuste de la prótesis dentaria. ▪ Glándulas salivales: se atrofian y disminuye la producción de saliva; saliva deficitaria en enzimas digestivos. ▪ Percepción del gusto disminuida. <u>En consecuencia:</u> ▪ Mala masticación de los alimentos. ▪ Salivación insuficiente. ▪ Mala preparación del bolo alimenticio.
<u>Esófago.</u> ▪ Disminución de las contracciones peristálticas. ▪ Incompetencia del esfínter esofágico inferior que determina un reflujo gastro-esofágico.
<u>En el intestino.</u> ▪ Tránsito intestinal enlentecido. ▪ Atrofia de la mucosa. ▪ Absorción afectada.
<u>Hígado.</u> ▪ Disminuye de peso. ▪ Reducción en el número y función de los hepatocitos (produce menor efecto detoxificante).
<u>Páncreas.</u> ▪ Disminuye de tamaño. ▪ Páncreas endocrino: intolerancia progresiva a la glucosa por pérdida de respuesta a la sobrecarga hidrocarbonada.
<u>Vías biliares.</u> ▪ Es muy frecuente la aparición de cálculos biliares.
<u>Sistema nervioso.</u>
▪ Pérdida de peso y de volumen cerebral con disminución en el número de neuronas. ▪ Disminución de cúmulo de determinadas sustancias (lipofucsina, amiloide). ▪ Vasos cerebrales con cambios ateroscleróticos (formación de placas con núcleo central lipídico que determina un estrechamiento en la luz del vaso). ▪ Memoria: disminución en la capacidad de fijar nuevos conocimientos. ▪ Mayor tiempo de reacción. ▪ Mayor dificultad para procesar y manipular nueva información. ▪ Disminución en el sueño profundo y una tendencia a mayor despertares nocturnos.

<u>Piel.</u> ▪ Atrofia generalizada con adelgazamiento del área epidérmica. Disminuye el número de melanocitos (10-20% con cada década de la vida). ▪ Zonas de melanización intensa (léntigo senil), fundamentalmente en zonas descubiertas. ▪ Reducción de la función fotoprotectora de la piel (extremar precauciones ante la exposición a radiación ultravioleta). ▪ Las células de Langerhans disminuyen en un 50% con la edad madura. Posible consecuencia: aumento de tumores cutáneos con la edad avanzada. ▪ En la dermis, atrofia intensa que da la apariencia de piel fina y produce una reducción del grosor (una persona de 80 años tiene reducido el grosor de su dermis aproximadamente en un 80%). Mayor fragilidad, que se traduce en mayor facilidad para la producción de los hematomas (púrpura senil) y pérdida de su elasticidad (aparición de arrugas). ▪ Atrofia del tejido graso hipodérmico de cara, manos y plantas de los pies. ▪ Hipertrofia o aumento del tamaño del tejido graso de abdomen y muslos. ▪ La grasa corporal total aumenta proporcionalmente con la edad. ▪ Pérdida del número y densidad de folículos pilosos en el cuero cabelludo y disminución de los melanocitos activos (muestras visibles de senectud: pérdida de cabello y encanecimiento). ▪ Glándulas sebáceas: aumentan de tamaño y disminuye la producción de sebo debido fundamentalmente a los cambios hormonales que se produce con el envejecimiento. ▪ Glándulas sudoríparas: producen menos cantidad de sudor. ▪ La producción disminuida de glándulas sebáceas y sudoríparas contribuye a la sequedad cutánea, alteración en la termorregulación y aparición de comedones tan característicos en el anciano. ▪ Las uñas: disminuye el grosor y tamaño de la lúnula; crecen más lentamente; se agrietan y fisuran con facilidad. En algunos casos se engrosan anormalmente (hiperqueratosis) sobretodo en los pies.
<u>Órganos de los sentidos.</u> <u>Ojos.</u> ▪ Disminución de la reacción de la pupila a la luz. ▪ Engrosamiento y opacificación del cristalino. ▪ En consecuencia: disminución en la agudeza visual, sensibilidad a los colores y la capacidad de adaptación a la luz y oscuridad. <u>Oídos.</u> ▪ Menor producción de cerumen pero más seco y, por lo tanto, mayor tendencia a formación de tapones en el canal auditivo. ▪ Tímpano pierde elasticidad. ▪ Cambios degenerativos en el aparato coclear que determina una disminución en la capacidad auditiva sobretodo para frecuencias altas.
<u>Aparato genital.</u> ▪ Atrofia generalizada en los ovarios, útero y vagina con disminución en la secreción y flujo sanguíneo con mayor riesgo de infecciones. ▪ Los testículos disminuyen de tamaño pero se conserva la capacidad de producir espermatozoides hasta cerca de los 70 años.

2.4. Cuidados de la boca en el paciente mayor.

La salud bucodental forma parte de la salud general y sus desórdenes tienen gran impacto en la calidad de vida del anciano. Provocan dolor, dificultad para masticar y tragar, alteraciones estéticas y de percepción de su autoimagen que pueden, en último caso, aislarle de una vida social activa.

2.4.1. Problemas más frecuentes de la cavidad oral del anciano.

2.4.1.1. Caries dental.

La presencia de caries dentales es muy frecuente entre la población anciana. La disminución en la producción de saliva es un factor contribuyente, ya que ésta tiene actividad bactericida.

La localización más frecuente de la caries dental en esta edad es la zona más próxima a la raíz del diente, mientras que en edades más tempranas la localización es interproximal y más cercana a la corona. Cuando la caries está junto a la raíz, el empaste no es posible y la solución es complicada.

2.4.1.2. Fractura dental.

Ya se ha comentado que existe una debilidad del diente debido fundamentalmente a una deficiente vascularización. Afortunadamente, las fracturas no son muy dolorosas porque la innervación sensitiva también es deficitaria.

2.4.1.3. Enfermedad periodontal.

La inflamación de la encía es el paso inicial de la enfermedad periodontal. A esta inflamación de la encía se la conoce con el nombre de *gingivitis* y se produce como consecuencia del cúmulo de placa bacteriana en la superficie del diente; luego, puede progresar y afectar a toda la estructura de soporte del diente, produciendo la enfermedad periodontal, la cual conlleva abscesos, atrapamiento de restos de comida y destrucción progresiva de los tejidos.

2.4.1.4. Pérdida dental.

La caries y la enfermedad periodontal son las causas más importantes de la pérdida dental, de ahí la importancia de un buen programa de higiene y prevención bucodental que disminuya la proporción de ancianos desdentados.

2.4.1.5. Estado postodóncico.

Llamamos estado postodóncico a la situación de la boca tras la colocación de la prótesis.

Cuando se recurre a la colocación de prótesis para paliar la pérdida dental, deben hacerse revisiones periódicas que evalúen el estado de la misma, la aparición de irritación, inflamación, infección y posibles alteraciones en la oclusión (cierre) de la boca.

2.4.1.6. Otras.

- La incidencia de cáncer de cavidad oral aumenta con la edad. En algunos casos, es posible la intervención quirúrgica, pero a expensas de taras estéticas severas porque, generalmente, se diagnostica en estadios avanzados.
- Muchos fármacos de los empleados con frecuencia en ancianos (antihipertensivos, antidepresivos,...) tienen efectos colaterales como sequedad de boca por disminución en la producción salival; esto dificultan la alimentación y provoca falta de confort en el paciente. Otros, pueden provocar inflamación y crecimiento de las encías, sangrado...

2.4.2. Cuidados orales en el paciente geriátrico.

2.4.2.1. Cepillado.

El cepillado es de gran utilidad para el control de la placa bacteriana y la prevención de la caries y de la enfermedad periodontal.

Debe hacerse tres veces al día, justo tras cada comida, y dedicar, al menos, entre tres y cuatro minutos. Debe realizarse en dientes, incluyendo la zona interdental, encías y lengua.

La zona interdental no es accesible al cepillo convencional, ya que éste no penetra en ese espacio, por lo que tendremos que recurrir a la seda dental o a los pequeños cepillos interdentales diseñados para este fin. No obstante, el uso de la seda dental no está muy extendido entre la población mayor y habituarlos a su utilización y que comprendan la importancia que tiene su uso puede ser tarea difícil. Por otro lado, no todos los dientes son iguales y pueden existir arcadas dentarias en las que sea prácticamente imposible usar esta seda. Entre los ancianos existe también una práctica muy frecuente que es la de utilizar "palillos" para eliminar la placa interdental. Estos instrumentos no deben usarse, ya que su empleo puede ocasionar heridas y traumatismos de tejidos blandos que pueden ser asiento de infección; en su lugar, hemos de ofrecer la posibilidad de usar seda o los cepillos interdentales.

El cepillado es un acto motor que precisa el que se reúnan unas mínimas condiciones de independencia física, nivel cognitivo, destreza y motivación. No obstante, entre los mayores son muy prevalentes enfermedades como artritis o artrosis, accidentes vasculares cerebrales y demencias que interfieren dificultando las actividades manipulativas. En consecuencia, los cuidados orales en un anciano discapacitado requerirán medidas y procedimientos diferentes a los necesarios para un mayor totalmente independiente.

Así, en personas de edad avanzada y con algún tipo de discapacidad o deformidad, como ocurre en la artritis, es muy útil adaptar el mango del cepillo a la mano del paciente y así facilitar su presión: se puede utilizar un mango grueso de silicona, el mango de una bici adaptado al cepillo o colocar papel de aluminio alrededor del mango para facilitar su sujeción. Si la movilidad es muy limitada y tienen incluso dificultad para acercar el cepillo a la boca, existen en el mercado mangos elongados y curvados diseñados especialmente para este fin.

También en el mercado se están introduciendo gran cantidad de cepillos dentales manuales y eléctricos con distintos diseños que buscan adaptarse al perfil del usuario. Los cepillos eléctricos están indicados en la población anciana con algún tipo de dificultad manipulativa, ya que tiene mangos mucho más gruesos que los manuales y pueden ser cogidos con mayor facilidad. Además, aportan otra ventaja adicional pues, al tener un pequeño motor que mueve el cepillo de forma autónoma, no se necesita prácticamente movimiento del brazo ni de la mano. Su principal inconveniente es el precio y que, al ser un aparato eléctrico, tiene todos los riesgos de cualquier electrodoméstico.

Por norma general, el cepillo habrá de cambiarse periódicamente y siempre que se vea que las cerdas están gastadas. Además, al escoger un cepillo dental se debe valorar que se adapte a la superficie del maxilar del paciente, que sea adecuado en tamaño y eficaz para remover la placa bacteriana, que sea de fácil uso y que cuente con la adecuada durabilidad y con un precio aceptable.

2.4.2.2. Enjuagues.

En algunas circunstancias es necesario suplementar la higiene mecánica de la cavidad oral con alguna solución que contenga un agente antiséptico. Estas soluciones están especialmente indicadas para combatir la gingivitis y la enfermedad periodontal. No obstante, debemos elegir una que tenga pocos efectos secundarios, como tinción de los dientes o distorsión del gusto. Los enjuagues de clorhexidina han sido de los más empleados, a pesar de presentar estos efectos.

2.4.2.3. Prótesis dentales.

La pérdida gradual de dientes conlleva:

- cambios en el tono de la musculatura de la boca;
- deformidad de la mandíbula;
- alteraciones en la masticación;
- problemas estéticos.

Tipos de prótesis dentales.

El diente perdido se puede reemplazar con prótesis dentales, que pueden ser fijas o removibles.

- Prótesis totales removibles: se utilizan cuando no queda ningún diente en la boca y se soportan en la mucosa bucal; son, por tanto, muco-soportadas. Están hechas de resinas.
- Prótesis parciales removibles: se utilizan cuando no faltan todas las piezas. Estas prótesis se sujetan en los dientes que quedan, normalmente con ganchos metálicos, y en la mucosa; son, por tanto, dento-muco-soportadas. También pueden extraerse cuando el paciente lo desee.
- Prótesis parciales removibles de Valplast: ofrecen la ventaja de carecer de ganchos metálicos de fijación, por lo que los resultados estéticos son mejores. Se adaptan a presión alrededor de los dientes que quedan. Están hechas de plástico fuerte (nylon termoplástico biocompatible), que ofrece la ventaja de ser muy ligero y prácticamente invisible.
- Prótesis fijas dento-soportadas: son fundas que sustituyen al diente original. Están hechas de cerámica y metal y para colocarlas debe desgastarse la pieza dental que va a sustituir para crear un espacio y asegurar la retención.

2.4.2.4. Cuidados bucodentales en el paciente con prótesis removable.

El mantenimiento de una buena salud bucodental en el paciente con prótesis requerirá de una serie de cuidados:

- Después de cada comida, el paciente debe quitarse la prótesis, si es removable, y lavarla con agua y jabón ayudándose de un cepillo. Es aconsejable que se la retire

cuando esté delante del lavabo y que éste esté medio lleno de agua para evitar que la prótesis se rompa en caso de que se le caiga.

Para cepillar la prótesis se recomienda utilizar un cepillo dental blando o cualquiera diseñado especialmente para este fin para evitar dañar la prótesis.

Se coge la dentadura con una mano y con la otra el cepillo. Se remoja antes para eliminar restos blandos y a continuación se cepilla con agua limpia y un jabón suave. Luego, se enjuaga abundantemente y se coloca en la boca.

Antes de dormir, se sumerge en una solución limpiadora, dejándola allí toda la noche.

NUNCA se debe sumergir la dentadura en un recipiente que tenga alcohol, lejía o agua caliente.

- Las prótesis removibles no deben llevarse permanentemente puestas. Es preferible retirarlas durante la noche porque así se alivia la presión sobre los tejidos blandos. Es beneficioso masajear las partes sobre las que se apoya la prótesis una vez que ésta se retire para estimular así la circulación local.
- Los pacientes y sus cuidadores deben explorar la cavidad oral periódicamente buscando lesiones o irritaciones que puedan deberse al uso de la prótesis. En caso de que éstas se produzcan, la prótesis debería dejarse de usar durante unos diez días. Si transcurrido ese tiempo la lesión no mejora, se debe consultar al odontólogo.

Todos estos cuidados son necesarios en las prótesis removibles ya que en ellas se acumula la placa bacteriana, al igual que en el diente normal, y puede ser caldo de cultivo para infecciones en el tejido blando sobre el que se apoya.

Muchos ancianos creen que en el momento en que se ha colocado una prótesis dental han terminado los cuidados bucodentales. Es responsabilidad de los profesionales de la salud desterrar esta idea y fomentar los conocimientos de los ancianos sobre el tipo de prótesis que tienen y los cuidados que son precisos, así como las revisiones periódicas necesarias.

2.4.3. Visitas al odontólogo.

El anciano, tanto si conserva su propia dentadura como si es portador de prótesis, debe acudir al odontólogo, al menos, una vez al año, ya que la cavidad bucal es asiento de enfermedades que no sólo afectan a la estructura del diente, sino que, además, pueden ser potencialmente muy graves (Ej: cáncer de lengua).

No obstante, los ancianos, en general, no acuden de forma regular al odontólogo. Esto se debe a distintas razones:

- Falta de información y desconocimiento.
- Miedo, temor a tratamientos y a necesitar intervenciones aunque sean pequeñas.
- Idea errónea de que los trastornos bucodentales son inevitables y forman parte del envejecimiento normal, adoptando una actitud de aceptación y resignación ante los mismos.
- Falta de recursos económicos ante el coste elevado de los tratamientos bucodentales, que son en su mayoría de carácter privado.
- Falta de apoyo social y dificultad de acceso a los servicios dentales, ya que existe un importante número de ancianos incapacitados que no pueden desplazarse a la consulta del dentista.

El personal sanitario debe fomentar entre nuestros mayores la práctica de visitar al odontólogo y desde distintos frentes facilitar información y crear campañas dirigidas a este fin.

El personal auxiliar de geriatría debe conocer los cuidados necesarios de la boca y adiestrar al paciente en sus medidas de higiene y cuidado, intentando que comprenda que la salud bucodental forma parte de la salud general.

2.5. Cuidados de los pies en el paciente geriátrico.

2.5.1. Pie geriátrico y salud.

El pie es una de las partes más complejas del cuerpo y, también, una de las más olvidadas y menos cuidada. Sin embargo, la existencia de dolor permanente en los pies puede llevar a una incapacidad de la persona para desarrollar sus actividades normales (tareas domésticas o laborales, salir de compras,...) pudiendo suponer incluso una razón de aislamiento social. Pero al margen de estas limitaciones, no debemos olvidar que en muchas ocasiones el criterio para institucionalizar a un anciano en un centro es que pueda o no caminar.

La atención del pie del anciano es de tal importancia para la salud de éste y para su capacidad de movilidad y relación que debería estar incluida en todos los programas de atención geriátrica.

La asistencia podológica en el anciano tiene **tres objetivos** fundamentales:

- Limitar la invalidez.
- Mantener la máxima funcionalidad durante el mayor tiempo posible.
- Restaurar al máximo la función perdida.

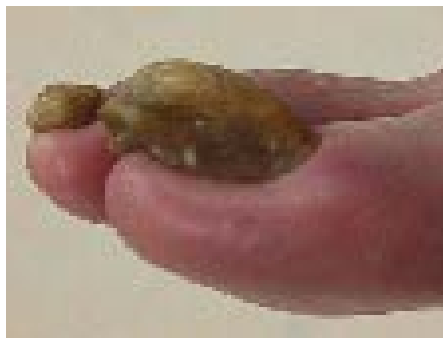
Con ello se intenta aumentar el bienestar social del mayor, mantener al máximo su papel activo dentro de la sociedad para retrasar la institucionalización y reducir la posibilidad de complicaciones médicas.

Es recomendable acudir al podólogo al menos de forma semestral y cada vez que se observe algún tipo de anormalidad o disfunción.

2.5.2. Afecciones más frecuentes del pie geriátrico.

Onicomycosis.

Es una infección de las uñas producida por hongos. Las uñas cambian a un color amarillento y se vuelven más gruesas, pudiendo crecer dorsalmente adoptando la postura de un cuerno (onicogrifosis).



Uña geriátrica con onicomycosis.

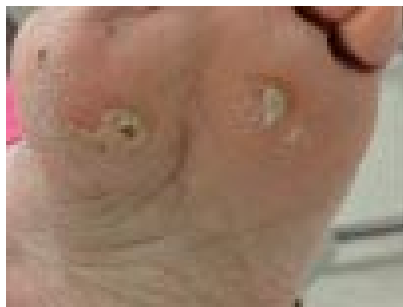
Foto: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com.

Onicocriptosis o uña encarnada.

Es un trastorno muy común entre la población, en general, y entre la geriátrica, en particular. La uña se va curvando y, progresivamente, se va introduciendo en la piel del pliegue ungueal. Es una afección muy dolorosa y puede producir infección. Para curarla, es necesario eliminar el borde de la uña que está clavada y poner pomada antibiótica.

Lesiones hiperqueratósicas o callosidades.

Se forman en respuesta a la fricción y presión excesiva y continuada sobre la piel en un punto determinado, lo que produce un engrosamiento de ésta que provoca dolor. Su tratamiento consiste en el desbridamiento de la piel por parte del podólogo y posterior almohadillado de la lesión que amortigua el roce y la presión sobre la zona.



Pie geriátrico con lesiones hiperqueratósicas.

Foto: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com.

Heloma interdigital u "ojo de gallo".

Es una lesión interdigital muy dolorosa que se produce al someter a presión una zona que ha absorbido humedad. Contribuye a su formación la fricción continua de los dedos por calzado estrecho.



Pie geriátrico con heloma interdigital u "ojo de gallo".

Foto: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com.

Tiloma.

Es una hiperqueratosis (callosidad) que aparece en las zonas del pie que soportan más peso, generalmente en la planta.

El tratamiento consiste en el ser limadas, por el podólogo, y corregir si hay un mal apoyo.

Hallux Valgus o juanete.

Consiste en una desviación del primer dedo hacia el segundo, ocasionando una deformidad y prominencia del hueso. Generalmente, hay un factor hereditario, pero el calzado estrecho contribuye a su formación.



Pie geriátrico con Hallux Valgus o juanete.

Pie geriátrico con "juanete de sastre".

Fotos: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com.

Cuando la deformidad es del quinto dedo hacia el cuarto, se denomina "juanete de sastré".

El tratamiento definitivo de esta afección es quirúrgico, aunque existen unas correcciones ortopédicas que intentan evitar la progresión de la enfermedad.

Dedo en martillo.

Es una deformidad ósea por desbalance entre los músculos, ocasionando la curvatura del dedo que, en un principio, puede reducirse pero que, de progresar, se vuelve rígida con flexión permanente de los dedos.

El tratamiento de esta afección es también quirúrgico.



Pie geriátrico con dedo en martillo.

Foto: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com .

Talalgia.

Es el dolor de talón. Puede ser el resultado de múltiples factores: existencia de prolongaciones óseas en el hueso del talón, que es lo que se denomina espón calcáneo; inflamación de las partes blandas del talón (fascias, ligamentos,...)

Estas dolencias, generalmente, se tratan con taloneras de descarga, que evitan la excesiva tensión del talón, y con fisioterapia. En otras ocasiones, se recurre a infiltraciones e incluso cirugía.

Pie diabético.

La diabetes es una enfermedad que muy frecuentemente produce alteraciones en riñón, ojos, circulación, etc., y es, además, causa de múltiples complicaciones.

Con la diabetes se producen alteraciones en la circulación sanguínea de forma que el pie del paciente diabético está peor vascularizado y, por tanto, con frecuencia están fríos,

presentan alteraciones en la sensibilidad, tienen tendencia a ulcerarse, son más sensibles a las agresiones y tardan más en recuperarse de éstas

Son muy frecuentes las úlceras de evolución tórpida y lentas en cicatrizar que pueden originar infecciones e, incluso, ser causa de amputación.

En estos paciente se deben extremar las medidas y cuidados del pie, revisando diariamente su estado de integridad cutánea.



Pie geriátrico con úlcera producida por la diabetes.

Foto: Juan M. Suárez Méndez. Tomada de www.podologiaweb.com.

2.5.3. Cuidados del pie geriátrico.

- El pie geriátrico debe examinarse con mucha frecuencia para buscar zonas de irritación, inflamación, ampollas, cortes o úlceras, así como alteraciones de la sensibilidad.
- Se debe intentar favorecer la circulación sanguínea, ya que ello prolonga la vida del pie. Para ello se recomienda hacer ejercicio físico, mover con frecuencia los dedos, abandonar el hábito tabáquico,...
- Es imprescindible lavar los pies a diario y poner medias o calcetines limpios.

Para el lavado se empleará agua templada y un jabón suave con pH similar al de la piel. La esponja deberá ser muy blanda y suave para procurar no dañar la piel. Se insistirá en la zona interdigital, ya que aquí se produce acumulación de restos de sudor.

El secado debe ser minucioso, especialmente entre los dedos, porque la humedad favorece el crecimiento de hongos.

La piel puede hidratarse con una loción emoliente evitando el empleo de cremas o productos irritantes y abrasivos.

- Las uñas se cortarán tras el lavado, cuando se encuentran reblandecidas, lo que facilita la tarea. Se cortarán rectas y se limarán las puntas laterales para que no se claven en la piel.
- Los calcetines se ajustarán al pie pero no oprimirán demasiado para no dificultar la circulación.
- El calzado debe ajustarse al pie, sin ser ni grande ni pequeño. Es preferible que la suela sea antideslizante y la punta ancha. Si padece alguna deformidad en el pie, se recomiendan hormas o zapatos especiales.
- Es importante evitar los cambios bruscos de temperatura en los pies; a ser posible, se debe intentar que estén siempre calientes, pero nunca se deben acercar de forma directa a una fuente de calor (estufa, chimenea,...)
- Si aparece alguna alteración no se debe hurgar en ella, sino consultar al podólogo o al médico.

3. Aspectos psicológicos de la ancianidad.

3.1. Introducción.

La entrada en la última etapa de la vida va acompañada de importantes cambios a nivel físico y social que afectan a los aspectos psicológicos de los mayores.

En el anciano son observables los cambios físicos que conlleva el proceso de envejecimiento y que van limitando sus movimientos, cambiando su aspecto exterior y deteriorando sistemas u órganos relacionados con distintas funciones. También son fáciles de percibir algunos de los cambios sociales, como el hecho de la jubilación. No obstante, los que se producen en el ámbito psicológico quizás no son tan fácilmente perceptibles, teniendo éstos sus consecuencias en el área de las capacidades intelectuales y cognitivas (inteligencia, memoria,...) o en las emociones (es inevitable la pérdida de seres queridos como amigos o cónyuge y la cercanía a la que se encuentra la muerte en esta última etapa del ciclo vital).

Cualquier alteración que ocurra en la vida de una persona conlleva cambios psicológicos que exigen un período de aceptación a las nuevas circunstancias durante el cual el individuo puede adaptarse. Pero la mayoría de las situaciones a las que se enfrentan los ancianos son difíciles, están marcadas por pérdidas a nivel biopsicosocial, de modo que, dependiendo de las características personales y del apoyo social con el que cuente cada individuo, atravesarán con mayor o menor "calidad de vida" esta última etapa.

Para la comprensión en toda su amplitud de los cambios psíquicos que se atribuyen al paso de los años, hay que tener en cuenta la interrelación entre:

- El deterioro **fisiológico**: serían las modificaciones anatómicas y funcionales en las estructuras cerebrales (envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos).
- Las modificaciones en las funciones **mentales** (intelectuales y cognitivas).
- Las modificaciones en la **afectividad** (vivencia de las pérdidas, motivación, personalidad,...)
- Las modificaciones a nivel **social** (pérdida de roles, estatus, jubilación,...)

Algunos autores, como Neuhaus y Neuhaus (1982) establecen algunos aspectos relevantes para un envejecimiento adecuado:

- **Factores ambientales y de salud.** Las personas satisfechas son las que son capaces de luchar por mantenerse sanas, aceptando las dificultades progresivas de la edad, siendo la actividad y el ejercicio físico importantes en el bienestar percibido.
- **Factores sociales.** Es importante la sensación de sentirse satisfechos con la vida que han llevado, que estén preparados para ese retiro y que cuenten con una adecuada red de apoyo social.
- **Factores psicológicos.** Las personas que se sienten más satisfechas son aquellas que ven la vejez como una etapa más dentro de todo el ciclo vital.

3.2. Funciones mentales superiores y proceso de envejecimiento.

Definimos las **funciones mentales superiores** como aquellos procesos psicológicos que nos distinguen como especie humana. Podemos agruparlas en:

- funciones intelectuales;
- funciones cognitivas.

Las funciones intelectuales están estrechamente ligadas a las funciones cognitivas; en general, se puede decir que la capacidad intelectual depende en gran parte de ellas.

Los cambios que se producen en las funciones mentales superiores como consecuencia del envejecimiento varían mucho de un individuo a otro.

3.2.1. Cambios en las funciones intelectuales como resultado del proceso de envejecimiento.

Con el término **funciones intelectuales** nos referimos a la **inteligencia**; es decir, a las capacidades necesarias que posee la persona para adaptarse al medio de forma efectiva.

Diversos estudios han demostrado que no existe un deterioro intelectual debido a la edad cronológica y que éste sólo se produce cuando la persona se ve afectada por algún trastorno que le limite funcionalmente.

No obstante, hay autores que distinguen dos formas de inteligencia. La **inteligencia fluida** y la **inteligencia cristalizada**. Atendiendo a esta distinción, sí se producirían cambios en la capacidad intelectual de las personas conforme avanza la edad:

- **Inteligencia fluida:** es la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas. Esta forma de inteligencia disminuye con la edad.
- **Inteligencia cristalizada:** es la capacidad de aplicar a la situación presente la acumulación de experiencias pasadas. Esta forma de inteligencia no disminuye con la edad sino que, por el contrario, aumenta.

3.2.2. Cambios en las funciones cognitivas como resultado del proceso de envejecimiento.

Las **funciones cognitivas** son los procesos mediante por los cuales recibimos, almacenamos y usamos la información que nos llega. Son las siguientes:

- Percepción.
- Memoria.
- Atención.
- Razonamiento.

3.2.2.1. Cambios en la percepción.

Por medio de la percepción sensorial recibimos la información que nos llega del exterior. Con el envejecimiento, ésta experimenta un deterioro generalizado, aunque de forma muy variable de un individuo a otro, que afecta principalmente a los dos canales fundamentales de recepción de la información: el auditivo y el visual. Con esta reducción funcional, a la larga, las personas mayores van sintiendo dificultades para comunicarse, lo que les genera desconfianza y puede llevarlos al aislamiento. A pesar de esto, la mayoría de los ancianos siguen haciendo sus actividades con normalidad, compensando este tipo de pérdidas con prótesis auditivas, gafas, etc.

3.2.2.2. Cambios en la memoria.

La memoria, a grandes rasgos la podemos dividir en:

- **Memoria reciente o a corto plazo.** Es la capacidad para evocar sucesos recientes. La pérdida de esta capacidad es un signo característico del envejecimiento, al igual que los pequeños olvidos.

Las personas ancianas tienen dificultades, sobre todo, para retener información poco significativa, más si se requiere un esfuerzo para poderla recibir o atender. Sin embargo, puede evitar en parte los efectos de estos deterioros y mantener la actividad mental utilizando métodos simples, como elaborar listas de las cosas que tienen que hacer, llevar una agenda, usar calendarios y notas, etc., que ayudan a que estas pérdidas no sean especialmente dramáticas.

- **Memoria remota o memoria a largo plazo.** Es la capacidad para recordar situaciones o hechos pasados, aunque acontecimientos nuevos también son almacenados en esta memoria. Aparte de conservar nuestras propias experiencias,

también se encarga de almacenar la información relevante sobre el mundo que nos rodea y sobre nosotros mismos: nuestro lenguaje, nuestras conductas,...

Las personas ancianas suelen conservar en buena medida esta memoria, siendo capaces de relatar hechos ocurridos mucho tiempo atrás sin perder los detalles; más aún cuando los acontecimientos les han sido significativos.

El rendimiento y las capacidades mnésicas están relacionados con la atención que se preste a la información que recibimos.

3.2.2.3. Cambios en la atención.

La **atención** hace referencia a la predisposición y receptividad que tengamos para los estímulos o la información que nos llega. Está influenciada por los canales encargados de la percepción de estímulos, principalmente el auditivo y visual, así como por la motivación de la persona por interesarse en la información que le llegue.

En líneas generales, la atención sufre deterioro por ambas partes, ya que la percepción, como se comentó anteriormente, se ve afectada por el envejecimiento. Lo mismo ocurre con la motivación del anciano, que pierde interés por su entorno como consecuencia de las pérdidas físicas, psíquicas y sociales (pérdidas de seres queridos, trabajo y vida social, entre otras). La base de un correcto funcionamiento cognitivo e intelectual es la motivación del anciano por el medio que le rodea, ya que ésta puede compensar algunas deficiencias que el paciente presenta.

El deterioro atencional afecta a las demás funciones cognitivas.

3.2.2.4. Cambios en el razonamiento.

Por **razonamiento** entendemos la capacidad de elaborar y abstraer la información que hemos recibido del entorno, pudiéndola comprender y relacionar con otros conocimientos previos para sacar un juicio crítico. El razonamiento está muy ligado a la inteligencia y el deterioro que presenta es una mayor lentitud en este proceso. A grandes rasgos, este enlentecimiento afecta tanto a los procesos cognitivos como a las capacidades físicas del anciano, que requerirá más tiempo para cualquier tipo de adaptación.

El rendimiento de la actividad mental también está influenciado por otros factores:

- Inteligencia personal: se produce un mayor descenso en aquellas personas consideradas menos inteligentes.

- Formación escolar: existen diferencias en el rendimiento entre ancianos con estudios superiores y ancianos con estudios primarios.
- Tipo de actividad profesional: se produce mayor deterioro en aquellas personas que realizaron actividades monótonas o poco estimulantes, en comparación con aquellas otras que necesitaron del ejercicio mental para desarrollar su labor profesional.

3.2.3. Cambios en la aceptación de la propia imagen como resultado del proceso de envejecimiento.

El **autoconcepto** es el "concepto de sí mismo"; es decir, es la imagen que cada uno de nosotros tiene de sí mismo. Este imagen es la que nos aporta la identidad propia y es el rol que tenemos entre los que nos rodean. Está relacionada con las actividades y logros que se han realizando a largo de la vida, así como con la reacción que los demás tienen hacia nosotros.

Con el envejecimiento, muchas de las actividades y situaciones en las que la persona se ha encontrado cambian, sus posibilidades de relación varían y esto lleva a muchos mayores a perder su rol, a sentirse insatisfechos y a no aceptar su "nueva imagen".

Entre los factores que más dañan el autoconcepto de los ancianos destacan la jubilación y la devolución o reacción que reciben del resto de la sociedad.

3.2.3.1. Información recibida del entorno.

Generalmente, la devolución o información que reciben los ancianos procedente de su entorno es la de una imagen social estereotipada y negativa; no son valorados y se les considera personas enfermas, aisladas, aburridas y sin intereses que, simplemente, esperan la muerte. Además, esto está incluido en una cultura que distorsiona aún más la imagen de éstos. En las sociedades urbanas e industriales los valores que imperan (juventud, competitividad, agresividad,...) entran en contraposición con los que pueden aportar los mayores (sabiduría, experiencia,...); esto los lleva a no sentirse integrados.

Ellos perciben todo esto y las consecuencias son, principalmente, la desmotivación con la que el mayor se enfrenta a esta nueva etapa de su vida que conlleva:

- no luchar contra las dificultades que van apareciendo;
- aceptar situaciones que no le satisfacen;
- volverse dependientes;
- acercarse poco a poco a la soledad y al aislamiento.

Se debería, por tanto, promocionar en los mayores una actitud positiva ante un nuevo reto que tienda a la búsqueda de nuevas interacciones e intereses. El lograr este fin depende en gran parte de las características de cada persona, de la sociedad en general y de los programas que se están proponiendo desde las administraciones y asociaciones públicas y privadas; pero también depende en gran medida del apoyo social más cercano: familiares y amigos más íntimos y profesionales que trabajan con este grupo etario.

3.2.3.2. Jubilación.

Supone acabar con el trabajo que se ha estado desarrollando durante toda una vida. Esto conlleva que tenga que adoptar un nuevo rol, con intereses dirigidos ahora hacia el tiempo libre del que antes no disponía. Incluye también cambios dentro en la propia familia y en las relaciones sociales, además de en lo económico, donde normalmente se produce una reducción de los ingresos.

Para algunas personas la jubilación implica un incremento de salud física y mental: siguen manteniendo interacciones satisfactorias, encuentran tiempo para sus aficiones, no pierden su actividad diaria y se encuentran más felices. Sin embargo, para otras tiene una implicación muy negativa, ya que la consideran "el principio del fin". Este grupo se enfrenta a este período sin motivación, sin saber qué nuevo rol desempeñar, se encuentran vacíos y les afectan notablemente las consecuencias negativas que comentamos con anterioridad.

3.2.4. Cambios afectivos y de personalidad como resultado del proceso de envejecimiento.

3.2.4.1. Cambios afectivos y emocionales.

Entendemos por **cambios afectivos y emocionales** aquéllos que se producen en el estado anímico del anciano; es decir, en el modo de sentir los acontecimientos que le suceden.

Las personas adquieren su madurez emocional a través de sus experiencias vitales. En los mayores, éstas están marcadas por el enfrentamiento a situaciones de pérdidas: físicas, laborales, afectivas (seres queridos),.... Además, en estos años son frecuentes las crisis y problemas que conlleva la entrada en una nueva y última etapa; los factores estresantes cobran mayor importancia (por ejemplo, la nueva situación social) y todo esto se ve agravado por la disminución de las fuerzas físicas y demás recursos necesarios para afrontar la dificultad de estas situaciones.

La influencia que estos hechos tengan sobre el ánimo y las emociones del mayor estarán determinadas por el apoyo de las personas de su alrededor, así como por su estado físico y mental. Si estas condiciones son satisfactorias, se encontrará motivado y con fuerzas para disfrutar de su entorno; pero en condiciones adversas, la predisposición a la depresión se acrecienta, siendo el trastorno afectivo el más habitual de esta etapa.

3.2.4.2. Rasgos de la personalidad del anciano.

Los **rasgos de personalidad** son las cualidades psíquicas y afectivas que diferencian a una persona de las demás. También se pueden entender como el carácter de cada uno de nosotros.

Los cambios en los rasgos de personalidad del anciano no son muy llamativos porque suelen ir presentándose de modo estable a lo largo del tiempo, a no ser que sean modificados por alguna patología o psicopatología. El paso de los años ejerce su influencia acentuándolos o potenciándolos, aunque también existen otros factores que los van moldeando: estado de salud, entorno familiar, pérdidas afectivas, situación de vida, experiencias,...

Diversos estudios hacen referencia a la **adaptación del individuo al envejecimiento** diferenciando entre personalidades "adaptadas" y personalidades "mal adaptadas".

- Personalidades "adaptadas". Serían los ancianos realistas, contentos de vivir esta etapa de su vida de forma satisfactoria. Se mantienen activos e interesados por todo lo que les rodea. Algunos de ellos se toman la vida de forma más pasiva pero, igualmente adaptados, se presentan contentos de estar jubilados y de no tener ninguna obligación con la sociedad.
- Personalidades "mal adaptadas". Serían las personas coléricas, negativas y hostiles que siempre están descontentas y que no aceptan envejecer ni que se acerque la muerte. O bien, aquéllos cuyo balance de vida es negativo: se sienten culpables de todo y consideran la muerte como la única salida a su situación vital desagradable.

3.3. Trastornos psíquicos en el paciente geriátrico.

Entendemos por **trastornos psíquicos** las alteraciones mentales que se producen en una persona y que habitualmente van acompañadas de otros síntomas físicos. Entre la población mayor están bastante extendidos, calculándose que los presentan un tercio de las personas de edades superiores a los 65 años.

Algunas de las psicopatologías más frecuentes en los mayores tienen una causa orgánica, como son las demencias y estados confusionales. También, las lesiones fisiológicas; por ejemplo, alguna que produzca la inmovilización física puede llevarlos a estados depresivos, ansiedad,... Esto hace que nos encontremos con dificultades a la hora de diferenciar el tipo de trastorno que padecen, ya que en el paciente geriátrico se solapan con mucha frecuencia las patologías físicas y las psíquicas.

Por otra parte, también algunas alteraciones psicológicas pueden terminar en graves síntomas fisiológicos. Por ejemplo, la angustia del mayor a la hora de afrontar determinadas situaciones deriva frecuentemente en problemas digestivos.

Una característica más de las alteraciones psíquicas de este grupo de pacientes es la superposición de cuadros psicopatológicos; es decir, los dobles diagnósticos. Son casos en los que el enfermo puede padecer al mismo tiempo depresión y demencia, por ejemplo.

Los trastornos psíquicos más comunes en el paciente geriátrico son los siguientes:

- Trastornos afectivos: depresión.
- Trastornos por ansiedad:
 - . Crisis de ansiedad y ansiedad crónica.
 - . Trastorno obsesivo – compulsivo.
 - . Trastornos fóbicos.
- Trastornos psicosomáticos e hipocondríacos.
- Delirium y demencias.

3.3.1. Trastornos afectivos: depresión.

La depresión es la psicopatología más frecuente en el anciano. Se presenta de forma directa o encubierta bajo quejas de tipo hipocondríaco o funcional.

Existen muchos tipos de depresión; no obstante, describiremos las características comunes que esta patología suele presentar:

- Tono emocional triste que el paciente presenta de forma directa o enmascarada por quejas somáticas o síntomas ansiosos.
- Pérdida de interés por el entorno y por los familiares. Esta situación a veces le hace sentirse culpable por considerarse un egoísta.
- Trastornos del sueño, con dificultad para conciliarlo y con despertar precoz; de alimentación (anorexia y pérdida de peso); y de motricidad (inhibición – bloqueo; inquietud - excitación).
- Enlentecimiento del pensamiento y aparición de rumiaciones depresivas (darle vueltas sin parar a una idea negativa) que pueden terminar en delirios culpabilizadores y de ruina.
- Grave daño en atención, concentración y memoria que limita su actividad diaria.

Tratamiento:

Principalmente, se utilizan tres tipos de tratamiento: conductual, cognitivo y farmacológico.

- Tratamiento conductual: consiste en reforzar al paciente los objetivos alcanzables que vaya consiguiendo para después entrenarlo en habilidades sociales, de afrontamiento de situaciones,...
- Tratamiento cognitivo: el objetivo es detectar los pensamientos irracionales (no adaptados) para detenerlos y encontrar otros alternativos.

Normalmente, se combinan los dos tipos de tratamiento: el cognitivo y el conductual.

- Tratamiento farmacológico: se utilizan antidepresivos muy avanzados y con pocos efectos secundarios.

Recomendaciones para el auxiliar de enfermería ante pacientes con depresión.

- Premiar de forma verbal y no verbal "sólo" los esfuerzos del paciente por adaptarse e interactuar.
- Ayudar al paciente a que muestre interés por hábitos saludables como pasear, leer, hacer crucigramas,... que lo ejerciten física y mentalmente.
- Hacerle cumplir los horarios de aseo, comidas, ...
- No acomodarlos en la sobreprotección.
- Relativizar las conversaciones de autorreproches y con connotaciones negativas, pero sin dejar de mostrarles interés.

Esta patología está muy asociada al suicidio y, en el caso del paciente geriátrico, las cifras de éste son más elevadas que en el resto de la población.

3.3.2. Trastornos por ansiedad.

La **ansiedad** es un estado subjetivo de temor indefinido, aprehensión e inseguridad, acompañado de vigilancia y cambios fisiológicos periféricos a través del sistema nervioso central: palpitaciones, sudores, sequedad de boca, sensación subjetiva de peligro inminente,...

