

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

# ENFERMERIA GERONTOLOGICA: Conceptos para la práctica

---

Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud



No. 31

---

# **ENFERMERIA GERONTOLOGICA: CONCEPTOS PARA LA PRACTICA**

**Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 31**

**Elías Anzola Pérez**

**Editor**

**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**Organización Mundial de la Salud**  
1993

Copyright Organización Panamericana de la Salud 1993

ISBN 92 75 71093 0

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización de la Salud.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la  
**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1993

# INDICE

	<u>Página</u>
Prefacio .....	iii
Prólogo .....	v
Reconocimiento .....	vii
Glosario .....	ix

## **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

I.	INTRODUCCION .....	3
II.	EL ENVEJECIMIENTO .....	7
	Definiciones de <i>geriatria y gerontología</i> .....	8
	Teorías del envejecimiento .....	9
	Envejecimiento y sociedad .....	11
III.	CAMBIOS FISICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ .....	15
	Sistema nervioso central: cerebro y médula espinal ....	16
	Sistema nervioso autónomo .....	17
	Sentido de la visión .....	17
	Audición y equilibrio .....	17
	Olfato, gusto y fonación .....	18
	Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones .....	18
	Sistema gastrointestinal .....	19
	Sistema respiratorio .....	19
	Sistema cardiovascular .....	20
	Sistema genitourinario .....	20
	Piel .....	21
	Sistema inmunológico .....	21
	Sistema endocrino .....	22

## **LA PROMOCION DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR**

IV.	LA PROMOCION DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR .....	25
	Autocuidado .....	26
	Autocuidado y aprendizaje en adultos mayores .....	30

## **ENFERMERIA GERONTOLOGICA**

V.	ENFERMERIA GERONTOLOGICA .....	35
	Definición .....	35
	Campos de acción en enfermería gerontológica .....	35
	Metodología de la enfermería gerontológica .....	37
	Valoración de las necesidades del adulto mayor ....	41
	Necesidades físicas .....	42
	Necesidades psicosociales individuales .....	44
	Necesidades de su entorno .....	47
	Diagnóstico integral de <i>enfermería gerontológica</i> ....	47
	Plan de acción .....	49
	Implementación .....	49
	Evaluación .....	53

## **LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA**

VI.	EDUCACION EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA .....	57
VII.	RECOMENDACIONES PARA LA ENSEÑANZA ....	59
VIII.	INVESTIGACION EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA .....	63

## **LOS SERVICIOS PARA LOS ADULTOS MAYORES**

IX.	SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LOS ADULTOS MAYORES .....	69
	Programas .....	69
	Servicios .....	70
	Sociales .....	70
	De salud .....	74
	BIBLIOGRAFIA .....	75

## PREFACIO

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de nuevos tipos de materiales educacionales aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción*, la **Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud**, de la cual forma parte este manual.

El *Programa Ampliado de Libros de Textos (PALTEX)*, en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El *Programa Ampliado de Textos (PALTEX)* cuenta con el financiamiento de un préstamo otorgado por el *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)* a la *Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF)*. La **OPS** ha aportado un fondo adicional para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del Programa a la oficina coordinadora del *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos* que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara en base a un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades.

La **Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud** se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal de los Ministerios y Servicios de Salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para la formulación y desarrollo de programas de atención primaria.

## PROLOGO

Uno de los grandes retos que nos ofrece la década de los 90s es la expansión inusitada de los adultos mayores, es decir, aquellos de 60 años y más, especialmente en los países en desarrollo en los cuales el 72 por ciento de este segmento poblacional estará habitando para el año 2025. En América Latina, incluyendo el Caribe, esa población específica pasará de 23,3 millones en 1980 (6,5% de la población general) a 42,4 millones (7,9%) en el 2000 y a 96,9 millones (12,8%) en el 2025.

A nadie escapan las enormes implicaciones políticas, organizativas, económicas y sociales que esta expansión —inédita en la historia de la Región— acarrearán. El hecho de que sucedan en tan corto plazo y paralelamente, aparezcan o reaparezcan problemas de salud que obligan a consumir gran parte de los recursos y esfuerzos de los Países Miembros (cólera, SIDA, tuberculosis, entre otros) le agrega un componente de dramatismo a la atención de este grupo en el cual se reconocen necesidades y características particulares al resto de la población.

Entre los muchos esfuerzos e iniciativas que se deben desplegar para la correcta atención de este complejo problema está la preparación de materiales didácticos que sean incorporados apropiadamente a los contenidos curriculares de las profesiones relacionadas con la salud y el desarrollo, pero también a los profesionales que, por razones históricas lamentables, no tuvieron acceso a estos conocimientos durante su formación. Enfermería constituye, sin duda alguna, el área profesional de los equipos de salud que puede impactar más decidida y profundamente, la atención de las personas de edad avanzada. Por ello es muy grato para nuestra Organización presentar esta valiosa y pionera publicación que espera alcanzar a una de las profesiones de cuyo conocimiento, espíritu de cuerpo y sensibilidad humanística puede depender, en gran medida, el bienestar y dignidad que la población de adultos mayores de nuestra Región se merece.

Dr. Carlyle Guerra de Macedo  
Director  
Washington, abril 1993

## **RECONOCIMIENTO**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresa su más profundo agradecimiento a las siguientes personas:

- Enfermera Pamela Babb Stanley, quien preparó, por encargo de la OPS, la primera versión sin la cual esta obra no hubiera podido realizarse;
- Dra. Elba Mata, con cuyo concurso se introdujo la perspectiva humanística y literaria en la obra;
- Licenciada Marialcira Quintero, quien entregó su energía, entusiasmo y experiencia en la preparación de la edición final; y
- Dr. Gustavo Estrada Galindo, quien revisó los aspectos médicos y sugirió encuadres editoriales de crucial importancia.

El capítulo referente a servicios para la atención de los adultos mayores fue preparado por el Dr. Elías Anzola Pérez, Asesor Regional de Salud de los Ancianos, División de Promoción y Protección de la Salud, OPS, Washington, quien fue el editor de la presente publicación.

## **GLOSARIO**

Los términos que a continuación se definen serán utilizados con frecuencia en este trabajo, razón por la cual se hace necesario la unificación de criterios a los efectos del manejo de un lenguaje con significado similar.

- GERONTOLOGIA:** Ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan.
- GERIATRIA:** Rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez.
- ENVEJECIMIENTO:** Proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.
- ANCIANO O  
ADULTO MAYOR:** Persona de 60 años y más.
- ESPERANZA O  
EXPECTATIVA  
DE VIDA:** Promedio de años de vida esperados de una persona desde su nacimiento o desde cualquier edad, que se especifique.
- DEFICIENCIA:** Es toda pérdida o anomalía de función psicológica, fisiológica o estructura anatómica.
- DISCAPACIDAD:** Es toda restricción o pérdida (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo.

**MINUSVALIA:** Es la desventaja que limita o impide el total desarrollo de su rol normal (dependiendo de la edad, sexo y factores socio-culturales) de un individuo.

**ESTILO DE VIDA:** Hábitos, consumos, conductas y exposiciones a factores externos que afectan la salud.

# **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

## I. INTRODUCCION

En el año 1982, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con el fin de discutir el impacto del envejecimiento poblacional y promover las políticas que permitieran prever y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias socioeconómicas y humanas a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo, que ese fenómeno acarrearía. La Asamblea, constituida por los delegados de 124 Estados Miembros, adoptó convencionalmente la edad de 60 años como el límite inferior de la definición de la vejez en el ciclo de vida del hombre.

La División Poblacional de las Naciones Unidas estimó que en el año 1950 la población mundial de personas de 60 años y más (ancianos ó adultos mayores) alcanzó 214 millones, lo que representó el 8,5% de la población general, y calculó que para el 2025 esa población ascendería a 1.121 millones, equivalente al 13,7% de la población general.

Esos cambios en la estructura de la población producirán repercusiones profundas en los países en desarrollo, los que para el 2025 contendrán 72% de la población de 60 años y más. En América Latina y el Caribe, la población de adultos mayores aumentará de 6,5% en 1980 a 7,9% en el 2000, es decir, pasará de 23,3 millones a 42,5 millones y se estima que para el 2025, dicho grupo estará conformado por 96,9 millones, o sea, 12,8% de la población general.

En América Latina, las proyecciones demográficas para los próximos decenios indican un aumento sustancial del número total de habitantes, además del incremento continuo del número de personas de 60 años y más. Esas proyecciones anuncian un proceso claro y sostenido de envejecimiento, caracterizado por la disminución de la mortalidad durante los primeros años de la vida y por la concentración de los fallecimientos en las etapas medianas y tardías de la misma.

La preocupación por la salud del adulto mayor se ha reflejado más profundamente en los países industrializados, en los cuales el desarrollo económico, la disponibilidad de tecnología médica avanzada, el mejoramiento de los servicios sociales y de salud, el desarrollo de los programas de investigación médica, la amplia difusión de los conocimientos

sobre la salud y las prácticas sanitarias por parte de grandes contingentes de la población han producido resultados importantes, que se han reflejado en reducción de las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad y en el aumento consecuente de la esperanza de vida de la población.

En términos generales, en América Latina las políticas y los programas para los adultos mayores han sido escasos y se les ha asignado baja prioridad, aunque recientemente algunos países han aplicado medidas destinadas a concertar la planificación de políticas y programas coherentes para este grupo de edad. Desafortunadamente, en algunos países de la Región, los programas para las personas de edad avanzada han sido obstaculizados por las dudas sobre la utilidad de destinar recursos para solucionar los problemas de una minoría considerada tradicionalmente improductiva.