3.3.2.1. Crisis de angustia y ansiedad generalizada.

La **crisis de angustia** se caracteriza por accesos de pánico repentinos en los que el paciente presenta síntomas como palpitaciones, temblores, dolor, asfixia,... que a veces le conducen a un trastorno de agorafobia (temor a salir a la calle y sitios transitados). Estas crisis suelen durar unos minutos o unas horas.

La **ansiedad generalizada** se caracteriza por ser crónica y flotante; el paciente presenta inquietud, fatiga, irritabilidad, problemas de concentración y una preocupación difícil de controlar.

En los ancianos son mucho más frecuentes los estados de ansiedad crónica, manifestados fundamentalmente por somatizaciones a nivel intestinal, alteraciones en el apetito, frecuente micción, inquietud psicomotriz, malestar general, sudor de manos y quejas hipocondríacas.

En muchos casos, este estado de ansiedad es sólo síntoma de una depresión enmascarada.

Tratamiento.

- Tratamiento psicológico: va dirigido a entrenar al paciente en técnicas de relajación y respiración para detener la ansiedad, acompañadas de técnicas de tipo cognitivo-conductual para prevenirla.
- Tratamiento farmacológico: se emplean antidepresivos a dosis bajas (crisis de angustia) y ansiolíticos (ansiedad crónica).

3.3.2.2 Trastorno obsesivo - compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo, también llamado TOC, es un tipo de trastorno de ansiedad. El paciente presenta como síntomas obsesiones y compulsiones que difícilmente puede controlar.

Las **obsesiones** se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan ansiedad o malestar significativos. No se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. Aparecen en el pensamiento del paciente aunque éste intente ignorarlas o suprimirlas y el modo de neutralizarlas es por medio de las compulsiones u otros pensamientos.

Las **compulsiones** se definen como comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

Las obsesiones y/o compulsiones provocan un malestar significativo en el paciente, ya que representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus actividades o su vida social. En algún momento del curso del trastorno la persona reconoce que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Los trastornos obsesivo - compulsivos pueden aparecer por primera vez en la vejez como consecuencia de la acentuación de rasgos neuróticos ya existentes; o también en un intento del paciente por controlar un deterioro o una descompensación psicótica.

Tratamiento.

- Tratamiento psicológico: consiste en la exposición a los estímulos externos o internos que desencadenan la ansiedad, acompañados de técnicas de supresión y bloqueo de las obsesiones y compulsiones.
- Tratamiento farmacológico: principalmente, antidepresivos.

3.3.2.3. Trastornos fóbicos.

Una **fobia** se define como un miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específicos (el estímulo fóbico) que provoca un deseo imperioso de evitar dicho objeto, actividad o situación. El sujeto es capaz de reconocer que el miedo es excesivo o irracional en proporción a la peligrosidad real del objeto, actividad o situación.

Los miedos irracionales y las conductas de evitación están presentes en diversos trastornos psiquiátricos. No obstante, según el DSM-IV¹, el trastorno fóbico se considera presente sólo cuando las fobias específicas o múltiples son el aspecto predominante del cuadro clínico, cuando son fuente de un marcado malestar en el individuo y cuando no son el resultado de otro trastorno mental.

Estos cuadros aparecen con frecuencia en los pacientes geriátricos, aunque sin son leves a menudo pasan desapercibidos para el personal sanitario. Dentro de ellos, el que mayor incidencia y relevancia asume es el agorafóbico, que consiste en temores que paralizan al paciente y le impiden salir a lugares abiertos o tumultuosos como la calle, supermercados,... teniendo que estar siempre acompañado por personas concretas que hagan de estímulo contrafóbico. En la familia, esto un crea malestar por la excesiva dependencia de la persona.

Tratamiento.

- Tratamiento psicológico: consiste en entrenar primero al paciente en técnicas de relajación y respiración, para después ir acercándolo (en vivo o mentalmente) a las situaciones que teme.

¹ Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Asociación Americana de Psiquiatría.

- Tratamiento farmacológico: por sí sólo tiene pocos efectos, por ello suele ir acompañado del psicológico.

Recomendaciones para el auxiliar de enfermería ante pacientes con trastornos de ansiedad:

- Permanecer cerca de ellos.
- Pedirles que hagan respiración lenta y profunda.
- En las crisis de angustia, mostrarles que se encuentran acompañados y que nada les puede ocurrir.
- No mostrarse nervioso, pues eso los excitarían aún más.
- La presencia de los familiares es la mejor forma de calmar a estos pacientes.

3.3.3. Trastornos psicósomáticos e hipocondríacos.

La característica principal del **trastorno de somatización** consiste en la presencia de múltiples síntomas físicos que no se explican totalmente por problemas de esta índole, sino que provienen de conflictos psíquicos o situaciones estresantes que se depositan en distintos órganos del cuerpo. Son típicas las úlceras, los problemas intestinales, el asma bronquial,... En la vejez, estos trastornos se presentan, sobre todo, en el aparato digestivo.

A menudo, este cuadro se solapa con los **trastornos hipocondríacos**, que se caracterizan por una excesiva preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave a través la interpretación de síntomas de carácter psicósomático.

Los ancianos que padecen estos trastornos están continuamente demandando asistencia médica, frecuentan los servicios de salud, tienen grandes historiales médicos, etc. Además, presentan cada vez más deterioro a nivel social y en sus actividades diarias.

Tratamiento.

- Tratamiento psicológico: consiste en reducir el estrés y cambiar los patrones de conducta que llevan a las excesivas preocupaciones o a las somatizaciones. Es el tratamiento fundamental en este tipo de trastorno.

3.3.4. Demencia y delirium.

La **demencia** se define como la pérdida de habilidades intelectuales con la suficiente gravedad como para que interceda en el funcionamiento de la actividad de relaciones sociales. Va acompañada de pérdida de memoria y otras alteraciones de las funciones corticales, con afectación de la elaboración de juicios abstractos y sin variación del estado de conciencia. Entre las más comunes se encuentra la de Alzheimer.

Esta patología, al igual que el delirium, será ampliamente estudiada en la unidad didáctica dedicada a la Geriatria.

Existe una gran facilidad, por parte del personal sanitario, para cometer el error de tratar a los pacientes psicogeriatricos con **actitudes paternalistas** que no hacen sino alargar y reforzar los ingresos y conductas de éstos.

El otro error son las **actitudes de intolerancia, rechazo e incomprensión** hacia su enfermedad creadas por las dificultades y frustraciones que a menudo estos pacientes generan.

3.4. La muerte: su proximidad y la pérdida de seres queridos.

Desde niños se nos enseña que el hombre nace, crece, se reproduce y muere. Este es un ciclo que se repite en la vida de todos los seres vivos. Aprendemos que la muerte es una etapa más dentro de nuestra historia y que algún día la tenemos que afrontar. Pero nos resulta difícil, en ocasiones, llegar a aceptarla.

El final de nuestra existencia es un hecho tan trascendente y tan inevitable que cada uno de nosotros lo carga de significado de un modo subjetivo y muy personalizado. Pensar en la muerte como en una realidad que forma parte de la naturaleza, como en un acto, como en un final de todo, como en un principio de lo que sigue, como en una incógnita,... da lugar a vivencias tan distintas que se configuran según las experiencias que haya tenido cada uno.

La muerte, aparezca de forma imprevista o esperada, nos impacta. El hecho de cuestionárnosla nos angustia. Posiblemente, es por esto por lo que de ella apenas se habla. Es un tema tabú para la mayoría de las personas y nuestra propia muerte nos resulta muy difícil de imaginar.

Sin embargo, parece que cuando convivimos con ancianos nos mostramos más sensibilizados y somos conscientes de que en algún momento la vida terminará.

Es difícil dar unas pautas sobre las formas más adecuadas para actuar en estas situaciones, ya que no existe una receta mágica para afrontar la muerte, por lo que lo único que podemos intentar es proporcionar información sobre el tema que cada uno (el anciano, los familiares y personas más allegadas, el personal sanitario,...) pueda recoger y elaborar de manera singularizada.

La tarea que nos ocupa consiste en aportar las consideraciones necesarias para que la atención al anciano que se encuentra en situación de morir sea la mejor posible y, también, que esta atención sea lo menos dolorosa y angustiosa para los que le asisten.

3.4.1. Actitudes ante la muerte.

Muchos de nosotros podemos sentir miedo o ansiedad respecto a la muerte. Son sensaciones ante un hecho irreversible y desconocido, un miedo a "no saber qué" que nos desconcierta. El **miedo a la muerte** se considera como un constructo formado por distintos factores que puede variar significativamente en función de las características de las personas y del contexto y circunstancias en las que se produce. Para Rodríguez Moreno y Castellano Suárez (1995)², estos factores serían:

- Características personales: la personalidad, vivencias, aprendizajes, aspiraciones y circunstancias íntimas del moribundo van a determinar que tanto la persona que va a morir como las que le rodean experimenten el final de la vida de un modo específico. Y es el conjunto de todas ellas lo que verdaderamente constituye la realidad de la muerte.
- Circunstancias ajenas: el miedo y la actitud ante la muerte están también bajo la influencia de circunstancias ajenas a la persona. La causa letal, su tipo y duración, el tipo de síntomas que produce, la existencia o no de dolor, la asistencia dispensada (a nivel técnico, social, afectiva, humana,...), etc., son determinantes en esta situación. No es lo mismo pensar anticipadamente en el día de nuestra muerte que el que acontezca un terremoto cuyas consecuencias sean devastadoras; que padezcamos una enfermedad crónica o que nos encontremos inmersos en una guerra.

² Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Autor: Sinforiano Rodríguez Moreno y Antonio Castellano Suárez. Ed. Las Palmas Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitario. 1995.

Con **ansiedad ante la muerte** nos referimos a las respuestas fisiológicas, cognitivas, conductuales y motoras que nos suscita el miedo ante ella. Estas respuestas en algunos pacientes son ataques de pánico con trastornos depresivos, esquizofrénicos o, incluso, elevados índices de ansiedad y malestar intenso en enfermos somáticos. Siguiendo a los mismos autores (Rodríguez Moreno y Castellano Suárez, 1995), se pueden presentar diversos **tipos de miedo ante la muerte**:

- Miedo a la propia muerte: al sufrimiento personal (dolor, asfixia,...), a morir en soledad, a no cumplir con los objetivos propuestos en vida,...
- Miedo a la otra vida: sufrir un castigo, ser rechazado, no ser recordado, al más allá,...
- Miedo a la muerte de otro: sufrir por el dolor del otro, perder esa relación, sentirse abandonado y desprotegido, inquietud ante los funerales,...
- Miedo a los muertos: a que vuelvan, a que se venguen, a que convivan entre nosotros,...

Este miedo nos lleva a adoptar unas **conductas concretas de afrontamiento**:

- Evitar o alejar los pensamientos relativos a la muerte; como si ésta no existiese realmente.
- Apartarnos de situaciones que nos ponen en contacto directo con la realidad de la muerte. Por ejemplo, no visitar enfermos terminales, evitar determinadas conversaciones,...

Convivir con el miedo a la muerte, en cierto modo, es normal e incluso necesario. La tanatofobia sería el caso patológico de una persona cuyo miedo a la muerte le incapacita de tal forma que no puede desempeñarse de forma adaptativa en su vida cotidiana; es decir, un miedo excesivamente desproporcionado.

Algunos estudios han demostrado la correlación entre la ansiedad ante la muerte y otras variables; así, parece que se produce mayor nivel de ansiedad hacia la mitad de la vida; que las mujeres tienen más miedo a la desaparición del cuerpo y al dolor físico que los hombres que, sin embargo, temen más una muerte violenta y el efecto de ésta en sus familiares; el no poseer creencias religiosas que prometan una vida posterior; el tener una imagen más negativa de sí mismo; etc.

Tal importancia tienen las actitudes y emociones de las personas ante la muerte que se han elaborado herramientas para evaluar el nivel de ansiedad que las personas pueden

llegar a manifestar. Entre ellos, destaca la Escala DAS (Escala de Ansiedad ante la Muerte), que es el instrumento más utilizado y validado internacionalmente. Una breve exposición sobre ella se puede encontrar en el material complementario a esta unidad didáctica.

Quizás el tema de la muerte debería ser abordado como una parte más dentro de nuestros aprendizajes, incluirse en nuestra educación general desde pequeños. Así, tal vez asimilaríamos que nada es eterno y que algún día nuestros proyectos se verán interrumpidos sin remedio.

3.4.1.1. Actitudes de la familia ante la muerte del anciano.

Las circunstancias de la vida hacen que la muerte de cada individuo tenga un significado distinto. La muerte de un anciano en nuestra cultura es vivida, generalmente, como menos trágica que la de un joven. Diversas variables son las que hacen este hecho más aceptable³:

- Es un hecho "normal a su edad": esta concepción nos permite a los no tan mayores alejar mentalmente la muerte por un tiempo.
- La idea general de que los ancianos ya han vivido y disfrutado de sus vidas y "pueden morir tranquilos".
- Resulta más relajante pensar que el anciano ha tenido tiempo de elaborar su muerte a lo largo de su vida; suponemos que se habrán ido mentalizando.
- El deterioro que algunos ancianos sufren en cuanto a disfuncionalidad física y psíquica parece que justifica la próxima no existencia porque, en cierto modo, es como que "ya no estaban viviendo".
- Los ancianos se mantienen más alejados de la dinámica activa de jóvenes y adultos, sus rutinas son más específicas y se comparten menos escenarios de actividad con la familia y otras personas cercanas, por lo que parece que, pasado un tiempo desde su muerte, se echan "menos en falta".

Todas estas razones y otras muchas facilitan que la muerte del mayor pueda ser vivida con mayor naturalidad por parte de los demás, aunque las circunstancias personales del

³ Guía de atención a la salud del anciano. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 1992.

anciano fallecido son las que verdaderamente aportan matices diferenciales a la hora de vivir de un modo más fácil y menos angustioso la muerte del ser querido⁴:

- Muerte tras una larga vida.
- Con/sin enfermedades previas.
- Con/sin dolor.
- Con/sin apoyo de los seres queridos.
- Habiendo/no habiendo sufrido mutilaciones físicas.
- Con/sin preocupaciones por los que se quedan atrás;...

Por tanto, factores como el estado de salud física y mental, el estar integrado en una familia o no, el vivir en una institución, en solitario o en casa de sus hijos; el nivel cultural de la familia y la religiosidad, etc., son variables determinantes y predisponentes a la aceptación del propio final y del de los demás.

3.4.1.2. Actitudes del anciano ante la muerte.

Las personas mayores, en general, parecen temer menos a la muerte. Es posible que no les guste hablar de ella pero sus actitudes de aceptación son más favorables y, a menudo, mantienen una postura expectante.

La aceptación de la muerte es más clara cuando la persona ha tomado conciencia de su deterioro físico y de sus repercusiones, así como cuando ellos mismos han participado de la pérdida de seres queridos. Ambas cosas predisponen al anciano a la idea de que todo muere y de que puede ocurrirle a cualquiera en cualquier momento, incluido él mismo.

Respecto a las actitudes y emociones referidas a la muerte, hay diversos estudios y teorías. La más conocida es la propuesta de la psicóloga rusa Kübler -Ross, aunque se debe especificar que los modos de reacción que se exponen no son válidos para todos los enfermos terminales.

⁴ Guía de atención a la salud del anciano. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 1992.

Fases del paciente moribundo ante la muerte inevitable según Kübler -Ross.

1ª Fase. Negación y aislamiento.

La negación es la reacción más frecuente que tiene el paciente tras conocer su inevitable muerte ("no puede ser, a mí no"). Ésta le sirve de defensa para evitar los pensamientos y sentimientos ante una noticia tan impactante.

Esta reacción suele durar un periodo corto, aunque hay pacientes que la mantienen hasta el mismo momento de su muerte. No sólo aparece al principio, sino que puede hacerlo a lo largo del curso de la enfermedad, al menos de forma parcial.

Recomendaciones sobre la actitud del auxiliar ante esta situación:

- No romper la negación del paciente, al menos al principio.
- Esperar a que ellos opten por hablar; no es conveniente obligarles, pues se podría empeorar la situación.
- Mostrar al enfermo que se está cerca de él. Debe sentir en todo momento que está acompañado y que puede contar con ayuda.
- Intentar que el paciente se encuentre arropado por sus familiares.

2ª Fase. Ira.

Tras la negación, el paciente busca explicaciones a lo ocurrido ("¿por qué yo?"). Intenta encontrar una justificación pero, ante la imposibilidad de lograrla, comienza una etapa de cólera y rabia. Es frecuente el mal humor; todo lo que ocurre a su alrededor le molesta, le enfada y dirige su rabia hacia los que tiene cerca (familiares, personal sanitario, visitas,...) con agresiones verbales u otras más indirectas (actitud pasiva, negativa, excesiva demanda de atención,...)

Recomendaciones para la actitud del auxiliar en esta fase:

- Comprender la situación del paciente sabiendo que realmente está enfadado con su enfermedad y no con los demás.
- Actuar de forma calmada, sin mostrar ira, ya que esto fomentaría los comportamientos hostiles en el otro; una actitud tranquila apacigua al paciente.
- No desatender al enfermo y respetarlo, pues él más que nadie necesita la ayuda de los demás.

3ª Fase. Negociación o pacto.

Es el momento en el que el paciente intenta enmendar todos los comportamientos que ha tenido en la fase anterior. Acepta que su muerte es inevitable, así que ahora intenta demorarla pidiendo un "plazo fijo" ("ver el nacimiento de mi nieto", "ir a la boda de mi hijo",...) a cambio de una promesa relacionada con una "buena conducta" ("seré bueno a partir de ahora",...).

El paciente suele cambiar su comportamiento, siendo éste más aceptable, para compensar la culpa de la hostilidad anterior.

Recomendaciones para la actitud del auxiliar:

- No descuidar al paciente tras la aparente mejoría; que se sienta acompañado es la mejor forma de prestarle una ayuda que en cualquier momento puede necesitar.
- Relativizar su culpa y mostrarle comprensión en sus comportamientos con el fin de que deje de encontrarse mal por si las conductas no fueron o están siendo adecuadas.

4ª Fase. Depresión.

Cuando la enfermedad va avanzado y los signos son ya muy evidentes, el paciente ya no puede eludir la situación. Las conductas de etapas anteriores se van perdiendo y entra en un estado de depresión, encontrándose triste, retraído, con insomnio, sin apetito, etc., motivado todo ello por su pérdida y la pérdida de sus objetivos, actividades, relaciones sociales,... A esto se une, además, el desgaste de la enfermedad, que lo lleva a que entre en esta fase de depresión.

Es una situación complicada en la que poco se puede hacer y decir y dar ánimos no resulta de gran ayuda. No obstante, este tipo de depresión es favorable para el paciente, pues se hace necesaria para superar sus angustias y sólo los que lo consiguen, por medio de tiempo y apoyo, llegan a la última fase de aceptación.

Recomendaciones para la actitud del auxiliar en esta fase:

- Permitir al enfermo que exprese su dolor si así lo desea.
- No obligarle a que se muestre animado.
- Las palabras sirven de poco, por lo que la comunicación no verbal es la principal herramienta para transmitir apoyo y calor (cogerle la mano, sentarse cerca,...)
- No descuidar a los familiares y cuidadores del enfermo; ellos también sufren y necesitan apoyo y compañía.

5ª Fase. Aceptación.

El paciente que ha conseguido llegar a esta fase trata su fin sin que le deprima; ya ha llorado y expresado todas sus penas, sentimientos y pérdidas. Se encuentra cansado de la lucha y sentirá ganas de "dormir".

Sería un error confundir esta etapa con un período de felicidad, pues el paciente, ya agotado, está casi desprovisto de sentimientos; la lucha empieza a cesar y el dolor va desapareciendo.

Recomendaciones sobre la actitud del auxiliar:

- No permitir que el enfermo se encuentre sólo, intentando que siempre esté acompañado de sus familiares.
- Dirigir el mayor apoyo y comprensión hacia los familiares, pues ellos son los que realmente sufren en esta última etapa.

Necesidades del anciano moribundo.

El anciano, a lo largo de su última etapa, tiene unas necesidades que cubrir y de sus familiares y cuidadores dependerá que éstas sean satisfechas. Son, fundamentalmente, necesidades básicas como la alimentación, la administración de los medicamentos que necesita, etc. Pero también en otras de carácter afectivo y psicológico, como protección, compañía, autoestima, etc.

El rol de los familiares y cuidadores ante las necesidades de anciano moribundo será, básicamente, el lograr que se sienta seguro de la atención y asistencia que le van a prestar las personas que le rodean; éstos, a su vez, no deben mostrar conductas evitativas ante las demandas y preguntas que él les realicen.

3.4.2. Información al paciente terminal.

La Carta de Deberes y Derechos del paciente que el INSALUD publicó en octubre de 1984, y que pasó a formar parte de la Ley General de Sanidad, establece lo siguiente:

"El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

Parece claro en ella el derecho del enfermo a que se le comunique siempre toda la realidad de su situación. No obstante, también ha de plantearse la cuestión de si el enfermo desea realmente conocerla. Las encuestas indican que sí (en una mayoría de entrevistados) y los médicos consideran que sí hay que comunicar la situación real al paciente en su momento.

3.4.2.1. Comunicación de información relevante al paciente terminal y a sus familiares.

Desde el sistema sanitario se informa explícitamente acerca de la salud, tanto al enfermo como a sus allegados. Esta labor en ciertas ocasiones resulta complicada, por eso se recomienda seguir unas pautas de comunicación. Para Rodríguez Moreno y Castellano Suárez (1995)⁵ éstas son:

- La información que se transmita al paciente deberá ser continua y abierta en función de los aspectos que quiera saber el enfermo; se evitará manifestar indicios de empeoramiento, lo que conduciría a un nivel más alto de ansiedad).
- La información debe ser transmitida de forma gradual a lo largo del proceso asistencial y debe ser el propio enfermo quien establezca el ritmo conforme vaya demandando información acerca de su estado. Además, ha de ser dada de forma clara y concisa, procurando usar un lenguaje sencillo en el que se evitarán términos con connotaciones negativas.
- También se evitarán mensajes contradictorios, ya vengan de su médico, de su familia o de otros profesionales implicados en su cuidado. De otro modo, aumentará su inseguridad y se reducirá su confianza, redundando todo ello en su sufrimiento.
- Nunca se debe transmitir al paciente que se le abandona, que "ya no se puede hacer nada más por él"; al contrario, hay que respetar hasta el último momento su dignidad como persona y tratarlo del mejor modo posible. Por ejemplo, hablar con un paciente aunque éste se encuentre en estado de coma no sólo supone dispensarle el trato que merece, sino que también hace que la familia, al observar este vínculo, se reconforte y no se desespere.
- No se establecerá nunca un plazo temporal para el acontecimiento de la muerte.

⁵ Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Autor: Sinforiano Rodríguez Moreno y Antonio Castellano Suárez. Ed. Las Palmas Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitario. 1995.

- A las preguntas que el paciente nos pueda plantear, se responderá:
 - Sin cambiar de tema o sin hacer como “que no se ha oído”.
 - Sin restarle importancia a lo que le preocupa, sino afrontándolo y razonando sus argumentos.
 - Contestando de forma clara y comprometida y no con evasivas o negando la evidencia.
 - Sin olvidar lo importante que es el tono emocional, tanto en comunicación verbal como en no verbal.
- La noticia sobre el fallecimiento del paciente debe comunicarse a sus familiares con el máximo respeto y comprensión por el hecho. El lugar donde se les transmita debe ser tranquilo y privado y se evitarán comentarios referidos al sufrimiento o malestar del enfermo en el momento de la muerte. Se procurará por todos los medios evitar un mayor dolor a la familia.

A veces, la reacción de los familiares no es la esperada, pudiendo ésta ser desproporcionada, tanto por exceso como por defecto. En estos casos, deberemos mantener la calma y ser amables en todo momento.

Solamente el médico podrá comunicar a la familia el fallecimiento del enfermo. **En ningún caso, el personal auxiliar estará facultado para dar esta información.**

3.4.2.2. La relación con el paciente terminal y sus familiares.

En la relación con el paciente y sus familiares se intentará establecer un vínculo cálido. Para Mac Van, B. (1987)⁶, esto se puede lograr siguiendo una serie de pautas de actuación:

- Se intentará siempre **escuchar** al paciente y a sus familiares, prestando especial atención a la comunicación no verbal.
- Se promocionará **empatía**, intentando incrementar la receptividad a lo que el paciente y su familia necesitan.
- Deberemos transmitir **seguridad** respecto al hecho de que se atenderá en todo momento al enfermo a la hora de aliviar su dolor y procurar su bienestar físico.

⁶ Paciente terminal y muerte. Mac Van, B. Ed. Doyma. 1987.

- Se procurará que la **familia colabore en los cuidados** que se dispensan al enfermo para que disminuya su sentimiento de impotencia ante la situación.
- Se debe respetar la **intimidad de la familia y del paciente**, permitiendo tiempos en los que puedan permanecer a solas sin interrupción.
- Actitud de **respeto a la dignidad** del enfermo incluso cuando éste no esté consciente.

El Michigan Inservice Education Council elaboró una *DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES* a partir de la propuesta realizada por la enfermera Amelia J. Barbus. En esta misma línea, también la Organización Médica Colegial Sociedad Española de Cuidados Paliativos publica en el año 2002 la *DECLARACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA*. Estas declaraciones, recogidas en el material complementario a esta unidad didáctica, resumen aspectos a considerar en la atención al enfermo en situación terminal y a sus familias.

MUY IMPORTANTE:

Los profesionales de la salud (médicos, auxiliares, enfermeros,...) pueden ayudar mucho a que la muerte del paciente terminal sea más soportable, no sólo para él sino también para sus allegados.

En ningún caso se deben adoptar actitudes demasiado protectoras o paternalistas. La tarea del personal consiste en acompañar con empatía al anciano y familiares en el proceso asistencial y en el duro afrontamiento del final de sus días.

Al hablar del paciente terminal siempre aparece el controvertido tema de la eutanasia. La **eutanasia** es entendida como el acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya y con el fin de minimizar su sufrimiento. Este concepto es fuente de conflictos entre los partidarios o no de la legalización de esta práctica.

A pesar de haberse aprobado en Holanda y otros territorios, es mayoritaria la opinión que la rechaza, defendiendo siempre el derecho a la vida de cualquier persona y resaltando que una de las obligaciones de los servicios sanitarios es mantener la esperanza e intentar apaciguar el sufrimiento del paciente sin necesidad de acabar con su vida. La polémica, siempre presente en este tema, acoge multitud de principios religiosos, morales, éticos, políticos y personales que imposibilitan el acuerdo y crean un debate difícil de terminar.

3.4.3. La muerte del anciano en el hogar.

Tradicionalmente, el propio hogar ha sido siempre el mejor sitio para que se produzca la muerte del anciano. Aquí estaba arropado por su familia y ésta siempre es la mejor compañía. Actualmente, estas costumbres han ido cambiando, al igual que ha ocurrido con las características de las familias actuales, dificultando este hecho y delegando los cuidados y los últimos momentos de la vida del anciano a las instituciones.

Algunas de las características de las familias actuales que dificultan la última estancia del anciano en su hogar son:

- Existe una mayor desvinculación de los miembros de la familia, que cada vez se sienten menos responsables y dispuestos a sacrificarse por otros.
- El conocimiento, por parte de las familias, de instituciones y diversas alternativas que facilitan todos estos cuidados, limitando sus responsabilidades únicamente a la "compañía".
- El número de miembros que componen la familia se ha reducido, resultando cada vez más difícil encontrar personas disponibles para los cuidados que son necesarios.
- Además, ahora es mayor el número de miembros que trabajan, estudian,... De este modo, los cuidados no se reparten entre todos, recayendo sobre una misma persona.

Dentro de las características⁷ que hacen al hogar el sitio idóneo para pasar los últimos momentos, destacamos:

- Es en su casa donde ha transcurrido la mayor parte de su vida; es donde se siente más cómodo; y es donde debe permanecer en sus últimos momentos.
- Allí podrá experimentar mayor dignidad, respeto e intimidad que en el hospital, aunque en algún caso sólo sea subjetivamente.
- Allí dispondrá de una espontaneidad afectiva que puede verse coartada en el hospital.
- En su propio hogar tendrá mayor sensación de aceptación e integración.
- Dispondrá de mayores posibilidades de control del entorno y de mayor libertad al no tener que supeditarse a las normas de la institución.

⁷ Guía de atención a la salud del anciano. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 1992.

Dadas las repercusiones que tiene la elección del lugar donde el anciano va a pasar sus últimos días, se hace necesario informar a la familia de sus circunstancias particulares y de la responsabilidad que tiene su toma de decisión, tanto para la salud del enfermo como para la de ellos mismos (aspectos psicológicos). El objetivo, por tanto, es que en esta toma de decisión participen cada una de las partes y que exista un acuerdo en el que se consigan las mejores condiciones y recursos para afrontar esta situación.

3.4.4. La pérdida de los seres queridos: el duelo.

"¿Cuál es el límite de la tristeza normal tras la pérdida de un ser querido?"

El **duelo** es el conjunto de reacciones afectivas y conductuales que nos acompañan antes y después de la muerte de un ser querido. Dependiendo de la forma en que la persona lo elabore, nos enfrentaríamos a un duelo normal o a un duelo patológico.

3.4.4.1. Duelo normal.

Suele ir acompañado por momentos de negación, como si no hubiese ocurrido nada, que de prolongarse en el tiempo pasarían a ser síntoma de patología.

Es un proceso que va acompañado de distintas fases, aunque no siempre se diferencian con claridad, y difieren de unos individuos a otros. Según Bowlby y la Teoría del Apego, estas fases son las siguientes:

- **1ª Fase.** Fase temprana de intensa desesperación. Se caracteriza por el aturdimiento y la queja. La negación puede aparecer inmediatamente y también son frecuentes la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona puede recaer en ella varias veces a lo largo del proceso.
- **2ª Fase.** Período de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida. Se caracteriza por inquietud física, insomnio, llantos y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Es una etapa de rabia que puede incluso estar dirigida a personas que considere responsables. Puede durar varios meses.
- **3ª Fase.** Período de desorganización. La realidad de la pérdida comienza a establecerse. La sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente. Suele padecer insomnio y experimenta pérdida de peso, así como la sensación de que la vida no tiene sentido.

- *4ª Fase:* Etapa de reorganización. Comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida. La persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza su imagen.

3.4.4.2. Duelo patológico.

En el duelo patológico el paciente no supera alguna de las etapas del duelo normal. Para Rodríguez Moreno y Castellano Suárez (1995)⁸, las características que lo distinguen de éste son:

- Se prolonga más de lo conveniente (más de un año).
- Negación de la pérdida del ser querido, bloqueando los afectos y fantaseando su presencia. Aparecen incluso conductas como la "momificación", que consiste en dejar todo exactamente igual que lo tenía el difunto.
- Bloqueo e interrupción de las actividades.
- No se supera alguna de las etapas del duelo.
- Exageración de los síntomas esperados por la pérdida, así como comportamientos o intenciones que lo ponen en riesgo: intentos de suicidio, conductas imprudentes,...
- Sentimientos de culpa y soledad, con una sensación de vacío que "ya nadie puede rellenar".

Según los mismos autores, el duelo patológico puede presentarse de tres formas:

- Duelo crónico: mantiene la ausencia de emociones, con algunos síntomas depresivos como el decaimiento, la ansiedad y los autorreproches, acompañado de momentos de cólera. Son personas muy desvinculadas de la sociedad.
- Duelo retardado: personas que han mantenido su ritmo de vida normal, con ausencia de emociones hasta que empiezan a sufrir algunos síntomas depresivos como consecuencia de la relación que alguna fecha o acontecimiento tenía con el difunto.
- Duelo eufórico: negación total de la pérdida, que no sólo supone la ausencia de emociones como si nada hubiese ocurrido, sino que incluso producen el efecto contrario de alegría.

⁸ Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Autor: Sinforiano Rodríguez Moreno y Antonio Castellano Suárez. Ed. Las Palmas Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitario. 1995.

Existen **factores** que pueden aumentar el **riesgo de duelo patológico**. Algunos de ellos son:

- Muerte repentina o dolorosa.
- Relación de dependencia con el fallecido.
- Fallecimiento de hijos o pareja.
- Características personales como inseguridad, enfermedad física o mental, bajo nivel cultural, entre otras.

4. Aspectos sociales de la ancianidad.

4.1. Factores demográficos.

4.1.1. Factores demográficos y pirámide de población.

Los **factores demográficos** son aquéllos que inciden de alguna forma en el desarrollo y evolución de una población. Estos factores, a través de generaciones, modifican progresivamente las estructuras por edades de las poblaciones, la densidad, etc. Son los siguientes:

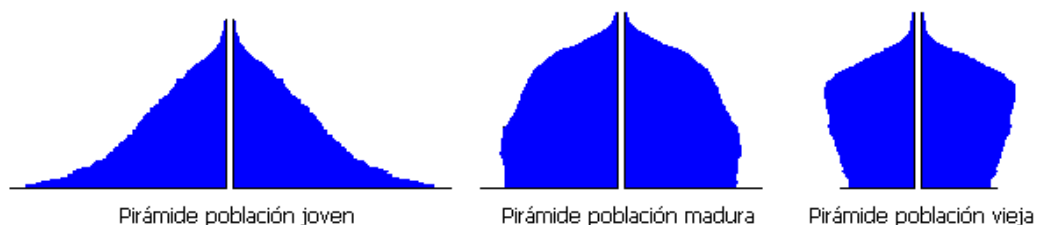
- **Natalidad:** número de habitantes que nacen en una determinada población.
- **Mortalidad:** número de muertes que ocurren en una determinada población.
- **Esperanza** de vida: es el promedio de edad que viven las personas de una población.
- **Movimientos migratorios:** son los desplazamientos que realizan grupos de personas hacia otras poblaciones, pasando a formar parte de ellas. Dentro de los movimientos migratorios, podemos hablar de:
 - Emigración: los desplazamientos que hacen referencia a su lugar de salida o procedencia.
 - Inmigración: los desplazamientos que hacen referencia a su lugar de entrada o destino.

Los factores demográficos se combinan dando lugar a diferentes **tipos de población**, los cuales pueden ser:

- Población joven.
- Población madura.
- Población vieja.

La **pirámide de población** es el modo en el que se representa gráficamente el desarrollo evolutivo demográfico de una población. En ella se observan gráficamente las características (natalidad, mortalidad,...) de ésta a través del tiempo. La pirámide adoptará una forma determinada según las características de la población. Así, hablaremos de:

- pirámide triangular cuando estemos representando a una población joven;
- pirámide ojival cuando la población es madura;
- pirámide en forma de ánfora cuando la población es vieja.



Cada una de estas pirámides tiene unas consecuencias concretas en el ámbito económico, social, político, etc. de la sociedad en que se dan, según el momento histórico de la misma.

4.1.2. Tipos de población y características.

4.1.2.1. Población joven.

Este tipo de población se caracteriza por:

- elevada mortalidad de sus habitantes;
- fuerte tasa de nacimientos (natalidad);
- esperanza de vida muy reducida.

En ellas, aunque se suele producir una alta mortalidad infantil, la natalidad compensa con creces estas pérdidas. Esto se traduce en un ensanchamiento de la base de la pirámide, donde se sitúa la población joven, y un estrechamiento a medida que nos acercamos a la parte superior, dando lugar, por tanto, a una forma triangular.

En este tipo de población se mantiene un equilibrio en el crecimiento poblacional:

Elevado número de nacimientos - Elevado número de muertes.

4.1.2.2. Población madura.

Se caracteriza por:

- una natalidad que mantiene un ritmo de crecimiento;
- una esperanza de vida que empieza a aumentar, por lo que la mortalidad se reduce.

En consecuencia, la proporción de las edades está distribuida prácticamente igual por ambos extremos de la pirámide poblacional, por lo que la forma de su pirámide es ojival.

Respecto al crecimiento, se produce una ruptura en el equilibrio entre natalidad (elevada) y mortalidad (reducida), que lleva a un fuerte aumento de habitantes.

4.1.2.3. Población vieja.

Se caracteriza principalmente por:

- progresivo descenso de la natalidad: esto conlleva una reducción de la población infantil, lo que se traduce en una disminución de la base de la pirámide (la zona joven);
- aumento de la esperanza de vida;
- disminución de la mortalidad.

En consecuencia, se produce un aumento de la población anciana que, aunque no crezca en términos absolutos (incremento del número real de ancianos), sí lo hace en términos relativos (número de ancianos en relación al número de jóvenes).

Es significativo el descenso de la mortalidad en los grupos de edad avanzada, haciendo que la pirámide se ensanche más por la parte alta, en comparación con la base "infantil" (pirámide en forma de ánfora).

En lo que al crecimiento poblacional se refiere, este tipo de población sufre a la larga un descenso demográfico.

Estos tres tipos de poblaciones también están influenciadas por **los movimientos migratorios**, que pueden producir importantes efectos dado que, normalmente, son las poblaciones jóvenes las encargadas de llevarlos a cabo. Así, la inmigración rejuvenece a la población de destino, tanto por la aportación directa de población joven como por el incremento de natalidad que esto conlleva. La emigración, por su parte, produce los efectos contrarios: la población joven es la que sale, produciendo la pérdida de estos habitantes y la posterior repercusión en la natalidad de la población.

Actualmente, existe un nuevo tipo de movimiento migratorio de carácter selectivo que está promoviendo aún más el envejecimiento de algunas poblaciones. Consiste en el que protagonizan jubilados procedentes de poblaciones europeas demográficamente densas que se establecen en zonas costeras, sobre todo mediterráneas, teniendo una fuerte influencia demográfica a nivel local. Esto produce consecuencias tanto positivas como negativas a nivel político, económico, social...

4.1.3. El envejecimiento de la población.

Uno de los rasgos demográficos más característicos de los países industrializados es el envejecimiento de su población; o lo que es lo mismo, el aumento de la parte de población de mayor edad en relación al resto.

El **envejecimiento poblacional** se produce tanto por el hecho de que las personas viven más años (derivado esto de los avances en la medicina y de la mejora en las condiciones de vida), como por la reducción del número de personas más jóvenes, originada básicamente por la caída de la natalidad tras unas condiciones sociales determinadas.

Este fenómeno comenzó en Europa en el año 1965, llegando a España unos diez años más tarde, y ha producido enormes cambios sociales en la economía y en los movimientos migratorios, habiéndose convertido, además, en un tema de preocupación para los gobiernos de los países afectados.

4.1.3.1. La pirámide de población en los países desarrollados.

A grandes rasgos, la población mundial no sólo tiende hacia un crecimiento desproporcionado, sino hacia el envejecimiento demográfico.

La tendencia a la pirámide invertida definió en su día a las poblaciones europeas; sin embargo, en la actualidad, es una característica de todos los países desarrollados. Así, se puede deducir que el proceso de envejecimiento demográfico, dados sus determinantes históricos, no es más que la expresión de progreso social y material.

Efectivamente, de los veinte países con mayor porcentaje de personas de 65 y más años en 1992, los 18 primeros eran europeos, seguidos por Japón y Estados Unidos. Suecia, con el 17,9%, ocupaba el primer lugar, seguida de Noruega. España se situaba en el duodécimo lugar, con más del 14%.

4.1.3.2. Consecuencias del envejecimiento poblacional.

El envejecimiento poblacional ha pasado de considerarse característica del desarrollo a tratarse actualmente como síntoma de la decadencia de occidente, siendo una preocupación mundial, ya que es un fenómeno que incide en el ámbito político, económico, social y científico de los países desarrollados.

La Organización de las Naciones Unidas elaboró un informe [O.N.U., 1978, pgs 301 yss] en el que plantea **las consecuencias del envejecimiento poblacional:**

1.	Descenso del nivel de vida en los países altamente industrializados, por el aumento de la <i>relación de dependencia</i> .
2.	Mayor costo de la dependencia de los ancianos que de los niños.
3.	Descenso de la eficiencia de la población ocupada.
4.	Descenso de la eficiencia de las máquinas, herramientas y equipamientos, dada la menor necesidad de renovación.
5.	Menor flexibilidad de los activos, menor movilidad, menor adaptabilidad, mayor dificultad para encontrar nuevo empleo.
6.	Menor tasa de ahorro, ya que los ancianos viven de los ahorros acumulados y la sociedad realiza grandes gastos en servicios para ellos. Aumento de la desigualdad de ingresos, ya característica de las edades avanzadas.
7.	Retraso del progreso económico, cultural y político. La administración económica, la gestión, etc. pierden dinamismo. Incluso los logros intelectuales y artísticos se ven afectados del mismo modo. En los jóvenes produce frustración por la mayor competencia para los ascensos y entre los ancianos una actitud negativa frente a la vida.
8.	Efectos en la disponibilidad de protección y servicios a la tercera edad. El mayor peso político obra en su favor, aumentando aún más el gasto público. La familia, que sirve para el cuidado de los dependientes niños, no garantiza el de los ancianos, por lo que el Estado debe asumir la carga. Por tanto, los recursos no pueden dedicarse a otros objetivos. Posible crisis del sistema.
9.	Aumento de los estudios sobre las necesidades específicas de los viejos (vivienda, salud, servicios, ocio), así como sobre sus problemas psicológicos, las repercusiones de la jubilación, etc.
10.	Junto a la evolución de la composición de los hogares, crea el problema de la provisión de viviendas adecuadas a edades avanzadas.
11.	Aumenta las necesidades de atención sanitaria, y los costos de los sistemas sanitarios públicos.
12.	El problema de la disminución de funciones y del proceso de separación de la sociedad.
13.	Necesidad de acciones para solucionar los problemas planteados.

Las generaciones que llegarán en un corto espacio de tiempo a la ancianidad están más formadas que las anteriores. No les toman, por tanto, por sorpresa los cambios de una sociedad industrializada que ya piensa en cómo prevenir económicamente; además, el mejor estado físico y social que disfrutarán en la vejez les permitirá una mejora sustancial en la calidad de vida y no serán tan dependientes como lo fueron sus abuelos.

4.1.4. El envejecimiento de la población en España.

La transición demográfica en España se ha cumplido con cierto retraso respecto a otros países desarrollados; de hecho, hasta hace poco tiempo, la población de nuestro país se situaba entre las más jóvenes de Europa. Esto era debido a una elevada fecundidad con un reciente descenso de la mortalidad, que conformaban una pirámide de base amplia.

Los motivos que han llevado a España a ocupar hoy en día un lugar entre los países más envejecidos son las características específicas de un periodo histórico y cómo éste ha influido en los tres factores que determinan la configuración de las pirámides poblacionales: la mortalidad, la natalidad y las migraciones.

En las pirámides de población que se presentan más abajo se observa la **evolución** que ha ido teniendo la **"pirámide española"** desde 1970 hasta el año 2001. En la de 1981 se aprecia el ensanchamiento que se empieza a producir en la población que nació en 1976 (niños de 5 años en dicha pirámide).

Por otra parte, se aprecia claramente el ensanchamiento progresivo en la parte media de las sucesivas pirámides, tendiendo así a adoptar la forma característica de la pirámide de una población envejecida.

También se observan diferencias entre sexos en la pirámide de población. En general, el número total de hombres resulta generalmente inferior al de mujeres, siendo la proporción de unos 96 hombres por cada 100 mujeres en el caso de España. Este dato se acentúa con la edad, de modo que en 1991 las mujeres de más de 80 años doblaban en número a los hombres de la misma edad.

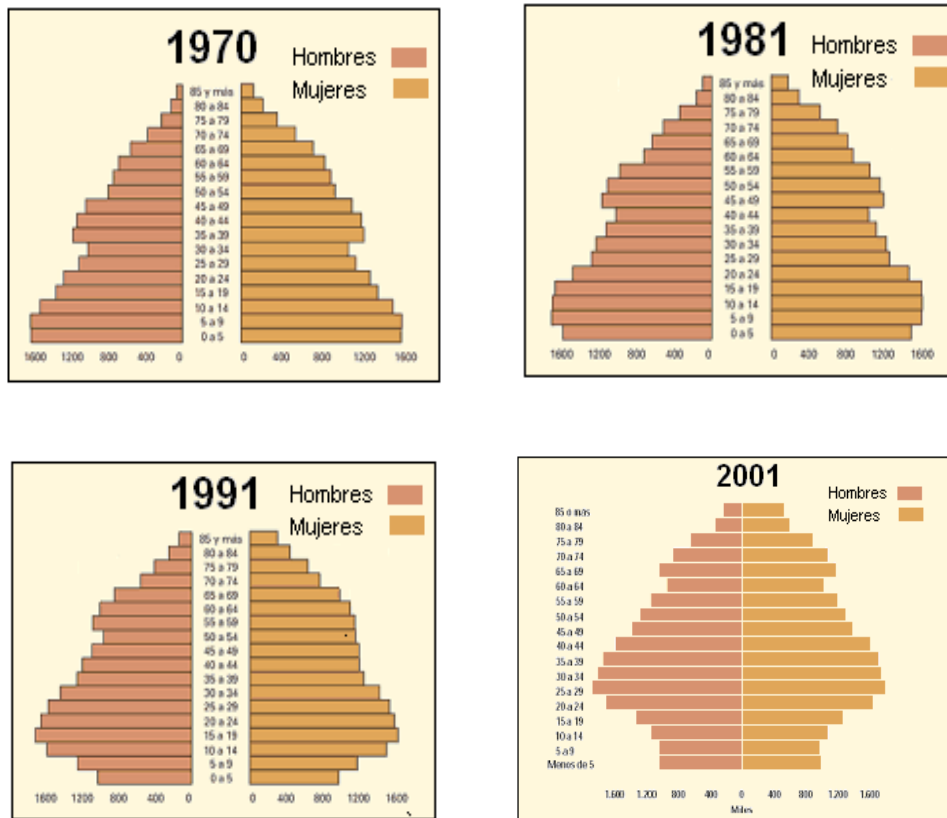
El número de personas mayores de 60 años y más está experimentando un incremento paulatino. Según las previsiones realizadas por el propio Ministerio de Asuntos Sociales (1989)⁹, la población española de 60 años o más será en el año 2010 de más de 8.350.000 personas, suponiendo un incremento del 27% por ciento respecto al año 1986.

⁹ Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. La Tercera Edad en España: Aspectos Cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010. INSERSO. 1989.

En el año 2010, los mayores de 60 años constituirán el 20% del total de la población española, que según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística, rondará el número de 41.200.000 habitantes.

Pirámides Poblacionales de España

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística.



Se está produciendo también otro fenómeno demográfico en la primera década del Siglo XXI: la población anciana está envejeciendo; esto es, dentro de la población de más edad, crece el número de personas mayores de 80 años y más.

Este aumento de la esperanza de vida lleva implícito un aumento del nivel de deterioro y de la necesidad de atención especializada por parte de esta población mayor; se incrementa su nivel de dependencia, su demanda de cuidados y, por tanto, los requerimientos a la sociedad para que articule nuevos y mejores recursos para dar respuesta a sus necesidades.

Paralelamente, surge la necesidad de estructurar una adecuada y eficiente red de recursos sociales dirigida a la población cuidadora de este grupo dependiente, que es, fundamentalmente, la familia.

4.1.4.1. Causas del envejecimiento de la población en España.

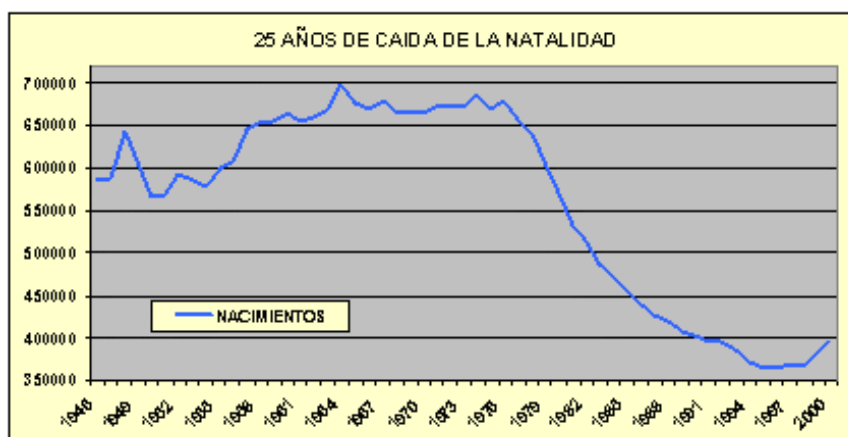
Las causas que han originado la nueva tendencia demográfica en nuestro país son las siguientes:

Evolución de la natalidad.

El número de nacimientos determina de manera inmediata las relaciones entre los grandes grupos de edad. En el caso de España, es la evolución de la natalidad, en realidad, lo que explica la reciente distribución por edades de la población de España.

El número de nacimientos casi no varió en España hasta 1976, estando siempre en torno a los 600 mil hasta esa fecha, a partir de la cual comienza un brusco descenso. En la pirámide de población se observa este hecho, dándose una clara reducción en su base a partir de ese momento.

También son observables en ella algunos de los acontecimientos históricos que han marcado nuestro país, como la epidemia de gripe en torno a 1918, que produjo un descenso y una rápida recuperación de la natalidad. Aún más significativo es el descenso de nacimientos que marca el periodo de la Guerra Civil.



Curva de nacimientos en España (1946-2000). Caída de la natalidad.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población y Viviendas 2001.

El año 1976 se inicia con un brusco cambio político que promueve una sociedad de bienestar, donde un elevado número de hijos no permitiría el desarrollo personal; además, comienza la incorporación de la mujer al mundo laboral, los programas anticonceptivos y demás características políticas, económicas y sociales que motivan este hecho.

Pensando en proyecciones para un futuro, se prevé que este descenso se estabilice o se recupere, pero nunca que siga adelante.

Evolución de la mortalidad.

La tasa de mortalidad ha ido descendido a lo largo del Siglo XX, lo que ha supuesto un aumento de la proporción de personas que llegan a la vejez en cada una de las sucesivas generaciones. Esto significa una constante mejora de la esperanza de vida.

Al empezar el siglo, España tenía una esperanza de vida de treinta años (la más baja de toda Europa después de Rusia y más de quince años por debajo de la de Francia, Gran Bretaña o los países nórdicos). La evolución en este aspecto ha sido importante, hasta llegar a situar a España entre los países con una mayor esperanza de vida del mundo, rondando los 80 años en 1990. No obstante, estas mejoras no han influido directamente en el aumento de la proporción de ancianos, aunque sí explica en parte del crecimiento demográfico en el país.

Otro factor de vital importancia para explicar el crecimiento de población es la gran reducción de la mortalidad infantil. Como ejemplo significativo, una quinta parte de los nacidos en España a principios de siglo morían sin llegar al primer año de vida, mientras que en 1991 la proporción era de 7,2 por cada 1.000 nacidos.

Movimientos migratorios.

Las migraciones son el tercer factor determinante de la estructura por edades de cualquier población, ya que el número de emigrantes o de inmigrantes no se distribuye por igual en todas las edades.

El motivo principal de las migraciones durante el Siglo XX fue la búsqueda de trabajo; por tanto, sus efectos se hicieron notar preponderantemente entre las cifras de personas adultas – jóvenes, que son las que emigran por este motivo, con el consiguiente efecto rejuvenecedor que esto tiene sobre la población receptora, como ya se explicó antes.

España ha sido un país tradicionalmente emigratorio durante siglos. Esta tendencia, además, se vio muy acentuada durante los años 50 y 60 del Siglo XX, cuando la

reconstrucción y el desarrollo industrial europeos generaron una gran demanda de trabajo. No obstante, el efecto "envejecedor" en la estructura por edades fue poco perceptible, dada la mayor importancia del efecto "rejuvenecedor" de la natalidad elevada.

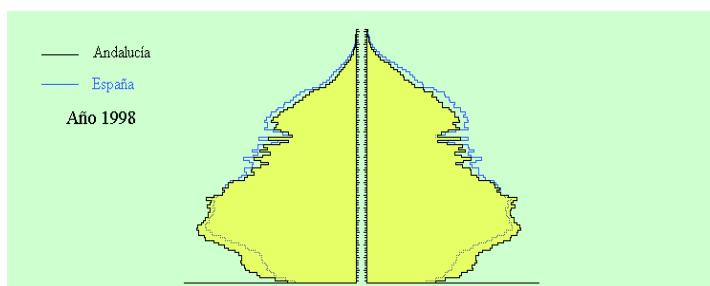
A mediados de los setenta, no obstante, se produce un giro histórico respecto al saldo migratorio: después de siglos, las salidas se reducen rápidamente y las entradas llegan a superarlas, convirtiéndose España en un país de inmigración. No obstante, la mortalidad infantil ya es muy difícilmente reducible, por lo que su efecto rejuvenecedor se agota, mientras que, ahora sí, el descenso de la mortalidad a edades avanzadas aumenta la proporción de personas mayores. El mismo efecto tiene el rápido descenso de la natalidad.

Además, aunque su volumen sea mucho menor al que se esperaba, también las migraciones de retorno de antiguos emigrados que hoy tienen una edad avanzada, así como la de jubilados europeos con una larga historia de visitas a España, contribuyen a reducir el efecto rejuvenecedor de la inmigración actual.

4.1.4.2. El envejecimiento de la población en Andalucía.

Andalucía se encuentra en la misma situación poblacional que España: los acontecimientos ocurridos a lo largo del siglo han sido los mismos y han afectado a los distintos factores demográficos (natalidad, mortalidad, movimientos migratorios y esperanza de vida) de forma similar, moldeando la pirámide poblacional andaluza de modo semejante a la española.

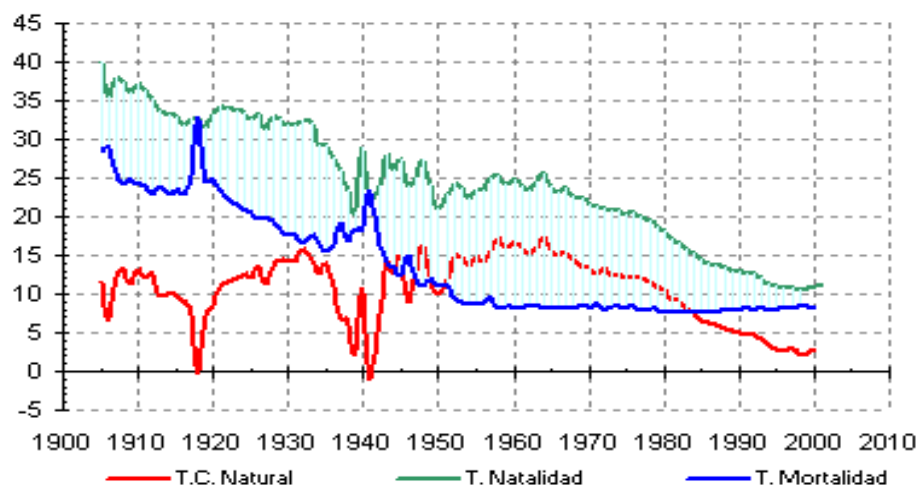
También son observables en Andalucía los periodos conflictivos del siglo (gripe de 1918, Guerra Civil Española a finales de los años 30 y los cambios políticos y culturales de la década de los 70). La influencia de estos acontecimientos y de los cambios sociales que abarcan todos los ámbitos de la población de los años setenta todavía ejercen de motor hacia el progresivo envejecimiento demográfico andaluz.



Pirámide poblacional andaluza y española.

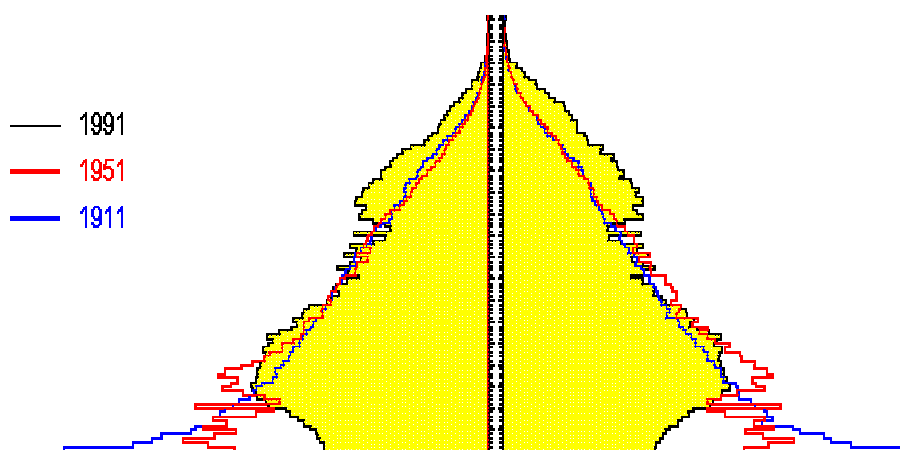
Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía.

En la siguientes gráficas se observa la evolución de las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural (promedio de crecimiento entre la natalidad y mortalidad).



Promedio de crecimiento entre natalidad y mortalidad en Andalucía (1900 – 2000).

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía.



Variación de la pirámide de población en Andalucía.

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía.

4.2. Factores socioculturales de la ancianidad.

La ancianidad, como cualquier hecho social, no existe de modo aislado, sino en continua relación con todos los factores que la rodean. Así, las personas mayores están en constante interacción con otros elementos de la sociedad, como factores económicos, culturales, educacionales, sanitarios, etc. Por tanto, al hacer un acercamiento a los

factores socioculturales de la ancianidad deberemos siempre realizar nuestro análisis dentro del contexto en el que nos encontremos, ya que éste será el que determine nuestro concepto de ancianidad, nuestra imagen sobre la vejez y nuestras expectativas sobre este grupo de edad.

4.2.1. La identidad del anciano en nuestra sociedad: terminología.

La ancianidad es el último período de la vida ordinaria del ser humano; es decir, el último período de la vida que llega a su final natural que es la vejez.

A lo largo de la Historia, y según las distintas culturas, se han utilizado diferentes términos para referirse a este grupo etario, cada uno de ellos con sus propias connotaciones dentro del marco sociohistórico en que en su día se acuñaron.

En nuestro país, y siguiendo a Sáez Méndez (1997)¹⁰, para referirnos a las personas que se encuentran en la última etapa de su existencia se utilizan y han utilizado distintas expresiones que aglutinan otras tantas identidades distintas respecto a lo que se entiende por ser una “persona mayor de 65 años”. Así, podemos hablar de, al menos cuatro formas de referirnos a ellos: “viejo”, “tercera edad”, “anciano” y “persona mayor”.

La expresión “*viejo*” hace referencia a épocas sociales y políticas de la dictadura franquista en una sociedad de beneficencia y no de derechos sociales, siendo ésta una forma de identidad del mayor muy extendida entre las clases trabajadoras.

La forma “*tercera edad*” tiene que ver más con un concepto burocrático propio de la Administración del Estado al comenzar éste a asumir la cobertura social de las necesidades de la vejez en el camino hacia el Estado de Bienestar; esto es, en el paso de las ayudas puntuales, propias de la beneficencia a una idea de derechos desde el principio de la universalidad, propio de los servicios sociales. En este contexto, se considera de la tercera edad a todo ciudadano que sobrepasa la barrera de la jubilación. Este término, inicialmente bien acogido como superación de la expresión “viejo”, tiene hoy pocos adeptos por resultar demasiado frío, artificial y burocrático.

La forma “*anciano*”, más cálida y acogedora, evoca matices históricos del pueblo romano y se identifica con cualidades positivas como la sabiduría o la experiencia que sólo vienen con el paso de los años.

¹⁰ Sáez Méndez, Hilario. Calidad de Vida en las Personas Mayores de Andalucía. Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Edición de Consejería de Asuntos Sociales de La Junta de Andalucía. 1997.

Por último, la forma "*persona mayor*" ha surgido más entre los propios integrantes del colectivo en cuestión como reacción a términos despectivos (a nadie le gusta que le llamen viejo), excesivamente burocráticos (como es "tercera edad") o tal vez muy románticos pero poco adaptados a la realidad social de hoy (como sucede con la de "anciano"). Por ello, los propios jubilados de hoy han fomentado desde sus movimientos asociativos la expresión "mayor", "mayores" o "personas mayores" para referirse a sí mismos. El nuevo término, además, está calando cada vez más en el resto de la sociedad.

4.2.2. Infravaloración del anciano. Los estereotipos sobre la vejez.

En nuestra sociedad occidental, el concepto predominante de la ancianidad tiene importantes connotaciones negativas, lo que nos lleva a infravalorar la vejez y a asumir ideas erróneas sobre la persona mayor. Esto se debe, al menos en parte, a la existencia de estereotipos muy extendidos respecto a las personas pertenecientes a este grupo de edad.

Los **estereotipos** son creencias, acertadas o erróneas, compartidas por una sociedad o conjunto de individuos y referidas a determinadas personas o grupos sociales (ej. el estereotipo del ejecutivo es del una persona agresiva y estresada; el de ama de casa, el de mujer que dedica todo su tiempo sólo a limpiar, cocinar, etc.)

Algunos ejemplos de estereotipo sobre la vejez giran en torno al estado de salud física y mental de los mayores, considerándoseles como individuo enfermos y faltos de independencia; a la situación económica, considerándoseles como personas de escaso poder adquisitivo; y al papel en las relaciones sociales y participación social, considerándoseles individuos inútiles para la sociedad.

Estereotipo sobre la salud física y mental del mayor.

En la nuestra sociedad está bastante extendido el estereotipo de persona mayor como persona enferma; es decir, el estereotipo de vejez como sinónimo de enfermedad.

Esta imagen del mayor es completamente errónea ya que, aunque a partir de la edad de la jubilación las personas padezcan algún deterioro en su salud, también es cierto que, al menos en los primeros años de jubilación, pueden hacer una vida totalmente normal, sin que estas enfermedades limiten sus actividades cotidianas.

Respecto a su salud mental, es generalizado el estereotipo del mayor como persona con capacidades mentales mermadas. Si bien es cierto que a partir de cierta edad comienza a darse un declive de las capacidades intelectuales, también es verdad que éste suele ser muy lento y puede resultar compensado con otros factores como la experiencia. Así, y a modo de ejemplo, diremos que al ejecutar una determinada tarea el tiempo empleado por el mayor puede ser igual al de una persona más joven, ya que la disminución de su habilidad puede ser compensada con su experiencia previa para la realización de la misma.

Por tanto, podemos decir que el estereotipo de anciano enfermo es totalmente erróneo y supone una exageración de la realidad propia del proceso de envejecimiento, ya que las posibles limitaciones que puedan padecer los mayores no afectan al desempeño de una vida activa.

Estereotipo sobre la situación económica del mayor.

Un importante número de mayores tienen una pensión por debajo del salario mínimo interprofesional, lo que les coloca en una situación bastante desfavorable a la hora de participar en la dinámica de consumo habitual en nuestra sociedad.

No obstante, esta situación viene cambiando desde hace algunos años, ya que los jubilados más recientes tienen una pensión más alta que la que tenían los jubilados de décadas pasadas, y esta mejora en la situación económica del colectivo de mayores está permitiendo la aparición de cambios en sus costumbres y hábitos de consumo.

Estereotipo sobre la productividad del mayor.

La idea del jubilado como persona improductiva para la sociedad está muy generalizada. A modo de ejemplo, cabe decir que, incluso desde las Administraciones Públicas, se le aplica el término de "clase pasiva".

En general, se considera que los jubilados ya produjeron a lo largo de su vida laboral y ahora son consumidores de una importante parte de los Presupuestos Generales del Estado a través de las pensiones que cobran y también de los servicios sanitarios, farmacéuticos, asistenciales, etc. de los que son habituales usuarios. Esto, unido al hecho de que nuestro sistema social está totalmente vertebrado por la economía y que ésta se expresa casi exclusivamente a través de la producción de bienes, nos lleva al estereotipo de jubilado como persona improductiva para la sociedad.

Sin embargo, si bien es cierto que los pensionistas no producen bienes, también es verdad que sí son productivos en la medida en que en muchos casos realizan tareas de apoyo a las nuevas familias que han fundado sus hijos, colaborando en el cuidado de los nietos, en responsabilidades domésticas y en cierta ayuda económica que pueden prestarles.

Por otra parte, el turismo social que generan los jubilados, a pesar de estar subvencionado por las Administraciones Públicas, resulta positivo para el sector ya que evita la falta de actividad y gran parte del desempleo estacional propios de este ámbito económico en determinadas épocas del año.

Estereotipo sobre la situación afectiva del mayor.

El estereotipo del mayor como persona poco sensible a los afectos está también bastante extendido, pudiendo incluso hablarse de incompreensión respecto a sus necesidades en este terreno. Este hecho se manifiesta con claridad, por ejemplo, en la falta de aceptación por parte de los descendientes de un mayor cuanto surge la posibilidad de que éste forme una nueva pareja.

Sin embargo, la realidad es justamente la contraria, ya que en la medida en que envejecemos nos hacemos más sensibles ante los acontecimientos que nos rodean, ante las muestras de afecto o ante la indiferencia.

Estereotipo sobre la participación social y relaciones sociales del mayor.

La imagen del mayor como poco participativo socialmente y con pocas relaciones sociales está también arraigada. Normalmente, su presencia en actos sociales y culturales está muy mermada y ni siquiera el propio mayor se ve como parte del grupo en fiestas y celebraciones en las que participan personas de distintas generaciones. De hecho, la relación entre edad y participación social y/o relaciones sociales es inversamente proporcional.

No obstante, este hecho no tiene su explicación en la edad propiamente dicha, sino en la historia personal de los mayores actuales, que no han desarrollado a lo largo de su vida el hábito de mantener relaciones sociales, quizás por motivos de escasez de recursos económicos; o de participación social, probablemente por las escasas posibilidades que había de desarrollar la misma en el momento sociopolítico que les tocó vivir.

Además, existe una gran diferencia entre las relaciones que los mayores mantienen con sus coetáneos y las que mantienen con personas de otras edades, las cuales están casi totalmente limitadas a sus propios hijos y nietos.

En los últimos años, se ha observado un importante aumento en las relaciones de las personas mayores entre ellos. Esto puede ser debido, en parte, a que cada vez llegan a la jubilación en mejores condiciones de salud, lo que propicia su disposición a divertirse y a mantener vida social.

Por otra parte, las distintas Administraciones ofertan una red de estructuras que cada vez potencian más el desarrollo de las relaciones sociales de los mayores. Se favorece la convivencia por distintos medios como los centros de día, los hogares del pensionista o los viajes organizados por entidades locales, autonómicas y estatales. Es precisamente en los centros de día de mayores y en los hogares del pensionista, cuya gestión íntegra corre, en muchos casos, a cargo éstos, donde la participación social de los mayores se muestra de modo más significativo.

Los centros de educación de adultos¹¹ han resultado un lugar ideal para la interrelación de las personas mayores entre sí. Durante el curso, se convierten en lugar de convivencia, principal distracción y fuente de actividades sociales, especialmente de mujeres, sobre todo en los pueblos.

Otra forma de participación social de este grupo de edad son los consejos locales, autonómicos y estatales de mayores y de servicios sociales. De reciente creación, están integrados por representantes de las asociaciones de mayores y tienen la función de expresar el sentir de este colectivo respecto a los temas de política social, económica, etc. que les afectan ante los responsables políticos locales, autonómicos o estatales.

Los mayores también presentan un alto porcentaje de participación en otras dimensiones de la vida social, como en las organizaciones de voluntariado en las actividades sociales. Sin embargo, su presencia suele pasar desapercibida porque es poco valorada por la sociedad.

El perfil del mayor menos participativo coincide con el de jubilado de mayor edad, escaso nivel formativo, más experiencia en dictadura que en democracia y mayor deterioro físico como consecuencia de condiciones laborales duras.

El mayor más participativo se ajusta al perfil de jubilado más joven, que ha tenido más oportunidades de acceder a un mínimo de formación, va teniendo más experiencia de democracia que de dictadura y ha desarrollado un trabajo menos duro.

¹¹ Aunque inicialmente creados para la obtención del graduado escolar por parte de las personas con edad superior a la de la escolarización, resulta en la realidad que más de la mitad de los alumnos son personas de edad media o próxima a la jubilación.

Durante los 10 ó 15 años siguientes a la jubilación, los mayores disponen de mucho tiempo libre y mantienen su capacidad de participar y disfrutar de todas o casi todas las posibilidades de diversión que les brinda la sociedad. Es a partir de los 80 años cuando las pérdidas de autonomía se hacen notar de forma más evidente limitando sus actividades de la vida diaria.

4.2.3. Cambio de la estructura y estilo de la familia.

Los cambios sociales que se han venido produciendo en las últimas décadas han tenido sus consecuencias en la estructura y en el estilo de vida familiar. El antiguo modelo de "familia extensa", compuesta por padres, hijos y abuelos, se diferencia notablemente del otro más reciente como es el de "familia nuclear", integrada por padres e hijos.

No obstante, actualmente, no podemos hablar ya de un solo modelo de familia, sino de distintos, con sus correspondientes estilos de vida. Así, en cuanto a la estructura, encontramos cada vez más familias monoparentales, parejas sin hijos y familias unipersonales. En lo referido al estilo de vida, la reducción en el número de miembros de la familia y la incorporación de la mujer al trabajo han traído importantes cambios funcionales en el hogar. Todo ello ha conllevado importantes consecuencias negativas para el anciano y su cuidado dentro del seno familiar.

La incorporación de la mujer al mundo laboral ha hecho que pasemos de una época en la que la mayor parte de ellas, al no trabajar fuera del hogar, podían atender a los pocos ancianos necesitados de cuidados (los demás morían antes), a la presente, en la que la mujer cuenta con una evidente disminución del tiempo para atender a los miembros débiles de la familia. A pesar de todo, hay que decir que cuando ambos cónyuges trabajan fuera de casa, la atención de los mayores dependientes no es compartida por igual entre ambos, sino que es la mujer la que asume la mayor parte, si no la totalidad, de los cuidados.

Por otra parte, la reducción del número de miembros en la familia ha hecho que se cuente con menos personas que puedan colaborar en el cuidado del mayor. Además, este cuidado hoy es mucho más complejo que el de años atrás, ya que los procesos de dependencia en edades tan avanzadas son mucho más prolongados y pueden hacerse especialmente penosos para los familiares en casos de demencia del mayor. También factores como la movilidad laboral hacen que los más jóvenes no se encuentren en disposición de atender al mayor.

Por otra parte, el cambio del sistema de valores de la actual sociedad de consumo, que minimiza los valores familiares, lleva a que el cuidado del mayor no sea una prioridad y tampoco su permanencia en el hogar, por lo que muchos de ellos son internados en residencias, lo que propicia situaciones de importante carencia afectiva para ellos.

Además, el modelo familiar que los actuales mayores han conocido era muy distinto del de hoy en día. El peso de los ancianos en la vida familiar era tan importante que ésta podía girar en torno a sus necesidades y sus opiniones, que tenían una gran influencia o, al menos, eran consideradas y respetadas por el simple hecho de provenir del anciano.

A todo ello, se une el aumento de la esperanza de vida que está trayendo consigo un vertiginoso aumento de mayores dependientes.

En este contexto, no es de extrañar que surja la demanda de nuevas formas de asistencia al mayor. Así, en la actualidad, se fomentan programas que facilitan el envejecer en casa, como los de ayuda a domicilio, que pretenden apoyar a los familiares del mayor en las tareas domésticas y de cuidado, de modo que se retrase o evite el ingreso de éstos en residencias, con las consecuencias negativas que esto tiene para el mayor. Asimismo, está surgiendo un notable incremento de la oferta de servicios, no sólo desde la iniciativa social, sino también desde la empresarial, que más allá de limitarse a ofertar plazas en residencias, está abriendo un importante abanico de respuestas a las necesidades de los mayores de hoy, según avanza su proceso evolutivo.

4.2.4. Indicios de cambio social y cultural de la vejez.

Aumento del porcentaje de personas mayores en la sociedad.

Los mayores son un colectivo que cada día cuenta con mayor peso en nuestra sociedad. El incremento en su número hace que representen un importante porcentaje de la población, lo que en sí mismo habrá de favorecer un cambio en la concepción social de este grupo de edad.

Los jubilados tienen cada vez mayor conciencia de grupo, lo que se observa en el incremento del número de asociaciones, federaciones y confederaciones por todo el territorio nacional. En la medida en que se vayan incorporando al colectivo nuevas generaciones de jubilados, estas organizaciones tendrán mayor fuerza social para demandar una oferta de servicios que sí pueda satisfacer sus necesidades.

Aumento del peso del mayor en el ámbito político y económico.

El hecho de constituir un colectivo tan numeroso conlleva implicaciones políticas y económicas importantes.

Desde un punto de vista político, los jubilados significan un colectivo-diana cada vez más tenido en cuenta por los políticos, ya que muchos resultados electorales pueden depender de la satisfacción y grado de sintonía de los pensionistas con cada candidato en cuestión.

Desde el punto de vista económico, los mayores constituyen un colectivo con peso específico en los países occidentales, caracterizados por poseer sociedades cada vez más envejecidas. Por una parte, el coste total de las pensiones suponen un importante gasto para el Estado. Algo similar ocurre con el volumen de servicios sociales y sanitarios que este grupo de edad consume, agotando una buena parte de los presupuestos de estos países para estos fines; los gastos asistenciales y de farmacia que el sistema de protección social garantiza para los jubilados, además de otras prestaciones de menor cuantía, tienen una importancia de primer orden en el equilibrio financiero y en la economía del país.

Además, en los últimos años estamos viendo cómo la llamada tercera edad se ha convertido en un foco de atención para el mundo del consumo, pues estamos pasando del anciano que contaba con una pensión baja que empleaba casi totalmente en productos básicos, al jubilado que cuenta con una pensión más alta y puede dedicar parte de la misma al consumo de otros bienes y servicios; ej. determinados alimentos, calzado y vestidos, ocio, etc.

Aumento del nivel formativo de los jubilados.

Hasta hace una década, el perfil del jubilado en nuestra sociedad era el de analfabeto real o funcional. En los últimos años, sin embargo, se está empezando a registrar un cambio en este perfil, pues los nuevos jubilados van teniendo un nivel formativo superior al de los anteriores.

El mayor como recurso social importante.

Muchos de los jubilados actuales lo han sido con poco más de cincuenta años. Esto conlleva que se esté registrando un cambio rápido en aspectos como capacidad crítica, reivindicativa y de compromiso respecto a la sociedad y a lo que el sistema les proporciona; su mayor participación en la vida social; una forma diferente de entender el

asociacionismo; mayor creatividad a la hora de ocupar el tiempo libre; mayor interés por la propia formación; mayor capacidad organizativa; etc.

Estos cambios no sólo se deben a la edad de estos nuevos jubilados sino también a los condicionantes sociales, políticos y culturales que éstos han vivido. Por ejemplo, en lo referido a capacidad de reivindicación y capacidad crítica, la razón que justifica esa diferencia es que los jubilados de más edad han vivido casi toda su vida en un contexto de dictadura en el que esas conductas, además de mal vistas, podían estar prohibidas o perseguidas.

Sin embargo, los nuevos jubilados vivieron la transición con treinta y pocos años y han pasado la mayor parte de su vida laboral en un contexto más plural donde la crítica por los derechos de los distintos colectivos, el asociacionismo, etc. han sido algo habitual.

Por otra parte, las condiciones de trabajo de los nuevos jubilados, mucho más llevaderas, junto con el hecho de jubilarse unos años antes, su mayor formación, etc. justifican su mayor interés por nuevas formas de vivir el ocio, por aprender cosas nuevas, etc.

En definitiva, se está produciendo una modificación del perfil del jubilado cuyas claves, de modo resumido, se puede decir que tienen las características que se recogen en el siguiente cuadro:

CAMBIO EN EL PERFIL DE LOS JUBILADOS	
<i>REALIDAD ANTERIOR</i>	<i>RASGOS DEL NUEVO JUBILADO</i>
Analfabeto real o funcional.	Al menos con estudios básicos.
Más manipulable.	Menos manipulable.
Conformista.	Algo crítico.
Se dejaba organizar.	Comienza a saber organizarse.
Poco participativo.	Cada vez más participativo.
Con importantes limitaciones físicas.	Sin problemas importantes, durante años.
Pocas alternativas de ocio.	Nuevas y variadas alternativas de ocio.
Convencido de que no tenía nada que aprender.	Abierto a seguir aprendiendo.
Sólo hacía lo que conocía.	Le gusta aprender a hacer cosas nuevas.
<i>En todos los aspectos, las mujeres se muestran más abiertas a los cambios.</i>	

4.2.5. Ocio, animación sociocultural y terapia ocupacional.

La ocupación del tiempo libre es una cuestión que adquiere mayor importancia en la medida en que las personas dedican menos tiempo al trabajo y cuentan con mayor margen para dedicarlo al ocio.

Hace cien años, la esperanza de vida no superaba los cincuenta años; hace medio siglo, llegar a la jubilación casi era un reto; sólo treinta años atrás, la mayoría de los ciudadanos llegaban a la jubilación con un importante desgaste físico, fruto de las duras condiciones de trabajo padecidas a lo largo de su vida.

La mejora de las condiciones laborales, junto con los avances médicos, nos han colocado como uno de los países donde la esperanza de vida es más alta y estamos, en consecuencia, asistiendo a un cambio en la forma de entender las posibilidades tras la jubilación.

Hasta no hace muchos años, el recién jubilado no tenía otra idea de la jubilación que el no hacer nada. Ya había trabajado bastante. Ni tenía ganas de mucha actividad ni su organismo podía soportarla. Si en algo se ocupaba, en todo caso, era en alguna actividad relacionada con lo que había hecho toda la vida.

Desde hace ya más de una década, los propios pensionistas están viendo que la vejez es una etapa de la vida lo suficientemente importante como para plantearse qué hacer con ella. Va acompañada por la desaparición de muchas de las ocupaciones y preocupaciones propias de la vida laboral y, en general, es una época en la que las necesidades básicas están cubiertas y la persona dispone de mucho tiempo libre. Además, aún quedan años por delante y, afortunadamente, el organismo se mantiene en condiciones más que aceptables. Por ello, los mayores están tomando conciencia de que hay que mantenerse activos para vivir más sanamente. En este contexto, el ocio y la ocupación del tiempo libre se convierten en una nueva necesidad que a mediados del siglo pasado no existía.

Lo que se hace en el tiempo libre, es decir, aquello que se hace por gusto, es una de las cosas que da más sentido a la existencia de mucha gente. Por ello, el tiempo libre en la vejez es un arma de doble filo porque puede significar la gran ocasión para disfrutar las muchas oportunidades de la vida o puede ser una trampa que nos atrape en el aburrimiento, sobre todo para quienes consideren la jubilación como descanso; y el descanso, como el no hacer nada.

Animación sociocultural y terapia ocupacional en la vejez.

Primera etapa de la vejez.

Durante la primera etapa de la vejez, el jubilado disfruta de buenas condiciones físicas y psicológicas, lo que le permite ser consciente de su realidad personal y colectiva y es capaz de proponer y articular formas para ocupar el tiempo libre.

La animación sociocultural adquiere protagonismo en este momento, ya que permite agilizar alternativas de ocupación partiendo de la participación de los propios mayores en el análisis y conocimiento de sus propias necesidades, así como en el planteamiento, realización y evaluación de las acciones que se lleven a cabo.

El animador dinamiza energías, ideas e inquietudes, ayudando al grupo a encontrar respuestas a sus propias necesidades, pero siempre teniendo en cuenta que los protagonistas son los destinatarios de su actuación y que con la animación se pretende ofrecer actividades recreativas, culturales, formativas, deportivas, artísticas, de cooperación social,... que hagan del tiempo libre algo productivo y beneficioso para ellos mismos o para los que tienen alrededor.

La actividad puede llegar hasta donde alcance la creatividad de las personas implicadas en el proceso, siempre sin perder de vista que el último fin de la animación no consiste tanto en hacer actividades como en llenar de sentido lo cotidiano.

Cuando la dependencia eclipsa la autonomía.

La ocupación del tiempo libre es mucho más complicada cuando aparecen limitaciones físicas o psíquicas como consecuencia de la vejez:

- Pérdidas sensoriales, sobre todo vista y oído.
- Dificultades o, incluso, imposibilidad para caminar.
- Problemas articulares para actividades manuales.
- Consecuencias de todo lo anterior en la autoestima y la motivación.
- Los procesos de demencia.

Las posibilidades de los usuarios aquí se ven muy disminuidas, por lo que ya no son objeto de la animación sociocultural sino de la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional, que estudiaremos en profundidad en un capítulo posterior, tiene como fin la estimulación, el mantenimiento y/o la recuperación de las capacidades funcionales de los sujetos con actividades tan sencillas como colorear dibujos, recortar papeles, recordar historias, hacer recopilación de acertijos, etc. Aunque aparentemente simples, estas tareas tienen la importante misión de mantener durante el mayor tiempo posible la autonomía de las personas en las actividades de la vida diaria, además de romper la monotonía de los continuos tiempos muertos y de aburrimiento entre las horas de las comidas y las del sueño.

En la cada vez más larga etapa de la vejez, el tiempo libre tiene un significado en los primeros años tras la jubilación y otro muy distinto cuando las pérdidas de autonomía condicionan la vida de la persona.

4.2.6. Barreras arquitectónicas.

4.2.6.1. Concepto de barrera arquitectónica.

Las **barreras arquitectónicas** son los impedimentos constructivos o de mobiliario, principalmente urbano, que encuentran los individuos que padecen ciertas discapacidades en el medio donde se desenvuelven y que les impide o limitan sus posibilidades de disfrutar de derechos y servicios que están al alcance del resto de los ciudadanos.

La democratización de la vida social ha llevado a que, en los últimos años, distintas administraciones hayan unido sus esfuerzos para hacer las ciudades más asequibles a los mayores y a otros colectivos con discapacidades a través de medidas como la implantación de los autobuses de plataforma baja, la disminución de la altura de los escalones para subir a las aceras en los pasos de peatones o la implantación de otras medidas en lugares y servicios públicos que hagan más fácil la integración a quienes tengan dificultades para llevar una vida normalizada.

A pesar de todo, aún existen demasiadas barreras infranqueables en bancos, centros de salud, iglesias, mercados y hasta en los servicios sociales o en los mismos ayuntamientos que limitan la vida de muchos mayores y personas con discapacidad.

4.2.6.2. Tipos de barreras arquitectónicas.

Hay tres tipos de barreras arquitectónicas que afectan especialmente a las personas mayores:

- **Barreras urbanas:**

- edificios y servicios públicos sin rampas, sin ascensores, sin pasamanos, etc;
- pasos de peatones mal señalizados;
- aceras sin rampas;
- semáforos con tiempo excesivamente corto como para permitir que los mayores puedan cruzar con un margen aceptable de seguridad;
- falta de señalización de obstáculos en las vías públicas (zanjas, andamios, estructuras provisionales, desperfectos en las aceras,...);
- escasez o ausencia de bancos en las vías públicas que permitan a los mayores semidependientes descansar durante un paseo, etc.

- **Barreras en el hogar:**

- puertas demasiado estrechas: muy habituales en las viviendas antiguas que habitan muchas personas mayores, dificultando su movilidad dentro de su propia casa;
- estructura de los cuartos de baño;
- disposición inadecuada del mobiliario
- en la comunidad de bloque o conjunto de viviendas: las escaleras y la ausencia de ascensor.

- **Barreras en el transporte:**

- escasez de asientos reservados en los transportes públicos;
- dificultad para acceder a ellos;
- la falta de transporte adaptado a los mayores con movilidad reducida (taxis, autobuses,...).