Los cambios demográficos antes mencionados indican la conveniencia de que los países consideren el concepto de “esperanza de vida activa”, es decir, el número de años que una persona puede vivir de manera independiente, sin discapacidad funcional. Sin embargo, para que la esperanza de vida activa se convierta en realidad, es imprescindible reevaluar la importancia de la función de los adultos mayores dentro de la sociedad; crear políticas dirigidas a promover su salud y a prevenir y/o controlar las enfermedades prevalecientes en ese grupo de edad, tales como problemas visuales y auditivos, artritis, enfermedades cardiovasculares, fracturas de cadera y trastornos mentales. De la misma manera, es necesario evaluar la situación de pobreza, de confinamiento y de otros factores que aumentan el estado de aislamiento que habitualmente les afecta.

En general, se puede observar en algunos países de América Latina y el Caribe cierta preocupación en los sistemas de salud y asistencia social por las perspectivas demográficas; en lo que respecta al sistema de educación, aún no se han incluido de manera sistemática asignaturas de contenido gerontológico y geriátrico en los programas académicos de las carreras relacionadas con la salud: medicina, enfermería, farmacia, trabajo social, etc. Se podría inferir que dicho sistema aún no ha tomado conciencia de que la salud, y concretamente la salud del adulto mayor, más que un derecho humano, es un problema de profundas implicaciones sociales y políticas, que requiere ser incluido en los diseños curriculares bajo la perspectiva de un abordaje integral e interdisciplinario.

El análisis de los problemas de salud de la población de 60 años y más no debe limitarse al estudio de las áreas tradicionales, tales como las tasas de mortalidad y los incrementos naturales de la población; es necesario, además, abarcar los problemas concretos que afectan a este grupo social, examinar su participación en la fuerza de trabajo, los

recursos de que dispone y la situación de su desarrollo económico y social.

La complejidad de los problemas de salud de los adultos mayores exige que se amplíen las actividades de investigación, se elaboren nuevas estrategias, se apliquen medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles y se reorienten las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estancia.

Tradicionalmente, la profesión de enfermería ha sido considerada como el arte del cuidado de los enfermos, razón por la cual la mayor parte de sus funciones han estado dirigidas a contribuir a recuperar la salud perdida de los pacientes; actualmente en enfermería se hace énfasis en la planificación e implantación de programas destinados a la atención de las necesidades de salud de la población, especialmente referidos a su promoción y fomento. Siguiendo esa misma secuencia, la atención de enfermería a los adultos mayores se debe transformar de una acción eminentemente curativa y paliativa, en otra de carácter integral y en la cual los componentes de promoción y fomento de la salud constituyan el eje fundamental.

La importancia del área gerontológica en la profesión de enfermería se acentúa cada día en razón al crecimiento de la población de 60 años y más a nivel mundial y especialmente en países en desarrollo, como ya se mencionó. Es por ello que el surgimiento de la especialidad en enfermería gerontológica debe ser la respuesta de la profesión ante esta realidad demográfica y ante su compromiso social con los adultos mayores, en términos de salud y bienestar.

El propósito de este trabajo es ofrecer a los miembros del equipo de enfermería relacionados con la atención de salud de las personas de edad avanzada—sanas o enfermas— algunos conceptos fundamentales para la planificación, abordaje y evaluación de su cuidado integral, tanto en el entorno familiar y comunitario, como en el institucional.

Finalmente, es oportuno señalar que en este trabajo se utilizarán indistintamente los términos “adulto mayor”, “anciano”, “persona de edad avanzada, mayor o de tercera edad” para referirse a las personas de 60 años y más; de ellos, el de “adulto mayor” parece ser muy bien aceptado por varios países.

## II. EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

El proceso de envejecimiento realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible. Esas transformaciones se conceptúan de la siguiente manera:

- universales: porque se producen en todos los organismos de una misma especie;
- progresivos: porque es un proceso acumulativo;
- declinantes: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte;
- intrínsecos: porque ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales; e
- irreversibles: porque son definitivos.

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética y a la disminución del volumen de líquido extracelular. Esos cambios, que se evidencian en el aspecto físico y en el funcionamiento del organismo, son los responsables de la disminución del gasto cardíaco, la fuerza muscular, el flujo sanguíneo renal, la visión,

la audición y el sentido del gusto. Todos esos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona; el deterioro de la visión y de la audición, por ejemplo, se presentan en distintas formas y etapas de la vida. El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido; por el contrario, es irregular y asincrónico, no permite formular predicciones exactas y sus manifestaciones varían de un individuo a otro. El envejecimiento, así como las causas de la salud y de la enfermedad, es único en cada persona; este carácter individual presenta otro reto para la gerontología, y más concretamente para la enfermería gerontológica, que no dispone de patrones de referencia como la pediatría, que cuenta con estándares nacionales e internacionales de crecimiento y desarrollo normales.

Sin embargo, los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados:

- el envejecimiento biológico normal;
- las enfermedades;
- la pérdida de las aptitudes; y
- los cambios sociales que se suceden durante ese período de la vida.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años de desuso y a la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la actividad, lo que presenta con frecuencia una “divergencia de aptitudes”, entre la capacidad real y la capacidad potencial del individuo. A este respecto, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento recomendó a los Países Miembros de la ONU, promover la productividad de los adultos mayores y ayudarles a desarrollar su potencial para que continúen contribuyendo de manera positiva con los sistemas de apoyo social y se conviertan en agentes de asistencia y en portavoces de la experiencia.

### **Definiciones de *geriatria* y *gerontología***

**Geriatría:** La geriatría es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades frecuentes en la vejez. Los profesionales de la enfermería se han limitado, generalmente, al cuidado del anciano enfermo, brindando atención en forma intuitiva y custodial orientada hacia el alivio de los síntomas y de las enfermedades.

La comprensión del proceso de envejecimiento y de la atención integral de los ancianos se ha dificultado por la deficiencia en las labores de investigación, la falta de intercambio de información y la escasez de contenidos de capacitación y adiestramiento en gerontología y geriatría, tanto para los profesionales de la medicina como de la enfermería y de las ciencias sociales.

**Gerontología:** La gerontología es una ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y los fenómenos que le caracterizan. En la gerontología participan, entre otras, las siguientes disciplinas: medicina, psicología, sociología, enfermería, antropología, bioquímica, farmacología y economía.

La gerontología, a pesar de ser una disciplina académica y de servicio de importancia evidente, solo se ha reconocido en los países desarrollados y en muy pocos países en desarrollo.

## **Teorías del envejecimiento**

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado algunas teorías de enfoque biológico, como la teoría inmunitaria, la de los radicales libres, la del estrés y la del error, entre otras. Asimismo, se han postulado teorías de enfoque social que tratan de establecer si el individuo, capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento, puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.

Con relación a las teorías sociales, en 1961, Cumming y Henry propusieron la teoría del compromiso o de la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Esa teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca en sí misma.

En 1969, Havighurst postuló la teoría de la actividad, la cual afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y que, salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez.

Esa teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la autorrealización y, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano. Esta teoría recalca que:

- la actividad social es esencial para el funcionamiento de la persona de edad avanzada; y que
- la continuidad de las funciones sociales es imprescindible para mantener el autoconcepto positivo.

Esto implica una correlación directa entre la satisfacción con la vida, asumiendo múltiples funciones, y las actividades sociales.

Otros estudiosos desarrollaron la teoría de la continuidad, la cual se centra en la capacidad de adaptación y de ajuste del adulto mayor, tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en el período adulto.

Se cree que cuando se conoce la personalidad del individuo es posible predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento; sobre la base de este planteamiento se elaboraron cuatro tipos de personalidad y sus patrones de adaptación:

- a) La personalidad integrada, que comprende a los individuos maduros y felices que llevan a cabo actividades en diversos niveles y que van desde los altamente activos hasta los más aislados.
- b) La personalidad defensiva, que incluye a las personas que mantienen durante la vejez los mismos valores y normas de la edad adulta y se angustian por las pérdidas y los cambios que acarrea la vejez.
- c) La personalidad pasiva-dependiente, que abarca a los individuos altamente dependientes y apáticos; y
- d) La personalidad no integrada, que comprende a las personas que sufren trastornos mentales.

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow, señala que la persona autorrealizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades y que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis. Este tipo de persona, que Maslow llama “excepcional”, ha arribado a un estado de autorrealización que es sólo posible en personas de 60 años y más.

El proceso de autorrealización, de acuerdo con los postulados de Maslow, implica el desarrollo o el descubrimiento del verdadero Yo y de las potencialidades latentes. El autor señala que el aspecto más común y universal de estas personas superiores es su capacidad de ver la vida claramente, es decir, “como es” y no “como quisiera que fuera”. Son personas menos emocionales y más objetivas, que no permiten que sus esperanzas y deseos distorsionen sus puntos de vista. Como poseen una percepción superior, los adultos mayores autorrealizados son más decididos y tienen mejor noción de lo que es adecuado y de lo que es inadecuado, se extiende a muchas áreas de la vida, poseen la capacidad de escuchar a otros, de admitir que no saben y de aceptar que otros les enseñen. La percepción de la persona autorrealizada no está distorsionada por deseos, ansiedades, falsos optimismos o pesimismo, posee un alto grado de tolerancia y de aceptación; es decir, son individuos

completamente maduros que perciben su entorno contemplativa y decididamente.

Maslow identificó en sus investigaciones que la característica universal de las personas autorrealizadas es la creatividad, casi sinónimo de salud, autorrealización y completa humanidad; las personas que han logrado la autorrealización son menos inhibidas y, en consecuencia, más expresivas, naturales y sencillas. En otras palabras, en el adulto mayor autorrealizado, el subconsciente es creativo, afectuoso, positivo y saludable.

Aunque estas teorías parecen limitantes, sirven de base para comprender mejor algunas de las manifestaciones del comportamiento de las personas de edad avanzada y, de esta manera, enriqueciendo el conocimiento, es posible ofrecer un cuidado de salud integral de elevada calidad, ajustándose a la realidad específica de la vejez.

## **Envejecimiento y sociedad**

Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento es la social y es por ello que se recomienda, de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad, que el adulto mayor que participó durante su vida en grupos de diversa índole y con distintos objetivos: grupos familiares, escolares, deportivos, laborales, religiosos, políticos, filantrópicos, etc., realizando en cada uno diferentes labores, continúe participando en ellos en la medida en que sus condiciones de salud lo permitan.

Desafortunadamente, un número considerable de sociedades occidentales exhiben conductas compatibles con el fenómeno del “viejismo”. En dichas sociedades, la entronización de los valores individuales, el concepto de productividad, de consumismo, de juventud, de belleza, de automatización y de vitalidad, rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo. A todas esas circunstancias se suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

Adicionalmente a la situación descrita, en gran parte de los países en desarrollo impera el mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento. Sin embargo, no se debe seguir compartiendo la creencia de que la vejez y la enfermedad son sinónimos; que la ancianidad hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a perder las facultades, aisladas, rígidas en sus actitudes, incapacitadas sexualmente o imposibilitadas de razonar o recordar. Se sabe, no obstante, que los adultos mayores se enferman más frecuentemente que los jóvenes y son más susceptibles a las enfermedades crónicas

que ellos; pero eso no excluye el hecho de que puedan atender al cuidado de su propia salud y disfrutar de una vida llena de satisfacciones.

Es oportuno mencionar que, aunque el envejecimiento es universal, la discapacidad no lo es, ni tampoco es forzosamente irreversible. Además, la discapacidad no es sólo producto de procesos biológicos, sino también de factores sociales, psicológicos y de conducta.

Muchos de los cambios sociales y de conducta que afectan a los adultos mayores comienzan en una etapa relativamente temprana de la vida y más tarde originan afecciones crónicas. Sin embargo, el individuo puede, en gran medida, controlarlos y modificarlos, ya que la investigación ha mostrado que es posible, a menudo, hacer retroceder varios procesos de discapacidad.

Si se toma en cuenta que la salud se percibe como la riqueza de la vida cotidiana, un desequilibrio en cualquiera de las esferas que forman el mundo de las personas de edad avanzada, puede hacer que pasen de la salud a la enfermedad en el grado e intensidad en que su capacidad de adaptación al ambiente lo determine. El equipo de salud y, más concretamente, el de enfermería gerontológica, debe tratar de restaurar el equilibrio entre el adulto mayor y su entorno, ayudándole a desarrollar sus capacidades y potencialidades y reconociendo su experiencia, sabiduría, utilidad y valor como ser humano.

La complejidad del proceso de envejecimiento exige que la atención del adulto mayor se realice utilizando criterios coherentes, continuos y unificados, con el fin de promover, prevenir, tratar y rehabilitar su salud de manera eficiente.

La sociedad ejerce una gran influencia sobre el individuo durante su proceso de envejecimiento y, por tanto, las interacciones deben estudiarse tomando en cuenta los siguientes factores:

- el ambiente sociocultural y psicológico donde vive el adulto mayor;
- los cambios que afectan su comportamiento y su autopercepción;
- la familia y los contactos sociales que le sirven de apoyo;
- la identificación con grupos étnicos o religiosos que le brindan apoyo social;
- el efecto del incremento de la población adulta mayor sobre la sociedad; y
- la salud como determinante del bienestar.

Durante la vejez ocurren pérdidas biológicas, psicológicas y sociales que afectan y cambian progresiva o súbitamente el estilo de vida de las personas. La capacidad del individuo durante la adultez de enfrentar los cambios y las crisis, de adaptarse a las nuevas situaciones, de correr

riesgos y de confrontar factores estresantes, pueden utilizarse como indicador del tipo de vejez que esa persona alcanzará.

Sin embargo, la capacidad de adaptación del adulto mayor se ve a veces comprometida por los frecuentes cambios sociales, físicos, económicos y laborales a que están expuestos. Los factores estresantes dejan huellas visibles aun en personas jóvenes, quienes pueden envejecer prematuramente a partir de ciertos períodos de crisis.

Las condiciones del ambiente físico y social en que se desenvuelve la persona tienden a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Es necesario que la sociedad considere, reconozca y acepte al adulto mayor como una persona con los mismos derechos y deberes que los adultos, jóvenes y niños, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

Algunas investigaciones sobre la salud integral de las personas de 65 años y más mostraron que no basta tener buenas intenciones y mucho amor por los ancianos para ayudarles a prevenir las enfermedades, a recuperar la salud, a adaptarse a los cambios, a rehabilitar sus deficiencias y a disfrutar de una vida digna; es preciso contar con los recursos humanos adiestrados específicamente en gerontología y geriatría. Los servicios que prestan los profesionales sin capacitación adecuada son a menudo peligrosos y antieconómicos, tanto por la falta de conocimientos pertinentes como por la incapacidad de reconocer el potencial de los adultos mayores.

Tradicionalmente, la atención de salud de la población se ha orientado hacia la recuperación y la rehabilitación del enfermo. Esta orientación ha influido sobre el personal médico, de enfermería y de otras profesiones relacionadas con la salud, para que consideren la morbilidad del anciano consubstancial a su edad y, por tanto, sinónimo de enfermedad. Esto advierte que los problemas de salud del anciano y la polipatología que ellos presentan, requieren personal profesional, técnico y auxiliar que conozca detalladamente el proceso de envejecimiento y esté capacitado para abordarlo eficazmente.

### **III. CAMBIOS FISICOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VEJEZ**

En la valoración de los cambios físicos que ocurren en la vejez, existe la tendencia a fragmentar al adulto mayor, considerando las transformaciones que confronta como si ocurrieran en sistemas aislados, por ejemplo: la función del riñón, la función del corazón, etc. Esta apreciación obviamente tiene el error de no ver la función del organismo como un todo.

Desde el punto de vista fisiológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. El mantenimiento de este adecuado funcionamiento, llamado homeostasis, envuelve una serie de complejos cambios bioquímicos y fisiológicos, y casi todos los órganos y sistemas del cuerpo participan en este proceso; cabe entonces preguntarse si la homeostasis es mantenida en el anciano y dentro de que límites esto puede ocurrir.

La mayoría de personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo. Este deterioro en la función puede ser secundario, en parte, a la pérdida progresiva de células funcionales y a la constante disminución de tejido en muchos sistemas corporales. Estos déficits relacionados a la edad se hacen aparentes solamente cuando el cuerpo o sistema está fisiológicamente bajo estrés; por ejemplo: enfermedad aguda o crónica, ejercicio fatigante, exposición a temperaturas extremas, etc. Es conveniente tomar en cuenta que la capacidad de reserva funcional está disminuida y cuando ésta se utiliza, el déficit aparece. La mejor manera de ejemplificar esto es lo que pasa con el riñón: durante la infancia, adolescencia y juventud, un individuo es capaz de vivir con un solo riñón, sin menoscabo de su

función; sin embargo, a partir de los 35 años aproximadamente, la función disminuye progresivamente y consecuentemente la reserva funcional, necesitando para mantener su homeostasis, de ambos riñones.

Hay que reconocer que, al igual que en los aspectos psicológico y social del anciano, los cambios fisiológicos son del todo heterogéneos, tanto de un individuo a otro como dentro de los mismos sistemas de un organismo, ya que dependen de las condiciones pre-existentes, del estilo de vida y de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son, pues, el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

Con el ánimo de facilitar una mejor comprensión del tema y sin perder de vista que el organismo interactúa como un todo, es necesario considerar algunos aspectos particulares del envejecimiento de los sistemas y sus consecuencias.

## **Sistema nervioso central: cerebro y médula espinal**

### *Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- engrosamiento de las meninges;
- atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años);
- disminución de los procesos dendríticos;
- reducción de la sustancia blanca;
- disminución de la velocidad de conducción;
- aumento del tiempo de respuesta reflejo.

### *Consecuencias de estos cambios:*

- algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto;
- puede observarse, en algunos ancianos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje;
- también, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance;
- estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

## **Sistema nervioso autónomo**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos.

*Consecuencias de estos cambios:*

- existe una disminución de la sensibilidad de los baroreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural;
- existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”;
- ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades;
- existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación;
- puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

## **Sentido de la visión**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal;
- depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino;
- cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

*Consecuencias de estos cambios:*

- apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular;
- pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales;
- lenta adaptación a la obscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

## **Audición y equilibrio**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- degeneración del Organó de Corti;
- pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal;

- disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración;
- osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio;
- excesiva acumulación de cerumen;
- disminución de la producción de endolinfa;
- degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

*Consecuencias de estos cambios:*

- presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos;
- deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

## **Olfato, gusto y fonación**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- atrofia de las mucosas;
- degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años);
- atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

*Consecuencias de estos cambios:*

- deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición;
- disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución;
- cambios en la voz.

## **Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular);
- osteoporosis;
- cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago;
- engrosamiento sinovial;
- opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

*Consecuencias de estos cambios:*

- pérdida de masa muscular;
- predisposición a calambres musculares;
- predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extra-abdominales;
- debilidad muscular;
- limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal;
- cifosis;
- disminución de la estatura;
- disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones;
- rigidez articular y predisposición al dolor;
- disminución en la confianza y seguridad para la actividad;
- dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado.

## **Sistema gastrointestinal**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- cambios en la mucosa oral;
- cambios atróficos en la mandíbula;
- atrofia de tejidos blandos (encía);
- atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis;
- reducción del tamaño del hígado;
- disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

*Consecuencias de estos cambios:*

- predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal;
- problemas en la absorción de los alimentos;
- constipación y diverticulosis;
- aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

## **Sistema respiratorio**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums;
- esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte;
- degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas;
- osteoporosis de la caja torácica;

- reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales;
- debilidad de los músculos respiratorios.

*Consecuencias de estos cambios:*

- capacidad vital disminuida;
- deterioro de la difusión de oxígeno;
- eficiencia respiratoria disminuida;
- disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaramiento de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos;
- cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax;
- predisposición a la infección.