La existencia de estas barreras arquitectónicas es de gran importancia para muchas personas, hasta el punto de que se han dado casos de mayores o discapacitados que, debido a ellas, han estado años sin poder salir a la calle.

Además, es un problema de difícil solución debido a varias razones:

- Muchos de los mayores afectados no cuentan con los medios económicos necesarios para afrontar la inversión que significa el instalar un ascensor.
- El acuerdo en las comunidades de vecinos para acometer reformas de esta importancia es difícil de conseguir por la propia insolidaridad de quienes no tienen, de momento, el problema.
- Dificultades estructurales: edificios en los que, aún habiendo acuerdo entre los vecinos e incluso contando con subvenciones de la Administración Pública, resulta imposible instalar un ascensor por carecer éstos de espacio para ello.

4.2.6.3. Eliminación de barreras arquitectónicas.

La eliminación de barreras arquitectónicas, al estar éstas referidas a la infraestructura de ciudades, vehículos y edificios, resulta un proceso que requiere una gran inversión económica.

Ante esto, algunas posibles actuaciones en edificios y viviendas, aun cuando no haya una persona mayor o con movilidad reducida, podría ser la de aprovechar las reformas que de vez en cuando se hacen para ir eliminando las barreras. Por ejemplo, en el cuarto de baño, instalar puertas de al menos 72 centímetros de luz; si es posible, quitar la bañera e instalar platos de ducha con accesibilidad cómoda; instalar un lavabo sin pie, directamente sujeto a la pared con unas escuadras (facilita el aseo de una persona sentada); el váter y el bidé a una altura que permita que el mayor se pueda levantar sin demasiado esfuerzo; colocar asideros que ayuden a sentarse y levantarse del inodoro y del bidé; instalar grifos monomando para facilitar su utilización a las personas con problemas de artrosis.

4.2.6.4. Financiación para eliminación de barreras arquitectónicas.

La responsabilidad de la eliminación de las barreras arquitectónicas en los espacios y servicios públicos corresponde a las distintas administraciones y a los propietarios de las instalaciones abiertas al público.

En general, existen pocas ayudas económicas. Así, en los espacios públicos y en los privados, ya sean comunidades de vecinos, domicilios particulares o centros de servicios

para discapacitados o para mayores (residencias, centros de día,...), la ayuda financiera pública o privada para este fin es muy limitada y, además, se dan factores que disminuyen considerablemente su alcance y que generan aún mayor dependencia de los mayores con ingresos más bajos. Estos factores son:

- la solicitud de las mismas puede realizarse sólo durante el mes en el que se publica la convocatoria correspondiente;
- el porcentaje subvencionable sobre el coste total de las adaptaciones es bajo;
- las ayudas sólo cubren una parte del coste, que en las reformas suele ser bastante elevado; una vez recibida una ayuda no se pueda solicitar otra para terminar el mismo proyecto hasta pasados varios años.

4.3. Factores económicos.

4.3.1. La jubilación profesional.

4.3.1.1. Historia y jubilación.

Cuando hablamos de **jubilación** podemos estar haciendo referencia a **diferentes aspectos**:

- A la etapa de la vida tras el período laboral de los trabajadores. Ej. "Llevo quince años jubilado".
- A la percepción dineraria que se recibe al terminar la etapa laboral. Ej. "Me ha quedado una buena jubilación".
- Al fin de la etapa laboral y como el momento de transición a la vejez. Ej. "El mes que viene me jubilo".

La jubilación no ha existido siempre. El sostenimiento de los viejos históricamente estuvo asegurado por la familia, que era en sí misma una unidad de producción económica o de los bienes necesarios para vivir.

Hasta la mitad del Siglo XIX tampoco se producía la jubilación ni como tránsito, ni como etapa de la vida ni como percepción dineraria. Las personas seguían trabajando al llegar la vejez, acomodando su trabajo a las propias posibilidades físicas de cada momento; y cuando el anciano ya no podía trabajar, su manutención estaba asegurada por la familia.

Los cambios en los sistemas productivos y la industrialización trajeron como consecuencia el debilitamiento de la familia tradicional, repartiéndose sus miembros en función del trabajo. Esta individualización ya no aseguraba del mismo modo la supervivencia de las personas en la vejez y se imponía una nueva forma en la que, de alguna manera, cada uno pudiera asegurarse su propia supervivencia en su ancianidad.

La jubilación aparece con la finalidad social y económica de que, cuando las fuerzas físicas impiden ganarse la vida por sí mismos, los trabajadores puedan descansar teniendo asegurados los medios de supervivencia.

El primer hecho histórico relacionado con las pensiones se conoce en el último cuarto del Siglo XIX en Alemania para trabajadores cotizantes por cuenta ajena, bajo el gobierno de Bismarck. Pero el sistema de pensiones tal y como es conocido en nuestra sociedad, como garantía de unos ingresos económicos para casi toda la población, es muy posterior; además, no está implantado en todas las sociedades.

La gran depresión americana del primer tercio del siglo pasado y la Segunda Guerra Mundial fueron fenómenos de gran influencia para la articulación de los distintos sistemas de pensiones.

En España, el gran cambio social que supusieron las masivas migraciones internas de las zonas rurales a las ciudades también fueron un factor de influencia en la generalización de las pensiones, ya a mediados del siglo pasado. Con todo, hasta la llegada de la democracia no hemos tenido un sistema en el que incluso muchos ciudadanos que no hayan cotizado en su etapa laboral tengan derecho a una pensión, aunque sea mínima.

4.3.1.2. Jubilaciones a distintas edades.

Los 65 años es la edad a la que la mayoría de los trabajadores se jubilan; no obstante, la jubilación se produce también a otras edades debido a motivos diversos.

Uno de ellos puede ser la profesión que se desempeña. En la mayoría de las profesiones, llegada una edad determinada es obligatorio jubilarse; en otras, es posible una prórroga de varios años más, como algunas clases de docentes, médicos del servicio público de salud, obispos,...; y también hay profesiones liberales en las que la persona continúa trabajando mientras lo desea y sus condiciones se lo permiten; tal es el caso de médicos, abogados, etc. También hay profesiones en las que puede accederse a la jubilación antes de los 65 años; tal es el caso de los mineros que, debido al gran esfuerzo físico y gran desgaste que este trabajo tiene para el organismo, pueden jubilarse antes de los 50 años; o los militares, que pueden jubilarse antes de los 65 años, pasando a la reserva.

Existe una fórmula intermedia a la de la jubilación tal y como se conocía hasta hoy. Es la jubilación parcial, que consiste en que el trabajador va reduciendo progresivamente su jornada de trabajo, a la vez que otro se va incorporando a las horas que el primero deja. Tras unos años, se ha producido el retiro total de uno y la incorporación completa del otro. En este tipo de jubilación, el trabajador percibe el salario proporcional a las horas que trabaja y a la pensión que le corresponde.

También hay que tener en cuenta un fenómeno reciente pero sobradamente conocido como es el de las jubilaciones incentivadas o anticipadas. En este caso, la jubilación no tiene nada que ver con el motivo original del retiro, sino que se debe a razones principalmente políticas y económicas de los gobiernos y de las empresas a los que les resulta más rentable contratar trabajadores nuevos que mantener a los antiguos, debido al alto coste que para ellos suponen los segundos o porque prefieren repartir el trabajo de otra forma. La jubilación debida a estas razones pierde su sentido original de retiro por incapacidad física para el trabajo, puesto que muchos prejubilados están en plenas condiciones para continuar su vida laboral.

4.3.1.3. Adaptación a la jubilación.

Muchas personas al jubilarse experimentan unas contradicciones sorprendentes: han estado años deseando ese momento y, cuando empiezan a disfrutarlo, experimentan un cúmulo de sensaciones y sentimientos que, en lugar de llevarles a disfrutar la jubilación, a donde les lleva es a soportarla, pasando un proceso de adaptación más o menos traumático que no se queda sólo en el recién jubilado, sino que afecta a todos los que hay a su alrededor, principalmente a la familia.

Hay algunos factores que influyen en que la adaptación a la jubilación sea más o menos positiva o más o menos traumática. Estos son el nivel de estudios, el cultural, el social, el económico y el grado de inteligencia.

En general, y según algunos estudios publicados, parece ser que a mayor nivel económico, social y formativo, la adaptación a la jubilación es menos traumática, pues la persona encuentra más alternativas y tiene expectativas más abiertas sobre qué hacer tras cumplir su etapa laboral. No obstante, lo que resulta más significativo de estos estudios es que cuando es el propio trabajador quien determina el momento de su jubilación, y no es el sistema quien la impone, la adaptación resulta mucho más satisfactoria.

4.3.2. El sistema de pensiones.

La **pensión** es el ingreso económico que sustituye al salario al pasar de la condición de trabajador a la de jubilado.

El sistema de pensiones se sustenta gracias a las cotizaciones que los trabajadores hacen a lo largo de su vida laboral a la Seguridad Social. De hecho, en cierto sentido, se puede considerar que la pensión que cada persona percibe es una recuperación de lo que el Estado le ha ido restando de su salario a lo largo de su vida laboral.

El Estado de Bienestar pretende alcanzar un techo en el que todos los ciudadanos tengan, llegada la vejez, una pensión garantizada. La cuantía de la pensión que percibe cada jubilado está relacionada con lo cotizado en su vida laboral.

Así, en nuestra sociedad, las pensiones pueden ser de **tres tipos**.

- Las ***pensiones contributivas*** son las que se derivan de las cotizaciones obligatorias con las que cada trabajador ha contribuido al sistema público de la Seguridad Social.
- Las ***pensiones no contributivas*** suponen una prolongación del derecho a las pensiones a todos los ciudadanos, aunque no hayan cotizado a la Seguridad Social o sus cotizaciones hayan sido inferiores al mínimo requerido para disfrutar de una pensión contributiva.
- Los ***planes privados de pensiones***, gestionados por compañías de seguros, son fruto de un ahorro personal y voluntario que el ciudadano hace de cara a su vejez.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

- 1. Define los conceptos de Geriátría y Gerontología.**

- 2. ¿Cuál es la característica fundamental de la Valoración Geriátrica Integral? ¿Cuáles son sus áreas fundamentales de evaluación?**

- 3. Explica brevemente en qué consiste la teoría mixta del envejecimiento.**

- 4. ¿Qué cambios más relevantes se dan en el aparato respiratorio con el envejecimiento?**

- 5. Enumera las causas más frecuentes de pérdida dental en el anciano. ¿Cómo podría evitarse esta pérdida dental?**

- 6. ¿Por qué crees que es tan importante la salud bucodental del anciano?**

- 7. Razona la importancia de un buen secado de los pies tras el lavado.**

- 8. Explica brevemente por qué en el pie diabético se producen pequeñas heridas y ulceraciones con frecuencia y por qué es tan peligrosa su aparición.**
- 9. ¿Qué factores se presentan interrelacionados para una comprensión amplia de los cambios psicológicos producidos por edad?**
- 10. ¿Qué factores se deben presentar para un envejecimiento adecuado? ¿En qué condiciones deben presentarse?**
- 11. ¿Cuáles son las funciones mentales superiores? ¿Qué procesos dentro de éstas están afectados por el envejecimiento?**
- 12. ¿Qué es el autoconcepto? ¿De qué depende? ¿Puede verse afectado por la entrada en la tercera edad? Razona tu respuesta.**
- 13. ¿Cuáles son los requisitos que ha de cumplir un duelo para que sea considerado patológico?**
- 14. Explicar qué es una pirámide poblacional y qué se puede observar en ella.**

15. Enumera y define los tipos de pirámide poblacional y la población a la que cada una representa.

16. ¿Cuáles son los factores demográficos? Define cada uno de ellos.

17. Pon tres ejemplos de estereotipos en la vejez explicando el posible motivo de la existencia de los mismos.

18. Señala si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

1.	En los primeros años de la jubilación, aunque se tengan algunas enfermedades, éstas no suelen afectar a la vida cotidiana del jubilado de forma importante.		
2.	Al llegar a cierta edad, no es adecuado ni moral que se intente encontrar pareja.		
3.	Las personas mayores no son productivas porque al jubilarse comienzan a formar parte de las denominadas "clases pasivas".		
4.	La vida de los mayores actuales ha sido mucho más dura y difícil que la de sus hijos.		
5.	En la vejez se pueden distinguir claramente dos etapas: la primera, marcada por la autonomía; y la segunda, marcada por la dependencia.		
6.	Aunque los mayores tengan mucha experiencia, tienen poco que aportar a la sociedad porque ellos son de otra época distinta a la actual.		
7.	Aunque pueblos y ciudades tienen cada vez menos barreras arquitectónicas, aún existen limitaciones para personas como los ancianos.		
8.	Los jubilados son un colectivo de interés para la sociedad de consumo.		
9.	El mucho tiempo libre de los jubilados puede ser una ocasión para el disfrute de muchas oportunidades, pero también una trampa para el aburrimiento.		
10.	La adaptación positiva o negativa a la jubilación afecta sólo al jubilado, no a su familia.		

19. Señala tres indicios de cambio social y cultural en la vejez.

20. ¿Es cierta la siguiente afirmación? Razona la respuesta.

Solamente las personas que han cotizado a lo largo de su vida perciben una pensión contributiva.

21. Señala tres aspectos de la familia de hoy que dificultan el cuidado de los mayores dependientes por parte de sus miembros.

22. ¿Para qué tramo de edad de la persona está indicada la animación sociocultural? ¿Y la terapia ocupacional? ¿Por qué?

23. ¿Es cierta la siguiente afirmación? Razona la respuesta.

Todas las personas se jubilan a los 65 años.

24. ¿Cuáles son los factores que más influyen en una buena adaptación a la jubilación?

25. ¿En qué consiste la jubilación parcial? ¿Y la jubilación anticipada o incentivada?

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. Define los conceptos de Geriátría y Gerontología.

*La **Gerontología** es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general. Se ocupa de aspectos clínicos, biológicos, psicológicos y sociológicos. No se limita al hombre, sino que abarca a todos los seres vivos, en general.*

*La **Geriátría** está incluida dentro de la Gerontología y es la ciencia que estudia las enfermedades del mayor. La Sociedad Geriátrica Británica la define como "la rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad".*

2. ¿Cuál es la característica fundamental de la Valoración Geriátrica Integral? ¿Cuáles son sus áreas fundamentales de evaluación?

La característica fundamental de la Valoración Geriátrica Integral es que valora al paciente de forma global, considerando al ser humano como una unidad física, mental y social

Valora 4 esferas fundamentales:

- *Situación clínica y problemas médicos.*
- *Situación funcional (independencia en actividades básicas, instrumentales y avanzadas).*
- *Situación cognitiva y afectiva.*
- *Situación y recursos sociales con los que cuenta el anciano.*

3. Explica brevemente en qué consiste la teoría mixta del envejecimiento.

La teoría mixta comparte ideas tanto de la teoría exógena como de la endógena. Es decir, propone que en el envejecimiento influyen tanto factores externos (agresiones externas, radicales libres y productos de desecho de nuestras reacciones químicas, etc.), como factores internos genéticos que determinan una determinada velocidad al proceso de envejecimiento.

4. ¿Qué cambios más relevantes se dan en el aparato respiratorio con el envejecimiento?

- *Los pulmones del anciano disminuyen de tamaño, pesando aproximadamente un 20% menos que los del adulto.*
- *Se pierde la elasticidad pulmonar.*
- *Las costillas y vértebras experimentan cambios por descalcificación, disminuyendo la altura vertebral y dando lugar a una caja torácica más ancha y profunda pero que ha disminuido en altura.*
- *Hay una disminución en el diámetro de las vías aéreas de pequeño tamaño y una reducción de superficie de intercambio gaseoso que produce una oxigenación deficiente.*

**5. Enumera las causas más frecuentes de pérdida dental en el anciano.
¿Cómo podría evitarse esta pérdida dental?**

Las dos causas más frecuentes de pérdida dental en el anciano son la caries y la enfermedad periodontal.

El diagnóstico de estos problemas en su fase incipiente, a través de programas de salud bucodental, pueden evitar, o retrasar al menos, la pérdida dental.

6. ¿Por qué crees que es tan importante la salud bucodental del anciano?

SE DEBEN DESARROLLAR VARIOS PUNTOS:

- *Salud bucodental como parte de la salud general.*
- *Salud bucodental como inicio de una buena masticación y digestión y, por lo tanto, de una buena nutrición.*
- *Salud bucodental como parte de la imagen física; y su deterioro, como causa de aislamiento.*

7. Razona la importancia de un buen secado de los pies tras el lavado.

Un buen secado de los pies tras el lavado evita el ambiente húmedo, el cual favorece la infección por hongos. Debemos extremar las precauciones sobre todo en la zona interdigital..

8. Explica brevemente por qué en el pie diabético se producen pequeñas heridas y ulceraciones con frecuencia y por qué es tan peligrosa su aparición.

La circulación del pie diabético es muy deficiente. Con frecuencia están fríos, presentan alteraciones en la sensibilidad y tienen tendencia a ulcerarse. Son más sensibles a las agresiones y tardan más en recuperarse de éstas.

La aparición de úlceras y heridas en los pies de estos pacientes nos plantea el problema de su evolución tórpida y lenta cicatrización. Cuando no existe otra alternativa, se recurre a la amputación de la zona distal. De ahí que haya que extremar las precauciones y medidas de vigilancia en estos pacientes, a la vez que se insiste en un buen control de su diabetes.

9. Qué factores se presentan interrelacionados para una comprensión amplia de los cambios psicológicos producidos por edad.

- *Las modificaciones anatómicas y funcionales en las estructuras cerebrales (envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos). Deterioro fisiológico.*
- *Las modificaciones en las funciones mentales (intelectuales y cognitivas).*
- *Las modificaciones en la afectividad (vivencia de las pérdidas, motivación, personalidad).*
- *Las modificaciones a nivel social (pérdida de roles, estatus, jubilación,...).*

10. ¿Qué factores se deben presentar para un envejecimiento adecuado? ¿En qué condiciones deben presentarse?

- *Factores ambientales y de salud.* Las personas satisfechas son las capaces de luchar por mantenerse sanas, aceptando las dificultades progresivas de la edad, siendo la actividad y el ejercicio físico importantes en el bienestar percibido.
- *Factores sociales.* Es importante la sensación de sentirse satisfecho con la vida que han llevado, que estén preparados para ese retiro y que cuenten con una adecuada red de apoyo social.
- *Factores psicológicos.* Las personas que se sienten más satisfechas son aquellas que ven la vejez como una etapa más dentro de todo el ciclo vital.

11. ¿Cuáles son las funciones mentales superiores? ¿Qué procesos dentro de éstas están afectados por el envejecimiento?

- *Funciones intelectuales:* hace referencia a la inteligencia, que se puede definir como las capacidades necesarias que posee la persona para adaptarse al medio de forma efectiva.
En el envejecimiento se encuentra afectada la inteligencia fluida.
- *Funciones cognitivas:* proceso mediante el cual recibimos, almacenamos y usamos la información que nos llega.
Se encuentran afectadas: la percepción sensorial, la memoria (sobre todo la memoria a corto plazo), el tiempo de reacción, la rigidez del pensamiento y la organización de la información.

12. ¿Qué es el autoconcepto? ¿De qué depende? ¿Puede verse afectado por la entrada en la tercera edad? Razona tu respuesta.

El autoconcepto es el "concepto de sí mismo", la imagen que cada uno de nosotros tiene de sí mismo. Esta imagen es la que nos aporta la identidad propia, el "rol" que tenemos entre los que nos rodean.

Está relacionada con las actividades y logros que se han realizando a lo largo de la vida, así como la reacción que los demás tienen hacia nosotros.

Con el envejecimiento, muchas de las actividades y situaciones en las que siempre se ha encontrado la persona cambian, sus posibilidades de relación varían y esto lleva muchos ancianos a perder su rol, a sentirse insatisfechos y a no aceptar su "nueva imagen".

13. ¿Cuáles son los requisitos que ha de cumplir un duelo para que sea considerado patológico?

- *Se prolonga más de un año.*
- *Niega la pérdida del ser querido, bloqueando los afectos y fantaseando su presencia; puede incluir conductas como la "momificación" (dejar todo exactamente igual que lo tenía el difunto).*
- *Se bloquean e interrumpen las actividades.*
- *Queda sin superarse cualquiera de las etapas del duelo.*

- Se exageran los síntomas esperados por la pérdida, así como los comportamientos o intenciones que ponen en riesgo al paciente: intentos de suicidio, conductas imprudentes,...
- Sentimientos de culpa y soledad, con la sensación de vacío que "ya nadie puede rellenar".

14. Explica qué es una pirámide poblacional y qué se puede observar en ella.

La pirámide poblacional representa las características (natalidad, mortalidad,...) de una determinada población en un momento concreto y a través del tiempo y de los distintos acontecimientos históricos que la han marcado.

15. Enumera y define los tipos de pirámide poblacional y la población a la que cada una representa.

Pirámide triangular: países jóvenes con base amplia (jóvenes) y vértice escaso (ancianos).

Pirámide ojival: países en transición, con desplazamiento hacia las edades medias y no excesiva proporción de ancianos.

Pirámide ánfora: países envejecidos con mayor número de personas entre los grupos de edades superiores.

16. ¿Cuáles son los factores demográficos? Define cada uno de ellos.

Natalidad: número de habitantes que nacen en una determinada población.

Mortalidad: número de muertes que ocurren en una determinada población.

Esperanza de vida: promedio de edad que viven las personas de una población.

Movimientos migratorios: desplazamientos que realizan grupos de personas hacia otras poblaciones, pasando a formar parte de ellas.

- Emigración: los desplazamientos que hacen referencia a su lugar de salida o procedencia.
- Inmigración: los desplazamientos que hacen referencia a su lugar de entrada o destino.

17. Pon tres ejemplos de estereotipos en la vejez explicando el posible motivo de la existencia de los mismos.

- Pensar que todos los jubilados son personas enfermas que requieren cuidados. Se confunde el hecho de que padezcan alguna enfermedad con la imposibilidad de valerse por sí mismos. Casi todas las personas mayores padecen anomalías en su salud, como sucede en personas de edades más jóvenes. Sin embargo, éstas disfunciones no siempre se traducen en imposibilidad de valerse por sí mismos.
- Pensar que los mayores son improductivos. Se asocia erróneamente productividad a tener un trabajo remunerado y existe la idea falsa de que quienes reciben una pensión son una carga para la sociedad y no se tiene en cuenta las actividades útiles que realizan muchos jubilados.
- Pensar que los mayores tienen la afectividad muy mermada o que carecen de ella. Se desconoce la existencia y el funcionamiento de la vida afectiva de los mayores y muchas personas tienen un concepto erróneo de la afectividad.

SE PODRÁ MENCIONAR CUALQUIER OTRO ESTEREOTIPO.

18. Señala si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

1.	En los primeros años de la jubilación, aunque se tengan algunas enfermedades, éstas no suelen afectar a la vida cotidiana del jubilado de forma importante.	✓	
2.	Al llegar a cierta edad, no es adecuado ni moral que se intente encontrar pareja.		F
3.	Las personas mayores no son productivas porque al jubilarse comienzan a formar parte de las denominadas "clases pasivas".		F
4.	La vida de los mayores actuales ha sido mucho más dura y difícil que la de sus hijos.	✓	
5.	En la vejez se pueden distinguir claramente dos etapas: la primera, marcada por la autonomía; y la segunda, marcada por la dependencia.	✓	
6.	Aunque los mayores tengan mucha experiencia, tienen poco que aportar a la sociedad porque ellos son de otra época distinta de la actual.		F
7.	Aunque pueblos y ciudades tienen cada vez menos barreras arquitectónicas, aún existen limitaciones para personas como los ancianos.	✓	
8.	Los jubilados son un colectivo de interés para la sociedad de consumo.	✓	
9.	El mucho tiempo libre de los jubilados puede ser una ocasión para el disfrute de muchas oportunidades, pero también una trampa para el aburrimiento.	✓	
10.	La adaptación positiva o negativa a la jubilación afecta sólo al jubilado, no a su familia		F

19. Señala tres indicios de cambio social y cultural en la vejez.

- *El incremento del porcentaje de mayores y el peso o importancia que están adquiriendo en nuestra sociedad.*
 - *El incremento de los niveles de formación de los nuevos jubilados.*
 - *El apoyo que significan para los hijos y nietos que cada vez son más conocidas y difundidas por los medios de comunicación.*
- SE PODRÁ MENCIONAR CUALQUIER OTRO INICIO SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ ADECUADAMENTE RAZONADO.*

20. ¿Es cierta la siguiente afirmación? Razona la respuesta.

Solamente las personas que han cotizado a lo largo de su vida perciben una pensión contributiva.

*Sí, porque al decir que es una pensión **contributiva** estamos diciendo que ha "contribuido" (ayudado) con sus cotizaciones al sistema de Seguridad Social; fruto de esa contribución es la pensión.*

21. Señala tres aspectos de la familia de hoy que dificultan el cuidado de los mayores dependientes por parte de sus miembros.

- *Incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa.*
 - *Disminución del número de miembros en la familia.*
 - *Movilidad laboral de los miembros de la familia.*
- SE PODRÁN MENCIONAR OTROS ASPECTOS DISTINTOS.*

22. ¿Para qué tramo de edad de la persona está indicada la animación sociocultural? ¿Y la terapia ocupacional? ¿Por qué?

- *Animación sociocultural:* en la primera etapa de la vejez, mientras la persona mantiene sus capacidades físicas y psicológicas en un estado aceptable, ya que requiere un mínimo de capacidades para su aplicación.
- *Terapia ocupacional:* en la última etapa de la vejez, cuando las capacidades físicas y psicológicas tienen un nivel de deterioro que requieren una intervención para recuperar o mantener dichas capacidades.

23. ¿Es cierta la siguiente afirmación? Razona la respuesta.

Todas las personas se jubilan a los 65 años.

No. Hay trabajadores o profesiones en las que la jubilación se produce antes o después de esa edad, en función de razones económicas, sociales o de salud, entre otras.

24. ¿Cuáles son los factores que más influyen en una buena adaptación a la jubilación?

- *Mayor poder adquisitivo.*
- *Mayor nivel social.*
- *Mayor nivel cultural.*
- *Mayor nivel de formación.*
- *Mayor nivel de inteligencia.*
- *El hecho de que sea el trabajador quien decida el momento de su jubilación.*

25. ¿En qué consiste la jubilación parcial? ¿Y la jubilación anticipada o incentivada?

- *Jubilación parcial:* cuando, llegado el momento de la jubilación, el trabajador no abandona completamente el trabajo sino que disminuye su jornada laboral, recibiendo la parte de sueldo que le corresponde y también la parte proporcional de su pensión de jubilación.
- *Jubilación anticipada o incentivada:* cuando el trabajador se jubila antes de la edad a la que le correspondería jubilarse .

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Animación sociocultural: instrumento que permite agilizar alternativas de ocupación del tiempo libre partiendo de la participación de los propios mayores en el análisis y conocimiento de sus propias necesidades, así como en el planteamiento, realización y evaluación de las acciones que se lleven a cabo.
Ansiedad: estado subjetivo de temor indefinido e inquietud, acompañado de vigilancia y palpitaciones, sudores, sequedad de boca, sensación subjetiva de peligro inminente,...
Aterosclerosis: trastorno arterial caracterizado por el cúmulo de placas con núcleo lipídico y restos celulares en la superficie interna de las paredes de las arterias de gran y mediano calibre produciendo una disminución de su luz.
Autoconcepto: imagen que tenemos de nosotros mismos.
Calcáneo: hueso del talón.
Cóclea: estructura ósea del oído interno de forma cónica con perforaciones para el paso de fibras del nervio acústico.
Comorbilidad: coexistencia de enfermedades.
Compulsión: comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión.
Cotizar: aportar el trabajador parte de su salario a un fondo común, administrado por el Estado, que es destinado a servicios a los ciudadanos, como las pensiones o la asistencia sanitaria.
Cristalino: estructura transparente del ojo. Cuando se opacifica origina una disminución en la agudeza visual denominada catarata.
Dentina: principal componente del diente, que rodea la pulpa y está situada debajo del esmalte.
Depresión: psicopatología que se caracteriza por un tono emocional triste, síntomas ansiosos, pérdida de interés por el entorno y familiares, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y alimentación,...
Descalcificación: pérdida de sales de calcio en dientes y huesos.
Detoxificante: capacidad de eliminación o neutralización de sustancias tóxicas.
Duelo: conjunto de reacciones afectivas y conductuales provocadas por la muerte de un ser querido.
Emigración: desplazamientos migratorios que hacen referencia a su lugar de salida o procedencia.
Envejecimiento demográfico o envejecimiento de la población: aumento de la parte de población que tiene mayor edad en relación al resto.
Esperanza de vida: promedio de edad que viven las personas de una población.

Estereotipo: creencia simplificada, acertada o errónea, sobre individuos o grupos de individuos que puede suponer un prejuicio.
Estímulo contrafóbico: persona que acompaña a la persona que padece agorafobia (temor a salir a la calle y lugares tumultuosos) para que los síntomas (angustia, temor) no aparezcan.
Estímulo fóbico: situación u objeto que desencadena los temores irracionales del paciente que sufre fobia, apareciéndole un impulso de evitar dicho objeto o situación.
Etario: relativo a la edad.
Evolución tórpida: evolución lenta y complicada.
Factores demográficos: aquéllos que inciden de alguna forma en el desarrollo y evolución de una población. Son los siguientes: natalidad, mortalidad y movimientos migratorios.
Familia unipersonal: familia con un solo miembro; por ejemplo, una persona viuda.
Fibrosis: proliferación de tejido conectivo fibroso.
Fobia: trastorno psíquico que se caracteriza por un miedo irracional y desproporcionado a un estímulo fóbico.
Gen: unidad biológica de material genético.
Geriatría: rama de la medicina que estudia las enfermedades en las personas de edad avanzada.
Gerontología: ciencia que estudia el proceso de envejecimiento.
Infravalorar: valorar por debajo de lo merecido.
Inmigración: desplazamientos migratorios que hacen referencia a su lugar de entrada o destino.
Jubilación: etapa de la vida tras el período laboral de los trabajadores.
Migración: desplazamientos de individuos de un lugar a otro para permanecer en él.
Moribundo: persona que está muy cerca de su muerte.
Mortalidad: número de muertes que ocurren en una determinada población.
Movimiento migratorio: desplazamientos que realizan grupos de personas hacia otras poblaciones, pasando a formar parte de ellas.
Natalidad: número de habitantes que nacen en una determinada población.
Obsesión: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan ansiedad o malestar significativos.
Pensión: ingreso económico que sustituye al salario al pasar de la condición de trabajador a la de jubilado.
Percepción sensorial: captación de la información que nos llega por medio de los órganos de los sentidos.

Pirámide poblacional: modo en el que se representa gráficamente el desarrollo evolutivo demográfico de una de población.
Radicales libres: moléculas inestables que reaccionan rápidamente con otras moléculas dando lugar a reacciones químicas.
Talalgia: dolor de talón.
Terapia ocupacional: terapia indicada en personas cuya capacidad funcional está disminuida de modo temporal o permanente y que tiene como fin el que recuperen la habilidad necesaria para cuidarse a sí mismos y disfrutar de su tiempo de ocio.
Tímpano: membrana delgada situada en el oído medio que transmite las vibraciones sonoras al oído interno.
Trastorno obsesivo – compulsivo: trastorno psíquico caracterizado por las obsesiones (pensamientos, imágenes,...) y compulsiones (actos, rituales,...) que invaden al paciente y las cuales no puede controlar.
Trastorno psíquico: trastorno mental.

BIBLIOGRAFÍA.

- Las personas mayores en España. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 2000.
- Demografía Sanitaria en la Ancianidad. Arbelo A et al. Ministerio de Sanidad y Consumo 1989.
- Manual de Geriátría 3ª edición. Salgado Alba, Guillén et al. .Ediciones Masson 2002.
- Geriátría desde el principio. Guillén Llera F, Macías Núñez JF, Rivera Casado, J M. Editorial Glosa. 2001.
- El paciente anciano. Ruipérez Cantera et al. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. 1998.
- Guía de atención y medidas en Geriátría. Norman et al. Editorial Jims. 1998.
- The index of ADL. A standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:94Katz et al. 1963.
- Manual Merck de Geriátría. Rivera Casado J M et al. Ediciones Doyma Libros S.A. 1992.
- Gerodontología: revisión de la literatura. Arch Odontoestom 1991;6:342-356.Subirá et al. 1991.
- Future directions for root caries research. Gerodontology 1993;10:114-119Billings et al. 1993.
- DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Guía de atención a la salud del anciano. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 1992.
- Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Sinforiano Rodríguez Moreno y Antonio Castellano Suárez. Ed. Las Palmas Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitario. 1995.
- Paciente terminal y muerte. Mac Van, B. Ed. Doyma. 1987.

- Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Alberto Salgado Alva, Francisco Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. Ed. Salvat.
- Enfermería gerontológica. A. S. Staab y L. C. Hodges.
- Geriatría clínica. R. L. Kane, J. G. Ouslander y I. B. Abrass.
- Guía de atención a la salud del anciano. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 1992.
- Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Alberto Salgado Alva, Francisco Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. Ed. Salvat.
- El médico y la tercera edad. Estudio sociológico. Libro Blanco. Varios autores. Laboratorios Beecham. Madrid. 1986.
- El Ocio en la Tercera Edad: programa de vacaciones. Ministerio de Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid. 1990.
- Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Moragas, R. Ed. Herder. Barcelona. 1991.
- La fuerza de la experiencia, por qué, cómo y donde invertirla. García Gutiérrez, A. Editorial Popular. Madrid. 1993.
- La jubilación, un enfoque positivo. Moragas, R. Ed. Grijalbo. Barcelona. 1989.
- Tratado de Psicogerontología. Rubio Herrera, R. Ed. Promolibro. Valencia. 1996.
- Psicología de la senectud. Ed. Herder. Lehr, U; Barcelona. 1980.
- Tratado de Psicogerontología. Sáez Narro, N. Ed. Promolibro. Valencia. 1996.

UNIDAD DIDÁCTICA 3:

LA GERIATRÍA.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA.

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. Introducción a la Geriatria. Concepto y objetivos.	2
2. Valoración Geriátrica Integral.	3
2.1. Valoración clínica en la VGI.	4
2.2. Valoración funcional.	5
2.3. Valoración mental.	7
2.4. Valoración social.	7
2.5. Consideraciones sobre la actitud del profesional sanitario ante el enfermo geriátrico.	8
3. Morbilidad y mortalidad en el paciente geriátrico.	9
3.1. Características del enfermar del anciano.	10
3.2. Enfermedades más frecuentes en el anciano.	13
4. Síndromes geriátricos.	36
4.1. Caídas.	36
4.2. Insomnio.	39
4.3. Síndrome confusional agudo (SCA) o delirium.	42
4.4. Discapacidad física. Inmovilismo.	45
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.	53
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.	55
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	57
BIBLIOGRAFÍA.	60

CONTENIDOS TEÓRICOS.

1. Introducción a la Geriatria. Concepto y objetivos.

La **Geriatria** es una parte de la Gerontología que se ocupa de estudiar las enfermedades del mayor.

La Sociedad Geriátrica Británica define Geriatria como *"la rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad"*.

El **objetivo** de la Geriatria es, por tanto, mejorar la calidad de vida del mayor, añadiendo salud a los años. Presta atención al anciano tanto en momentos de bienestar, para prevenir enfermedades e incapacidades, como en momentos de enfermedad. Lo valora de forma global y elabora un plan de cuidados integral atendiendo a su esfera psíquica, física y social. No sólo trata la enfermedad cuando aparece, sino que insiste mucho en la prevención y diagnóstico de fragilidades.

Esta especialidad nace a principios de los años 40 en Inglaterra, de manos de la Dra. Warren, enfermera que posteriormente se licenció en Medicina. Warren observó que había salas llenas de enfermos mayores que padecían enfermedades que ni se diagnosticaban ni trataban porque se infravaloraba a este grupo etario. Tras un correcto programa de valoración y rehabilitación, muchos de estos ancianos podían volver a insertarse en su núcleo familiar sin necesidad de permanecer institucionalizados. Poco después nace en España la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología presidida por el profesor Beltrán Báguena.

La Geriatria es una especialidad médica oficial en España desde 1978. Se accede a ella a través del sistema MIR, común para todas las especialidades. El tiempo de formación como especialista es de cuatro años.

Por su parte, la **asistencia geriátrica** es el conjunto de recursos sanitarios y sociales que debe garantizar la calidad de vida de los ancianos de un área, proporcionando respuestas adecuadas a las distintas situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquéllos presentan.

Los **objetivos de la asistencia geriátrica** son los siguientes:

- Desarrollar una actividad fundamentalmente preventiva, evitando la aparición de enfermedad con valoraciones de forma continuada en el tiempo.

- Detectar precozmente factores de riesgo y riesgo de dependencia.
- Proporcionar una asistencia integral al anciano ocupándose de la problemática médica, funcional, psicológica y social.
- Evitar que cuando aparezca la enfermedad ésta cronifique y desemboque en invalidez.
- Tratar de que el anciano permanezca en la comunidad rehabilitando discapacidades físicas y solventando barreras sociales.

Instrumentos de la asistencia geriátrica para conseguir estos objetivos.

- Valoración geriátrica Integral (VGI): es un proceso mayoritariamente diagnóstico encaminado a establecer un plan de cuidados adecuado a los problemas detectados tanto en el plano clínico como en el físico, el mental o el social.
- Equipo multidisciplinar: esta atención integral al anciano no puede hacerse en solitario, sino que necesita de un equipo de profesionales integrado por un médico geriatra, el personal de enfermería, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un psicólogo y un trabajador social.
- Niveles asistenciales: han de estar adaptados a cada fase de la enfermedad. Así, tendríamos Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia, Hospital de Día y Unidad de Atención Domiciliaria.

2. Valoración Geriátrica Integral.

Ya en los años cuarenta, la Dra. Warren comenzó la aplicación de este tipo de valoración, aunque no fue hasta la década de los sesenta cuando se validaron algunas de las escalas más utilizadas (Katz, Lawton, Barthel...); hoy día no se concibe una asistencia médica geriátrica sin una valoración geriátrica exhaustiva.

La valoración geriátrica integral (VGI) es la herramienta básica de trabajo del médico geriatra. Sirve para llegar a un diagnóstico global que nos permita enfocar un plan de actuación.

La VGI es "*un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para cuantificar mediante escalas de valoración los problemas físicos, psíquicos, médicos y sociales del anciano, para poder así desarrollar un plan de cuidados y una utilización adecuada de los recursos asistenciales*". (El paciente anciano. Ruipérez Cantera et al. Mc Graw Hill. 1998).

Es **integral** porque valora al paciente de forma global, considerando al ser humano como una unidad física - mental y social.

Es **interdisciplinaria** porque, para conseguir sus objetivos, deben colaborar estrechamente profesionales de distintas especialidades y materias.

Es **dinámica** porque debe hacerse de forma continuada en el tiempo; hay que ir evaluando los resultados y modificar objetivos, si procede, en función de las necesidades que vayan surgiendo.

La VGI engloba cuatro áreas principales: clínica, funcional, mental y social. Utiliza instrumentos de medida que permiten cuantificar la situación del anciano. Estos instrumentos de medida son las escalas de valoración que han de ser válidas, fiables y sensibles al cambio. Además, no deben ser muy extensas para evitar cansar al paciente.

La **VGI** es el **instrumento principal de diagnóstico del paciente geriátrico**.

El personal auxiliar especializado en geriatría debe conocer las escalas de medición y cuantificación de uso generalizado entre los profesionales dedicados a la atención a la persona mayor con el fin de saber, una vez conocidas las puntuaciones alcanzadas, cuál es la situación del mayor al que atiende.

2.1. Valoración clínica en la VGI.

Esta valoración no difiere sustancialmente de la historia clínica habitual, pero sí tiene algunas peculiaridades que la distinguen de ella. Así, a la hora de realizar esta valoración, incidiremos en:

- **Antecedentes personales:** no es raro encontrar pacientes a quienes se les olvida las enfermedades que padecen; para evitar perder información respecto a este punto, preguntaremos sistemáticamente por HTA, diabetes, tuberculosis, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones previas,... Incluirá la relación de medicación actual y de la que ha tomado en los últimos seis meses; se atenderá a fármacos como laxantes, colirios, pomadas, productos de herbolario,... que el paciente anciano no suele entender como "medicación".

- **Enfermedades actuales:** a menudo es difícil para el personal sanitario poder clarificar el verdadero motivo de consulta, ya que los pacientes geriátricos presentan quejas múltiples y variadas. Se procurará centrar la atención y orientar el proceso que lo trae a la consulta (preguntas específicas por aparatos y sistemas). No se deben olvidar los ***Síndromes Geriátricos*** (inmovilidad, estreñimiento, caídas,...)
- **Exploración física:** será minuciosa y sistemática, respetando la intimidad del paciente en todo momento. Se tomará nota del aspecto externo (higiene, ropa, delgadez, hidratación,...), equilibrio, tipo de marcha al caminar, si necesita ayuda o no, etc. Luego, seguiremos un orden de exploración habitual:
 1. Cabeza y cuello: cavidad bucal, dentadura, prótesis dentarias, existencia de audífonos, gafas, etc;
 2. Tórax: frecuencia respiratoria, auscultación, etc;
 3. Abdomen: presencia de herniaciones, palpación, auscultación de ruidos intestinales, etc;
 4. Extremidades: movilidad de las extremidades, dolor, inflamación, pulsos periféricos, etc;
 5. Exploración neurológica: marcha, sensibilidad y fuerza, reflejos, etc.