## **Sistema cardiovascular**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima;
- incompetencia valvular venosa;
- calcificaciones en las válvulas cardíacas;
- rigidez de las paredes venosas;
- depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio;
- aumento de la resistencia periférica;
- disminución del gasto cardíaco;
- deterioro de la microcirculación.

*Consecuencias de estos cambios:*

- dilatación y prominencia de la aorta;
- presencia de soplos cardíacos;
- predisposición a los eventos tromboembólicos;
- disminución en la capacidad de actividad física;
- insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas;
- trastornos de la micro-circulación periférica.

## **Sistema génito-urinario**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad;
- cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas;
- atrofia de la mucosa vaginal;

- laxitud de los músculos perineales;
- atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

*Consecuencias de estos cambios:*

- falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio;
- disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos;
- dispareunia (dolor al coito) en la mujer;
- incontinencia urinaria;
- aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

## **Piel**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos;
- cambios pigmentarios;
- hiperqueratosis epidérmica;
- degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- esclerosis arteriolar;
- reducción de la grasa subcutánea.

*Consecuencias de estos cambios:*

- piel seca, arrugada, frágil y descolorida;
- pelo cano y caída parcial o total del mismo;
- uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento;
- placas seborreicas;
- disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termoregulación;
- disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas;
- prurito;
- aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

## **Sistema inmunológico**

*Cambios relacionados al envejecimiento:*

- disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo).

*Consecuencias de estos cambios:*

- aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

**Sistema endocrino**

*Cambios relacionados con el envejecimiento:*

- disminución de la tolerancia a la glucosa;
- disminución de la actividad funcional tiroidea;
- cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

*Consecuencias de estos cambios:*

- predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos;
- respuestas metabólicas lentas;
- respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.

**LA PROMOCION DE LA  
SALUD DEL ADULTO  
MAYOR**

## **IV. LA PROMOCION DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR**

Definir salud ha sido una de las tareas más arduas y complejas a la que se han enfrentado los organismos competentes. La Carta de Ottawa, emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en esa ciudad canadiense en noviembre de 1986, señala que: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”.

En el mismo documento se afirma que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad y que cualquier mejora de la salud, ha de basarse necesariamente en estos pre-requisitos; y continúa señalando que: “una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de la vida”. Esta nueva concepción de salud plantea la multifactorialidad de los elementos que la determinan y en consecuencia obliga al análisis de la situación en cada país, en función de la responsabilidad de los estados y sus pueblos en esta materia. Pareciera innecesario señalar que esta concepción de salud es aplicable a toda la población sin ningún tipo de diferencias en razón a la edad; sin embargo, es válido apuntar que los adultos mayores conforman actualmente, y continuarán haciéndolo por razones demográficas, uno de los grupos evolutivos sobre los que habrá que producir modificaciones

substanciales en políticas y acciones de salud, a fin de reflejar el cumplimiento del compromiso de “Salud para Todos”.

Armonizando con la nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que para una persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos interno y externo y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos, que le permiten estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”; esta definición aclara que los adultos mayores, con sus particularidades, tienen su propio nivel máximo de bienestar y que este aspecto debe considerarse cuando se aplica el concepto de salud en general.

De acuerdo a lo expresado en la Carta de Ottawa: “la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial”. Estas afirmaciones concuerdan con las expresadas por gerontología, enfermería y las del enfoque holístico, en el sentido de ofrecer a los adultos mayores la posibilidad real de alcanzar su máximo potencial de salud en el entorno donde se desenvuelven.

El desarrollo de las actitudes personales, además de la elaboración de una política pública sana, de la creación de ambientes favorables, del reforzamiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios, constituyen los elementos que determinan la participación activa en la promoción de la salud. Referidos al primer elemento, la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida; de ese modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre su entorno y para que opte por todo lo que propicie su salud y bienestar.

Los planteamientos previos ofrecen soporte fundamental para considerar al proceso educativo como una de las principales estrategias a considerar al desarrollar programas de promoción de la salud y, en ese sentido, el autocuidado como concepto educativo, ha tomado auge en los últimos años a raíz de la prioridad dada a la atención primaria como la estrategia de elección para el logro de la meta de “Salud para Todos”.

## **Autocuidado**

Actualmente es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en los programas de salud, tanto en el sector público como privado, y en los cuales el autocuidado representa una alternativa eficaz para el logro de los objetivos, ya que el mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, control y disminución de factores de riesgo y

promoción de conducta de autocuidado, se traducirá en una población adulta mayor más saludable.

Uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería radica en el convencimiento del poder ilimitado de aprendizaje del ser humano, independientemente de su edad y de la posibilidad de que a través del proceso educativo las personas de la tercera edad incorporen a su vida diaria conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su bienestar, así como abandonar los estilos de vida que pudieran perjudicarlo.

Larry C. Coppard y colaboradores definen autocuidado como “todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales”.

Esto incluye el hecho de poseer habilidades tales como:

- realizar diagnósticos sencillos al hacer una valoración de su estado de salud, ej.: tomar temperatura, presión arterial y pulso, autoexamen de mamas, etc.;
- enfrentar condiciones agudas sencillas, ej.: resfriado común, lesiones y quemaduras de la piel, etc.;
- tratar enfermedades crónicas, ej.: monitoreo según prescripción;
- realizar acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promocionar la salud, ej.: ejercicios, dietas prescritas, eliminar consumo de cigarrillo y alcohol, buena higiene dental, estilos de vida saludables; y
- búsqueda de información relacionada a la salud, ej.: conocimiento de los pasos a seguir antes de buscar ayuda profesional, cómo obtener información de salud, cómo tener acceso al cuidado formal, etc.

Esto significa que la mayoría de esas habilidades son relativamente fáciles de enseñar y aprender, con pocos riesgos de que se produzcan complicaciones en ausencia de un profesional.

La mayoría de las personas mayores tienen la capacidad física y mental necesaria para realizar actividades de autocuidado a sí mismas o a otras personas. Sin embargo, esta posibilidad real es cuestionada por laicos, profesionales y los mismos adultos mayores, debido a conceptos equivocados y puntos de vista negativos hacia la vejez, al considerar que el ser personas de tercera edad es sinónimo indiscutible de rigidez, enfermedad, discapacidad, etc.

Las personas mayores adquieren algunos de los conocimientos básicos de autocuidado por medio de las experiencias de la vida cotidiana y de

las situaciones que afectan su salud, pero será necesario que aprendan nuevos conocimientos y prácticas que les permitan realmente convertirse en sus propias fuentes de bienestar. Algunos adultos mayores no sólo son capaces de realizar las actividades de autocuidado, sino que pueden también colaborar en el cuidado de otros más limitados física y psicológicamente; esto se puede apreciar en los grupos de ancianos voluntarios que trabajan en los hospitales y en las comunidades.

El autocuidado no es sólo una función inherente a los profesionales de la salud, sino que también involucra al adulto mayor, a su familia, a los vecinos, a los grupos de voluntarios y a la comunidad en general. Este tipo de actividades es lo que se conoce como “cuidado laico” e implica que la persona comparta con otros la responsabilidad del cuidado de su salud. El individuo, solo o con ayuda de otros, se convierte, de esta manera, en su propio agente de cuidado.

Sin embargo, este procedimiento exige que el trabajo se organice en equipo, como bien lo señala Busse cuando afirma que el autocuidado y la gerontología se basan en enfoques multidisciplinarios. Cabe destacar, asimismo, que el autocuidado no significa solamente el cuidado de la salud física y mental, sino que abarca todas las esferas de la vida que forman la escala de necesidades básicas del hombre.

Dorothea Orem en su teoría de enfermería sobre autocuidado, lo define como una conducta que se aprende y que surge de la combinación de las experiencias sociales y cognoscitivas, las cuales le permiten al ser humano realizar actividades que promuevan su estado óptimo de salud y bienestar.

Los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado y para incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral. El autocuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y la participación de los recursos de la comunidad, puede encontrar la solución a la mayoría de sus problemas. La comunidad debe tomar parte activa en la promoción de la autosuficiencia, con el fin de reducir la situación de dependencia de los adultos mayores.

La mejor contribución al autocuidado consiste, probablemente, en fomentar estilos de vida saludables a una edad temprana, de manera que los adultos mayores del futuro, eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos.

Sin embargo, nunca es tarde para iniciar medidas preventivas y cambios en los estilos de vida perjudiciales para la salud; entre esas medidas se pueden citar: dejar de fumar, usar cinturones de seguridad, abstenerse de consumir alimentos que agraven las condiciones crónicas, mantener el tono y fuerza muscular mediante ejercicios y realizar actividades que mejoren el funcionamiento orgánico y social y atenúen los efectos de

las enfermedades que puedan surgir más adelante en la vida. Algunos estudios han mostrado que las personas sedentarias de 60 años y más que deciden tomar parte en programas regulares de ejercicios, mejoran su rendimiento cardíaco y disminuyen sus niveles de lípidos en la sangre.

Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido:

- mantener la capacidad funcional del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades;
- hacer menos grave la enfermedad o discapacidad del anciano con enfermedad crónica; y
- mejorar la interacción entre la persona mayor y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la disseminación de más y mejor información.

En este sentido, el autocuidado puede fomentarse proporcionando a los adultos mayores y a sus familiares, información sobre las conductas de salud que favorecerían su bienestar y cómo utilizar más eficazmente los servicios sociales y de salud.

El adulto mayor no debe ser sólo un destinatario pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en el foco o centro de esos servicios. Como bien lo afirmó Halfdan Mahler, ex-Director General de la Organización Mundial de la Salud, “es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismos”.

A los efectos del autocuidado, los programas de rehabilitación son de fundamental importancia para ayudar a los adultos mayores discapacitados a recobrar su capacidad funcional; ellos deben basarse en la autosuficiencia, en lugar de la dependencia. La capacidad de trasladarse de la cama a la silla de ruedas puede, a menudo, representar para el anciano la diferencia entre permanecer en la comunidad o tener que ingresar a una institución.

Se estima que casi el 80% de las personas de 60 años y más padecen de una enfermedad crónica, por lo menos. Asimismo, entre las personas de tercera edad que viven en las comunidades, entre el 5% y el 7% necesita algún tipo de ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; y cerca del 4% padece algún grado de demencia. Por consiguiente, a menos que se logren mayores avances en la prevención y en el tratamiento de las discapacidades vinculadas con la vejez, hará falta más cupos en los hogares de ancianos y más camas en los hospitales para enfermedades graves y esta situación hace imperativa la implantación de programas de promoción de la salud para personas de edad avanzada, con un elevado componente de autocuidado.

## **Autocuidado y aprendizaje en adultos mayores**

El autocuidado y el proceso de aprendizaje están estrechamente vinculados. En lo que se refiere al aprendizaje en los adultos mayores, Rendón y sus colaboradores han señalado que las funciones intelectuales no se deterioran automáticamente con la edad; la personalidad, por ejemplo, se mantiene estable a lo largo de toda la vida. La vejez no es, por tanto, sinónimo de pérdida de la capacidad; por el contrario, el proceso de aprendizaje puede desarrollarse en forma dinámica y fluida durante toda la existencia. No obstante, en la planificación de las actividades educativas para las personas de edad avanzada, hay que tener en cuenta variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje, tales como las alteraciones en la percepción sensorial, motivación, tiempo de respuesta, nivel de energía física y mental, y memoria.

También hay que recordar que no todos los ancianos son iguales, ya que como se ha indicado, el proceso de envejecimiento es altamente individual; por otra parte, existen diferencias en educación, antecedentes sociales, culturales y económicos y finalmente en el estado de salud mismo, que lo hacen único e individual.

El proceso de aprendizaje exige que los sentidos, principalmente la visión y la audición, perciban el estímulo, lo interpreten, lo almacenen y lo codifiquen, primero en la memoria primaria y luego en la secundaria. La información se capta por medio de los sentidos y la transformación se efectúa en la memoria primaria donde los datos se relacionan y se transforman en pequeñas piezas que se comparan con los aprendizajes anteriores y se almacenan más fácilmente en la memoria secundaria. La desorganización dificulta el proceso de memorización, especialmente en personas de edad avanzada; por consiguiente, la información que se ofrezca debe organizarse secuencialmente utilizando elementos de asociación que le ayude a la persona mayor a recordar la información con facilidad.

Para facilitar la memorización, especialmente la codificación y la reintegración, se deben usar contenidos que tengan relevancia para el adulto mayor, de manera que él asocie la nueva información con sus experiencias vitales y con la información aprendida anteriormente. Se recomienda ampliamente el uso de medios audiovisuales, recordando que cuando se usa material escrito, es necesario asegurarse que la información se presente en letras grandes y de molde. Con el propósito de favorecer la adquisición de nuevos conocimientos y estimular el autocuidado, se recomienda ofrecer la información en pequeñas cantidades y hacer uso de la repetición; esta última favorece la fijación del conocimiento. En el caso de enseñar habilidades psicomotoras, deben hacerse tantas demostraciones como sean necesarias, hasta que la persona mayor logre su objetivo de aprendizaje.

En los adultos mayores la motivación determina, en gran medida, el grado de aprendizaje; mientras más importante, significativo y aplicable sea el nuevo conocimiento para ellos, más alta será su motivación y deseo de realizarla bien; es por ello que el personal de enfermería gerontológica deberá desarrollar las acciones necesarias para mantener un alto nivel de motivación en las personas mayores.

Otra de las variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje de los adultos mayores es el tiempo de reacción y respuesta. Se estima que este tiempo empieza a disminuir a partir de los 60 años; en otras palabras, las personas de 60 años y más necesitan más tiempo que los adultos y jóvenes para reaccionar ante una nueva información. Por ello es conveniente reducir la cantidad de material y la velocidad con que se presenta la información, con el fin de compensar la demora en el tiempo de respuesta; también es recomendable presentar el material en pequeñas unidades para favorecer la percepción, adquisición, codificación y almacenamiento de la información. Un aspecto de suma importancia derivado del retardo en el tiempo de respuesta y con implicaciones para enfermería, es el hecho de que no debe presionarse a las personas mayores para que realicen tareas durante un tiempo determinado o controlado.

El nivel de energía es otro aspecto determinante para el proceso de aprendizaje y por esa razón se recomienda que las sesiones educativas no sobrepasen los 30 minutos y permitan períodos de descanso, si es necesario, con el propósito de que el adulto mayor mantenga los niveles adecuados de energía que favorezcan el logro de los objetivos de salud.

Los planteamientos y recomendaciones expresados anteriormente son producto del análisis del "Modelo básico gerontológico de enseñanza y aprendizaje para uso en enfermería", de Rendón y colaboradores, quienes tomaron en cuenta las variables que afectan el proceso de aprendizaje durante el envejecimiento, para proponer algunas estrategias específicas que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje en los adultos mayores.

Además de los elementos mencionados, otros que se deben considerar para favorecer el proceso de aprendizaje de las personas de la tercera edad, son: ambiente físico protegido, sentido de seguridad, respeto y aceptación, y la ausencia de amenazas y de sentido de ridículo. El optimismo manifiesto, la paciencia, el elogio, el sentido del humor y los refuerzos positivos contribuyen a formar un ambiente alentador donde el adulto mayor tiene excelentes posibilidades de éxito y oportunidades para integrarse al esfuerzo conjunto de optimizar su bienestar integral, iniciar nuevas tareas, explorar otros caminos y aceptar nuevos retos de la vida.

**ENFERMERIA  
GERONTOLOGICA**

## **V. ENFERMERIA GERONTOLOGICA**

### **Definición**

Enfermería gerontológica ha sido definida por Gunter y Estes como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquéllos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

- aumentar las conductas saludables;
- minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad;
- proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte; y
- facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

Esta definición ha sido considerada por numerosas autoridades en enfermería como una de las más abarcadoras e integrales y de permanente vigencia.

### **Campos de acción en enfermería gerontológica**

La enfermería gerontológica tiene la posibilidad de desarrollar su ejercicio profesional en una amplia variedad de escenarios, razón por la cual su campo de acción se extiende a través de los diferentes modelos de servicios, desde la comunidad hasta las instituciones de más alta complejidad tecnológica. El profesional de enfermería gerontológica desarrolla uno o más de los siguientes roles: educación; cuidado o asistencia directa; asesoría, planificación y coordinación de servicios; así como también enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecutan esos roles o de los que se preparan para realizarlos.

Para desarrollar esos roles con eficiencia, se espera que el equipo de enfermería, en su quehacer cotidiano, esté en capacidad de:

- i) evaluar la salud física, psicológica y social del adulto mayor y su grupo familiar, utilizando la entrevista, la observación y el examen

- físico, para determinar su grado de funcionalidad y discriminar entre los hallazgos normales y los anormales;
- ii) analizar la información recolectada para tomar una decisión en cuanto al cuidado que requiere el adulto mayor y determinar el tipo de asistencia que requiere, para así convertirlo en un plan de cuidados;
  - iii) ofrecer atención a la persona mayor de acuerdo con el plan diseñado;
  - iv) facilitar el aprendizaje al adulto mayor sobre aspectos relacionados con su proceso de envejecimiento y sobre las conductas de salud que favorecerían su bienestar integral mejorando su calidad de vida;
  - v) asistir a la persona de edad avanzada, a su familia y la comunidad, en las acciones necesarias para lograr el máximo bienestar y funcionamiento;
  - vi) asistir al adulto mayor y a sus familiares durante la enfermedad y después del proceso de muerte;
  - vii) suministrar servicios de emergencia y cuidados adecuados para los que sufren alteraciones agudas; y
  - viii) proporcionar información a la persona mayor y sus familiares sobre el diagnóstico y los planes de tratamiento y cuidado.

En el campo administrativo, el equipo de enfermería gerontológica cumple tareas de supervisión, planificación, coordinación y evaluación de los servicios de salud que se brindan al anciano.

El profesional de enfermería gerontológica, al cumplir funciones de educador, participa en actividades de educación formal e informal explicando el proceso de envejecimiento y las prácticas positivas de salud que se deben llevar a cabo durante ese período.

Asimismo, se espera que el profesional de enfermería gerontológica realice las siguientes funciones:

- i) valorar las necesidades de capacitación y de adiestramiento del personal a su cargo;
- ii) desarrollar o participar con el personal del equipo de salud en programas de educación continua en el área;
- iii) facilitar el intercambio de información y de conocimientos, promoviendo la más amplia comprensión de las características y necesidades del adulto mayor;
- iv) asesorar al equipo de salud, a la comunidad y las personas que están en contacto directo con el anciano, sobre aspectos que favorezcan el logro de su bienestar; y
- v) cumplir funciones de investigación sobre temas de interés en el área profesional y servir de guía y coordinador de estudios en otras áreas

de la enfermería, así como también en tareas de carácter interdisciplinario.

Uno de los aspectos resaltantes de las funciones de la enfermería gerontológica es el trabajo en equipo; en ese sentido, con el fin de lograr la atención integral del adulto mayor, se deben constituir equipos interdisciplinarios de salud, en los que el trabajo del profesional de enfermería es complementario y no competitivo.

Para ejercer sus roles, el profesional de enfermería gerontológica debe poseer las siguientes características:

- principios éticos de enfermería;
- liderazgo para actuar como agente de cambio y progreso;
- actitud de aceptación y respeto por la vejez y por las personas mayores;
- compromiso con el adulto mayor, la familia, la comunidad y la profesión;
- sentido de responsabilidad y autocrítica en las tareas que emprenda; y
- óptimas habilidades de comunicación con el anciano, la familia, la comunidad y el equipo interdisciplinario.