2.2. Valoración funcional.

Con esta valoración pretendemos medir cómo se desenvuelve el anciano en:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

2.2.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son las referidas al autocuidado: baño, vestido, aseo, alimentación, movilidad y continencia de esfínteres.

Existen distintas escalas para la valoración de las ABVD. Entre ellas destacan:

El Índice de Katz. Es la escala más simple para las ABVD. Valora actividades básicas y aporta un orden jerárquico de pérdida de la independencia: los pacientes se clasifican en grupos de la "A" (mayor independencia) a la "G" (mayor dependencia).

El Índice de Barthel. Esta escala es más completa que la anterior. La puntuación máxima (100 puntos) indica que el paciente es independiente para todas las actividades básicas; marcas por debajo de este nivel reflejan algún tipo de dependencia.

2.2.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Estas actividades se refieren a la capacidad del paciente para desenvolverse en el seno de la comunidad.

Incluyen:

- realización de las tareas del hogar;
- manejo de medicación;
- manejo de asuntos financieros;
- realización de compras;
- uso de transportes;
- uso de teléfono...

La escala más utilizada es el *Índice de Lawton para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria*.

2.2.3. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Incluye actividades de recreo, reuniones sociales, realización de viajes... Hay escalas que las miden, aunque su uso no está muy extendido.

Una vez realizada la valoración funcional, nos hacemos una idea de la situación del paciente: cómo se desenvuelve en casa, para qué actividades necesita ayuda, si puede vivir sólo o no...

A la vista de los resultados obtenidos por el paciente en estas escalas, el personal auxiliar sabrá el tipo de paciente con el que está tratando y cuáles son sus características y necesidades.

2.3. Valoración mental.

El objetivo de la valoración mental es detectar, evaluar y cuantificar las alteraciones que el paciente presenta en el área cognitiva y afectiva y ver en qué medida estas alteraciones interfieren en sus actividades diarias.

- **Área cognitiva:** con el envejecimiento normal pueden aparecer pequeños déficit de memoria que ni son incapacitantes ni interfieren con la vida diaria. Lo que diferencia el envejecimiento normal del patológico es que, en este último, los trastornos de memoria y atención sí interfieren en las actividades de la vida diaria provocando incapacidad y dependencia en el anciano.
- **Área afectiva:** en el área afectiva hay que poner especial interés en descubrir estados depresivos que pueden estar enmascarados por otros síntomas que dificulten su diagnóstico.

Esta valoración mental comienza, normalmente, con tests de evaluación sencillos y, si la alteración obliga a ello, se profundiza más en el trastorno para llegar a un diagnóstico concreto e instaurar su tratamiento.

Para la **valoración cognitiva**, los dos tests más empleados son:

- "Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer".
- "Miniexamen cognoscitivo de Lobo".

Para la **valoración afectiva**, se utiliza, normalmente, la "Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage".

2.4. Valoración social.

Esta valoración nos sirve para detectar factores ambientales o socioeconómicos que interfieran con el curso de la enfermedad del anciano. Es de gran importancia en la VGI, ya que en muchas ocasiones el mayor presenta una gran insuficiencia social: vive solo, con escasos recursos económicos, barreras arquitectónicas que le impiden salir de casa, etc.

Se utilizan diferentes escalas de medición; algunas de ellas, hacen más énfasis en las condiciones de la vivienda; otras, en la persona cuidadora principal; otras, en la situación económica del paciente o en relaciones sociales.

En definitiva, trata de valorar el entorno más cercano del paciente, que es su domicilio; cómo está acondicionado, con quién vive, recursos que posee y apoyo con el que cuenta, todos ellos factores que pueden condicionar la evolución clínica y funcional del paciente. Por ejemplo, un anciano convaleciente de una fractura de cadera no puede ser dado de alta a domicilio si vive sólo; en cambio, sí podría hacerse si vive con hijos o alguien que le cuide mientras se rehabilita y recupera la movilidad.

Algunas de las escalas más utilizadas son:

- "Cuestionario de Apoyo Social de Duke-Unc (Modificado por Broadhead)".
- "Escala OARS de Valoración Social".

2.5. Consideraciones sobre la actitud del profesional sanitario ante el enfermo geriátrico.

La actitud de cualquier profesional sanitario (médico, DUE, auxiliar, etc.) ante el anciano enfermo debe ser siempre de respeto. A continuación, exponemos algunas consideraciones que en todos los casos deberán ser tenidas en cuenta a la hora de atender al paciente mayor:

- Procurar respetar la intimidad del paciente en todo momento.
- Ponerse en el lugar del paciente cuando nos confiese un problema nos ayudará a entenderle mejor.
- Procurar no gritar dando por hecho que todos los ancianos están sordos. Se procurará hablar despacio y de frente.
- No tratar al paciente de forma infantil; aunque el anciano necesite cuidados continuos, hemos de recordar que NO es un niño.
- Se ha de emplear todo el tiempo necesario, siendo imprescindible la PACIENCIA en el trato con estos enfermos.

- No ser falsamente optimistas cuando se hable de su enfermedad; es preferible una respuesta veraz y realista, aunque en todos los casos se evitará ser cruel.
- No sobreproteger al anciano. Procurar ayudarlo a hacer las cosas sin llegar a hacerlas por él.

3. Morbilidad y mortalidad en el paciente geriátrico.

La sociedad industrializada asiste en las últimas décadas a un importante aumento del porcentaje de personas de edad avanzada en la población. A este incremento han contribuido varios factores:

- los grandes avances de la sanidad con la mejora en los distintos campos diagnósticos y terapéuticos;
- la mentalidad cada día más “geriátrica” de los profesionales sanitarios: al anciano no se le niega una medicina agresiva o intensiva por el mero hecho de ser una persona mayor; si está bien indicado, los ancianos se benefician tanto o más que los jóvenes de la cirugía, de los medios diagnósticos avanzados, etc.

Una de las consecuencias del hecho demográfico del envejecimiento de la población ha sido un cambio en el perfil de enfermedades más prevalentes; así, al existir un mayor porcentaje de pacientes con edad avanzada, se ha producido un aumento en la incidencia de enfermedades como demencias, neoplasias y enfermedades degenerativas, sobre todo del sistema cardiovascular.

La **morbilidad** es un término estadístico que hace referencia a la tasa con la que aparece una enfermedad.

La **mortalidad** es la tasa de fallecimiento que refleja el número de muertes en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación.

La **comorbilidad** es la coexistencia de dos o más enfermedades o patologías al mismo tiempo.

3.1. Características del enfermar del anciano.

3.1.1. La situación de enfermedad en el paciente geriátrico.

En el anciano no podemos hablar de enfermedad, sino de **situación de enfermedad**. Esto significa que cualquier patología a esta edad puede repercutir en los distintos pilares a los que hacíamos referencia en el proceso de la VGI; esto es, en su situación médica, su funcionalidad, su cognición y su situación social.

Por ejemplo:

Un paciente varón de 40 años ingresa en el hospital por una neumonía. Permanece ingresado 4 días y es dado de alta por evolución favorable.

Un paciente anciano de 80 años ingresa en el hospital por la misma neumonía. Permanece ingresado durante 15 días porque su evolución ha sido más lenta y complicada. Permanece todo este tiempo en la cama sin moverse y, cuando se le va a dar de alta, ha perdido tono muscular y es incapaz de deambular de forma independiente, necesitando, además, ayuda en ABVD; es decir, su proceso médico ha influido en la funcionalidad. Ante esta situación no se le puede dar de alta a domicilio porque vive solo y hay que ubicarlo temporalmente en un residencia asistida hasta que su situación funcional mejore y recobre independencia; es decir, su proceso médico ha repercutido en la situación social.

Así, podemos decir que la situación de enfermedad es la primera particularidad en el paciente geriátrico.

3.1.2. Frecuencia de aparición de la enfermedad y capacidad de respuesta en el paciente geriátrico.

A menudo nos preguntamos si existen enfermedades diferentes en el anciano con respecto al adulto. Pues bien, **las enfermedades pueden ser las mismas en cualquier grupo etario**. Algunas consideradas como propias del mayor también se dan en el adulto; por ejemplo, demencia o deterioro cognitivo. Y también ocurre a la inversa; algunas enfermedades propias del adulto también aparecen en el mayor; por ejemplo, VIH, etc.

Lo que sí se da en el anciano es un cambio en la **frecuencia de aparición de la enfermedad**. Así, observamos que en el mayor aparecen con más frecuencia que en el adulto las demencias, los reumatismos y los tumores, entre otras.

Además, en el mayor la **capacidad de respuesta** ante el estrés o enfermedad está mermada con respecto al joven; la patología se asienta sobre un organismo que ya de por sí tiene su reserva disminuida y condiciona una evolución más tórpida y complicada.

3.1.3. La pluripatología en el paciente geriátrico.

Lo habitual en el anciano es encontrar varias enfermedades crónicas sobre las que se superponen uno o más procesos agudos; esto es, la **pluripatología**.

En situaciones basales, es decir, en situaciones en las que no existe una enfermedad aguda que descompense su situación de salud, el anciano puede mantener su equilibrio interno de una manera aceptable; pero cuando sobreviene una situación de enfermedad este equilibrio se altera y se manifiesta por claudicación de distintos órganos y sistemas pudiendo dar comienzo a una "*cascada de desastres*".

Por ejemplo:

Un paciente mayor de 77 años padece una insuficiencia cardíaca moderada que le impide realizar grandes esfuerzos. Como consecuencia de una enfermedad de tiroides, se descompensa su funcionamiento cardíaco y sufre una arritmia que, a su vez, provoca un episodio de isquemia cerebral que le deja como consecuencia una hemiplejía (pérdida de fuerza en el brazo y la pierna de un lado del cuerpo). El paciente estaba en una situación controlada a pesar de la enfermedad cardíaca, que ahora se ha descompensado como consecuencia de una enfermedad aguda y ha provocado un fallo en cascada originando una situación grave, no sólo a nivel médico, sino también con repercusión en funcionalidad, cognición y, posiblemente, en su situación social.

3.1.4. La plurifarmacia en el paciente geriátrico.

Como consecuencia de la pluripatología, surge la **plurifarmacia**. Lo habitual es que el anciano tome un gran número de fármacos (con mucha frecuencia los llevan a la consulta en una gran bolsa de plástico) motivado en parte por la acumulación de enfermedades crónicas que originan mucha sintomatología y que es necesario tratar. Es habitual que, entre tantos fármacos, a veces se produzcan interacciones medicamentosas importantes (reacciones adversas por la toma conjunta de dos o más medicamentos); otras veces, un fármaco está indicado para una enfermedad pero el paciente presenta también otra patología para la que ese mismo compuesto está contraindicado.

Por otra parte, con frecuencia el anciano abusa de ciertos fármacos analgésicos, tranquilizantes o hipnóticos. Lo hace porque no los considera medicamentos propiamente dichos o porque se deja llevar por "lo que le ha ido muy bien a su vecina ..." y ni siquiera consulta.

3.1.5. La tendencia a la cronicidad o a la invalidez en el paciente geriátrico.

La mayoría de las enfermedades de los ancianos tienden hacia la **cronicidad e invalidez**.

El paciente geriátrico presenta una velocidad de recuperación muy lenta y no siempre completa, por lo que la incapacidad progresiva es la norma. Es de suma importancia que se conozca la situación anterior a la enfermedad para poder valorar la pérdida de capacidad posterior a la misma y planificar el tratamiento correspondiente, con el fin de que al paciente le quede el mínimo trastorno funcional, aproximándonos lo máximo posible a la situación previa.

Nuestro **objetivo en la atención geriátrica** es controlar los problemas de salud; pero de forma paralela, intentar mantener al anciano en la comunidad el mayor tiempo posible, fomentando su independencia, rehabilitando limitaciones funcionales, poniendo en marcha recursos sociales de ayuda, etc.

3.1.6. La sintomatología larvada o presentación atípica en el paciente geriátrico.

Las enfermedades en los ancianos con frecuencia se manifiestan sin los síntomas o signos clásicos; es decir, tienen una **sintomatología larvada o presentación atípica**. Así, el infarto agudo de miocardio sin dolor aparece entre el 20-70% de los pacientes mayores de 65 años y la neumonía puede cursar sin fiebre, tos ni expectoración.

El personal auxiliar de enfermería especializado en geriatría debe tener en cuenta que:

- Los ancianos que atendemos pueden presentar síntomas atípicos o larvados como manifestación de su enfermedad.
- A menudo sus quejas son múltiples porque la norma es la pluripatología.
- La plurifarmacia entraña riesgos por el mal cumplimiento, interacciones y sumación de efectos secundarios.
- El anciano, cuando enferma, entra en lo que se denomina situación de enfermedad, con repercusiones en la esfera funcional, cognitiva y social, además de la médica.
- Las enfermedades del mayor tienden hacia la cronicidad e invalidez.
- Las más frecuentes afectan al sistema cardiovascular, osteomuscular y nervioso.

3.2. Enfermedades más frecuentes en el anciano.

Las enfermedades más frecuentes en la vejez afectan al aparato osteoarticular, al sistema cardiovascular y a órganos de los sentidos.

En los mayores de 80 años, las demencias se duplican o triplican con respecto a décadas anteriores, al igual que los accidentes vásculo - cerebrales y sus secuelas. Estos porcentajes varían un poco en función del tipo de encuesta realizada y el lugar donde se haya efectuado. Así, en las consultas de atención primaria el problema consultado con más frecuencia no tiene porqué coincidir con lo detectado en un ambiente hospitalario.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN CENTROS ASISTENCIALES	
Atención Primaria	Hospitales
Artrosis	Cardiopatías e Insuficiencia Cardíaca
Hipertensión Arterial	Hipertensión Arterial
Cataratas	Neumopatías Crónicas Reagudizadas
Prostatismo	Enfermedad Cerebrovascular
Cardiopatías	Infecciones del Tracto Respiratorio
Fuente: Terapia ocupacional en Geriatria. Begoña Polonio et al.	
Editorial Panamericana. 2002.	

Las fuentes de datos sobre la morbi-mortalidad del anciano que habitualmente se utilizan son distintos estudios estadísticos:

- Tabla de mortalidad española. INE. 1998.
- Anuario de estadística. INE. 1998.
- Encuesta del IMSERSO-CIS. 1995.
- Estudio Geriatria XXI en atención primaria. SEGG. 1999.
- Estudio IMSERSO-SEGG. 1998.

3.2.1. Hipertensión arterial.

Es muy frecuente entre las personas mayores. Se estima que el 70% de la población mayor de 65 años es hipertensa. La elevada prevalencia de esta enfermedad se debe, en parte, al aumento de la esperanza de vida y también a la modificación de los criterios diagnósticos para ella.

Ahora se acepta como **cifra límite para HTA unos valores de 140/90**; estas cifras han sustituido a las que había antes de 160/95.

Clasificación de la hipertensión arterial		
	Presión Arterial Sistólica [mmHg]	Presión Arterial Diastólica [mmHg]
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	>180	>110

Fuente: Joint National Committee, 1997.

En la práctica diaria, la **forma más habitual de HTA en el anciano** es la hipertensión sistólica aislada (HSA), que sería aquella hipertensión con cifras **>140 de sistólica y ≤ 90 de diastólica**. Es más frecuente entre el sexo femenino.

El principal problema de la HTA es que es un "enemigo silencioso"; es decir, no produce dolor, pero lesiona de forma progresiva a los llamados *órganos diana* (corazón, riñón, ojo y vasos sanguíneos), provocando en ellos trastornos y disfunciones potencialmente graves; en particular, la enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, retinopatía, nefropatía...), que también está potenciada por otros factores como el tabaquismo, la hiperlipemia, la diabetes, la obesidad, el alcoholismo,...

El riesgo de que el paciente que padece HTA sufra enfermedad cardiovascular por lesión de órganos diana va en función de otros factores coexistentes a la hipertensión. Esto ha hecho que se desarrolle un protocolo de actuación individualizado en cada caso.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
Factores de riesgo y otras patologías	Niveles de Presión Arterial Sistólica (PAS) y Presión Arterial Diastólica (PAD)		
	PAS: 140-59mmHg PAD: 90-99mmHg	PAS: 160-179mmHg PAD: 100-119mmHg	PAS: ≥ 180mmHg PAD: ≥ 110mmHg
Sin Otros Factores de riesgo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
1-2 Factores	Riesgo Medio	Riesgo Medio	Riesgo Muy Alto
Tres más diabetes + LOD o diabetes	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Muy Alto
Patología Establecida de órganos diana	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto	Riesgo Muy Alto

Fuente: LOD: Lesión del órgano diana. De informa 1999. OMS-SIH.

En los últimos años se han sucedido estudios de intervención específicos en el anciano que demuestran la eficacia del tratamiento antihipertensivo en la población mayor, no sólo en lo referido a reducción de cifras de tensión arterial, sino también en lo relativo a reducción de riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular por lesión de órganos diana.

3.2.1.1. Evaluación del anciano hipertenso.

Es prácticamente la misma que la del adulto joven. El objetivo de esta evaluación es:

- confirmar la existencia de una elevación crónica de la presión arterial;
- identificar la existencia de otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular;
- detectar si existe o no lesión en órganos diana.

El procedimiento para realizar esta evaluación es el siguiente:

- **Historia clínica:** se insistirá en la existencia de antecedentes familiares, toma de ciertos medicamentos o abuso de sustancias que puedan provocar hipertensión, presencia de síntomas por repercusión en órganos diana (episodios de angina, accidentes vasculares transitorios...), ya que la HTA por sí misma no provoca molestias.
- **Exploración:** la toma de tensión arterial debe hacerse con el paciente relajado, sentado, sin ropa que oprima el brazo y con éste apoyado en la mesa. No debe haber fumado, ni tomado café ni realizado ejercicio en los 30 minutos previos. Los niveles de tensión arterial son mayores por la mañana y declinan en la tarde hasta alcanzar su nivel más bajo por la noche; es decir, siguen un ritmo circadiano. Existen también otros factores a considerar que pueden llevarnos a errores diagnósticos, como son las situaciones de estrés que provocan una falsa HTA, niveles más bajos en los meses cálidos y después de comer,...
- **Pruebas complementarias:** se realizan para evaluar la repercusión orgánica de la HTA en el paciente. Las pruebas básicas de exploración son: analítica de sangre y orina, electrocardiograma y radiografía de tórax.
- **Evaluación de patología asociada:** en Geriatria la norma es la pluripatología, por lo que el conocimiento de ésta es fundamental.
- **Evaluación geriátrica integral:** esta evaluación ha de hacerse siempre. Recordemos que en el anciano existe una situación de enfermedad con interrelaciones entre lo físico, lo psíquico, lo médico y lo social. El resultado de la VGI va a ser determinante para elaborar nuestro planteamiento en cuanto a pruebas complementarias y tratamiento global del paciente.

3.2.1.2. Tratamiento del anciano hipertenso.

El primer paso en el tratamiento del anciano hipertenso es la adopción de hábitos de vida saludables y, si luego es necesario, se emplearán fármacos.

Algunas modificaciones del estilo de vida:

- *Dieta:* se aconseja una dieta hipocalórica en el hipertenso obeso. Estudios recientes han mostrado que se produce un buen control de cifras tensionales con una dieta de 2000 calorías rica en productos lácteos, frutas, verduras, pollo, pescado, frutos secos; y baja en grasas, carnes rojas, dulces y bebidas con azúcar.
- *Sal:* la reducción en la ingesta de sal con las comidas es la norma en cualquier tratamiento para hipertensos. Se recomiendan unos 6 gramos de cloruro sódico al día. Esta medida no está exenta de abandonos por parte del paciente.
- *Alcohol:* no debe superar los 30 gramos diarios.
- *Tabaco:* la supresión del consumo de tabaco ayuda al control de las cifras de tensión arterial y disminuye el riesgo cardiovascular.
- *Ejercicio:* siempre está indicando, acorde con la situación funcional y capacidades del paciente. El aeróbico de baja intensidad es el más adecuado (por ejemplo, caminar unos 30 minutos diarios).

El tratamiento farmacológico, en caso de administrarse, empezará siempre con dosis menores de las recomendadas al adulto, para ir incrementándolas gradualmente si se estimara necesario.

3.2.2. Diabetes Mellitus.

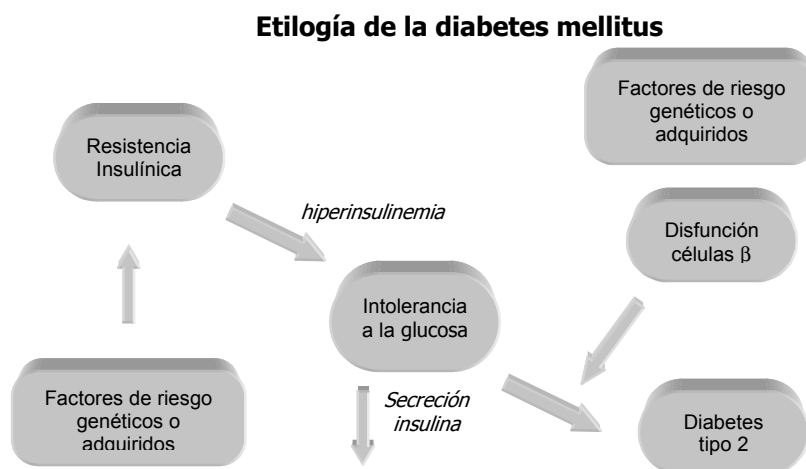
La diabetes es un trastorno metabólico que se caracteriza por la infrautilización de la glucosa, teniendo como consecuencia la elevación de los niveles de la misma en sangre (hiperglucemia). La principal característica de la diabetes, si no se trata, es la elevación en sangre de las cifras de glucemia, tanto en ayunas a primera hora de la mañana como tras la ingesta alimenticia.

Más del 50% de los diabéticos son ancianos.

La etiología de la diabetes en el anciano es multifactorial: coexisten tanto factores genéticos como exógenos (inactividad física, obesidad, dieta rica en grasas saturadas, estados deficitarios de ciertas vitaminas y minerales, consumo de fármacos que alteran el metabolismo hidrocarbonado...)

Existen **dos tipos de diabetes**:

- La diabetes Tipo I es la que se inicia fundamentalmente en edades juveniles y se debe a una destrucción del páncreas.
- La diabetes Tipo II es la más frecuente entre la población mayor. En ella no es tan marcado el déficit de insulina, pero la que hay resulta ineficaz, ya que el organismo se resiste a la acción de la misma. Recordemos que la insulina es imprescindible para la correcta utilización de la glucosa por nuestro organismo.



La presencia de diabetes en el anciano determina mayor número de ingresos hospitalarios, mayor mortalidad y mayor deterioro en la calidad de vida. Es una enfermedad que afecta, al igual que ocurría con la HTA, a diferentes órganos diana y su mal funcionamiento es el principio de las complicaciones asociadas.

3.2.2.1. Lesiones fundamentales derivadas de la diabetes mellitus.

Las lesiones fundamentales derivadas de la diabetes mellitus afectan severamente a los vasos sanguíneos produciendo diversas patologías:

Retinopatía diabética.

Esta patología se debe a la afectación de los vasos sanguíneos de la retina. El tiempo medio de aparición de la retinopatía es de unos cinco años desde que al paciente se el diagnostica DM.

El tratamiento fundamental incluye el buen control de las cifras de glucemia y de tensión arterial, así como las visitas semestrales al oftalmólogo.

Ningún medicamento en la actualidad ha demostrado ser eficaz para tratar esta patología. Las medidas quirúrgicas incluyen, fundamentalmente, el láser de argón.

Nefropatía diabética.

Es una complicación que produce insuficiencia renal. Se debe también a lesión vascular, aunque es menos frecuente que la anterior.

El tratamiento incluye un buen control de la glucemia y cifras tensionales, dieta pobre en proteínas y, cuando se presenta la insuficiencia renal franca, la hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Neuropatía diabética.

Esta patología es relativamente frecuente y su aparición está muy en relación con los pacientes con hiperglucemia mal controlados. La DM afecta tanto al sistema nervioso central, como al periférico y al autonómico. Suele aparecer dolor en extremidades, disminución en la sensibilidad, hipotensión, alteraciones en la regulación térmica, trastornos de la motilidad gastro-intestinal...

Como en los casos anteriores, el único tratamiento posible es un buen control de los niveles de glucemia.

Otras complicaciones.

- Cataratas: El riesgo de padecer esta enfermedad para un anciano diabético es el doble que para un anciano sin diabetes. Provoca visión borrosa, deslumbramiento, distorsión de la visión y los objetos adoptan un color más amarillento.

El único tratamiento posible es el quirúrgico.

- Pie diabético: Se produce una formación de úlceras y deterioro en la integridad cutánea que generalmente evolucionan de forma tórpidas y lenta.

El único tratamiento posible es la prevención de aparición de las úlceras; una vez que éstas se producen, se requerirá un cuidado constante de las mismas. También aquí es necesario un buen control glucémico.

- Enfermedad cardiovascular: La DM predispone al desarrollo de enfermedad cardiovascular: es más frecuentes la aparición de accidentes vásculo-cerebrales, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca entre pacientes diabéticos en los que, además, entrañan peor pronóstico.
- Deterioro cognitivo: La DM se asocia con la aparición de deterioro cognitivo, fundamentalmente con alteración de memoria inmediata, y con una mayor incidencia de demencia de origen vascular.

- Caídas: son más frecuentes entre esta población debido a tres factores principales: alteración de la visión, neuropatía y accidentes vásculo-cerebrales. Las consecuencias inmediatas más importantes derivadas de las mismas son la fractura de muñeca y la de cadera, fundamentalmente.

3.2.2.2. Tratamiento de la diabetes mellitus en el paciente geriátrico.

El **tratamiento** del anciano con diabetes es combinado, incluyendo medidas preventivas, medidas para el control de los niveles de glucemia y medidas para minimizar complicaciones y reducir comorbilidades.

Se trata de un abordaje integral, modificando estilos de vida cuando sea preciso, instaurando medidas farmacológicas y tratando las repercusiones en la esfera funcional, psíquica y médica que la enfermedad haya ocasionado.

- Ejercicio: es una de las piezas claves del tratamiento. Aumenta la tolerancia a los hidratos de carbono, disminuye la resistencia a la insulina y mejora la distribución de las grasas (colesterol, triglicéridos...) en sangre.

Debe adaptarse a la situación de cada paciente pero, en general, se aconseja un ejercicio moderado: un paseo de unos 30-40 minutos diarios. Es recomendable una revisión previa para valoración cardiológica y vascular.

- Dieta: lo ideal es mantener el peso adecuado. Los objetivos de la terapia nutricional, es decir, del tratamiento a través del mantenimiento de una dieta sana y equilibrada, en el anciano diabético son los mismos que en el anciano que no lo es.

3.2.2.3. Objetivos del abordaje del anciano diabético.

- Intentar conseguir unos niveles de glucemia tan cercanos a la normalidad como sea posible para prevenir el desarrollo de complicaciones en órganos diana.
- Mantener un adecuado perfil lipídico; es decir, una adecuada distribución de las grasas en la sangre.
- Prevenir y tratar las complicaciones crónicas de la diabetes modificando la ingesta y cambiando estilos de vida cuando sea necesario.
- Promover dieta saludable y actividad física.
- Individualizar siempre las necesidades nutricionales respetando preferencias culturales y personales.

3.2.3. Obesidad.

Podemos **definir a la obesidad** como una excesiva grasa corporal. El Índice de Masa Corporal (IMC), también llamado Índice de Quetelec, relaciona la talla del individuo con su peso, dándonos un valor orientativo sobre el estado nutricional de la persona, a la vez que nos ayuda a clasificar la obesidad de forma numérica:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{talla (m}^2\text{)}}$$

Nota: Los valores normales según el índice de Quetelec estarían entre 19 y 25.

Según un estudio que realizó la *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad* (SEEDO) en 1997, el 13.5% de la población española se consideraban obesos, teniendo un IMC > 30.

CLASIFICACIONES DE LA OBESIDAD			
Distributiva			
<u>Androide o central</u> : el exceso de grasa se almacena en la parte superior del cuerpo. Está más relacionada con el sexo masculino.			
<u>Ginoide o periférica</u> : asociada al sexo femenino. El cúmulo de grasa tiende a localizarse en caderas y muslos.			
Cuantitativa. En función del IMC del individuo. El paciente será clasificado en un tipo de obesidad según la siguiente tabla. Por ejemplo, si tiene un IMC de 36 sería una obesidad tipo II.			
CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD BASADA EN EL IMC SEGÚN LA SEEDO.			
IMC (kg/m ²)			
Peso Insuficiente	<18,5	Obesidad de Tipo I	30,0 - 34,9
Normopeso	18,5 - 24,9	Obesidad de Tipo II	35,0 - 39,9
Sobrepeso Grado I	25,0 - 26,9	Obesidad de Tipo III (mórbida)	40,0 - 49,9
Sobrepeso Grado II (preobesidad)	27,0 - 29,9	Obesidad de Tipo IV (extrema)	>50,0
Anatómica			
<u>Hiperplásica</u> : se produce por aumento en el número de células grasas más que por aumento del tamaño de las mismas. Se da más frecuentemente en la infancia.			
<u>Hipertrófica</u> : no existe aumento de número de células grasas. Es más frecuentemente en el adulto.			
Etiológica			
<u>Primaria</u> : no responde a ningún factor etiológico.			
<u>Secundaria</u> : como consecuencia de algún desorden causante. Puede ser:			
▪ <i>Genética</i>: algunas patologías de causa genética que se asocian a obesidad; por ejemplo, el síndrome de Prader Willi; ▪ <i>Neuroendocrina</i>: desórdenes endocrinos y cerebrales (hipotiroidismo, tumores hipotalámicos, ...); ▪ <i>Farmacológica</i>: la ingesta de algunos fármacos como corticoides o antidepresivos; ▪ <i>Menor gasto energético</i>: vida sedentaria, menos actividad física...; ▪ <i>Alteraciones dietéticas</i>: sobrealimentación voluntaria, exceso de grasas en la dieta...; ▪ <i>Factores socioeconómicos</i>: la obesidad es más prevalente en estatus socioeconómico y cultural bajoS; ▪ <i>Factores étnicos</i>: en la raza negra existen menos hombres obesos que en la blanca; sin embargo, con respecto a las mujeres ocurre al revés.			

3.2.3.1. Obesidad y envejecimiento.

El envejecimiento determina variaciones en la composición corporal que tienden a un aumento de la grasa corporal (tejido adiposo) y a una disminución en la masa magra (tejido óseo y muscular).

Tenemos que distinguir, por tanto, que:

- el aumento de depósitos grasos con un peso normal (adiposidad) es un fenómeno fisiológico del envejecimiento;
- que el aumento de grasa corporal acompañado de un sobrepeso (obesidad) se considera patológico.

Las **principales características de la obesidad en la población geriátrica** son:

- Mayor frecuencia en la mujer.
- Asociación con otras patologías: diabetes, HTA, hiperlipemia, cardiopatía isquémica, gota, litiasis biliar, insuficiencia respiratoria,...
- Tratamiento poco eficaz.

En la aparición de la obesidad intervienen factores endógenos (derivados de las características del propio individuo) y factores exógenos (derivados del ambiente, cultura...) La confluencia de todos ellos determina, mediante un mecanismo no del todo claro, un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético que a la larga conduce a la obesidad.

3.2.3.2. Consecuencias de la obesidad en el paciente geriátrico.

El paciente obeso de edad avanzada generalmente consulta al médico por las complicaciones derivadas de ella y no por la misma obesidad en sí.

- **Locomotoras:** dolor derivado de la sobrecarga del sistema músculo-esquelético; especialmente afecta a la columna vertebral, caderas y rodillas. Debido a esto, se inicia un círculo vicioso que consiste en toma de medicación analgésica, disminución de la actividad física por el dolor, inmovilización y trastornos derivados del inmovilismo.
- **Cardiovasculares:** la obesidad provoca un aumento del trabajo cardíaco; se relaciona con HTA, que es por sí misma un factor de riesgo también para la enfermedad cardiovascular; y predispone a la formación de úlceras varicosas.

- **Respiratorias:** la obesidad desplaza el diafragma hacia arriba disminuyendo la distensibilidad de la caja torácica. Esto limita la amplitud de los movimientos respiratorios teniendo como consecuencia una deficiente ventilación.

La obesidad también predispone a otro trastorno conocido como apnea del sueño. En él tiene lugar un cese de la respiración por unos segundos, generalmente durante el sueño, motivado por la obstrucción de las vías respiratorias superiores por los depósitos grasos que comprimen la faringe.

- **Endocrinas:** la obesidad en edad avanzada está relacionada con la aparición de la diabetes, de la hipertrigliceridemia (elevados índices de triglicéridos) y, en menor medida, la hipercolesterolemia (elevados índices de colesterol).
- **Otras:** la prevalencia de colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar) y colecistitis (inflamación de la vesícula biliar) es mayor en personas obesas que en las que no lo son.

3.2.3.3. Tratamiento de la obesidad en el paciente geriátrico.

El tratamiento de la obesidad se comprende desde varios frentes integrados: dieta, ejercicio físico, técnicas psicoterápicas y tratamiento de las complicaciones.

- **Dieta:** con la edad disminuyen los requerimientos energéticos. La base de este tratamiento consiste en la elaboración personalizada de una dieta equilibrada adaptada a los requerimientos energéticos del paciente. Al principio, se consigue una pérdida rápida de peso que se logra a expensas de perder líquido corporal. Luego, le sigue una etapa de pérdida más lenta que implica la destrucción de grasa. Es útil restringir el alcohol y las bebidas azucaradas.
- **Ejercicio:** el grado y tipo del mismo se decidirá de forma individualizada tras valoración del estado de salud del paciente.
- **Apoyo psicoterápico:** ayuda a cambiar estilos de vida y hábitos de alimentación. Además, muchos pacientes obesos sufren problemas emocionales y de autoestima que se benefician claramente de este tipo de intervención.
- **Tratamiento farmacológico:** no está indicado en pacientes de edad avanzada; tampoco lo está el quirúrgico, debido al riesgo de complicaciones postoperatorias.

Los resultados del tratamiento de la obesidad en el anciano no son esperanzadores, de ahí la importancia de programas preventivos que en edades tempranas promuevan principios básicos de alimentación y hábitos de vida saludables.

3.2.4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como una resistencia u obstrucción de forma crónica al flujo aéreo espiratorio. Las enfermedades que conducen a este síndrome con más frecuencia son: bronquitis crónica, enfisema y asma.

La EPOC causa el 20% de los ingresos hospitalarios de los pacientes mayores de 65 años y, junto a las infecciones bronquiales y las neumonías, constituye la expresión más frecuente de la patología respiratoria en Geriátrica.

3.2.4.1. Bronquitis crónica.

Los criterios que la definen son: tos y expectoración mantenida a diario, al menos tres meses al año, durante 2 años consecutivos. Es una enfermedad crónica y progresiva que va limitando la calidad de vida del paciente y tendente a la invalidez.

Clínicamente, se manifiesta con tos, expectoración matutina, disnea, cianosis y aspecto abotargado. En estadios finales, la aparición de insuficiencia cardíaca es prácticamente la norma.

El factor etiológico más implicado en su aparición es el tabaco.

3.2.4.2. Enfisema.

Es una obstrucción al flujo espiratorio. El síntoma clínico más característico es la aparición de disnea con el esfuerzo, aunque pueden aparecer otros.

Estos pacientes suelen ser delgados con un tórax hiperinsuflado con aumento del diámetro anteroposterior. Es rara la aparición de insuficiencia cardíaca secundaria.

Al igual que en la entidad anterior, el tabaco es el principal factor etiológico.

3.2.4.3. Asma.

Consiste en una respuesta exagerada frente a diferentes estímulos que determinan una obstrucción del flujo aéreo por cierre o disminución de la luz de los bronquios (broncoespasmo).

En edades más tempranas es frecuente encontrar un componente alérgico que actúa como desencadenante. Cuando el asma aparece en edades avanzadas, generalmente este componente no existe.

Son factores precipitantes de una crisis asmática algunas infecciones virales, exposición al frío, tabaco, algunos medicamentos...

3.2.4.4. Tratamiento de la EPOC en el paciente geriátrico.

- El inicio del tratamiento de un paciente con EPOC es el **abandono del hábito tabáquico**, ya que éste es el principal factor involucrado en su desarrollo.
- Son aconsejables medidas ambientales como buena higiene, ventilación, temperatura y humedad en el domicilio.
- Se instruirá al paciente en medidas de reentrenamiento de la respiración, fundamentalmente, en técnicas de respiración abdominal.
- Prevenir las crisis y reagudizaciones tratando de forma precoz las infecciones respiratorias que son una de las causas más frecuentes de descompensación. Para ello, es importante enseñar tanto al paciente como a sus cuidadores que el aumento de la tos junto a una expectoración más verdosa, fiebre y más disnea es síntoma de alarma y criterio para acudir al médico.
- Tratamiento farmacológico específico: son fármacos broncodilatadores que van a facilitar el flujo aéreo.
- Oxígeno domiciliario: el paciente tiene en casa una bombona de oxígeno y un sistema de conexión, habitualmente las gafas nasales, por medio del cual se le administra oxígeno durante, al menos, 15-16 horas diarias. Es necesario en ciertos casos en los que se produce una deficiente oxigenación. Siempre debe ser prescrito por el médico.

3.2.5. Artrosis.

La artrosis consiste en una degeneración del cartílago de la articulación, con afectación posterior del hueso que forma parte de la misma. Es una enfermedad de curso crónico. Además, es la forma más común de afectación articular del anciano; su prevalencia aumenta con la edad y afecta a más del 20% de los varones y a más del 40% de las mujeres mayores de 65 años.

El **principal síntoma** es el **dolor articular**, que tiene características mecánicas; es decir, aumenta con la movilización y cede con el reposo.

Se acompaña de rigidez matutina que dura unos 30-40 minutos y que desaparece a medida que se instaura la actividad. En algunas reagudizaciones, aparecen signos inflamatorios en la articulación. Las deformidades son frecuentes en las articulaciones afectadas, pudiendo originar limitación funcional.

Topográficamente, las articulaciones más afectadas son:

- Interfalángicas distales y proximales de los dedos de las manos
- Rodilla.
- Columna vertebral.
- Caderas.

3.2.5.1. Tratamiento de la artrosis en el paciente geriátrico.

El objetivo del tratamiento consiste en aliviar los síntomas y prevenir la incapacidad funcional. Por desgracia, no existe tratamiento curativo. No obstante, existen algunas medidas que pueden aliviar los síntomas y evitar su avance:

- *Medidas generales:* evitar el sobrepeso y posturas articulares forzadas o mantenidas; realizar actividad física moderada; descansar sobre plano duro horizontal; utilizar asiento con respaldo alto y apoyo en los brazos...
- *Medidas farmacológicas:* van encaminadas a disminuir el dolor y la inflamación articular.
- *Medidas rehabilitadoras:* fisioterapia, onda corta,...
- *Medidas quirúrgicas:* en determinados casos puede recurrirse a ella para sustituir, fijar o alinear la articulación afectada.

3.2.6. Osteoporosis.

Se define como una disminución de la masa ósea por unidad de volumen del hueso. La consecuencia más importante es fragilidad en los huesos y riesgo incrementado de fracturas ante mínimos traumatismos.

Se estima que a los 90 años el 33% de las mujeres y el 16% de los varones habrán tenido una fractura de cadera. Si, además, consideramos que la fractura de cadera tiene una mortalidad al año de un 30% y que un 25% de los que sobreviven a ella ingresan en residencias asistidas, es fácil considerar a la osteoporosis como una de las principales causas de morbi-mortalidad en Geriatria.

La masa ósea se pierde con la edad y con más afectación del sexo femenino. El pico de masa ósea se alcanza a finales de la tercera década de la vida; a partir de ahí, el hueso se ve sometido a factores que determinan un desequilibrio entre su formación y su destrucción que terminan favoreciendo lo segundo e iniciando la pérdida de masa ósea.

Existen **dos tipos de osteoporosis**:

- El **tipo I** se da en mujeres postmenopáusicas. Ocasiona frecuentemente fracturas vertebrales y de muñeca.
- El **tipo II** afecta a varones y mujeres y las fracturas más frecuentes son la vertebral y la de cadera.

Es una enfermedad silente que cuando da síntomas es porque ya hay complicaciones. Debido a la presencia de fracturas o microfracturas en la columna vertebral, el paciente va perdiendo talla y se va acentuando la cifosis dorsal (se va inclinando hacia adelante).

El dolor es el síntoma fundamental de consulta, generalmente referido a la zona dorsal o lumbar, que puede aparecer bruscamente tras un mínimo esfuerzo o traumatismo o bien instaurarse de forma progresiva en unos días. Obliga a menudo a la inmovilización en cama y responde mal a analgésicos habituales.

Factores de riesgo en osteoporosis.

- Sexo femenino.
- Raza blanca y asiática.
- Historia familiar de osteoporosis.
- Menarquía tardía y menopausia precoz.
- Escasa masa corporal.
- Vida sedentaria.
- Dieta pobre en calcio.
- Nuliparidad (no haber tenido ningún parto).
- Abuso de alcohol.
- Tabaco.
- Ingesta rica en sodio.
- Alta ingesta de café.
- Dieta rica en fibra que disminuye la absorción de calcio.
- Ciertos fármacos (esteroides).

3.2.6.1. Tratamiento de la osteoporosis en el paciente geriátrico.

El tratamiento más efectivo de la osteoporosis es la prevención. Deben corregirse los factores de riesgo asociados a ella que puedan ser modificados: actividad física, tabaco, alcohol, ingesta de calcio...

La mujer que está próxima a la menopausia (perimenopáusica) que no presente contraindicación para ello es subsidiaria de tratamiento hormonal sustitutivo, ya que se ha demostrado útil en la prevención de osteoporosis y fracturas asociadas.