En resumen, el equipo de enfermería, integrado por personal profesional y auxiliar, debe realizar acciones de tipo preventivo en las comunidades, sectores públicos y concentraciones educativas; y cuidado primario y asistencia continua en clínicas ambulatorias, centros y puestos de salud, consultas externas, domicilios, hogares geriátricos, residencias para adultos mayores y centros de cuidado diario. Debe brindar también cuidados secundarios en hospitales e instituciones de cuidado crónico y cuidado terciario en hospitales universitarios, hospitales geriátricos, servicios especializados en hospitales generales y centros de enfermedades crónicas, así como también brindar atención de rehabilitación en hogares geriátricos, domicilios, hospitales de día y centros especializados.

Además de los aspectos mencionados, el equipo de enfermería gerontológica debe retener y fortalecer las destrezas técnicas y habilidades aprendidas durante su formación básica; continuar su proceso de crecimiento profesional mediante las actividades de educación continua; poseer madurez, estabilidad emocional y juicio crítico para ayudar al adulto mayor a solucionar y encauzar sus dificultades de salud y promover su bienestar.

## **Metodología de la enfermería gerontológica**

En el año 1976, la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE) diseñó las normas o estándares para la práctica de enfermería geron-

tológica en Estados Unidos, de acuerdo al enfoque sistémico de la práctica general de la profesión de enfermería que incluye: la valoración del estado de salud de las personas de edad avanzada, el diseño del plan de acción, la instrumentación de dicho plan y su correspondiente evaluación. Este enfoque sistémico o “Proceso de enfermería”, constituye una de las estrategias específicas de mayor alcance y aplicabilidad, razón por la cual fue seleccionada como eje para el diseño de los estándares.

La misma ANE, en el año 1981, amplió su propia definición y concluyó en que enfermería gerontológica abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y el alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.

Los estándares de la práctica de enfermería gerontológica, han sido diseñados por la ANE para aplicarse en diferentes escenarios con el propósito de garantizar al adulto mayor, sano o enfermo, cuidados de calidad. Los siete estándares de la ANE son los siguientes:

- a) La información sobre el estado de salud del adulto mayor se recolecta sistemática y continuamente; dicha información debe ser accesible, comunicada y documentada.

Para lograr este estándar se evalúa el estado de salud del adulto mayor, especialmente: estado psicológico, social y ecológico; modos que usa para comunicarse; patrones de adaptación; estilo de vida anterior; ejecución de actividades de la vida cotidiana; percepción y grado de satisfacción con su estado de salud actual; recursos humanos y materiales disponibles; y cambios fisiológicos esperados por el envejecimiento o problemas de salud física.

Esta información se obtiene del anciano, de su familia, del personal de salud o de otras personas que estén en su entorno inmediato, a través de entrevistas, examen físico, observación e historia clínica previa.

- b) Los diagnósticos de enfermería se derivan de las respuestas normales identificadas y de la información recolectada sobre el estado de salud del adulto mayor.

Los hallazgos encontrados en la valoración se comparan con los considerados “patrones normales” y se determinan las variaciones con respecto a éstos. Se identifican también las fortalezas y limitaciones de la persona y la respuesta ante su propio proceso de envejecimiento. Todo ello permitirá concluir en diagnósticos de enfermería congruentes con la situación de cada persona y con el plan de acción de los otros profesionales encargados de la atención del adulto mayor.

- c) El plan de cuidados de enfermería se desarrolla en unión con el adulto mayor y/o con sus familiares, e incluye metas derivadas de los diagnósticos de enfermería.

Tomando en consideración que las metas son la determinación de los resultados que deben ser logrados por la persona mayor y que deben estar concebidas en función del logro de la máxima independencia en las actividades de la vida cotidiana, es necesario que dichas metas sean congruentes con las de otros miembros del equipo de salud y que sean realistas y evaluables.

- d) El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y especifica las actividades que son necesarias para lograr las metas derivadas de los diagnósticos de enfermería.

Para dar cumplimiento a este estándar de cuidado, se planifican acciones de orden físico, social, psicológico, espiritual, etc., con el propósito de prevenir, disminuir o controlar los problemas específicos del adulto mayor; esas acciones deben guardar relación con los diagnósticos de enfermería y las metas de cuidado. Algunas de las acciones recomendadas incluyen: modificación del entorno físico que pueda constituir un riesgo de accidentes, enseñanza de conductas saludables, atención específica a problemas, etc.

- e) El plan de cuidados se instrumenta utilizando acciones de enfermería apropiadas.

Las acciones de enfermería apropiadas, oportunas y eficaces, están dirigidas hacia el logro de las metas; ello implica que estén basadas en principios científicos, que sean individuales, consistentes con el plan de acción conjunto del equipo de salud, delegables de acuerdo a situaciones específicas y seguras para el adulto mayor.

- f) El adulto mayor y/o sus familiares participan en el proceso de análisis para determinar el progreso obtenido en el logro de las metas establecidas.

La persona de edad avanzada y su familia son componentes esenciales en la determinación del logro de las metas de salud y en la efectividad de las acciones de enfermería; de allí que el progreso hacia el logro de las metas establecidas, debe evaluarse en forma conjunta.

- g) El adulto mayor y su familia participan en el proceso de evaluación, después de la orden de egreso hospitalario, en el establecimiento de nuevas metas, en la reordenación de prioridades, en la revisión del plan de cuidados de enfermería y en el inicio de nuevas acciones.

El cuidado integral de la persona de edad avanzada incluye el involucrarla activamente, en unión de su familia, en el proceso dinámico y continuo de su cuidado; ello significa determinar el logro de las metas, identificar nuevas metas, reordenar prioridades e iniciar otras acciones.

La aplicación y adaptación de estos estándares de cuidado a cada situación en particular constituyen una garantía de la calidad de atención integral para los adultos mayores a quienes enfermería ofrece sus servicios profesionales. Es así que la práctica de la enfermería gerontológica se fundamenta en el conocimiento del proceso normal de envejecimiento, en los cambios esperados por ese hecho y en los problemas de salud que con más frecuencia aquejan a los adultos mayores, así como también en el desarrollo de habilidades y destrezas específicas de enfermería que les permitan ayudar a satisfacer sus necesidades básicas con el propósito de que alcancen su máximo potencial de salud y bienestar.

Uno de los objetivos de la enfermería gerontológica consiste en brindar asistencia integral al adulto mayor para facilitar su proceso de adaptación a las nuevas condiciones que encuentra en el ambiente comunitario o institucional; ello implica que la atención de salud se enfoca en la persona de edad avanzada, en su familia y en la comunidad, considerando estas dos últimas como unidades de servicios. Ofrece también atención específica e integral, desempeña funciones educativas en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades y en el tratamiento y rehabilitación; igualmente desarrolla actividades tendientes a lograr que el adulto mayor participe y se responsabilice por su propia salud.

Para lograr sus propósitos, el personal de enfermería gerontológica deberá, en forma sistemática, aplicar el proceso de enfermería durante sus intervenciones, iniciando sus acciones con la valoración integral de la salud de los adultos mayores, vale decir sus necesidades biológicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales, lo cual le permitirá concluir en diagnósticos de enfermería acertados, determinar la capacidad funcional de las personas mayores para realizar las actividades de la vida cotidiana y diseñar un plan de acción para ayudarles a satisfacer sus necesidades interferidas y promover su bienestar.

En resumen, las actividades gerontológicas van dirigidas a lograr el máximo nivel de salud de los adultos mayores sanos o enfermos, mediante un abordaje holístico e interdisciplinario, tanto en el ámbito familiar como comunitario o institucional; y en este último, a nivel ambulatorio, intermedio, crítico o de rehabilitación.

El proceso de enfermería aplicado a la gerontología brinda una sistematización para el desarrollo de la actividad del profesional de enfermería gerontológica en todos los pasos de su aplicación: en la valoración de las necesidades, en la interpretación de las mismas o diagnóstico, en la toma de decisiones para la acción y en la evaluación. En los siguientes párrafos se explicarán con algún detalle los pasos a seguir.

## **Valoración de las necesidades del adulto mayor**

Este es un proceso de recolección de información relevante sobre la salud integral del anciano y sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir "integral", se entiende que debe obtenerse información sobre las capacidades funcionales, el estilo de vida, los valores y creencias respecto a la salud, la familia y la comunidad. Alguna de la información necesaria puede, en ocasiones, obtenerse de otros trabajadores de la salud pero debe tratar de no ser un duplicado de otras evaluaciones.

La valoración del profesional de enfermería gerontológica debe contribuir a dar una visión completa de cómo el anciano se desenvuelve en sus actividades diarias tomando en cuenta no solo al individuo sino a la familia y a la comunidad. Para esta valoración el profesional de enfermería utilizará la entrevista, el examen físico, la observación y la información que obtenga el resto del personal del equipo de atención. Esta valoración debe estar centralizada en las necesidades del anciano.

Para tener éxito en esta primera etapa, es necesario que el profesional de enfermería gerontológica establezca una adecuada comunicación, la cual depende de muchos factores, entre los que están: la actitud del propio profesional de enfermería, el ambiente donde se desarrolla la valoración y la manera como el anciano recibe la comunicación.

La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: el infantilismo (pensamiento equivocado de que el anciano es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etc.

No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; ésta debe ser centrada en la persona, reconociendo su individualidad y también la heterogeneidad de este grupo de población. Hay que recordar que los ancianos traen con ellos una historia de una vida llena de eventos, de personas, de ambientes y de interacciones que les hacen reaccionar de una manera muy particular.

La valoración debe seguir una secuencia lógica y ordenada con el fin de evitar las omisiones. Al aproximarse al anciano, se le debe llamar por su nombre, sentarse y hacer contacto visual con él; se debe utilizar un lenguaje que el anciano pueda entender, tratando de evitar los tecnicismos. Después de la entrevista puede procederse al examen físico, cuyo propósito es verificar, clasificar y ampliar los datos obtenidos en la entrevista; para la adecuada realización de esta parte de la valoración es necesario que el profesional de enfermería gerontológica esté familiarizado con los cambios físicos y psicosociales que confrontan los ancianos.

No existe consenso internacional sobre cuál modelo utilizar como guía para la obtención de información durante la valoración; Gordon (1987)

sugirió el uso de patrones de salud funcionales para la organización de los datos; este esquema incluye 11 patrones, los cuales representan áreas importantes para el funcionamiento diario (percepción de la salud, patrón nutricional y metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad y ejercicio, patrón cognitivo y perceptual, patrón de autoconcepto, patrón de sexualidad, patrón de tolerancia, patrón de sueños y reposo, patrón de interacción social y patrón de valores); Carnevali (1986) recomendó que los datos deberían ser recolectados alrededor de dos grandes áreas: la vida diaria y el estado funcional de salud; Matteson y McConnell (1988) recomendaron patrones de autocuidado (fluidos, actividad-reposo, interacción social). En realidad no importa cuál esquema se utilice, sino que la valoración sea integral y orientada hacia las necesidades del anciano.

Con fines de sistematización se centrará la valoración en tres áreas: las necesidades físicas, las necesidades psicosociales individuales y las necesidades del entorno. El orden aquí presentado no necesariamente debe utilizarse siempre ya que ello dependerá de las necesidades y posibilidades particulares a cada situación; sin embargo, el contenido no debe sufrir menoscabo sino, por el contrario, si se considera pertinente, se debe obtener información adicional.

### **Necesidades físicas**

En esta área, el profesional de enfermería gerontológica debe evaluar los siguientes aspectos: el bienestar, la nutrición, la función circulatoria y la hidratación, la continencia, la funcionalidad y la independencia, la función sensorial y la función cognitiva.

*Bienestar:* Existe un aforismo que dice que el profesional de enfermería “cura a veces, alivia a menudo, pero brinda bienestar siempre”; esto se refiere a que, sin importar el estado del paciente y su pronóstico, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de velar por su bienestar; aquí se debe valorar la presencia de dolor y sus características (incluyendo qué impacto tiene sobre el área afectiva del anciano), el cuidado personal y la higiene, el estado y cuidado de la piel (haciendo énfasis en la búsqueda temprana de lesiones), la valoración del aparato buco-dental, (específicamente en su funcionalidad) y las alteraciones del sueño.

*Nutrición:* En este área se debe reunir información sobre la capacidad funcional para alimentarse; las fuentes de obtención de alimentos; sus actitudes, preferencias y hábitos; disponibilidad; evacuaciones y detección de problemas (constipación, diarrea, intolerancias etc.).

*Función circulatoria e hidratación:* Debe reunirse información sobre el estado hemodinámico y de hidratación, tanto buscando problemas de

déficit como de exceso; es aquí donde se incluyen las mediciones vitales, la evaluación de la capacidad física y el balance de fluidos.

*Continencia:* Esta parte cobra especial importancia dada la trascendencia que tiene este aspecto sobre la calidad de vida del anciano; debe investigarse lo relativo a la continencia urinaria y fecal, y a los factores condicionantes y derivados, es decir, las circunstancias, actitudes e implicaciones personales, familiares y sociales.

*Funcionalidad e independencia:* El mantenimiento de la independencia y funcionalidad son quizá el objetivo primordial del profesional de enfermería gerontológica; es por eso que durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. La funcionalidad puede verse desde muchas perspectivas; es indudable que ésta depende no sólo de factores físicos, sino que también la conforman elementos psicológicos y sociales.

Existen diferentes instrumentos y escalas para la valoración de funcionalidad e independencia, pero posiblemente uno de los más utilizados sea la escala de Katz y colaboradores (1963), que mide 6 diferentes funciones y da un puntaje de acuerdo al desempeño individual; las áreas evaluadas son: bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse de la cama, alimentarse y la continencia. A estos aspectos investigados se les puede agregar, según sea el caso, elementos menos críticos, pero no menos importantes, tales como: salir de casa, uso de transporte, preparación de alimentos, tareas domésticas, responsabilidad en su medicación y habilidad para el manejo de sus finanzas.

*Función sensorial:* Esta debe evaluarse tomando en cuenta los cambios normales que ocurren en los sentidos con el incremento de la edad. La información que de aquí se desprenda tiene enorme importancia, no solo para la detección temprana de problemas, sino también para la planificación de la intervención, eligiendo las vías de comunicación más adecuadas. Generalmente los datos se obtienen durante la entrevista, y se apoyan con exámenes realizados por otro personal de apoyo o el propio profesional de enfermería.

*Función cognitiva:* La valoración del estado cognitivo incluye la evaluación de la memoria, la orientación, el cálculo, la concentración y el juicio; además, evalúa el área afectiva. La mayoría de las pruebas psicométricas son imprácticas y difíciles de administrar al anciano, ya que éste está sujeto a fácil fatigabilidad, deterioro sensorial o malestar. Por esta razón se han desarrollado pruebas sencillas que miden diversos atributos de la función cognitiva. La crítica que se le hace a estas pruebas es que introducen sesgo, particularmente con variables como el nivel educacional, la esfera de los intereses personales y los factores ambientales. Otras circunstancias que pueden afectar la validez de las pruebas

para evaluar el estado mental incluyen: el uso de drogas, problemas de comunicación (como las afasias), diferencias étnicas y culturales y barreras de lenguaje.

Entre las pruebas sencillas más usadas está el Mini-Examen del Estado Mental (Folstein y Col., 1975), el cual evalúa la orientación, el registro en la memoria, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la habilidad para seguir una orden en tres fases. Por tener una parte de escritura y lectura, esta prueba puede ser difícil para los ancianos iletrados, y aquéllos con problema motor en las extremidades superiores o con algún problema visual. Otra prueba utilizada es el Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental (Pfeiffer, 1976), el cual consiste en 10 preguntas que evalúan la memoria remota, la consciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática; esta prueba incorpora un ajuste a la puntuación por el nivel educacional.

Existen muchas otras pruebas para realizar la evaluación cognitiva, sin embargo, debe intentarse validar un instrumento que se adecúe a las condiciones locales. Esto es cierto también para los instrumentos que evalúan la esfera afectiva, como las pruebas de depresión, las cuales también deben sufrir una adaptación y/o validación a la realidad local.

### **Necesidades psicosociales individuales**

Las áreas a evaluar en esta sección son: la autoestima, la interacción social y la actitud ante las pérdidas y ante la muerte.

*Autoestima:* Se define como el concepto que una persona tiene sobre sí misma; sus determinantes pueden ser de dos categorías: externas o internas, es decir, la autoestima emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas en la autoestima observados en el anciano, pueden ser asociados con cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales. El profesional de enfermería gerontológica debe estar alerta buscando evidencia de problemas en la autoestima, traducidos en conductas tales como: pobre higiene personal, descuido en el vestido, expresión triste o manifestaciones verbales de minusvalía.

*Interacción social:* Es un proceso natural a través del cual el anciano establece algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve; como todo proceso, este es dinámico y en constante cambio. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales del adulto mayor y que lo pueden conducir al aislamiento; entre los factores mencionados se citan los siguientes: cambios biológicos como déficits sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva, la percepción y el manejo de información; cambios sociocul-

turales, tales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de su familia, pérdida del contacto con amigos, etc. La evaluación de la interacción social del anciano debe ser parte del trabajo del profesional de enfermería gerontológica con el fin de tener una idea integral de la salud del adulto mayor.

*Pérdidas:* El mundo del anciano está asociado a un proceso de pérdidas en todas las esferas que lo integran, pérdidas que lo afectan y lo pueden conducir a estados de crisis. A este respecto, Robert Butler señala que las manifestaciones de la vejez son reflejos de las enfermedades padecidas, de las pérdidas sufridas y de los efectos socioculturales producidos durante toda la vida.

Las pérdidas sociales que ocurren durante el ciclo vital de una persona pueden ser, entre otras, de tipo familiar, social o laboral. El adulto mayor puede perder status social, amigos, cónyuge, ingresos, posición dentro de la estructura familiar y posesiones materiales; si esta situación ocurre, es muy factible que se produzcan cambios en su estilo de vida, se originen períodos de soledad y de aislamiento, de depresión, de frustración y de sensación de malestar general.

El resultado final de todas esas pérdidas se refleja en la disminución de la autoestima, de la autosuficiencia y de la capacidad de tomar decisiones y de controlar su propia vida. Esos efectos producen inercia y disminuyen la capacidad mental y en ocasiones originan crisis autodestructivas, reacciones paranoicas, cuadros hipocondríacos, insomnio y ansiedad.

Esta situación frecuente recalca la necesidad de reevaluar la función práctica de la enfermería en la atención del adulto mayor, la cual se ha basado tradicionalmente en el enfoque curativo. Es necesario impulsarla hacia el enfoque de promoción de la salud, considerando las áreas biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales como elementos de equilibrio necesario para alcanzar el bienestar. La atención del adulto mayor es usualmente a largo plazo; se trata de brindarle una vida de calidad, no necesariamente prolongada, en la que pueda utilizar al máximo sus capacidades físicas, psicológicas y sociales y hacer uso del apoyo que le brindan los familiares y amigos hasta el final de su vida.

Como otra de sus funciones, la enfermería gerontológica debe fomentar la empatía y la capacidad del equipo de salud para ayudar al adulto mayor a enfrentar, manejar y compensar las pérdidas de orden físico, social, económico, afectivo, espiritual y otras que generalmente debe afrontar.

El adulto mayor es una persona con capacidad para pensar, razonar, sentir y producir; con experiencia y sabiduría acumulada a través del tiempo; quien ha formado una familia, colaborado con la sociedad y la vida comunitaria y, por tanto, con derecho a que el sistema social, de

atención de salud y de otros sectores relacionados, le brinden la oportunidad de vivir una vejez participativa, digna y plena.