Finalmente, el arsenal farmacológico en la osteoporosis comprende aporte de calcio, vitamina D, calcitonina, bifosfonatos... que tendrán que emplearse de forma individualizada tras haber evaluado de forma rigurosa al paciente.

3.2.7. Enfermedad de Parkinson.

Es la tercera enfermedad neurológica en Geriátrica que, tras la demencia y el accidente vascular-cerebral, causa incapacidad. Afecta a un 2-3% de las personas mayores de 60 años y su prevalencia aumenta con la edad.

Su etiología no está aún bien aclarada. Se postula que, a una susceptibilidad genética, se añaden factores ambientales que actúan como desencadenantes de la enfermedad. La característica fundamental del cerebro en la enfermedad de Parkinson es la pérdida de neuronas ricas en una sustancia llamada dopamina, que es un neurotransmisor; es decir, una sustancia química que provocan el impulso nervioso en el cerebro.

El tratamiento se basa en el aporte farmacológico de preparados de dopamina o sustancias que impiden su metabolización cerebral.

Los síntomas fundamentales de la enfermedad son:

- **Temblor:** aparición más frecuente en las manos, al principio de forma unilateral (una mitad del cuerpo). Afecta, fundamentalmente, a los dedos con el gesto de "liar cigarrillos o contar monedas". Es un temblor de baja frecuencia que aparece con el reposo y desaparece con el sueño. Aunque es más característico en las manos, puede aparecer en otras zonas corporales: brazos, piernas, labios, lengua y cabeza.
- **Bradicinesia:** lentitud en el inicio de los movimientos voluntarios con una velocidad disminuida en la fase de desarrollo de los mismos. La cara se vuelve inexpresiva, el lenguaje pierde entonación, existen dificultades en la escritura, ABVD,... La marcha se hace a pequeños pasos, sin braceo, y el tronco se inclina hacia delante.

- **Rigidez muscular:** se aprecia claramente cuando se realizan movimientos pasivos en los miembros superiores. Se conoce con el nombre de rigidez en “rueda dentada”; por ejemplo, al estirarle el codo, hay una resistencia a este movimiento que se vence; luego aparece otra vez y se vence también; y así sucesivamente; el resultado es que el codo se extiende como a “pequeños saltitos o pasos”.
- **Cambios posturales:** todas estas alteraciones causan anormalidades estáticas y dinámicas. La cabeza se flexiona anteriormente y el cuerpo cae hacia delante. Son muy frecuentes las caídas hacia delante y atrás por pérdida de los reflejos posturales.
- **Otros:**
 - Alteraciones visuales: visión borrosa, visión doble,...
 - Trastornos vegetativos: hipotensión, estreñimiento,...
 - Depresión.
 - Demencia asociada al Parkinson: aparece en un 15-20% de los pacientes.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y en la evaluación de la respuesta a L-dopa (forma farmacológica de la dopamina).

Existen diferentes **escalas que evalúan la gravedad de esta enfermedad**; una de ellas es la de **Hoehn y Yahr**:

Estadios clínicos de la EP según Hoehn y Yahr:

- 0** Ausencia de signos patológicos.
- I** Afectación unilateral.
- II** Afectación bilateral sin deterioro del equilibrio.
- III** Afectación bilateral leve-moderada, cierta inestabilidad postural y físicamente independiente.
- IV** Incapacidad grave. Capaz todavía de caminar o permanecer de pie sin ayuda.
- V** En cama o silla de ruedas.

El curso evolutivo de la enfermedad es hacia la incapacitación progresiva.

3.2.7.1. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson en el paciente geriátrico.

No existe tratamiento curativo. El más efectivo para controlar los síntomas es el aporte farmacológico de L-dopa pero, por desgracia, a los 5-6 años de tratamiento casi los dos tercios de pacientes que respondieron favorablemente a él vuelven a su situación de deterioro funcional previo.

Son fundamentales la rehabilitación, la terapia ocupacional, la fisioterapia y la logopedia en el tratamiento de estos pacientes para retrasar al máximo posible la dependencia e incapacidad.

En casos seleccionados de pacientes jóvenes con mucho temblor la cirugía está logrando resultados esperanzadores.

3.2.8. Deterioro cognitivo.

Es una de las patologías que con mayor frecuencia nos encontramos en el campo de la atención geriátrica. Su diagnóstico en estadios precoces no es nada fácil, pudiendo confundirse con alteraciones cognitivas asociadas a la edad, trastornos emocionales u otro tipo de declinar de funciones superiores.

Es una entidad con mucha prevalencia en el mayor que aumenta a medida que avanza la edad. Así, existe en el 5% de las personas mayores de 65 años y en un 30% de las que superan los 85.

Se considera un síndrome con declinar progresivo de funciones superiores: memoria, pensamiento abstracto, juicio y lenguaje, entre otros, al que se le añaden cambios de personalidad y comportamiento que completan el abanico sintomático.

Los criterios de demencia, según el DSM-IV (es una clasificación de las enfermedades) son:

- Alteración de la memoria: déficit en el aprendizaje de nueva información o déficit en la recuperación de información previamente aprendida.
- Una o más de las siguientes alteraciones:
 1. Afasia: pérdida total o parcial de la función del lenguaje. Ej: dificultad para denominar un objeto.
 2. Apraxia: alteración en la ejecución de un acto motor que no es debida a alteraciones en el aparato locomotor. Ej: incapacidad para copiar un dibujo.

3. Agnosia: fallo en el reconocimiento sensorial que no se debe a alteraciones en los órganos de los sentidos. Ej: incapacidad para reconocer un objeto que se presenta a pesar de estar viéndolo correctamente.
4. Alteración en la función ejecutiva: dificultad en el pensamiento abstracto, en la planificación y secuenciación de tareas.

Las alteraciones de los puntos anteriores tienen una intensidad tal que repercuten negativamente en la vida social o laboral del enfermo.

La demencia es un síndrome multitietiológico caracterizado por una disfunción cerebral que suele ser difusa. La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, pero como veremos a continuación, no es la única.

3.2.8.1. Clasificación de las demencias.

Demencias degenerativas primarias.

Se producen por degeneración del cerebro, que puede ser debida a múltiples causas: factores genéticos, envejecimiento, factores ambientales... No es consecuencia, por tanto, ni de enfermedades generales ni de lesión vascular,...

Entre ellas, destacan la Enfermedad de Alzheimer (es el paradigma de las degenerativas primarias, siendo la responsable del 60% de los casos de demencia) y la demencia asociada a Parkinson.

Demencias vasculares.

Se producen como consecuencia de accidentes vásculo – cerebrales. Su curso es más fluctuante y escalonado, produciéndose un deterioro más acusado tras cada evento vascular. Las más comunes son las demencias isquémicas y las demencias hemorrágicas.

Demencias sistémicas.

Se producen por alteraciones del organismo de distinta índole (infecciones, problemas endocrinos, carencia vitamínica, traumatismos...) Algunas pueden ser reversibles, mejorando la causa cuando se soluciona el problema subyacente. En la población anciana son frecuentes las asociadas a déficit de vitamina B12 y a trastornos tiroideos.

3.2.8.2. Evolución del síndrome demencial.

En la evolución del síndrome demencial podríamos diferenciar tres etapas:

Primera fase:

- Predomina la alteración de la memoria episódica; es decir, la memoria para hechos fundamentalmente recientes, y se mantiene más preservada la memoria episódica remota.
- En el lenguaje hay una disminución en la fluidez verbal: al paciente le cuesta trabajo encontrar la palabra precisa e intenta suplir este déficit utilizando rodeos o circunloquios. Ej: en vez de nombrar un reloj, se expresa diciendo que es algo para ver la hora o para no llegar tarde.
- Es más difícil rendir en el trabajo o en las tareas diarias.
- Hay una incapacidad para resolver problemas complejos y pensamiento abstracto.
- Comienzan a aparecer alteraciones en la orientación temporo-espacial.
- No suele haber alteraciones en la atención ni en la personalidad.
- Es relativamente frecuente que el paciente oculte sus déficits.

Segunda fase:

- Empeora el lenguaje, empobreciéndose aún más, con tendencia a la repetición de palabras (ecolalia) y creación de otras nuevas sin sentido (parafasias).
- Mayor afectación de la memoria y más dependencia en ABVD.
- Mal cálculo de las distancias y aparición de las caídas con sus temidas consecuencias.
- Se inicia la tendencia al vagabundeo y deambulación constantes.
- La agnosia se hace cada vez más patente con falta de reconocimiento de familiares y de la propia autoimagen.
- Los delirios y alucinaciones provocan reacciones catastróficas o desmesuradas que consisten en agitación motora, gritos y agresividad. A menudo son de difícil control y, en gran medida, favorecen la institucionalización del anciano.

Tercera fase:

- Gran afectación de la memoria reciente y diferida, con menos afectación de la afectiva.
- Grave alteración de la comprensión.

- No existe producción del lenguaje (mutismo).
- Aparición de doble incontinencia, imposibilidad para deglutir, encamamiento e inmovilismo con sus consecuencias.

En la **valoración del paciente** debe recogerse:

- el tiempo de evolución;
- el síntoma con el que debutó;
- la forma de comienzo;
- el curso;
- la clínica actual;
- la existencia de trastornos conductuales;
- el grado de dependencia en ABVD.

Dependiendo del tipo de demencia con el que nos enfrentemos, elegiremos una estrategia farmacológica u otra. Recordemos que hay determinados trastornos cognitivos (déficit vitamínico) que pueden mejorar, e incluso remitir totalmente, con el tratamiento específico.

En general, para los pacientes con **demencias**, se aconseja no hacer cambios bruscos en su entorno, ya que es una población de riesgo para padecer delirium y esto lo podría precipitar.

También es conveniente que se ejerciten física y mentalmente por medio de paseos, lecturas,... que ayudan a detener el deterioro de estos pacientes.

3.2.8.3. Tratamiento y cuidados del enfermo de Alzheimer.

Tratamiento del enfermo de Alzheimer.

En el caso de EA no existe hoy día tratamiento curativo. Los objetivos del tratamiento disponible en la actualidad consisten en mejorar la calidad de vida de estos pacientes procurando una ralentización de la progresión de los síntomas. Al enlentecer la pérdida, pretendemos mantener al paciente autónomo el mayor tiempo posible.

Cuidados del enfermo de Alzheimer.

De forma paralela al tratamiento farmacológico, el cuidador del enfermo de Alzheimer debe seguir unas pautas de actuación que van a facilitar la convivencia con él y la vida diaria de ambos.

Exponemos a continuación algunas recomendaciones:

▪ **Higiene del enfermo de EA.**

- El momento del aseo del enfermo de Alzheimer, al igual que el de la comida, es de los más conflictivos del día. Se seguirá siempre la misma rutina, dando los mismos pasos y procurando que el baño tenga lugar a la misma hora.
- La ayuda que se le debe ofrecer debe depender del estadio en el que el paciente se encuentre. La norma será intentar que él haga las máximas cosas posibles de forma independiente.
- El cuidador vigilará la temperatura del agua, respetará las preferencias que tenía antes de enfermar y aprovechará este momento para revisar el estado de la piel.
- Procurará que el clima durante el baño sea agradable.
- No es aconsejable asearle tras una reacción catastrófica.

▪ **Alimentación del enfermo de EA.**

- Al igual que con respecto al baño, se elegirá una rutina referida a horario y lugar.
- El clima debe ser agradable y se respetarán los gustos que tenía antes de enfermar.
- Los cubiertos deben ser de mango ancho para facilitar la prensión y no se pondrán cuchillos para evitar que se haga daño durante una reacción catastrófica.
- No se mostrarán todos los platos a la vez, sino que se le irán ofreciendo uno a uno.
- Preferiblemente, hará comidas ligeras varias veces al día.
- Si tiene problemas de masticación, se le triturará la comida.
- Los productos tóxicos o indigestos deberán mantenerse guardados fuera del alcance del paciente.
- En el caso de que se niegue a comer, es preferible no obligarlo e intentarlo de nuevo pasado un tiempo
- Ante todo, el cuidador deberá tener mucha PACIENCIA.

▪ **Deambulación del enfermo de EA.**

- Para el enfermo de EA, la deambulación se convierte en necesidad y es preferible prevenirla que interrumpirla una vez establecida.

- El ejercicio diario reduce mucho esta tendencia.
 - Es aconsejable tener preparadas "rutas" para deambulaci3n en la propia casa, de las que se habr3n retirado obst3culos y peligros.
- **Vestido del enfermo de EA.**
- En estadios iniciales de la enfermedad, el cuidador ser3 un mero espectador supervisando la tarea; luego, le ayudar3 colg3ndole en la misma percha toda la ropa que se debe poner.
 - A medida que avanza la enfermedad, se le tendr3 que guiar con 3rdenes verbales; y en estadios avanzados, ser3 el cuidador quien tenga que vestirle.
 - Les resultar3 de mucha ayuda que se le sustituyan los cierres convencionales de la ropa por otros m3s f3ciles de abrochar: velcro, cinturillas el3sticas...
- **Desorientaci3n del enfermo de EA.**
- Estos enfermos, por norma, presentan desorientaci3n en tiempo, espacio y persona.
 - Les ser3 de ayuda que el cuidador les oriente durante cada una de sus intervenciones: "Buenos d3as, hoy es s3bado, 25 de enero"; "¿Qui3n cumple a3os de la familia hoy?"; "Vamos a almorzar porque son las dos de la tarde";...
 - Para evitar las p3rdidas en el propio domicilio es 3til poner letreros grandes o fotograf3as en las puertas de las habitaciones indicando el lugar que son.
 - Si existe tendencia al vagabundeo fuera del domicilio, ser3 conveniente colocarles una placa identificativa y avisar a los vecinos.
- **Alucinaciones del enfermo de EA.**
- Las alucinaciones son percepciones sin objeto. Por ejemplo, el paciente escucha voces que realmente no existen o ve cosas que realmente no est3n presentes. Se dan con una frecuencia que oscila entre 16-34% de los enfermos.
 - Pueden tener contenido amenazante o no y a menudo provocan reacciones catastr3ficas o desmesuradas con gritos, agresividad y descontrol emocional. Cuando esto ocurra, el cuidador deber3 acercarse al paciente para tranquilizarlo, le hablar3 con tono tranquilo y no intentar3 razonar con 3l. Lo distraer3 desviando su atenci3n sobre otro objeto e intentar3 trasladarlo a otro lugar distinto.

▪ **Normas de comunicación con el enfermo de EA.**

- Ante todo, se evitarán los enfrentamientos; no tiene sentido ni discutir con paciente de Alzheimer, ni gritarle ni intentar razonar con él.
- Se evitará una actitud sobreprotectora, intentando que se mantenga independiente el máximo tiempo posible, aunque eso signifique invertir mucho tiempo en cualquier tarea.
- El cuidador deberá intentar adaptarse y aceptar las limitaciones del enfermo.
- Se le hablará claro, despacio, con frases cortas y sencillas. Si se emplean frases largas, el paciente sólo atenderá el principio de la misma.
- Las preguntas deben tener una respuesta sencilla, se harán de una en una y se repetirán tantas veces como sea necesario.
- Se empleará el lenguaje no verbal: tacto, caricias, gestos,...
- Se les mostrará cariño: esto es crucial en estos pacientes que han perdido gran parte de su lenguaje y que preservan en alguna medida la memoria emocional.
- **El cuidador expresará afecto, será tolerante, flexible, si algo le resulta difícil de entender, procurará colocarse en el lugar del enfermo y ante todo será PACIENTE.**

Patologías geriátricas de mayor prevalencia	Tratamientos
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	▪ Hábitos de vida saludables. ▪ Farmacológico.
DIABETES MELLITUS	▪ Ejercicio. ▪ Dieta.
OBESIDAD	▪ Dieta. ▪ Ejercicio. ▪ Apoyo psicoterápico. ▪ Farmacológico.
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	▪ Abandono del tabaquismo. ▪ Medidas ambientales. ▪ Reentrenamiento de la respiración. ▪ Prevención de crisis y reagudizaciones. ▪ Farmacológico. ▪ Oxígeno domiciliario.
ARTROSIS	▪ Medidas generales. ▪ Farmacológico. ▪ Rehabilitación. ▪ Cirugía.

4. Síndromes geriátricos.

Existen en geriatría ciertos trastornos muy prevalentes que, en algunos casos, son motivo de dependencia y, en otros, de merma en calidad de vida; y que, por regla general, pasan desapercibidos por la idea errónea de ser “normales en el anciano”. Son los llamados ***Síndromes Geriátricos*** que, por su alta prevalencia, se consideran típicos del anciano (inmovilidad, estreñimiento, caídas,...).

Los profesionales dedicados a la geriatría deben incluirlos de forma sistemática en la elaboración de la historia clínica, preguntando activamente por la presencia de alguno de ellos: insomnio, caídas, inmovilismo, estreñimiento, incontinencia, úlceras por presión, delirium, malnutrición...

Algunos de estos síndromes ya han sido desarrollados a lo largo de anteriores capítulos. Otros los comentaremos a continuación.

4.1. Caídas.

Constituyen un fenómeno muy frecuente entre los ancianos y son una de las principales causas de lesión, dependencia e incluso muerte.

A menudo pasan desapercibidas porque, a menos que haya habido algún tipo de lesión, ni el enfermo ni los familiares las comentan porque las consideran como algo “normal” del envejecimiento.

Cuando la caída ha ocasionado lesión se tiende a tratar la consecuencia (fractura, contusión...) pero pocas veces se estudia la causa que ha hecho que el mayor se caiga para prevenir posteriores episodios.

Las estadísticas en torno a este síndrome son alarmantes: el 50% de los ancianos mayores de 80 años que viven en la comunidad tienen una historia de caída en el último año; y el 60% de los que viven en residencia se han caído en el último año, al menos, en una ocasión.

Las caídas se entienden como un marcador de fragilidad y configuran un subgrupo de ancianos de alto riesgo de invalidez y comorbilidades que se deben detectar y sobre el que se deben aplicar medidas terapéuticas y preventivas.

4.1.1. Consecuencias de las caídas en el paciente geriátrico.

Las consecuencias de las caídas abarcan aspectos muy distintos:

- Desde el punto de vista clínico, son causantes de fracturas óseas en un 3-10% de los casos; determinan un deterioro en ABVD y mayor dependencia y originan miedo a posteriores caídas (síndrome postcaída).
- Desde el punto de vista social, las caídas provocan una disminución en acontecimientos para el anciano: sale menos, tiene miedo a volverse a caer, prefiere quedarse en casa.; en muchos casos, las caídas repetidas y su limitación funcional son el factor precipitante para institucionalizar al anciano en residencias geriátricas.
- Desde el punto de vista económico, las caídas tienen gran repercusión: son creadoras de más patología, más demanda asistencial, más hospitalización y una hospitalización más prolongada.

Son criterios de mal pronóstico en relación a las caídas en la población anciana:

- Mayor de 85 años.
- Sexo femenino.
- Pluripatología y polimedicación.
- Permanencia prolongada en el suelo tras ella.

4.1.2. ¿Por qué se caen los ancianos?

La etiología de las caídas es multifactorial. Influyen aspectos intrínsecos (derivados del propio individuo) y extrínsecos (derivados de la actividad realizada en el momento de la caída, ambiente y lugar de la misma).

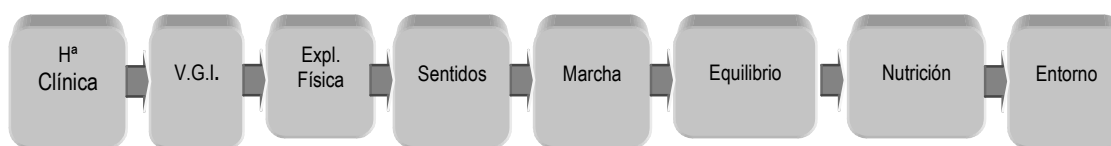
- Los cambios que se producen en el aparato locomotor con el envejecimiento predisponen a las caídas: comienzan alteraciones en la marcha y disminución en el tono muscular, en la amplitud articular, en los reflejos posturales y en la audición, en la agudeza visual (pérdida visión, menor adaptación a la oscuridad).
- A estos cambios se le suman otras comorbilidades muy frecuentes en el anciano:
 - . Enfermedad cardiovascular: hipotensión, arritmias, infarto de miocardio, valvulopatías,...
 - . Causas neurológicas: accidente vascular-cerebral, enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo, síndrome confusional agudo,...

- . Enfermedades crónicas: degeneración osteoarticular, diabetes, alteraciones podológicas,...
- . Fármacos: consumo de ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos,... predisponen a las caídas por su acción sobre el sistema nervioso central.

4.1.3. Evaluación del anciano con caídas.

Al igual que ocurre con el resto de los síndromes geriátricos, se debe preguntar activamente (es decir, indagar) por la historia de caídas en el último año, factores predisponentes y circunstancias que la rodeaban (momento del día en que ocurrió, lugar, actividad que desempeñaba, si estuvo precedida o acompañada de algún síntoma, si pudo levantarse solo, consecuencias físicas y limitación funcional tras ella, si tiene miedo de volver a caer, si ha influido en su situación social,...)

La exploración del anciano con caída debe incluir, además de la VGI, la valoración de la función musculoesquelética, el estado nutricional, la marcha y el equilibrio. En función de lo observado, pondremos en marcha nuestra estrategia terapéutica.



Pasos a seguir en la valoración del anciano con caídas.

Las pruebas más sencillas para la exploración del equilibrio y la marcha son:

- *Test de Romberg*: colocamos al paciente de pie y con los ojos cerrados durante un máximo de 30 segundos. Se valora la tendencia a caer hacia cualquier lado.
- *Cronometraje de la permanencia unipodal*: debe permanecer como mínimo 5 segundos con los ojos cerrados y manteniéndose sobre un solo pie sin ningún apoyo y sin separar los brazos.
- *Test get up and go*: se observa al paciente mientras se levanta de una silla, camina tres metros y vuelve a la silla. La puntuación va del 1 al 5, considerando el 1 como normal y el 5 como muy alterado.

- *Test de Tinetti*: es un test muy completo que permite valorar el equilibrio estático y dinámico.
- *Alcance funcional*: estando el paciente de pie; se le pide que estire el brazo y se mide la distancia alcanzada. Los individuos que no superan los 10 cm presentan mayor riesgo de caídas.

4.1.4. Tratamiento de las caídas en el paciente geriátrico.

Una vez que se ha producido la caída, lo prioritario es tratar las consecuencias de la misma y, luego, investigar factores causales y valorar si son modificables o no. Las intervenciones son muy variadas; se componen de:

- Actividad física regular dirigida a tonificar la musculatura y mejorar el equilibrio.
- Corregir alteraciones visuales y problemas de audición.
- Promover un buen estado nutricional.
- Reducir el consumo de fármacos que tienen acción sobre el sistema nervioso central y provocan hipotensión.
- Proporcionar ayudas técnicas cuando sea preciso: andador, bastón,...
- Intervenir sobre el entorno:
 - . iluminación adecuada;
 - . luz nocturna tenue en el dormitorio y baño;
 - . evitar alfombras que deslicen; colocar pasamanos en ambos lados de la escalera y barras de sujeción y apoyo en la ducha y water;
 - . usar calzado con suela firme, antideslizante y que ajuste bien;
 - . etc.

4.2. Insomnio.

Según criterios médicos, el insomnio se define como: "la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la falta de sueño reparador, durante al menos un mes y debe ser lo suficientemente grave como para dar lugar a deterioro en la actividad diurna, irritabilidad y otros síntomas observables por los demás". (Tomado de DSM-IV).

4.2.1. El mecanismo del sueño.

Antes de comentar las características del sueño del anciano vamos a conocer el mecanismo del mismo:

El sueño se divide en 5 fases, en las que se diferencian dos tipos de sueño:

- **Sueño REM:** es el sueño con movimientos rápidos oculares. Comprende el 20-25% del sueño total.
- **Sueño no REM:** se divide a su vez en cuatro fases:

Fase I: es la transición entre vigilia y sueño. Comprende el 5% del sueño total.

Fase II: es la primera fase del sueño propiamente dicha. Se llama fase de sueño lento superficial. Comprende el 45% del total.

Fase III y IV: es el sueño lento profundo. Comprende el 20-25%.

Los ciclos REM - no REM se suceden a lo largo de la noche; cada uno (REM + no REM) tiene una duración de unos 90 minutos aproximadamente. Una noche de sueño normal puede contener entre 4 ó 6 ciclos.

4.2.2. Características del sueño en el anciano.

El sueño del anciano presenta características propias:

- Existe una disminución progresiva de la fase REM y de la fase IV de no REM.
- Aumentan los despertares nocturnos y es más difícil volver a conciliar el sueño luego.
- Aumentan las cabezadas diurnas.
- Es menos reparador y tiene más repercusión al día siguiente en forma de cansancio, somnolencia, menor rendimiento,...

4.2.3. Clasificación del insomnio.

Por su evolución en el tiempo.

- *Transitorio:* duración limitada.
- *Corta duración:* duración menor a tres semanas. Se asocia con frecuencia a estrés emocional.
- *Crónico:* duración mayor de tres semanas.

Por el patrón alterado.

- *Insomnio de conciliación:* tarda más de 30 minutos en conciliar el sueño cuando se acuesta a dormir.
- *Insomnio de mantenimiento:* no presenta dificultad para conciliar el sueño pero despierta frecuentemente durante la noche.
- *Despertar precoz:* despierta 2-3 horas más temprano de lo habitual y no es capaz de volver a dormir.

4.2.4. Tratamiento del insomnio en el paciente geriátrico.

Es fundamental, antes de iniciar cualquier estrategia, realizar una historia clínica detallada en la que se recoja:

- Hábitos de sueño: horario de ir a la cama, de levantarse, existencia de cabezadas diurnas y, si es así, duración y frecuencia.
- Uso de medicamentos.
- Consumo de tabaco y otros excitantes.
- Nivel de ruido en la habitación, iluminación, compañero de habitación,...

Siempre se recomendarán medidas generales y, si es preciso, posteriormente se añadirá ayuda farmacológica.

Medidas generales para el tratamiento del insomnio en el paciente geriátrico.

- Establecer un horario rutinario para acostarse y levantarse.
- Evitar las cabezadas diurnas.
- Procurar un ambiente tranquilo en el dormitorio, con adecuada temperatura y pocos ruidos.
- Reservar el dormitorio sólo para dormir.
- Las prendas para dormir serán amplias; se quitarán las pulseras, relojes y collares.
- Reservar el baño o ducha caliente para momentos antes de ir a dormir.
- El ejercicio físico se reserva para la mañana, procurando evitarlo a últimas horas de la tarde.
- No cenar abundantemente ni ingerir estimulantes a última hora del día (café, té, cola,...)

Tratamiento farmacológico para el insomnio en el paciente geriátrico.

Si a pesar de las medidas anteriores no se corrige el trastorno, se prescribirá un fármaco de carácter hipnótico; es decir, con capacidad para inducir el sueño y mantenerlo durante la noche.

Se procurará emplear fármacos el menor tiempo posible; sólo se tomarán bajo prescripción médica; se utilizará la menor dosis eficaz; y se elegirá aquél que presente menos efectos secundarios y vida media más corta (que se elimine antes del organismo).

4.3. Síndrome confusional agudo (SCA) o delirium.

Es un cuadro mental agudo que afecta a la cognición y a la atención y que está causado por diversos factores, entre ellos un problema médico subyacente.

Se considera un síndrome geriátrico porque es un problema muy frecuente entre la población anciana. Se estima una prevalencia aproximada de un 11-25% en el momento del ingreso hospitalario; y entre un 5-35% de pacientes lo desarrollan durante el mismo. Entre un 10 y un 60% de los delirium en pacientes ingresados ocurren en el postoperatorio. Este síndrome es muy frecuente en el enfermo hospitalizado; el anciano que ingresa tiene una enfermedad subyacente que suele ser la causa precipitante del mismo; además, a esto se une el cambio de entorno y de ubicación que incrementan su desorientación.

A pesar de ser un síndrome tan frecuente, a menudo pasa desapercibido; se infradiagnostica; erróneamente, se considera "normal" entre los ancianos; no se refleja en la historia clínica,...

4.3.1. Diagnóstico del SCA.

El SCA presenta una serie de características sintomatológicas y clínicas cuyo reconocimiento servirá para realizar su diagnóstico:

- Es característico su inicio rápido, en horas o pocos días, y su curso fluctuante; es decir, hay periodos del día en que los síntomas están muy larvados y otros momentos en que se exacerban.
- Es evidente una alteración en la esfera cognitiva (trastorno del lenguaje, pensamiento, juicio, pérdida de memoria, percepción, desorientación...) que no puede explicarse por una demencia preexistente, establecida o en evolución. Aunque se asemeja mucho a una demencia en estadio avanzado, se diferencia de ésta en que

este trastorno se instaura en horas o días y no en meses-años como cabría esperar de una demencia.

- El nivel de conciencia está alterado y el paciente no es capaz de enfocar y mantener su atención.
- Se suceden alteraciones en la esfera perceptiva: ilusiones, alucinaciones,...
- Está invertido el ritmo sueño - vigilia.
- Alteraciones emocionales y conductuales: ansiedad, miedo, depresión, agitación, agresividad, inhibición,...
- El curso evolutivo depende mucho de la/s causa/s subyacente/s. Por regla general, se resuelve cuando se soluciona el factor causal, aunque alguna sintomatología puede persistir luego durante días o semanas.
- El desarrollo de un síndrome confusional agudo (SCA) durante un ingreso hospitalario determina una estancia más prolongada con todas las consecuencias que de eso se derivan: más complicaciones, más deterioro funcional, institucionalización,...
- Existe una relación clara entre demencia - SCA:
 - . La demencia es un factor de riesgo para el desarrollo de SCA.
 - . Hasta un 55% de los pacientes que debutan con un SCA, luego desarrolla una demencia.

Ante la sospecha de estar ante un SCA, siempre debemos buscar la existencia de un trastorno responsable. Las causas más frecuentes de SCA en el anciano son:

- Infecciones: orina, respiratorias.
- Alteraciones en la evacuación: retención aguda de orina, estreñimiento,...
- Hipoxia: insuficiencia cardíaca, EPOC,...
- Cirugía.
- Desnutrición, deshidratación y alteraciones metabólicas.
- Deprivación sensorial.
- Fármacos.
- Abstinencia alcohólica.

El diagnóstico comenzará por la elaboración de una historia clínica detallada que incluya historia farmacológica actual; seguirá con una exploración física y pruebas diagnósticas básicas (EKG, analítica de sangre y orina, estudio radiológico,...); si es necesario, a continuación se solicitarán otras pruebas más específicas que ayuden a confirmar la sospecha etiológica.

No obstante, se debe hacer un diagnóstico diferencial con la demencia y depresión. Algunos de los síntomas diferenciales entre el SCA y la demencia y la depresión se resumen en el siguiente cuadro:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL			
	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Inicio	Agudo	Insidioso	Variable
Orientación	Alterada	Alterada	Intacta
Memoria a Corto	Alterada	Alterada	Intacta
Atención	Alterada	Variable	Intacta
Alucinaciones	Frecuentes	Infrecuentes	Raras
Duración	Corta	Crónica	Variable

Diagnóstico diferencial de delirium, demencia y depresión.

NO debemos confundir a un SCA con una demencia: nadie se demencia en horas o días. La demencia y el SCA son entidades distintas y, por lo tanto, diferenciables aunque, como hemos visto, también se relacionan entre sí.

4.3.2. Tratamiento del SCA en el paciente geriátrico.

El tratamiento del SCA consiste en el tratamiento de la causa subyacente y factores contribuyentes. Por ejemplo, si la causa ha sido una infección de orina, el tratamiento será el de esta patología. Por supuesto, se acompañará de medidas generales: buena hidratación, nutrición, oxigenación,...

Es útil intervenir sobre el ambiente que rodea al paciente con delirium:

- Procurar no cambiarlo frecuentemente de habitación porque eso provocará más confusión.
- Orientarlo durante las intervenciones del personal sanitario o cuidadores en espacio y tiempo.
- Procurar que el enfermo use sus dispositivos de ayuda sensorial si los tuviese: gafas, audífonos,...
- Rodearle de objetos familiares.

- Intentar que esté siempre acompañado de un familiar y que éste participe durante la alimentación y el aseo.
- Restaurar el ritmo del ciclo sueño - vigilia procurando que no duerma durante el día y no interrumpir el descanso nocturno.
- Se deben eliminar los estímulos sensoriales intensos: ruidos fuertes, luces potentes,...
- Evitar la sujeción mecánica siempre que sea posible; si ha de emplearse, será durante un tiempo muy limitado ya que eso provoca más excitación aún.

El personal auxiliar especializado en geriatría conocerá la existencia y características de este síndrome de alta frecuencia entre la población anciana, así como el modo de actuar para prevenir su aparición y una vez que se ha detectado:

- Conocerá su alta prevalencia entre pacientes hospitalizados.
- Podrá diferenciarlo de una demencia y contribuir a buscar la causa responsable: determinar si hay fiebre, para descartar un proceso infeccioso; comprobar si existen trastornos en la evacuación; observar si hay riesgo de deshidratación porque el paciente no esté comiendo o bebiendo lo suficiente;...
- Ayudará a prevenir la aparición del SCA con técnicas de orientación verbal en cada una de sus intervenciones, estando vigilante ante cualquier alteración de conciencia o cognición que pueda hacer pensar que se está desarrollando y comunicándolo al personal médico.
- La ayuda en la pérdida de orientación reduce la ansiedad, siendo lo más recomendable la presencia de familiares.
- Es conveniente mantener las habitaciones bien iluminadas, pues se previene la aparición alucinaciones e ilusiones visuales.

4.4. Discapacidad física. Inmovilismo.

La **discapacidad** es la pérdida de la capacidad, ya sea física o mental. Es una patología muy frecuente que conlleva múltiples complicaciones para el paciente y es el estadio final de muchos trastornos.

La **discapacidad física** origina **inmovilismo**, que se define como una disminución en la capacidad de desempeño de las actividades diarias como consecuencia de un problema motor. Este inmovilismo, a su vez, es generador de mayor incapacidad.

La situación funcional del anciano puede considerarse como un marcador de bienestar. Ya en 1959 la OMS declara que "la salud en el anciano como mejor se mide es en términos de funcionalidad".

La prevalencia de discapacidad física y su consecuencia inmediata (inmovilismo) entre nuestros mayores es muy elevada. Se calcula que el 15% de los mayores de 65 años presentan alguna limitación en el desempeño de las actividades básicas; y que el 20% de los que superan la edad de 70 años se encuentran confinados en sus domicilios. Esta elevada prevalencia hace que de nuevo se identifique erróneamente a la inmovilidad como "normal" en el envejecimiento y que el personal sanitario no preste la suficiente atención en su diagnóstico, valoración y rehabilitación.

4.4.1. Principales causas de inmovilismo en el paciente geriátrico.

Son muchas las causas de inmovilismo en el anciano y, con frecuencia, concurren varias en el mismo paciente. Las principales son:

- Patología osteoarticular.
- Causas neurológicas.
- Estadios avanzados de enfermedad.
- Déficit sensoriales.
- Síndrome postcaída.
- Barreras arquitectónicas.
- Otros factores predisponentes.

4.4.1.1. Patología osteoarticular.

- La *patología degenerativa*, como ya se ha comentado anteriormente, es la primera causa, debido a su alta prevalencia, de inmovilidad. Provoca dolor, preferentemente con la movilización y obliga al anciano tanto a hacer periodos prolongados de reposo como a disminuir su actividad física.
- La *osteoporosis y algunos problemas reumatológicos* también son causa de discapacidad en el anciano, tanto por el dolor como por la deformidad articular que pueden llegar a producir.

- Las *caídas y sus consecuencias*, principalmente, la fractura de cadera: su incidencia crece exponencialmente a partir de los 65 años. Es más frecuente en el sexo femenino, probablemente por la mayor prevalencia de osteoporosis. Con el avance de la técnicas quirúrgicas se ha reducido la mortalidad, pero aún las cifras son alarmantes: cerca de un 30% de los pacientes que han sufrido fractura de cadera morirán al año como consecuencia de la misma. En los ancianos, al contrario de lo que ocurre en edades más tempranas, se necesitan traumatismos muy leves para provocar una fractura ósea. La osteoporosis o la pérdida de masa ósea da lugar a un hueso debilitado y menos resistente; eso, junto a otros factores predisponentes a caídas ya comentados, hacen que esta patología presente esta significación estadística. El impacto que origina tanto en la salud como en la independencia del anciano, además del elevado coste económico que conlleva (hospitalización, prótesis, rehabilitación, dependencia,...), hace que estén justificados los programas de detección de riesgo para reducir el número de fracturas.
- Hay ciertos *tumores* que metastatizan o se extienden al tejido óseo. Son causa de mucho dolor y provocan limitación funcional.
- Hemos comentado que las *alteraciones de los pies* pueden predisponer a una menor movilidad porque originan dolor, deformidad, etc. Hemos de incluir de forma sistemática la evaluación del pie en el paciente geriátrico con el fin de detectar de forma precoz cualquier anomalía y solucionarla antes de que provoque discapacidad.
- *Amputaciones*. Amputar es separar del cuerpo una porción de él. Con el paso del tiempo, las causas de amputación han ido cambiando en orden de frecuencia; antes eran muy habituales los motivos militares, mientras que hoy día responden a causas de etiología vascular, accidentes de tráfico,... Las amputaciones pueden ser tanto de miembro superior como de miembro inferior. Actualmente, existe una gran diversidad de prótesis que cada vez se adaptan mejor y permiten, tras un buen trabajo de equipo (geriatra, rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo,...), una adecuada reinserción del anciano a su vida anterior.

4.4.1.2. Causas neurológicas.

- *Enfermedad de Parkinson.*
- *Deterioro cognitivo.*
- *Ictus o accidentes cerebro-vasculares:* se incluyen bajo este nombre un grupo de patologías que engloban afectación cerebral transitoria o permanente, debido a una alteración en los vasos cerebrales, ya sea por isquemia (oclusión de los mismos) o

hemorragia (rotura). Supone la tercera causa de muerte entre la población anciana tras la enfermedad cardiovascular y el cáncer; y es la primera causa de discapacidad grave, ya que sus efectos residuales afectan tanto a la función motora como a la sensitiva, la cognitiva y la de comunicación. Provocan gran dependencia y, con mucha frecuencia, son motivo de institucionalización. La clínica del paciente depende del territorio cerebral afectado: hemiparesia-hemiplejía (pérdida de fuerza en un hemicuerpo), disartria (dificultad en la articulación del lenguaje), afasia (alteración del lenguaje), alteraciones de la sensibilidad, alteraciones en la marcha y equilibrio, deterioro cognitivo, cambios en la personalidad,...

El objetivo del tratamiento consiste tanto en prevenir nuevos episodios controlando los factores de riesgo vascular, como en iniciar un programa de rehabilitación eficaz que intente disminuir al máximo la situación de incapacidad.

4.4.1.3. Estadios avanzados de enfermedad.

Las enfermedades cardíacas y respiratorias en estadios muy avanzados provocan disminución en la actividad física del paciente por los síntomas que provocan: disnea, dolor,... En este caso, la causa no radica en una afectación ósea o cerebral, sino en estados terminales de una enfermedad médica. Es lo mismo que ocurre en patologías tumorales en situación avanzada: el paciente presenta un cuadro constitucional que le lleva a postración e inmovilidad.

4.4.1.4. Déficits sensoriales.

La patología sensorial en el anciano es muy prevalente y, a menudo, infravalorada. Se tratan poco los déficits de audición y visión entre nuestros mayores. En ellos, éstos provocan una sensación de inseguridad que les lleva a limitar sus actuaciones a medios y ambientes muy conocidos. Empiezan a no salir de casa porque no se consideran capaces, disminuyen sus relaciones sociales, tienen miedo a caer y comienzan un círculo vicioso de inmovilidad progresiva.

4.4.1.5. Síndrome postcaída.

Consiste en miedo y desconfianza por parte del paciente o cuidadores en que la caída se vuelva a repetir. Esto limita la actividad física y deambulación del mayor con la consiguiente entrada en el círculo de la incapacidad progresiva.

4.4.1.6. Barreras arquitectónicas.

Como ya hemos comentado en unidades anteriores, las barreras arquitectónicas son causa frecuente de restricción de actividad y, por desgracia, constituyen un problema de difícil solución. Es muy frecuente encontrar a pacientes que viven en un bloque de pisos sin ascensor, puertas con dimensiones menores a las de la silla de ruedas, etc.

4.4.1.7. Otros factores predisponentes.

En el anciano se prolongan los "periodos de reposo" ante cualquier enfermedad. Estos periodos ocasionan debilidad y disminución del tono muscular que dificulta la reanudación de la marcha y la actividad posterior. En el momento en que su situación médica lo permita, el anciano, aunque siga hospitalizado, debe iniciar movilizaciones progresivas: primero en la cama adoptando los decúbitos; luego, iniciando la posición de sentado; después, la bipedestación estática; posteriormente, la deambulación asistida,...

El ingreso hospitalario también repercute negativamente en el desarrollo de ABVD; así, un tercio de los ancianos que ingresan, en el momento del alta presentan una incapacidad nueva en el desarrollo de ABVD.

Además, los cuidadores tienden a adoptar una actitud de sobreprotección aceptando que el paciente está limitado cuando, en realidad, a veces no lo está y puede volver a su nivel de funcionalidad anterior.



Causas más frecuentes de inmovilidad.

4.4.2. Repercusiones del inmovilismo en el paciente geriátrico.

Las consecuencias del inmovilismo son múltiples y, en su mayoría, graves. Además, muchas de ellas son evitables.

- Función motora: el inmovilismo provoca atrofia muscular y contracturas, entre otras consecuencias (fibrosis capsular y anquilosis), al mismo tiempo que acelera y agrava el estado osteoporótico.
- Función respiratoria: causa hipoventilación, tendencia a retener secreciones y dificultad para su expectoración (el cúmulo de secreciones respiratorias favorece la sobreinfección de las mismas).
- Función gastrointestinal: tendencia a disminución de peristalsis con estreñimiento, impactación fecal, malas digestiones, trastornos deglutorios, etc.
- Función urinaria: predispone a alteraciones en el vaciado vesical, incontinencia, litiasis, infección urinaria,...
- Piel: es una de las principales afectadas por el riesgo de aparición de las temidas UPP.
- Otras: privación sensorial, aislamiento social, depresión, confusión, dependencia del cuidador, institucionalización,...

4.4.3. Valoración del anciano con inmovilismo.

La valoración debe ser sistemática y lo más completa posible. Nos ayudará a crear un plan de actuación y cuidados para conseguir unos objetivos marcados.

- Historia clínica.
- Valoración geriátrica integral donde se recoja la situación previa y actual.
- Tiempo y evolución del inmovilismo: forma de aparición, evolución y progresión.
- Impacto en la realización de las actividades de la vida diaria: las escalas expuestas con anterioridad son de gran utilidad, ya que así es más fácil programar actividades para recuperar su autocuidado si es posible.
- Condiciones clínicas y médicas que han contribuido al inmovilismo: discapacidad física, mental, amputaciones, enfermedades sistémicas... No es igual afrontar un inmovilismo secundario a un ictus que uno derivado de un deterioro cognitivo evolucionado o de un EPOC. Cada uno tiene una estrategia de intervención distinta.

- Aspectos ambientales que repercuten negativamente: barreras arquitectónicas, cambio de residencia,...
- Aspectos psicológicos y sociales: relaciones con su cuidador principal si es que existe, grado de sobrecarga de este cuidador, grado de aislamiento del paciente, carencia afectiva, recursos económicos,...
- Exploración física: ha de ser completa, prestando especial atención a la piel (existencia de UPP, pigmentación, fragilidad); incluirá exploración neurológica y del sistema musculoesquelético (fuerza, movilidad articular, marcha y equilibrio). Son obligados también el examen podológico y la valoración sensorial (vista y oído).

4.4.4. Tratamiento del inmovilismo en el paciente geriátrico.

Tras la valoración, elaboraremos un plan de actuación y estableceremos unos objetivos realistas a corto y medio plazo. Involucraremos tanto a la familia como al propio paciente como parte activa y fundamental del proceso rehabilitador.

- Tratamiento de los factores etiológicos contribuyentes para prevenir nuevos episodios. Por ejemplo, si la causa del inmovilismo fue una discapacidad por ictus cerebral, formará parte del tratamiento el control de los factores de riesgo vascular que pudieran estar implicados. Si, por el contrario, la causa es el dolor articular debido a artrosis, parte del tratamiento será comenzar con medicación analgésica.
- Técnicas de fisioterapia y terapia ocupacional adaptadas al grado de discapacidad e inmovilidad del paciente. Serán distintas en función de la situación que tengamos que afrontar. En un paciente encamado, nos limitaremos a ejercitar giros y desplazamientos en la cama; si el grado de movilidad es algo mayor, intentaremos progresivamente ejercitar transferencias, deambulación asitida, reentrenamiento en ABVD...
- Ayudas mecánicas y adaptaciones del hogar: las ayudas mecánicas (andadores, muletas, bastones) aumentan la confianza del paciente favoreciendo su estabilidad. Se elegirá un tipo de ayuda u otro en función de las necesidades y hallazgos exploratorios (equilibrio, asimetrías, capacidades cognitivas,...) y, posteriormente, se enseñará al paciente a utilizarlos. Las adaptaciones del hogar comprenden tanto intervenciones en el mobiliario y barreras arquitectónicas como adaptaciones de los utensilios de cocina, baño,...

- Medidas de prevención de complicaciones: su éxito radica, primero, en conocer cuáles son estas complicaciones; y luego, su diagnóstico y tratamiento precoz. Los cambios posturales frecuentes, una adecuada hidratación y nutrición, fisioterapia respiratoria y tratamiento precoz del estreñimiento son los pilares fundamentales de los cuidados del paciente inmovilizado.

El personal auxiliar de enfermería especializado en geriatría debe conocer que:

- El inmovilismo es vía final común de otras muchas alteraciones.
- Tiene múltiples repercusiones y graves en los distintos órganos y sistemas.
- Hay que combatirlo enérgicamente y prevenirlo en los ingresos hospitalarios de nuestros mayores.
- Una vez establecido, es primordial una valoración completa y puesta en marcha de estrategias multidisciplinarias para su tratamiento.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS	TRATAMIENTOS
CAÍDAS	• Actividad física regular. • Corrección de alteraciones visuales y auditivas. • Promoción del buen estado nutricional.
INSOMNIO	• Medidas generales. • Farmacológico.
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) O DELIRIUM	• Tratamiento de la causa subyacente y factores contribuyentes. • Medidas ambientales.
DISCAPACIDAD FÍSICA (INMOVILISMO)	• Factores etiológicos. • Fisioterapia. • Terapia ocupacional. • Ayudas mecánicas y adaptaciones del hogar. • Medidas de prevención de complicaciones.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

1. Define Geriatria. ¿Cuáles son los objetivos de la asistencia geriátrica?

2. Describe el test "get up and go" y su utilidad.

3. Explica qué se entiende por "cascada de desastres" en Geriatria.

4. Comenta esta frase:

"La plurifarmacia no entraña riesgos en el anciano; mientras más fármacos, más salud".

5. Enumera las patologías más frecuentes entre nuestros mayores.

6. ¿Qué tipo de HTA es la más frecuente en el anciano?

7. Di si estas frases referidas a la HTA son verdaderas o falsas:

Se considera como una patología "silente".	
Nunca está indicado en su tratamiento el ejercicio físico porque provoca elevaciones de la misma.	
No provoca lesiones a nivel renal.	
El primer paso del abordaje es el establecimiento de hábitos de vida saludables.	

8. Define el concepto de osteoporosis y expón de forma breve los principales riesgos asociados.

9. ¿Son todas las demencias Enfermedad de Alzheimer?

10. ¿En qué consiste el insomnio de mantenimiento?

11. ¿Qué es el síndrome de inmovilidad?

12. ¿Se abordan y tratan por igual todos los tipos de inmovilismo? Razona tu respuesta.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. Define Geriatria. ¿Cuáles son los objetivos de la asistencia geriátrica?

La Geriatria es la rama de la Medicina que se ocupa de:

- *la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada;*
- *de la recuperación de función y de la reinserción en la comunidad de estos pacientes.*

Objetivo:

Mejorar la calidad de vida del mayor, añadiendo salud a los años. Prestar atención al anciano tanto en momentos de bienestar, para prevenir enfermedades e incapacidades, como en momentos de enfermedad, valora a éste de forma global y elabora un plan de cuidados integral atendiendo a su esfera psíquica, física y social. No sólo trata la enfermedad cuando aparece, sino que insiste mucho en la prevención y diagnóstico de fragilidades.

2. Describe el test "get up and go" y su utilidad.

Se le pide al paciente que se levante de la silla, deambule tres metros y vuelva a ella. La puntuación va del 1 (normal) al 5 (alterado). Es un test sencillo y rápido. Sirve para explorar la marcha y el equilibrio en el anciano con caídas o con riesgo de ellas.

3. Explica qué se entiende por "cascada de desastres" en Geriatria.

Claudicación progresiva de los distintos órganos y sistemas que se pone de manifiesto cuando existe una causa descompensadora, por mínima que sea, que rompe el equilibrio inestable que existía previamente.

4. Comenta esta frase:

"La plurifarmacia no entraña riesgos en el anciano; mientras más fármacos, más salud".

Es un error. La plurifarmacia entraña riesgo siempre, a cualquier edad, máxime entre los ancianos que se encuentran más frágiles y donde se suman los efectos secundarios e interacciones. La plurifarmacia es algo frecuente y entraña peligro.

5. Enumera las patologías más frecuentes entre nuestros mayores.

Las patologías más frecuentes son:

- *Osteoarticular: artrosis y osteoporosis.*
- *Enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, HTA y enfermedad cerebrovascular.*
- *Patología mental: deterioro cognitivo.*
- *Patología sensorial.*

6. ¿Qué tipo de HTA es la más frecuente en el anciano? Descríbela.

La forma más habitual de HTA en el anciano es la hipertensión sistólica aislada (HSA).

Los valores numéricos no están bien definidos, pero sería aquella hipertensión con cifras >140 de sistólica y < ó = a 90 de diastólica. Es más frecuente entre el sexo femenino.

7. Di si estas frases referidas a la HTA son verdaderas o falsas:

Se considera como una patología "silente".	V
Nunca está indicado en su tratamiento el ejercicio físico porque provoca elevaciones de la misma.	F
No provoca lesiones a nivel renal.	F
El primer paso del abordaje es el establecimiento de hábitos de vida saludables.	V

8. Define el concepto de osteoporosis y expón de forma breve los principales riesgos asociados.

Disminución de la masa ósea por unidad de volumen del hueso.

La consecuencia más importante es la fragilidad ósea y el riesgo incrementado de fracturas ante mínimos traumatismos, de ahí la importancia de estrategias preventivas que minimicen su incidencia y problemas asociados: fracturas, inmovilismo, UPP, dependencia...

9. ¿Son todas las demencias Enfermedad de Alzheimer?

No. La EA es la demencia más frecuente pero no es la única. Existen otros tipos. En cada uno de ellos están implicados determinados agentes etiológicos y factores causales. Algunos deterioros cognitivos incluso son potencialmente reversibles al tratar la causa subyacente.

10. ¿En qué consiste el insomnio de mantenimiento?

Es el trastorno del sueño que se caracteriza por despertares frecuentes durante la noche. El paciente, cuando se acuesta, concilia bien el sueño; su problema radica en que éste se fragmenta a lo largo de la noche.

11. ¿Qué es el síndrome de inmovilidad?

Se define como la disminución en la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas y de autocuidado debido a la existencia de algún grado de incapacidad física.

12. ¿Se abordan y tratan por igual todos los tipos de inmovilismo? Razona tu respuesta.

Ni se puede ni se deben abordar por igual todos los inmovilismos. Cada situación ha de plantearse de forma individualizada, analizando el tiempo de evolución, factores que han contribuido a él, situación funcional previa y actual para, a continuación, plantear estrategias de intervención con equipo multidisciplinar: geriatra, rehabilitador, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Accidente cerebrovascular: ictus cerebral, patología vascular cerebral, ya sea por isquemia (oclusión de un vaso) o por hemorragia (rotura de un vaso).
Afasia: pérdida total o parcial de la función del lenguaje.
Agnosia: fallo en el reconocimiento sensorial que no se debe a alteraciones en los órganos de los sentidos.
Amputar: extirpar quirúrgicamente una parte del cuerpo.
Anquilosis: fijación de una articulación en una posición generalmente anómala.
Ansiolíticos: fármacos empleados en el tratamiento del síndrome de ansiedad.
Apnea del sueño: trastorno del sueño caracterizado por momentos en los que el sujeto no respira.
Apraxia: alteración en la ejecución de un acto motor que no es debida a alteraciones en el aparato locomotor.
Arritmia: trastorno del ritmo cardíaco normal.
Bradicinesia: lentitud en la realización de movimientos.
Broncoespasmo: disminución brusca de la luz bronquial.
Cardiopatía isquémica: afección cardíaca debida a obstrucción de las arterias coronarias que son las que nutren el músculo cardíaco.
Cianosis: coloración azulada de la piel y mucosas que traduce una oxigenación deficiente.
Cifosis: convexidad de la columna dorsal vista lateralmente.
Colecistitis: inflamación de la vesícula biliar.
Colelitiasis: presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar.
Comorbilidad: coexistencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en el mismo paciente.
Corticoides: fármacos fabricados sintéticamente, de estructura similar a las hormonas sintetizadas por la glándula suprarrenal y ampliamente utilizados por su gran capacidad antiinflamatoria entre otras acciones.
Diabetes mellitus: trastorno metabólico caracterizado por niveles altos de glucosa sanguínea debido a un déficit total o parcial de insulina, o bien a una resistencia a su acción.
Diafragma: tabique muscular que separa la cavidad torácica de la abdominal.
Disartria: dificultad para hablar por mala articulación del lenguaje.
Disnea: sensación subjetiva de falta de aire.
Dopamina: neurotransmisor del sistema nervioso.
Ejercicio aeróbico: ejercicio físico que requiere un esfuerzo adicional por parte del corazón y los pulmones para hacer frente a la demanda de oxígeno del sistema muscular.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Etario: relativo a la edad.
Hemicuerpo: mitad del cuerpo.
Hemiparesia: pérdida de fuerza en una mitad del cuerpo.
Hemiplejía: pérdida de fuerza en un hemicuerpo.
Hipercolesterolemia: aumento de niveles sanguíneos de colesterol.
Hiperglucemia: aumento de los niveles de glucosa en sangre.
Hiperlipemia: aumento de los niveles de lípidos en sangre.
Hipertrigliceridemia: aumento de los niveles de triglicéridos en sangre.
Hipnótico: fármaco con propiedades inductoras del sueño.
Hipotensión ortostática: descenso en la tensión arterial que ocurre cuando el individuo pasa de la posición de decúbito a la bipedestación.
Hipoxia: niveles de oxígeno tisular por debajo de las cifras normales.
Ictus: accidente vascular cerebral.
Impactación fecal: fecaloma, masa dura de heces impactada en el colon.
Interacción medicamentosa: reacciones adversas por la toma conjunta de dos o más fármacos.
Isquemia: alteración en la circulación debido a la oclusión de una arteria.
Litiasis biliar: cálculos en la vesícula biliar.
Menarquía: primera menstruación.
Menopausia: cese de las menstruaciones en la mujer.
Metástasis: proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia otros órganos.
Morbilidad: en estadística, tasa con la que aparece una enfermedad. Se calcula dividiendo el número total de personas de un grupo entre el número de personas de ese grupo afectadas por la enfermedad.
Mortalidad: tasa de fallecimiento que refleja el número de muertes por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación. Se suele reflejar como muertes por 1.000, 10.000 ó 100.000.
Nefropatía: alteración del riñón o de su unidad funcionante (la nefrona).
Neoplasia: tumor.
Neurona: célula básica del sistema nervioso.
Neuropatía: patología por afectación de las terminaciones nerviosas periféricas.
Neurotransmisor: agente químico que se encarga de activar la conducción nerviosa en el cerebro.

Nuliparidad: en la mujer, ausencia de partos.
Osteoporosis: disminución de la masa ósea por unidad de volumen del hueso.
Perfil lipídico: distribución de grasas en sangre.
Perimenopausia: etapa cercana en tiempo a la menopausia.
Peristalsis: contracción progresiva, de un extremo al otro, de ciertos órganos tubulares para hacer avanzar su contenido.
Plurifarmacia: consumo de tres o más fármacos por un individuo.
Pluripatología: coexistencia de varias enfermedades al mismo tiempo.
Reacciones catastróficas: reacciones de agresividad y agitación que forman parte de los trastornos de conducta en los pacientes con deterioro cognitivo.
Retina: membrana de tejido nervioso presente en el ojo.
Retinopatía: patología por afectación de los vasos sanguíneos de la retina.
Ritmo circadiano: patrón basado en un ciclo de 24 horas.
Síndrome postcaída: tras una caída, el paciente tiene miedo de volver a caer y limita su movilidad.
Situación basal: situación de no enfermedad aguda en ese momento.
Sueño no REM: etapa del sueño en la que no se dan los movimientos rápidos oculares.
Sueño REM: etapa del sueño con movimientos rápidos oculares.
Tórax hiperinsuflado: tórax con retención de aire en el interior de los pulmones; por ejemplo, durante una inspiración profunda.

BIBLIOGRAFÍA.

- Geriatria desde el principio. Guillén Llera F, Macías Núñez J.F., Rivera Casado J.M. Editorial Glosa. 2001.
- El paciente anciano. Ruipérez Cantera et al. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. 1998.
- Las personas mayores en España. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 2000.
- Manual de Geriatria 3ª edición. Salgado Alba, Guillén et al. Ediciones Masson. 2002.
- Síndrome de inmovilización. Manejo de la enfermedad incapacitante. Monesdeoca Santana et al. ICEPSS. 1995.
- De nuevo las caídas. Revista Española de Geriatria y Gerontología 1999; 34(4):189-191. Lázaro del Nogal. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1999.
- Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Del Ser T et al. Barcelona Prous Editores. 1994.
- Consideraciones específicas de la HTA en el anciano. Medicine 1997; 7 :3303-3306. Rodríguez Mañas et al. Medicine. 1997.

UNIDAD DIDÁCTICA 4:

GEROCULTURA Y MEDICINA PREVENTIVA.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. Concepto y objetivo de la gerocultura. Medicina y prevención.	2
2. Hábitos de vida saludables en el anciano.	2
2.1. El hábito de la higiene en el anciano.	3
2.2. Las prendas de vestir en el anciano.	4
2.3. La actividad física en el anciano.	5
2.4. La actividad sexual en el anciano.	9
2.5. Ocio y tiempo libre.	13
2.6. Dieta.	14
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.....	15
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.....	16
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	17
BIBLIOGRAFÍA.	18

CONTENIDOS TEÓRICOS.

*“...saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, la parte más difícil del gran arte de vivir...”
(Federico Amiel)*

1. Concepto y objetivo de la gerocultura. Medicina y prevención.

La **gerocultura** es el arte de cuidar a los ancianos o a los que van a serlo con el **objetivo** de lograr un envejecimiento saludable con el menor tiempo posible de enfermedad, dependencia e incapacidad, intentando que el declive fisiológico, inevitable con el paso de los años, se acompañe del mejor estado de bienestar posible. La gerocultura, así, tiene como fin actuar sobre aquellos factores modificables que influyen en la génesis de enfermedades propias del envejecimiento para lograr un beneficio del estado de salud.

La **medicina preventiva** será, en este contexto, de gran importancia, ya que persigue una actitud de prevención que idealmente sea capaz de evitar la aparición de la enfermedad. Esta prevención puede ser:

- Primaria inespecífica: basada en el establecimiento de hábitos de vida saludable, sin estar dirigida a prevenir ninguna enfermedad en particular. Por ejemplo, higiene personal, higiene de los órganos de los sentidos, dieta equilibrada, actividad física, programas de ocio y tiempo libre, etc.
- Primaria específica: medidas encaminadas a la prevención de patologías concretas. Por ejemplo, vacunación antigripal; mamografías anuales o bianuales entre los 50-70 años; frotis vaginal anual hasta los 65 años; control periódico de cifras de tensión arterial, de glucemia basal, de niveles de lípidos,...; etc.

2. Hábitos de vida saludables en el anciano.

Entendemos por **hábitos o estilo de vida saludable** todas aquellas actitudes o decisiones que toma la persona de forma voluntaria para la mejora y mantenimiento de su estado de salud y sobre las cuales ejerce control.

Las actitudes saludables deben ponerse en práctica desde edades muy tempranas, ya que las consecuencias de la falta de atención a ellas podrán ser negativas no sólo al llegar a la vejez, sino en cualquier momento de la vida. Además, hemos de tener en cuenta que empezamos a envejecer desde el momento de nuestro nacimiento.

Los hábitos saludables cobran especial importancia en el caso del anciano, ya que el deterioro que conlleva el proceso de envejecimiento hace que su salud sea más precaria, pudiendo potenciarse la mejora de ésta con la práctica habitual de un estilo de vida saludable.

2.1. El hábito de la higiene en el anciano.

2.1.1. Aseo diario.

Baño o ducha.

- Se practicará, al menos, en días alternos.
- La temperatura del agua no debe ser muy alta.
- Se emplearán geles con Ph neutro.
- Las colonias se utilizarán sólo en pequeñas cantidades y como cosmético.
- La piel deberá secarse inmediatamente después de salir del agua, haciendo hincapié en las zonas de pliegues cutáneos.
- Si es preciso, se modificarán las instalaciones para asegurar la estabilidad del mayor y facilitarle la tarea: alfombrillas antideslizantes, silla de ducha, colocación de barras y asideros, entre otras medidas.

Lavado de manos.

Se realizará, al menos, antes de cada comida y después de cada micción o defecación. Tras él, puede aplicarse una crema hidratante.

Lavado del cabello.

La frecuencia de este lavado vendrá determinada en gran medida por el tipo de cabello que tenga el anciano. El champú deberá adaptarse a las características del mismo.

No hay contraindicación específica para el empleo de tintes siempre y cuando no produzcan irritación local.

Afeitado.

Es preferible el empleo de maquinillas eléctricas por ser éstas más fáciles de manipular que las cuchillas, en especial cuando existen deformidades en las manos por procesos patológicos.

No se recomienda el uso de lociones alcohólicas tras el afeitado, aunque sí de las hidratantes.

Cuidados de la boca y pies.

Son parte importante de la higiene diaria. El procedimiento para llevarlos a cabo ya se comentó en profundidad en una unidad didáctica anterior¹.

2.1.2. Higiene de ojos y oídos.

Ojos.

Es recomendable una revisión oftalmológica cada seis meses. El empleo y la corrección de los problemas de refracción será prioritario, ya que una buena agudeza visual contribuye a mantener la independencia funcional.

Se prestará especial atención a la existencia de enrojecimiento ocular, lagrimeo y aparición de dolor retro-ocular. Por norma general, se consultará con el médico cualquier anomalía observada.

Oídos.

Un buen nivel de audición es esencial para una buena integración en la sociedad y para conservar la autonomía. Las revisiones se realizarán, al menos, cada seis meses, prestándose especial atención a los frecuentes tapones de cera que son causa de pérdida de audición.

Se evitará el extendido uso de limpiar el conducto auditivo con los bastoncillos.

Se intentará que sea el anciano quien lleve a cabo su propio aseo siempre que sus capacidades se lo permitan y aunque la tarea se dilate un poco más en el tiempo.

En todos los casos, se intentará evitar actitudes sobreprotectoras por parte del cuidador.

2.2. Las prendas de vestir en el anciano.

Las prendas de vestir serán, por norma general, cómodas y amplias, evitando siempre que opriman. Además, habrán de ser acordes a los gustos del mayor.

Si existe algún tipo de incapacidad, se intentará facilitar el abrochado y desabrochado de la prenda utilizando sistemas como cinturillas elásticas o cierres adhesivos.

Los calcetines serán de lana y no tendrán elástico que oprima la pierna o el tobillo. En el caso de la mujer, se desaconseja el uso de ligas de goma, pues dificultan la circulación; de usar medias, éstas deberán ser de las completas hasta la cintura.

¹ Módulo V. La Gerontología y su concepto. Unidad didáctica 1: Aspectos biológicos de la ancianidad.

Se evitará la fibra sintética para la ropa interior y se insistirá en el cambio de muda frecuentemente.

Los zapatos deben ser cómodos, flexibles y suaves, evitando que opriman el pie. Si el anciano es capaz de atarlos, pueden llevar cordones; si no, es preferible el tipo mocasín. Los tacones para las señoras se recomienda que sean de base ancha y no muy altos. El calzador será de mango largo para facilitar su uso.

2.3. La actividad física en el anciano.

La inactividad física y el sedentarismo se relacionan con el desarrollo de diversos trastornos, a la vez que aumentan la morbilidad en el anciano. Además, la práctica de un ejercicio físico de forma regular conlleva numerosos beneficios para el mayor:

- Fortalece el sistema respiratorio y cardiovascular.
- Previene y mejora la hipertensión.
- Favorece la nutrición de los cartílagos y disminuye la pérdida de masa ósea.
- Fortalece la musculatura.
- Mejora el perfil metabólico con mejor control sobre la diabetes y sobre la hiperlipemia (aumento de los niveles de grasas en sangre; ej. colesterol, triglicéridos,...)
- Ayuda al control de la obesidad.
- Disminuye la percepción del dolor.
- Disminuye la ansiedad.
- Mejora la capacidad de atención y concentración.
- Mejora la salud física y psicológica.
- Mejora la sensación de bienestar.

2.3.1. Aspectos clave en la realización de ejercicios por parte del anciano.

En relación a la realización de ejercicio físico por parte del anciano, hay **tres aspectos clave** a tener en cuenta:

- **Regularidad y constancia:** los beneficios de la actividad física se obtienen con la práctica continuada de la misma. De nada sirve llevarla a cabo de forma desordenada y anárquica en el tiempo, por lo que se recomienda programar un horario fijo todos los días y realizar entre 3 y 5 sesiones de actividad física por semana con una

duración aproximada de 30-40 minutos cada una, agregando unos 10-15 minutos de calentamiento.

- **Adaptación a las limitaciones individuales:** el programa de ejercicios debe ser individualizado. El médico será el encargado de prescribirlo tras un examen físico completo que le permita valorar la existencia o no de limitaciones en su realización.
- **Motivación:** el mayor debe estar motivado, conociendo los beneficios que le aporta la actividad física diaria. Hemos de proponerle tablas de ejercicios que le atraigan y, si es posible, que le diviertan: montar en bici, danza, Tai-chi... Serán preferibles aquellas actividades que pueda realizar en grupo.

Los ancianos que no practicaban ejercicio en edades más tempranas se muestran, en general, reacios a iniciarlos en este momento vital; por el contrario, aquéllos que han practicado deporte tenderán a seguir realizándolo adecuándolo a sus limitaciones.

2.3.2. Algunos ejercicios y deportes especialmente indicados para los ancianos.

- Hay algunos deportes que, por sus características, pueden seguir realizándose en edades avanzadas: golf, marcha, pesca, natación, petanca, bicicleta...
- El Tai-chi es un método chino muy antiguo que busca la armonía física y mental a través de una serie de ejercicios coordinados con técnicas respiratorias específicas. Sus características lo hacen aconsejable para el anciano, ya que son movimientos muy suaves que aumentan la flexibilidad y tonifican el sistema cardiocirculatorio. Además, se puede practicar en grupo.
- Algunos ejercicios especialmente indicados para los mayores son los de **amplitud de movimientos**. Están diseñados para preservar la movilidad articular, por lo que son muy aconsejables, independientemente de la práctica de algún deporte o actividad específica adicional.

Se pueden realizar de forma individual o en grupo (gimnasio, hogar del pensionista,...) Además, oír música al mismo tiempo que se realizan contribuye a hacerlos más agradables y a motivar al mayor.

Breve descripción de ejercicios de amplitud de movimientos.

- La sesión comenzará siempre con unas cinco o seis respiraciones profundas en cuatro tiempos:
 - Inspirar profundamente por la nariz al tiempo que se elevan los brazos en forma de cruz.
 - Retener la respiración durante dos segundos.
 - Espirar al máximo el aire mientras se van cerrando los brazos.
 - Hacer una pausa de dos segundos y comenzar una nueva inspiración.
- A continuación, se comienzan los ejercicios específicos para cada segmento corporal. Éstos consisten en movimientos de flexión - extensión y rotación. Se comenzará por un número bajo y se irá subiendo a medida que avanza el entrenamiento. Éstas son algunas secuencias de movimientos:

Ejercicios para el cuello.

- Partiendo de la posición inicial, con la cabeza erguida y mirando al frente, hacer ejercicios de flexión anterior y extensión (tocar el pecho con el mentón y luego mirar al techo).
- Girar la cabeza a ambos lados mirando por encima del hombro.
- Flexionar la cabeza hacia los hombros sin girarla.

Ejercicios para los ojos.

- Abrir y cerrar los ojos cinco veces y luego mantenerlos cerrados unos 5-6 segundos; posteriormente, repetir la secuencia.
- Sin mover la cabeza, dirigir la mirada de abajo arriba y de derecha a izquierda.

Ejercicios faciales.

- Fruncir las cejas al máximo y levantarlas después.
- Hinchar los carrillos tanto como sea posible.
- Estirar los labios hacia los lados y luego encogerlos como si quisiéramos silbar.

Ejercicios para hombros y brazos.

- Encoger los hombros hacia arriba; primero, los dos simultáneamente; y luego, alternando.
- Entrelazar las manos por delante del pecho y subir los brazos por encima de la cabeza sin doblar los codos.
- Pasar el brazo por la espalda; primero, tocando la nuca, y luego, intentando bajar hacia la espalda lo máximo posible.

Ejercicios para muñecas y manos.

- Con el antebrazo apoyado en la mesa, cerrar el puño fuertemente y luego abrir la mano estirando bien todos los dedos.
- Con la mano extendida, oponer el pulgar a cada dedo de la mano presionando las yemas.

Ejercicios para la espalda.

- De pie y con las manos apoyadas en las caderas, hacer flexiones laterales y giros a ambos lados.
- Con una mano en la cadera y la otra por encima de la cabeza, flexionar el cuerpo hacia el lado en el que se tiene la mano en la cadera. Alternar a uno y otro lado.
- Con las manos entrelazadas en la espalda, estirar los brazos a la vez que se mueven los hombros hacia atrás.
- Sentados en el suelo con las piernas estiradas y abiertas, acercar las manos, después de haberlas elevado por encima de la cabeza, a uno y otro pie flexionando el tronco hacia delante.

Ejercicios para las piernas

- Tumbados en la cama, flexionar la cadera para acercar al pecho la rodilla de una y otra pierna.
- En la posición de tumbado, separar de forma alternativa una y otra pierna abduciendo la cadera.
- Elevar una pierna sin doblar la rodilla y describir círculos en el aire. Volver a la posición inicial y hacerlo con la otra pierna.

Ejercicios para los pies

- Con las piernas estiradas, flexionar el pie hacia arriba y hacia abajo; luego, girarlo hacia adentro y hacia fuera.
- Sin doblar los tobillos, doblar y estirar los dedos.
- De pie, ponerse de puntillas primero y apoyarse en los talones a continuación.

El ejercicio propuesto al anciano debe, ante todo, adaptarse a sus limitaciones, necesidades y preferencias.

Si se propone una tabla de ejercicios, éstos deben ser fáciles tanto de comprender como de realizar y, sobre todo, **NO deben provocar dolor ni entrañar riesgos.**

2.4. La actividad sexual en el anciano.

2.4.1. Sexualidad y genitalidad.

La **sexualidad** es parte de la afectividad, algo que conlleva mucho más que el mero uso de los genitales como fuente de placer. Es un instinto básico, una forma de relación necesaria para todos y cada uno de los individuos, con muchas formas de expresión que identifican a cada ser. Es, además, una necesidad fundamental: amar y sentirse amado. La expresión sexual, por tanto, no se reduce a una actividad coital, sino que abarca desde la compañía del ser amado hasta el orgasmo.

Es importante no identificar sexualidad con genitalidad, ya que esto reduciría muchísimo la expresión de la primera, máxime a edades avanzadas.

2.4.2. Sexualidad y envejecimiento.

El envejecimiento no determina un cese de pensamientos y deseos sexuales. De hecho, no existe límite cronológico para la práctica de la actividad sexual.

La idea de que el anciano no tiene apetencias ni deseo sexual es errónea. El hecho de que no pueda llevar el ritmo coital que mantenía en edades más tempranas hace que la sociedad entienda que está inapetente y tacha de improcedente cualquier atisbo de pasión detectado en él.

Pero la actividad sexual en ningún caso debe medirse por la frecuencia coital, y menos aún en el caso del anciano. De hecho, más de la mitad de los varones mayores de 80 años siguen interesados en la actividad sexual y la consideran como algo importante en sus vidas. Se expresan sobre todo, por orden de frecuencia, como fantasías, caricias sin coito, masturbación y coito.

Se estima que entre el 15-25% de los mayores de 75 años tienen un coito semanal y que las causas por las que lo van abandonando son la enfermedad, la sensación de ridículo y la falta de pareja.

2.4.3. La disfunción sexual en el anciano.

La **disfunción sexual** se define como cualquier alteración en la conducta sexual que provoca relaciones insatisfactorias en la persona o pareja y que ocurre con una frecuencia mayor al 50% de los encuentros sexuales.

En muchas ocasiones no se identifica la disfunción sexual como una prioridad médica; sin embargo, en términos de calidad de vida esta actividad es un parámetro lo suficientemente importante como para ser tomada en consideración.

Entre los varones de edad avanzada las quejas más frecuentes con respecto a su actividad sexual son la disfunción eréctil y la eyaculación retardada.

Las quejas más habituales entre las mujeres son la dispareunia (coito doloroso), la disminución de deseo, la anorgasmia y el vaginismo.

2.4.3.1. Causas de disfunción sexual en el anciano.

Las **causas de la disfunción sexual del anciano** son plurietiológicas; es decir, se deben a más de una causa.

Además, este tipo de disfunción es difícil de diagnosticar porque el paciente no suele consultar abiertamente sobre esta materia debido, en gran medida, a que existen muchos prejuicios.

Los factores que con mayor frecuencia causan disfunción sexual en el mayor son:

- *Cambios fisiológicos con el envejecimiento.* Fundamentalmente, en la esfera hormonal, los cuales determinan un menor deseo y menor respuesta a la excitación. Estos cambios en el varón son más progresivos, mientras que en la mujer son más abruptos, sobre todo a partir de la menopausia.
- *Limitación funcional.* La dependencia para las actividades de la vida diaria no disminuye el deseo sexual, pero sí su capacidad de expresión, de ahí la importancia de transmitir a nuestros mayores otras formas de expresar su sexualidad diferentes al coito o posturas más cómodas en función de la incapacidad física que padezcan.
- *Enfermedades agudas.* Las hospitalizaciones y las intervenciones quirúrgicas suponen un aumento de morbilidad de disfunción sexual.

- *Enfermedades crónicas.* Más del 80 % de la población anciana tiene una enfermedad crónica que interfiere en su función sexual: enfermedades cardiovasculares (HTA, cardiopatía isquémica,...), endocrinas (enfermedades tiroideas,...), metabólicas (diabetes,...), neurológicas (parkinson, demencia,...), insuficiencia renal, incontinencia urinaria, enfermedades respiratorias (EPOC,...), enfermedades osteoarticulares (artrosis,...), etc.
- *Efectos secundarios de fármacos.* Algunos fármacos *pueden* provocar impotencia y disminución del deseo sexual: antidepresivos, antiepilépticos, antihipertensivos...
- *Trastornos del estado de ánimo:* depresión, ansiedad,...
- *Factores sociales.* Existencia de mitos y falsas creencias como que "el sexo es peligroso para los ancianos"; "el coito es la única forma de sexo"; "la erección es siempre necesaria"; "hace falta un cuerpo atractivo para sentirse sexualmente activo/a..." A estos mitos se les une el hecho de que la educación que recibieron nuestros ancianos a principios del siglo XX no aceptaba el diálogo abierto en la pareja cuando existía algún problema sexual, lo que dificultaba enormemente el alcanzar una solución. Tampoco se admitía socialmente la práctica homosexual ni la masturbación.
- Otro factor a considerar es el de la *ubicación del anciano*. La convivencia con los hijos o la institucionalización en una residencia es, en la mayoría de los casos, el fin de su intimidad.

2.4.3.2. La entrevista para el diagnóstico de la disfunción sexual.

Como en cualquier otra patología, es fundamental la obtención de una historia clínica completa y detallada de la disfunción sexual. No obstante, es cierto que los datos referentes a la historia sexual de un paciente no se recogen de forma sistemática cada vez que un anciano visita a su médico en consulta. Esto se puede deber a varios factores: falsa creencia de que el anciano es sexualmente inactivo; pensar que no va a querer contestar a este tipo de cuestiones; sentimiento de incomodidad por parte del personal sanitario al preguntar sobre estos temas, entre otros.

Se ha de dar al paciente la suficiente confianza como para que considere que la consulta médica es un sitio propicio para hablar de sus problemas sexuales, si es que los tiene, y que el personal sanitario está lo suficientemente preparado como para abordarlos.

Algunas recomendaciones para hacer este tipo de entrevista son las siguientes:

- Antes de hacer preguntas sobre el tema, exponer explícitamente la confidencialidad de la entrevista.

- Emplear un lenguaje claro y asequible.
- No asumir que el paciente es heterosexual ni enjuiciar conducta alguna.
- Hacer las preguntas sobre sexualidad como parte de la entrevista clínica, haciendo ver que es una función más de nuestro organismo que a veces puede no ser correcta y que en algunas ocasiones existen tratamientos y medidas que pueden restablecer su función previa.
- Si se detectan alteraciones en la esfera sexual durante la entrevista, se ha de proceder a una exploración genital, además de la exploración general que acompaña a cualquier acto médico. Es útil en este caso que la pareja esté presente. En la mujer se llevará a cabo una exploración ginecológica completa.
- La exploración debe complementarse con una analítica general y un estudio hormonal, si se considera oportuno.

2.4.3.3. Tratamiento de la disfunción sexual.

El tratamiento de la disfunción sexual debe empezar por dar al paciente una información completa y realista de la situación, de las ventajas e inconvenientes de los diferentes tratamientos, así como de las precauciones a tomar:

- Información sexual. Es parte fundamental del tratamiento. En muchas ocasiones el anciano no sabe cuáles son los cambios esperados con el envejecimiento y éstos pueden hacerle sentir que ya no es sexualmente activo. Por ejemplo, es útil explicarle que con el envejecimiento necesita mayor tiempo de estimulación para conseguir una erección, en el caso del varón, y para lubricar la vagina, en el caso de las mujeres.
- Educación sexual. Hacer ver al paciente que existen otras formas de expresión de la sexualidad alternativas al coito que, a veces, por enfermedad o incapacidad no es posible realizar. Animar a usar la fantasía.
- Tratamiento de la enfermedad subyacente. Si ésta existe, puede estar causando los trastornos sexuales. Si es posible, sustituir los fármacos potencialmente inductores de disfunción sexual en caso de que estuviese tomando alguno.
- Tratamiento específico. En el caso de la mujer anciana, el tratamiento de la disfunción sexual se basa en el tratamiento hormonal con estrógenos. Puede hacerse de forma sistémica o bien en forma de cremas o geles vaginales.

En el caso del varón, la disfunción eréctil es el síntoma más frecuente. Puede abordarse de diferentes formas: inyecciones peneanas, tratamiento quirúrgico de

revascularización o colocación de prótesis peneanas, entre otros. El primer paso para el tratamiento de la disfunción leve-moderada en el varón es la toma de fármacos orales no hormonales (sildenafil citrato) que producen un aumento de la vascularización y un mayor llenado sanguíneo de los cuerpos cavernosos del pene que favorecen la erección. Su inicio de acción comienza a los 30-60 minutos tras la toma y su efecto dura una 3-4 horas. Están contraindicados en pacientes con cardiopatías severas, ya que producen hipotensión arterial que puede agravar los síntomas. **Se necesita consultar al especialista antes de su toma.**

2.4.4. Conclusiones.

- La sexualidad se mantiene a lo largo de toda la vida.
- Una vida sexualmente satisfactoria es un marcador de calidad de vida y no debemos olvidar que nuestro objetivo es mejorar ésta en nuestros mayores.
- Los profesionales sanitarios no suelen incidir lo suficiente a la hora de buscar la disfunción sexual del anciano.
- El abordaje de los problemas sexuales en el anciano debe ser multidisciplinario, respetuoso y dinámico. Debe conllevar un tratamiento individualizado y acorde con la situación y estado general del paciente.

2.5. Ocio y tiempo libre.

No resulta fácil entender ni aceptar el envejecimiento. Es posible que la clave para llegar a una mayor comprensión de este proceso y a una mayor aceptación de esta época de la vida sea concebir la vejez como una etapa de crecimiento personal y, a medida que vamos notando los cambios sufridos por el paso de los años, ir adaptando nuestras expectativas futuras y nuestra vivencia del pasado.

Pero esta aceptación no debe ser sólo personal. La sociedad debe cambiar el concepto que tiene del anciano y superar determinados estereotipos que dificultan el desarrollo personal y como grupo de las personas que conforman este colectivo de edad.

Este cambio de actitud debe comenzar en la propia familia: tenemos que intentar que nuestros mayores se sientan vinculados a sus hijos, no sólo en situaciones de bienestar, sino también cuando surgen los problemas y necesidades en la propia familia; que cultiven la relación con sus nietos, siendo cómplices y acompañándose mutuamente. Es necesario desarrollar unas redes de apoyo social amplias capaces de dar cobertura a sus necesidades de relación:

- Relacionarse con grupos de iguales en centros para mayores, asociaciones, clubes... que organicen actividades, talleres, fomenten los hobbies, fiestas, juegos.
- Visitas y excursiones que mantengan el interés por su ciudad, provincia, región; asistencia a actos culturales, teatro, cine...
- Seminarios y grupos de tertulia sobre temas de interés y de actualidad: sanidad, folclore, política...
- Convivencias con otros centros de tercera edad, jornadas con familiares, amigos, jóvenes,...

Debemos aunar esfuerzos desde distintos frentes para hacer a nuestros mayores partícipes de la sociedad en que vivimos y otorgarles un respetado relevo con una jubilación tranquila, llena de gratitud y satisfacciones. Es decir, intentemos darle vida a los años y no años a la vida.

2.6. Dieta.

La dieta también desempeña una importante función dentro de los hábitos de vida saludables. En esta unidad no nos referiremos a ella, dado que ya fue ampliamente estudiada en el Módulo III² de este manual, tanto en sus aspectos generales como en todos aquéllos concretos referidos a la persona mayor.

² Módulo III: Cuidados básicos de Geriátrica. Unidad didáctica 6: Nutrición.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

- 1. ¿Qué es la gerocultura? ¿Cuál es su objetivo?**

- 2. Expón brevemente las diferencias entre la prevención primaria inespecífica y la específica.**

- 3. Enumera los beneficios que reporta el ejercicio a la salud del mayor.**

- 4. Comenta la siguiente frase:**
"La tabla de ejercicios es la misma para cualquier anciano y tenemos que exigirles a todos por igual".

- 5. ¿En qué consisten los ejercicios de amplitud de movimientos?**

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. ¿Qué es la gerocultura? ¿Cuál es su objetivo?

La **gerocultura** es el arte de cuidar a los ancianos o los que van a serlo.

El objetivo de la gerocultura es un envejecimiento saludable con el menor tiempo posible de enfermedad, dependencia e incapacidad. Intenta que el declive fisiológico, inevitable con el paso de los años, se acompañe del mejor estado de bienestar posible.

2. Expón brevemente las diferencias entre la prevención primaria inespecífica y la específica.

La prevención primaria inespecífica son medidas generales que comprenden el establecimiento de hábitos de vida saludables y no van expresamente diseñadas para detectar precozmente una enfermedad concreta.

La prevención primaria específica son aquellas medidas encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades concretas. Ej: mamografías para la detección precoz del cáncer de mama.

3. Enumera los beneficios que reporta el ejercicio a la salud del mayor.

- Fortalece el sistema respiratorio y cardiovascular.
- Previene y mejora la hipertensión.
- Favorece la nutrición de los cartílagos y disminuye la pérdida de masa ósea.
- Fortalece la musculatura.
- Mejora el perfil metabólico con mejor control sobre la diabetes e hiperlipemia.
- Ayuda al control de la obesidad.
- Disminuye la percepción de dolor y ansiedad.
- Mejora la capacidad de atención y concentración.
- Mejora la salud física y psicológica global.
- Mejora la sensación de bienestar.

4. Comenta la siguiente frase:

"La tabla de ejercicios es la misma para cualquier anciano y tenemos que exigirles a todos por igual".

Falso. Siempre que se aconseja un ejercicio o programa de actividad al anciano debemos adaptarlo a su capacidad funcional y situación de enfermedad. El médico es quien debe prescribirlo tras un adecuado examen físico.

5. ¿En qué consisten los ejercicios de amplitud de movimientos?

Son ejercicios diseñados para mantener o preservar la amplitud de movimiento de las articulaciones, que tan importante es para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, alimentarse... Una limitación en el recorrido de movimiento del brazo, por ejemplo, dificulta que el anciano se vista solo o se bañe sin ayuda y fomenta la dependencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Abducción: movimiento de una extremidad hacia fuera del eje del cuerpo.
Anorgasmia: ausencia de orgasmo.
Antihipertensivos: fármacos administrados para el tratamiento de la hipertensión.
Cartílago: tejido conectivo que se halla principalmente en las articulaciones.
Cuerpos cavernosos del pene: tejido esponjoso eréctil situado en el dorso del pene.
Defecación: acto de evacuar heces.
Disfunción eréctil: alteración en la erección peneana tras la estimulación.
Dispareunia: trastorno sexual femenino caracterizado por dolor al mantener relaciones.
Frotis vaginal: muestra vaginal para estudio microscópico en laboratorio.
Hiperlipemia: aumento del nivel de lípidos en sangre.
Hipofunción: disminución en la función de un órgano.
Mamografía: radiografía de los tejidos blandos de la mama que permite identificar diversos procesos neoplásicos tanto benignos como malignos.
Micción: acto de evacuar orina.
Retro-ocular: referente a la parte posterior del globo ocular.
Sedentarismo: situación de inactividad.
Vaginismo: contracción intensa de la musculatura perineal y paravaginal que cierra firmemente el orificio vaginal y dificulta la relación sexual.

BIBLIOGRAFÍA.

- Geriatria desde el principio. Guillén Llera F, Macías Núñez JF, Rivera Casado JM. Editorial Glosa. 2001.
- Nutrición y Dietética Clínica. Salas-Salvadó et al. Ediciones Doyma. 2000.
- Alimentación de la persona de edad avanzada. Cuadernos de dietética nº4. Chapuy et al. Ediciones Masson. 1994.
- Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones. Nutrición y vejez. Aranceta et al. Ediciones Masson. 1995.
- Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Vida, higiene y alimentación en el anciano. Díaz de la Peña et al. Editorial Salvat. 1986.
- Tercera edad sana. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1995.

UNIDAD DIDÁCTICA 5:

TERAPIA OCUPACIONAL.

ÍNDICE DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

CONTENIDOS TEÓRICOS.	2
1. Concepto de terapia ocupacional. Objetivos de la terapia ocupacional en personas mayores.	2
1.1. Concepto de terapia ocupacional.	2
1.2. Objetivos de la terapia ocupacional en personas mayores.	2
2. Proceso de valoración/evaluación de personas mayores en terapia ocupacional.	5
2.1. Instrumentos de evaluación.	7
3. Actividades de terapia ocupacional en personas mayores.	9
3.1. Actividades de la vida diaria.	10
3.2. Actividades de ocio.	11
3.3. Actividades físicas de revitalización geriátrica.	11
3.4. Actividades físicas y deportivas.	14
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.....	19
Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.....	21
GLOSARIO DE TÉRMINOS.	24
BIBLIOGRAFÍA.	25

CONTENIDOS TEÓRICOS.

1. Concepto de terapia ocupacional. Objetivos de la terapia ocupacional en personas mayores.

1.1. Concepto de terapia ocupacional.

La **terapia ocupacional** se define como *"el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego (ocio) para incrementar la función independiente, potenciar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o del entorno para lograr la máxima independencia y potenciar la calidad de vida"*. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986).

El envejecimiento conlleva un deterioro psíquico, físico y social que va poco a poco incapacitando a la persona, robándole sus capacidades, volviéndola dependiente y produciéndole la ruptura con sus relaciones sociales. Para retrasar este proceso de deterioro y de las consecuencias que conlleva, se ponen en práctica los programas de terapia ocupacional para mayores. Por medio de ellos, estas personas desarrollan actividades físicas y mentales de forma programada, que hacen que aumenten sus competencias en los ámbitos que en cada caso se requiera (físico, mental, ocio, autonomía, etc.), lo que deriva en una mayor satisfacción del mayor, un incremento de su autoestima y una mejor calidad de vida.

1.2. Objetivos de la terapia ocupacional en personas mayores.

1.2.1. Objetivos generales de la terapia ocupacional en personas mayores.

En general, la terapia ocupacional pretende que todos los ancianos, sean cuales sean sus dificultades, aumenten su calidad de vida y aprendan a disfrutar de ella con independencia.

Tiene **dos objetivos** bien diferenciados:

- **Prevención.** Mantener las capacidades funcionales del paciente sano. Es un modo de disminuir y demorar el deterioro progresivo en el que está involucrado el mayor, así como de evitar las consecuencias de un "excesivo" reposo. También se incluirían la prevención en el ámbito psicológico y en el social, que se logran mediante el ocio. Algunos autores denominan a este objetivo "revitalización".

- **Terapéutico.** Consiste en recuperar, en la medida de lo posible, las capacidades funcionales que ha perdido un anciano enfermo, intentando que éste consiga la máxima autonomía e independencia. Algunos autores lo denominan "rehabilitación".

1.2.2. Objetivos de la terapia ocupacional en función del estado de salud del mayor.

El tipo de terapia ocupacional indicada para un paciente vendrá determinada en todos los casos por el estado físico, psicológico y social en que éste se encuentre.

Podemos distinguir **tres grupos objeto** de este tipo de terapia:

- Personas mayores sanas.
- Personas mayores enfermas.
- Paciente geriátrico.

Personas mayores sanas.

Sus características físicas, psíquicas, sociales y funcionales son acordes a su edad cronológica, presentando sólo los deterioros habituales del proceso de envejecimiento.

En estos casos, el objetivo de la terapia ocupacional es mejorar o aumentar la calidad de vida del mayor a través de programas de prevención; por ejemplo, actividades de ocio y de ejercicios físicos y deportivos.

Personas mayores enfermas.

Presentan alguna patología de carácter agudo o crónico, pero no invalidante; no cumplen las características del paciente geriátrico.

Se indica para ellos un programa rehabilitador sobre la disfunción específica, así como el posible acompañamiento de asistencia preventiva. Un ejemplo pueden ser las actividades dirigidas a la rehabilitación de partes específicas del cuerpo.

Paciente geriátrico.

Es la persona mayor que presenta varias patologías, frecuentemente acompañadas de trastornos psíquicos, así como de síndromes invalidantes (limitación específica de forma más o menos permanente que incide sobre sus actividades y relaciones normales) o la tendencia a ellos. Estos pacientes, por tanto, tienen muy limitadas sus capacidades funcionales y presentan grandes dificultades para su autonomía.

El objetivo de la terapia ocupacional, en este caso, será la mejora de las disfunciones a través de programas rehabilitadores, así como potenciar los recursos no deteriorados por la edad a través de actividades en las que los pacientes encuentren ocio e interés.

1.2.3. Objetivos de la terapia ocupacional según las actividades.

Las actividades más utilizadas con los mayores y pacientes geriátricos presentan unas características específicas que las hacen más o menos competentes para la prevención o la rehabilitación. Sin embargo, el uso que se les dé a dichas actividades dependerá de la *finalidad* con la que sean utilizadas, que en todos los casos estará en función de las características concretas del paciente.

Las actividades a desarrollar son las siguientes:

- Actividades de la vida diaria.
- Actividades de ocio.
- Ejercicios físicos de rehabilitación geriátrica.
- Actividades físicas y deportivas.

Actividades de la vida diaria.

El objetivo que se persigue con ellas es volver a capacitar al anciano para la realización de las actividades más esenciales para la independencia de una persona; es decir, las dedicadas al cuidado personal (levantarse de la cama, alimentarse, asearse, vestirse,...) y las de carácter general y cotidiano (utilizar grifos, interruptores, escribir, coger objetos, telefonar,...).

El anciano, como consecuencia de sus pérdidas funcionales, se ve incapacitado para realizar estas tareas y, para que recupere su capacidad de llevarlas a cabo, tendremos que adaptar las actividades que programemos a cada paciente en particular, en función de los déficit y necesidades de rehabilitación que presente. Según sus necesidades, encontraremos tres tipos de pacientes

- pacientes que conservan las capacidades y que sólo necesitan conseguir mayor seguridad y refuerzo en la ejecución de estas actividades;
- pacientes que tienen alguna incapacidad pero pueden aprender a realizar estas actividades de nuevo mediante la práctica;
- pacientes que, debido a su incapacidad, deben aprender a realizar estas actividades de nuevo.

Actividades de ocio.

El objetivo de estas actividades es evitar el aislamiento que se produce como consecuencia de los sentimientos de impotencia, dependencia y frustración que en algunos mayores produce la entrada en la tercera edad (jubilación, exceso de tiempo libre, pérdida de vida social,...).

La planificación, en este caso, va dirigida a una intervención psico-físico-social en la que se trabaje la auto-expresión, la expresión de la comunicación, el desarrollo de las funciones corporales, la convivencia comunitaria,... En general, nos referimos a todas aquellas actividades que favorezcan la integración social del anciano.

Va dirigida tanto a pacientes sanos como enfermos, ya que el éxito de toda revitalización y rehabilitación va acompañada del disfrute de actividades de ocio.

Ejercicios físicos de revitalización geriátrica.

El objetivo de este tipo de actividades es la prevención en el anciano sano o sin un déficit invalidante del deterioro que produce el envejecimiento. Este deterioro ataca a distintos órganos y aparatos del organismo (fundamentalmente, a las funciones respiratoria y locomotora) que con el paso del tiempo se van resintiendo más hasta llegar a invalidarlos o a producir en ellos algún tipo de discapacidad.

Con este tipo de actividades se pretende, por tanto, disminuir o retrasar este proceso.

Actividades físicas y deportivas.

El objetivo es la prevención del sedentarismo; es decir, del asentamiento de los ancianos y la habituación que generan las comodidades de las que disponen (en casa con los familiares, el servicio de las residencias geriátricas, la televisión,...) que los llevan a una menor ejercitación física.

2. Proceso de valoración/evaluación de personas mayores en terapia ocupacional.

Las actividades a realizar en la terapia ocupacional vendrán siempre dadas por las necesidades concretas y específicas de cada persona. Estas necesidades se determinarán en un **proceso de valoración/evaluación** que requerirá el uso de determinados instrumentos y que tendrá como objetivo determinar el grado de la discapacidad del anciano, así como identificar las necesidades sentidas por el paciente y/o familiares/cuidadores para así planificar la intervención más adecuada.

En la valoración de un paciente se debe insistir en **los dos aspectos funcionales de la ejecución de tareas**: la capacidad y la ejecución, propiamente dicha.

- La **capacidad** hace referencia a la habilidad o competencia para realizar/ejecutar una tarea. Es el nivel más alto de ejecución que el paciente puede desarrollar.
- La **ejecución** se refiere a la conducta rutinaria o a la realización más habitual y acostumbrada del anciano. Es el límite inferior en el grado de desarrollo de una tarea por parte de un paciente. Por ejemplo, un anciano tiene capacidad para asearse por sí mismo, pero falla a la hora de realizar su propio aseo o lo hace peor de lo que puede.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la terapia ocupacional, así como con la planificación de las tareas, dependerán del grado de capacidad y ejecución que presente el paciente para desarrollar sus actividades.

Las **dimensiones** a tener en cuenta dentro de la "capacidad y ejecución" son las siguientes:

- Nivel de independencia: se valorará qué actividades el paciente puede realizar solo (de modo independiente) o con ayuda de alguien (de modo dependiente).
- Nivel de calidad: se evaluará la calidad en la ejecución de la tarea.
- Causa de la disfunción: de ésta dependerá la utilización de instrumentos de evaluación más específicos; por ejemplo, pruebas para valorar disfunciones físicas, cognitivas o dadas por una enfermedad determinada. También influye en el tipo de programa que se pretenda instaurar; por ejemplo, si es rehabilitador de disfunciones físicas, de deterioro mental o para prevenir el sedentarismo que termina incapacitando a los ancianos.

La elección de las actividades se lleva siempre a cabo de forma específica, según las necesidades de cada persona. Estas necesidades se determinan a través de un proceso de evaluación/valoración en el que también se establecen los recursos y capacidades de los que disponen tanto el paciente como la institución.

2.1. Instrumentos de evaluación.

Los **instrumentos de evaluación** permiten valorar la calidad y la ejecución de las tareas. Son muy numerosos y la mayoría, sobre todo los que se usan en rehabilitación y revitalización geriátrica, son utilizados solamente por personal muy cualificado.

Existen distintos instrumentos de evaluación, en función del modo de recoger información (entrevistas y pruebas) o de las capacidades y actividades específicas que se pretenden valorar (actividades de autocuidado, de ocio, etc.)

2.1.1. Entrevistas.

La **entrevista** es una conversación entre el profesional y el paciente y/o sus familiares y/o cuidadores en la que se va indagando las posibles disfunciones o problemas que presenta el paciente.

Pueden ser estructuradas, no estructuradas y semiestructuradas.

- Entrevista estructurada: el entrevistador lleva una serie de preguntas elaboradas con las que pretende encontrar la información específica que está buscando.
- Entrevista no estructurada: el entrevistador explora sobre los aspectos que considera de interés sin llevar elaboradas preguntas concretas. En este tipo de entrevista es importante partir de una información ya conocida sobre el anciano.
- Entrevista semiestructurada: consta de un número de cuestiones ya elaboradas que permiten recoger información específica de interés; sin embargo, se puede indagar en otros temas que vayan apareciendo en el transcurso de la conversación y que también sean relevantes de cara a una intervención.

2.1.2. Pruebas.

Las **pruebas** son métodos de evaluación que utilizan cuestionarios y tareas específicas para valorar determinadas funciones del paciente.

Existen dos tipos de pruebas: estandarizadas y no estandarizadas.

- *Pruebas estandarizadas*: son más formales y están correctamente clasificadas y baremadas.
- *Pruebas no estandarizadas*: son más informales y se adaptan más al paciente en particular.

2.1.3. Instrumentos específicos de evaluación.

Existen instrumentos específicos de evaluación que se utilizan según los aspectos concretos que queramos valorar. De modo general, veremos algunos de ellos:

2.1.3.1. Valoración de actividades generales.

Con esta valoración pretendemos conocer la capacidad y ejecución de las actividades que normalmente realiza un individuo. Las preguntas versan, normalmente, sobre actividades que desarrolla, sus costumbres, la opinión que tiene sobre sí mismo y sobre sus posibilidades actuales y en un futuro próximo, intereses, etc.

Nos pueden ayudar las siguientes preguntas:

- Capacidad: ¿Puede usted...?; ¿Es usted capaz de...?; ¿Podría usted...?,...
- Ejecución: ¿Hace usted...?; ¿Normalmente hace usted...?,...

Para esta valoración se suele utilizar una entrevista de carácter estructurado en la que se indagan intereses y hábitos del anciano previos a la enfermedad y, también, aspectos referidos a su situación actual.

2.1.3.2. Valoración de capacidad de autocuidarse y de desarrollo de actividades de la vida diaria.

Valora las aptitudes funcionales de los ancianos para identificar dónde presentan las mayores dificultades y poder elaborar un "plan de entrenamiento de las tareas de autocuidado". Este plan de entrenamiento consiste en identificar las necesidades que se deben cubrir en el paciente, determinando los objetivos específicos que las cubran. Además, tiene que aparecer el método para llevar a cabo el cumplimiento de dichos objetivos.

Para la valoración de las aptitudes funcionales no sólo se tienen en cuenta las capacidades del paciente, sino también las características del medio en el que éstas se realizan (dormitorio, cocina, casa,...), por si fuese necesario hacer algún tipo de adaptación del mismo.

Existen instrumentos estandarizados que se utilizan con frecuencia para la valoración de los autocuidados. Algunos de los más conocidos son:

- Evaluación de la ejecución de las AVD (Katz, 1963).
- Actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1970).

- Evaluación del desempeño funcional (Bloomer y Williams, 1979).
- Cuestionarios de papeles y hábitos (Kielhofner, 1985).
- Cuestionario de desempeño de las tareas rutinarias (Kielhofner, 1985).

2.1.3.3. Valoración de las actividades de ocio.

En esta valoración es importante tratar temas como las relaciones sociales del anciano, sus intereses y sus pasatiempos; también se indagará sobre el conocimiento que tiene el paciente de la oferta de servicios con que cuenta para desarrollar sus actividades de ocio.

Algunas pruebas de interés para esta evaluación son las siguientes:

- Escala de actividades significativas (Nystron, 1974).
- Batería diagnóstica del ocio (UIT et al., 1982).
- Cuestionario de satisfacción del ocio (Beard y Ragheb, 1980)
- Cuestionario de actividad física del tiempo de ocio de Minnesota (Taylor et al., 1978; Yerxa y Baum, 1986; Yerxa et al., 1988).
- Listado de hechos placenteros (MacPhillary y LeWinsohn, 1976, 1982).
- Listado de intereses (Matsutsuyu, 1976; Rogers et al., 1982).

3. Actividades de terapia ocupacional en personas mayores.

Las **actividades de la terapia ocupacional en personas mayores** son las tareas específicas que debe realizar el paciente dentro de un programa de terapia ocupacional. Estas tareas se definen tras la evaluación de las capacidades y necesidades del mayor y tienen la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos: prevenir o rehabilitar las disfunciones que se producen en los ancianos con el paso del tiempo o por alguna enfermedad.

Existen distintos tipos de actividades, según los objetivos y necesidades específicas que se quieran cubrir:

- Actividades de la Vida Diaria (actividades básicas y actividades generales).
- Actividades de ocio.
- Actividades físicas de revitalización geriátrica (alteraciones respiratorias, locomotoras, vasculares y estáticas).
- Actividades físicas y deportivas.

3.1. Actividades de la vida diaria.

El objetivo de éstas es entrenar al anciano en la realización de las actividades esenciales de la vida diaria para cuya realización, de modo independiente, el paciente muestra alguna incapacidad; se trata, por tanto, de capacitar al anciano para que recupere su autonomía en la medida de lo posible y no requiera de la ayuda de los demás para desenvolverse.

Dentro de estas actividades distinguimos: actividades básicas y actividades generales.

3.1.1. Actividades básicas.

Son las más elementales y primarias de una persona, las que primero se adquieren en la infancia y la base para adquirir la autonomía personal.

Las actividades básicas que un paciente debe adquirir son las siguientes:

- Levantarse y acostarse de la cama.
- Tener movilidad propia (sillas de rueda, andadores,...)
- Vestirse y desnudarse.
- Asearse.
- Alimentarse por sí mismo.

Para facilitar su realización por parte del paciente, también se puede acomodar la casa en función de las necesidades; por ejemplo, poner agarraderas en dormitorios y baño, adaptar la medida de las puertas para el paso de la silla de ruedas,...

3.1.2. Actividades generales.

Son actividades importantes para que el mayor se desenvuelva con independencia en su propio hogar, aunque no llegan al grado de convertirse en elementales. Ejemplo de ellas son la utilización de interruptores, grifos, teléfonos, coger objetos,... También, las actividades de la cocina y labores hogareñas.

3.2. Actividades de ocio.

Son actividades recreativas que despierten el interés del anciano logrando que éste disfrute y se relacione con otras personas. Además, tienen un significado positivo sobre los aspectos social y afectivo del paciente.

De ellas, destaca el hecho de que han de ser realizadas por iniciativa propia y que el anciano debe ser el responsable e interesado en llevar a cabo su ejecución.

Algunas de las que más se realizan son: actividades manuales (barro, cuero,...), coleccionismo (sellos, monedas,...), artes plásticas (pintura, fotografía,...), visitas a museos y exposiciones, juegos de mesa y salón (ajedrez, cartas, billar,...), aulas de cultura y ocio (debates, charlas, cine,...), excursiones a otras provincias, etc.

3.3. Actividades físicas de revitalización geriátrica.

Son actividades para prevenir o mejorar las disfunciones más habituales entre los pacientes geriátricos. Es decir, las respiratorias, las locomotoras, las vasculares y las estáticas.

3.3.1. Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones respiratorias.

Entre las disfunciones más frecuentes que se producen en el aparato respiratorio debido al proceso de envejecimiento, destacan la alteración del ritmo respiratorio y la pérdida de flexibilidad en las paredes pulmonares. Esto produce, principalmente, fatiga y cansancio en el anciano.

El objetivo de los ejercicios respiratorios es lograr una respiración coordinada en la que se vuelva a conseguir un ritmo constante, a la vez que se ensanchan los pulmones para evitar la rigidez de éstos.

Ejercicios respiratorios.

- De forma rítmica, inspirar llevando el aire a la parte baja de los pulmones para, posteriormente, espirar suavemente.
- Repetir el ejercicio anterior con la parte media y alta de los pulmones.
- Enseñar a toser y expectorar para la limpieza de la vías respiratorias.

3.3.2. Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones locomotoras.

Van dirigidas principalmente a las zonas más atacadas por el proceso de envejecimiento, que son la columna vertebral y las extremidades superiores.

Ejercicios para la corrección postural.

Tienen como fin favorecer que el anciano mantenga una postura correcta.

Postura correcta de pie.

- De pie y apoyando el pie sobre un escalón, vascular la pelvis mientras se relaja la musculatura.
- Apoyado sobre la pared con los pies un poco separados de ella, hundir el abdomen intentando que la columna lumbar toque con la pared.

Postura correcta sentado.

La mejor prevención es siempre una silla recta, no muy baja, en la que haya que sentarse con la espalda y cuello formando una línea recta. También se puede hacer basculación pélvica sentándose en una silla e intentando que la columna lumbar toque el respaldo.

Postura correcta para descanso en cama.

- Para la posición en reposo del cuerpo apoyado sobre el plano horizontal se recomienda la utilización de un colchón duro.
- Cuando la espalda está apoyada sobre la horizontal, utilizar una almohada baja y un apoyo bajo las rodillas.
- Cuando la posición es sobre un lateral, las rodillas deben estar en flexión para mantener la columna recta.
- Cuando la posición es boca abajo: la cadera y la rodilla deben estar flexionadas. Esta postura es la menos aconsejable.

Postura correcta para coger peso.

No forzar la musculatura espinal. El levantamiento del peso se debe realizar flexionando las rodillas y las caderas mientras se acerca el objeto al pecho.

Ejercicios para la columna vertebral.

Se trata de ejercicios orientados a fortalecer los músculos abdominales.

- En posición de decúbito supino, realizar, de modo secuencial o simultáneo, levantamientos de piernas y tronco.
- En posición de decúbito prono, realizar levantamientos de piernas y tronco, así como de extremidades inferiores y superiores.
- En posición de sedestación, realizar ejercicios de movilización del cuello con rotaciones de derecha a izquierda e inclinación lateral derecha e izquierda.
- Son muy recomendables los ejercicios de estiramiento para cuello, tronco y extremidades.

Cada uno de ellos se repetirá de 5 a 6 veces, realizando ejercicios de respiración y relajación entre uno y otro. Preferentemente, su práctica se llevará a cabo en grupos.

Ejercicios para los miembros superiores e inferiores.

Se realizan de forma individual, existiendo una amplia gama de ellos según las características de cada paciente. Se suelen utilizar distintos aparatos, entre los que destacan: la rueda de hombro, el banco de Colson para cuádriceps, la bicicleta estática,...

3.3.3. Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones vasculares.

Ejercicios para favorecer la circulación.

- Sobre una cama o camilla con la espalda apoyada sobre la horizontal, se giran los miembros inferiores en círculos, haciéndolo primero por encima de la horizontal del cuerpo y luego por debajo de ésta. También se recomienda el uso de aparatos como la bicicleta estática.
- Tumbado y con la espalda apoyada, flexionar las distintas articulaciones de los miembros inferiores (caderas, rodillas y tobillos) para ejercitarlas y aumentar de esta forma el riego sanguíneo.
- También hay tratamientos para enseñar las posturas adecuadas (dormir, descansar,...) para favorecer la circulación de retorno.

3.3.4. Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones estáticas.

Van dirigidos al fortalecimiento de la musculatura de la cadera, rodillas, tobillo y pie, manteniendo la movilidad y alineamiento de dichas articulaciones.

- Ejercicios de piernas: ejercicios libres de caderas, rodilla, bicicleta estática, pedales,...
- Ejercicios de pies: movimientos del tobillo en todas sus direcciones y andar con las puntas, talones y los bordes externos de los pies.

3.4. Actividades físicas y deportivas.

Las actividades físicas y deportivas tienen función preventiva y terapéutica referida no sólo a los procesos físicos del mayor, sino también a los psíquicos y sociales.

- **Físicos:** retrasa el deterioro evolutivo, previene enfermedades y es esencial en el tratamiento de las lesiones y en los trastornos funcionales y orgánicos. Conlleva, principalmente, los siguientes beneficios:
 - Fortalecer la masa muscular.
 - Favorecer la movilidad (mejora la elasticidad, fuerza y agilidad).
 - Reforzar la estructura ósea.
 - Aumentar la capacidad respiratoria y, con ella, la oxigenación de todos los tejidos.
 - Evitar la fatiga al mínimo esfuerzo.
 - Evitar la obesidad.
 - Mejorar el rendimiento físico global.
- **Psíquicos:** ejercitan y conservan las funciones intelectuales, aportan nuevos intereses para relacionarse y disfrutar y consiguen que los ancianos tengan mayor autoestima. Todo ello permite que se desenvuelvan con mayor ilusión en este último período. Sus principales beneficios son:
 - Mantener despiertos los sentidos.
 - Aumentar la alegría y el interés por vivir.
 - Conservar y fortalecer la actividad intelectual.
 - Mejorar la interrelación con otras personas.

- Disminuir la soledad y el aislamiento.
 - Promover la competencia y confianza en sí mismo, mejorando la propia imagen.
 - Proporcionar descanso y relajación psíquica, lo que mantiene el equilibrio psicoafectivo.
- **Sociales:** la práctica de actividades físicas con otras personas evita el aislamiento y lleva consigo la integración social. Aporta los siguientes beneficios:
- Facilitar la entrada a la vida social.
 - Permitir la integración en un grupo, adquiriendo de nuevo un rol e identidad y haciendo que el anciano se encuentre satisfecho.
 - Promover las relaciones interpersonales, ampliándolas y conservándolas.
 - Capacitar al mayor para que establezca las relaciones de forma satisfactoria.
 - Evitar la soledad.
 - Permitir que compartan sus problemas y que éstos sean más llevaderos.

A pesar de la obligatoriedad de chequeos periódicos en los que se examinen los sistemas de mayor riesgo (aparato cardiorrespiratorio y circulatorio), los pacientes podrán hacer tests con la intención de que cada uno mida su adaptación al ejercicio físico. Éstos consisten, en general, en un control de pulsaciones antes de empezar el ejercicio y tras su finalización una vez que se encuentren en reposo.

Los ejercicios físicos y deportivos necesitan de planificación y supervisión por parte de un especialista que valore las aptitudes de cada paciente para su realización, ya que puede ser perjudicial excederse en ellos.

Es importante tener en cuenta que, si durante la realización de los ejercicios físicos o deportivos apareciera fatiga, palpitaciones, etc., éstos deberán ser interrumpidos de inmediato.

3.4.1. Actividad físicas.

En todo tipo de actividad física es aconsejable mantener un ritmo respiratorio adecuado que previene la fatiga y el mayor cansancio. Es recomendable hacer ejercicios antes y después de la actividad, inspirando profundamente por la nariz hasta llenar el abdomen y el pecho de aire, para soltarlo posteriormente (expirar) por la boca manteniendo el mismo ritmo.

En terapia ocupacional son numerosos los ejercicios que se pueden llevar a cabo. A continuación, describiremos algunos de ellos:

Cuello.

- Girar el cuello de derecha a izquierda lentamente.
- Inclinar el cuello de delante atrás y de lado derecho a lado izquierdo.

Tronco.

- De pie, y con las dos manos apoyadas en la nuca, girar el tronco de izquierda a derecha.
- De pie, y con las piernas separadas, levantar los brazos estirados por encima de la cabeza e inclinarse lentamente hacia delante hasta tocar la punta de un pie y luego del otro.

Hombros.

- Estirar los brazos en forma de cruz y moverlos hacia delante y atrás.
- Estirar los dos brazos y rotarlos lentamente en las dos direcciones.

Brazos.

- Poner los dos brazos en forma de cruz, mantenerlos levantados mientras se estiran y flexionan sucesivamente.
- Estirar los brazos hacia abajo y flexionarlos hacia arriba.
- En el suelo y boca abajo, levantarse con las manos haciendo una flexión y mantenerse con una mano.

Muñecas.

- Rotar las muñecas hacia ambos lados.
- Con la palma hacia abajo, mover la mano de arriba abajo.
- Con la palma de la mano hacia el lado, moverla de izquierda a derecha.

Cadera.

- Sentado sobre el suelo y apoyado con las manos detrás de los glúteos, cruzar una pierna por encima de la otra. Posteriormente, realizar el mismo ejercicio con la otra pierna.

Rodillas.

- De pie, flexionar las rodillas lentamente hasta bajar al suelo.
- Tumbado sobre el suelo, flexionar las rodillas acercándolas al pecho.
- Tumbado sobre el suelo, hacer la bicicleta con las piernas.

Tobillos.

- Apoyar la punta del pie en el suelo y mover el tobillo hacia delante y hacia detrás hasta apoyar el pie totalmente en el suelo.

3.4.2. Actividades deportivas.

Las actividades deportivas dependerán, como en ocasiones anteriores, de la situación física del paciente y también de la experiencia previa que posea en su práctica.

En términos generales, existen unos deportes indicados y otros contraindicados en lo referido a terapia ocupacional. Así, se recomienda la práctica de todos aquéllos que permiten al mayor ejercitarse sin que supongan ningún riesgo (marcha, footing, ciclismo, natación, ...) Por otra parte, no se recomiendan todos los que conllevan riesgo de traumatismo (lucha y otros deportes de contacto) y peligro cardiovascular (aquéllos que sean de velocidad y de excesiva resistencia: carreras de velocidad, waterpolo,...).

En el siguiente cuadro se recogen algunos de ellos:

Deportes indicados	Deportes contraindicados
Marcha y footing Billar Natación Pesca Ciclismo Fútbol Tenis de mesa ...	Atletismo (velocidad) Alpinismo Lucha Hockey Artes marciales ...

Son muy recomendables los “pequeños deportes” como el ping-pong, la petanca, el mini golf, el modelismo, los bolos, etc., que son ideales, ya que divierten, ejercitan físicamente y suponen poco gasto de energía.

En la práctica de las actividades deportivas, los profesionales promocionarán, en todos los casos, la flexibilidad en las reglas y la NO competitividad entre los participantes.

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS MAYORES		
Actividades de la vida diaria.		
	Actividades básicas. Actividades generales.	
Actividades de ocio.		
Actividades físicas de revitalización geriátrica.		
	Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones respiratorias.	Ejercicios respiratorios.
	Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones locomotoras.	Ejercicios para la corrección postural. Ejercicios para la columna vertebral. Ejercicios para miembros superiores e inferiores.
	Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones vasculares.	Ejercicios para favorecer la circulación.
	Actividades para prevenir o mejorar las disfunciones estáticas.	
Actividades físicas y deportivas.		
	Actividad físicas.	Cuello, tronco, hombros, brazos, muñecas, cadera, rodillas, tobillos, etc.
	Actividades deportivas.	

La terapia ocupacional siempre es llevada a cabo por personal específicamente cualificado, como psicólogos o terapeutas ocupacionales, entre otros.

La **función del auxiliar de enfermería** es la de colaborar en el desarrollo de estos programas, por lo que deben poseer un conocimiento general de las pruebas que se utilizan en la valoración de necesidades y de las actividades que se desarrollan a partir de éstas.

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN.

- 1. ¿Qué funciones o aparatos del organismo son los más dañados por la vejez?**
- 2. Define terapia ocupacional.**
- 3. ¿Por qué la terapia ocupacional es importante para el anciano?**
- 4. Enumera y define los objetivos generales de la terapia ocupacional.**
- 5. Define las funciones y actividades de terapia ocupacional recomendadas según el estado de salud del anciano.**
- 6. ¿Cuál es el objetivo de la valoración en terapia ocupacional?**
- 7. ¿Qué dos aspectos hay que tratar en la valoración del anciano?**
- 8. ¿Qué dimensiones dentro de la "capacidad y ejecución" de tareas se deben tener en cuenta en la valoración?.**

9. ¿Qué instrumentos son utilizados para valorar a los pacientes de terapia ocupacional? ¿En qué consisten?

10. ¿Qué tipo de actividades se emplean en la terapia ocupacional geriátrica? ¿Qué función cumplen?

Ejercicios de AUTOEVALUACIÓN. Soluciones a los ejercicios.

1. **¿Qué funciones o aparatos del organismo son los más dañados por la vejez?**

Aparato respiratorio, aparato locomotor, funciones vasculares periféricas y alteraciones estáticas.

2. **Define terapia ocupacional.**

Es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego (ocio) para incrementar la función independiente, potenciar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o del entorno para lograr la máxima independencia y potenciar la calidad de vida. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 1986).

3. **¿Por qué la terapia ocupacional es importante para el anciano?**

Porque le permite realizar actividades físicas y mentales de forma programada que hacen que aumente todo lo posible su competencia a los niveles que éste requiera (físicos, mentales, ocio, autonomía diaria,...).

El aumento de sus competencias deriva en una mayor satisfacción del anciano, incrementando la autoestima y la calidad de vida.

4. **Enumera y define los objetivos generales de la terapia ocupacional.**

Prevención. *Mantener las capacidades funcionales del paciente sano.*

Terapéutico. *Recuperar, en la medida de lo posible, las capacidades funcionales que ha perdido un anciano enfermo, intentando que éste consiga la máxima autonomía e independencia.*

5. **Define las funciones y actividades recomendadas de la terapia ocupacional según el estado de salud del anciano.**

Personas mayores sanas: *programas de prevención que mejoren o aumenten su calidad de vida, como pueden ser las actividades de ocio y de ejercicios físicos y deportivos...*

Personas mayores enfermas: *programas de rehabilitación sobre la disfunción específica, así como el posible acompañamiento de asistencia preventiva. Ejemplos pueden ser las actividades dirigidas a la rehabilitación de partes específicas del cuerpo,...*

Paciente geriátrico: *programas rehabilitadores en los que se intenten mejoras dentro de la disfunción, actividades en las que los pacientes encuentren interés y se potencien los recursos no deteriorados por la edad.*

6. ¿Cuál es el objetivo de la valoración en terapia ocupacional?

Identificar el grado de discapacidad del anciano, así como las necesidades sentidas por el paciente y/o familiares/cuidadores para realizar la intervención más adecuada.

7. ¿Qué dos aspectos hay que tratar en la valoración del anciano?

Capacidad: habilidad o competencia para realizar/ejecutar una tarea. Es el nivel más alto de ejecución que puede desarrollar.

Ejecución: conducta rutinaria o ejecución más habitual y acostumbrada del anciano. Es el límite inferior en el grado de desarrollo de una tarea

8. ¿Qué dimensiones dentro de la "capacidad y ejecución" de tareas se deben tener en cuenta en la valoración?.

Nivel de independencia: actividades que el paciente puede realizar sólo (independencia) o con ayuda de alguien (dependencia).

Nivel de calidad: calidad en la ejecución de la tarea.

Causa: depende del programa que se pretenda instaurar. Las diferencias son muy específicas si se trata de un programa rehabilitador de actividades diarias o de revitalización geriátrica, por ejemplo.

Nivel de independencia: se valorará qué actividades el paciente puede realizar solo (de modo independiente) o con ayuda de alguien (de modo dependiente).

Nivel de calidad: se evaluará la calidad en la ejecución de la tarea.

Causa de la disfunción: de ésta dependerá la utilización de instrumentos de evaluación más específicos; por ejemplo, pruebas para valorar disfunciones físicas, cognitivas o dadas por una enfermedad determinada. También influye en el tipo de programa que se pretenda instaurar; por ejemplo, si es rehabilitador de disfunciones físicas, de deterioro mental o para prevenir el sedentarismo que termina incapacitando a los ancianos.

9. ¿Qué instrumentos son utilizados para valorar a los pacientes de terapia ocupacional? ¿En qué consisten?

Entrevistas: es una conversación entre el profesional y el paciente y/o sus familiares y/o cuidadores en la cual se van indagando las posibles disfunciones o problemas que presenta el paciente.

- Entrevista estructurada. Llevar el diseño de unas preguntas para encontrar la información específica que estemos buscando. También existen las entrevistas semiestructuradas, en las cuales se lleva un número de cuestiones para realizar, pero se permite flexibilizar si fuese conveniente.
- Entrevista no estructurada. Se va indagando por los puntos que se consideran importantes mientras ésta se realiza. Es importante partir de una información ya conocida sobre el anciano.

Pruebas: métodos de evaluación que utilizan cuestionarios y tareas específicas para valorar determinadas funciones del paciente.

- *Pruebas estandarizadas:* son más formales y están correctamente clasificadas y baremadas.
- *Pruebas no estandarizadas:* son más informales y se adaptan más al paciente en particular.

**10. ¿Qué tipo de actividades se emplean en la terapia ocupacional geriátrica?
¿Qué función cumplen?**

Actividades de la vida diaria: El objetivo es volver a capacitar al anciano para la realización de las actividades más personales y esenciales de la independencia de una persona: las acciones dedicadas al cuidado personal (levantarse de la cama, alimentarse, asearse, vestirse,...) y las acciones de carácter general y cotidiano (utilizar grifos, interruptores, escribir, coger objetos, telefonear,...).

Actividades de ocio: El objetivo es evitar el aislamiento que se produce con los sentimientos de impotencia, dependencia y frustración que en algunos produce la entrada en la tercera edad (jubilación,...).

Ejercicios físicos de revitalización geriátrica: El objetivo es la prevención, en el anciano sano o sin un déficit invalidante, del deterioro que produce el envejecimiento.

Actividades físicas y deportivas: El objetivo es la prevención del sedentarismo; es decir, prevenir el asentamiento de los ancianos y la habituación que genera las comodidades de las que disponen que dificultan la necesidad de movimiento. Estas actividades además de prevenir, tienen una función rehabilitadora; ambas aportan beneficios a los procesos físicos, psíquicos y sociales.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Autocuidado: capacidad que tiene una persona para atenderse a sí misma.
Baremo: conjunto de normas establecidas por convención para evaluar una determinada capacidad y poder comparar los distintos resultados entre sí.
Cuádriceps: músculos de la parte superior y delantera de las piernas.
Decúbito prono: posición de tumbado boca abajo.
Decúbito supino: posición de tumbado boca arriba.
Entrevista: conversación entre dos o más personas con un objetivo determinado.
Invalidante: que anula las funciones normales de algo determinado.
Rehabilitación: recuperar, en la medida de lo posible, las capacidades funcionales que han sido perdidas.
Revitalización: prevención orientada a mantener unas capacidades funcionales.
Sedentarismo: vida de poca agitación o movimiento.
Sedestación: postura de sentado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Terapia ocupacional en salud mental: principios y prácticas. Pilar Durante, Blanca Noya Arnaiz y Pedro Moruno Miralles. Ed. Masson.
- Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Alberto Salgado Alva, Francisco Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. Ed. Salvat.
- Terapia ocupacional en salud mental: principios y prácticas. Pilar Durante, Blanca Noya Arnaiz y Pedro Moruno Miralles. Ed. Masson.
- Terapia ocupacional. Spackman Willard, Helen L. Hopkins, Helen D. Smith. Publ. Madrid Editorial Médica Panamérica, 1998.
- Terapia ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y prácticas. Editores: Annie Turner, Margaret Foster, Sybil E. Johnson. 2003.
- Rehabilitación en geriatría. André Thévenon, Bruno Pollez. Publ. Masson, 1994.
- Ejercicio físico y salud en la edad avanzada. Coord. Bernardo Marín Fernández. Public. Universidad de Oviedo. Servicio de publicaciones, 1999.
- Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Alberto Salgado Alva, Francisco Guillén Llera y Juan Díaz de la Peña. Ed. Salvat.