El profesional de enfermería gerontológica debe valorar el grado de adaptación a las pérdidas que ha experimentado el anciano, para poder en el futuro diseñar un plan particularizado de acción.

*Muerte:* Tanto el proceso de envejecimiento como el de muerte, son eminentemente individuales. Las personas envejecen de diferente manera y experimentan los procesos de agonía y muerte de forma distinta. La persona de edad avanzada se acerca a la muerte de acuerdo con su bagaje de experiencias, actitudes, circunstancias y aspiraciones que todavía pudiera albergar en cuanto al porvenir.

La atención integral del adulto mayor demanda que el personal de salud gerontológica y especialmente el de enfermería, tenga un claro entendimiento de los procesos de envejecimiento y de muerte. Es conveniente recordar que durante la vejez las necesidades psicológicas son usualmente mayores que las físicas.

Cabe notar que, en general, la persona mayor trata de que su muerte no sea dolorosa para los familiares, amigos y personal de salud; así, evita generalmente hablar de los temores, dudas y angustias que le invaden frente a la inminencia de un hecho ineludible.

La muerte puede significar para ella la pérdida del alma, de la esencia de su ser único y singular, de las sustancias vitales: el oxígeno y la sangre; de su integridad corporal, de su unidad bio-psico-cultural y espiritual y, finalmente, de su conciencia y su capacidad de interacción; estas pérdidas anuncian el proceso final y definitivo de la muerte. La esperanza en cuanto a la vida más allá del mundo en que vivió, depende de las creencias y valores que la persona haya sostenido durante su vida.

Es probable que al reflexionar sobre la muerte como un proceso inevitable, el adulto mayor aprenda a enfrentarla y aceptarla con serenidad. La investigación sobre la actitud ante la inminencia de la muerte ha servido como base para anticipar tres tipos de reacciones:

- a) la actitud de las personas mayores que esperan la muerte sin gran inquietud; estas son personas generalmente dispuestas a hablar de la muerte y aun de la suya propia; dan la impresión de ser muy realistas;
- b) la actitud de las personas que ven la muerte como un hecho muy lejano, remoto, que no les atañe; y
- c) la actitud de las personas que reaccionan frente a la probabilidad de la muerte de manera altamente emotiva; este grupo, usualmente el más reducido, está formado por personas que generalmente tuvieron problemas para enfrentar situaciones críticas durante su vida.

Esta clasificación brinda al personal de atención de salud gerontológica una base para predecir la forma en que la persona de edad avanzada probablemente enfrentará la muerte y, en consecuencia, le permite planificar e instrumentar sus cuidados en forma individual. Se ha determinado que el anciano tiene menos temor a la muerte misma que a morir solo, desamparado y con intenso dolor físico y que generalmente se angustia más ante la probabilidad de muerte de un familiar que de la suya misma.

La comunicación sin palabras, silenciosa, oyendo al anciano hablar de sus ansiedades, temores y angustias por los seres queridos que deja atrás, de sus dudas en cuanto a una vida más allá, constituye la comunicación empática que sólo requiere tiempo y comprensión. Las creencias filosóficas y religiosas del adulto mayor, sus valores y experiencias, son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la enfermedad y de la muerte.

### **Necesidades de su entorno**

Esta parte de la valoración trata de integrar el conocimiento obtenido sobre aspectos individuales del adulto mayor con el medio que lo rodea; hay que reconocer que esta interacción es extremadamente compleja y que depende de muchos factores, pero en el ánimo de no perder de vista la limitación a la que el personal de salud se ve sujeto, la valoración del entorno del anciano debe tener, por lo menos, los siguientes elementos: la familia, la vivienda, los ingresos y los servicios comunitarios.

*Familia, vivienda e ingresos:* La investigación por parte de la enfermería gerontológica debe incluir la posesión de una familia, quiénes la componen, el tipo de relación que se observa, la ayuda que le prestan al anciano, las condiciones del habitat, el tipo de propiedad sobre la vivienda y el ingreso económico. Muchas veces esta información puede ser obtenida por otro personal del equipo de salud; sin embargo, el profesional de enfermería debe conocerla como parte de la valoración integral.

*Servicios comunitarios:* Esta valoración debe incluir el conocimiento, por parte del adulto mayor, sobre la existencia de recursos comunitarios (transporte, diversión, servicios de salud, policía, bomberos, etc.). Además, se debe investigar si el anciano conoce su derecho de uso de estos servicios; esta parte es muy importante para la planificación de acciones.

### **Diagnóstico integral de enfermería gerontológica**

A diferencia del diagnóstico médico, el cual se centra en la definición de un proceso patológico para su curación o rehabilitación, el diagnóstico

de enfermería gerontológica se centra en el cuidado que acompaña a este proceso y contribuye a la entrega de un mejor servicio. El diagnóstico o definición del problema tiene mucha importancia porque resume toda la información obtenida a través de la valoración de necesidades; este diagnóstico sirve de punto de partida para la planificación y ejecución de la intervención de enfermería. A pesar de que aún no existe ninguna estandarización en los diagnósticos de enfermería gerontológica para América Latina, se considera que éstos deben tener tres componentes:

- a) el área o áreas de necesidades donde se encuentra la alteración; es decir, física, psicosocial o familiar-comunitaria;
- b) especificación del problema; y
- c) aproximación a sus causas y consecuencias.

Dada la diversidad de situaciones, tanto físicas como psico-sociales que confronta este grupo de población, es posible encontrar muchos problemas en forma simultánea en un mismo adulto mayor; por esta razón se puede tener varios diagnósticos.

Cuando sea posible, los diagnósticos múltiples se deben agrupar para facilitar el plan de acción. He aquí un ejemplo: un adulto mayor, de sexo masculino, de 80 años de edad, está hospitalizado por trastornos respiratorios para los cuales se le están administrando antibióticos por vía intravenosa; el diagnóstico médico es: “neumonía”; los diagnósticos de enfermería serían:

- físicos:
  - inmovilización en cama,
  - riesgo de úlceras por presión,
  - problemas para utilizar sus extremidades a causa de la solución intravenosa, dificultándosele la higiene y la alimentación;
- psico-sociales:
  - disminución en su autoestima por la sensación de invalidez al no poder realizar sus tareas habituales,
  - trastorno de sus interacción social por haber sido retirado de su hogar para el tratamiento médico;
- de su entorno:
  - no cuenta con un adecuado medio de transporte para las visitas de seguimiento al dársele el alta (candidato a visitas a domicilio al egreso).

Como se observa en el ejemplo anterior, de los problemas encontrados algunos están en la esfera de atención de enfermería y otros en la parte de su aporte de información al resto del equipo para el diseño de un plan de acción integral.

El diagnóstico de enfermería resume la información de una manera integral y deja abierta la posibilidad de que este sea utilizado por otro personal de salud. Una vez realizado el diagnóstico se debe discutir junto con el resto del equipo. En los siguientes párrafos, se hará referencia a las actividades que deben seguir a la fase de diagnósticos de enfermería.

## **Plan de acción**

### *Implementación*

*Premisas para el cuidado:* Es de suma importancia considerar que en el ejercicio de la enfermería gerontológica existen varias premisas fundamentales, las cuales deben recordarse permanentemente a fin de ofrecer a los adultos mayores un cuidado integral y oportuno. Dichas premisas están relacionadas con los cambios esperados por el proceso de envejecimiento y manteniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) El proceso de desarrollo y adaptación de los adultos mayores continuará siempre que se impulse su capacidad y potencial actual.
- b) La atención de los adultos mayores debe establecerse de acuerdo con ellos, en forma altamente individual, tomando como base su experiencia, sus necesidades y sus objetivos; y
- c) La comunicación con el adulto mayor debe ser constante y tomar en consideración su opinión y sus recursos, así como respetar sus creencias y estimularlo a que desempeñe una función activa dentro de sus grupos primarios y/o secundarios. El adulto mayor necesita la comunicación interpersonal y social, compartir con quienes lo rodean y mantener un intercambio verbal y gestual directo o indirecto con su medio. En ese sentido, no es suficiente oír al anciano; hay que saberlo escuchar, comprender, generar empatía y saber responder a sus preguntas, dudas e inquietudes, recordando que las acciones de enfermería gerontológica van dirigidas a satisfacer sus necesidades en forma integral y a promover su bienestar.

Las actividades de enfermería gerontológica deben desarrollarse junto con la persona de edad avanzada para mantenerla física y emocionalmente involucrada en ellas. No obstante, debe prestarse especial atención a las limitaciones fisiológicas que le impone su proceso de envejecimiento cuando lleva a cabo actividades de la vida diaria. Es necesario motivarlo para que utilice su sentido de identidad y control de sus posesiones personales, de forma que no pierda contacto con la realidad,

con el presente ni con el pasado; animarlo a que exprese sus sentimientos, deseos y dudas y a que mantenga sus comportamientos de convivencia social, tales como vestido, alimentación, eliminación de excretas, etc.

Es de gran importancia que el adulto mayor se mantenga activo tanto física como emocionalmente, para prevenir el deterioro físico, emocional y mental y evitar su aislamiento social. Es conveniente, además, promover actividades sensoriales y de socialización, rodeándolo de fotografías, calendarios y otros artículos que lo vinculen a la realidad.

Por otra parte, el personal de atención gerontológica debe insistir en compartir el mundo personal del anciano, respetando sus preferencias, sus particularidades e idiosincrasias, sin intentar cambiar, modificar o alterar su comportamiento ni su sistema de valores, a excepción de que alguno de ellos constituya un riesgo para su integridad. Por otra parte, debe motivar sus sentimientos positivos; tomar el tiempo necesario para escucharlo; ayudarlo a adaptarse al entorno; prestar especial atención a sus períodos de ansiedad y angustia; y promover su participación en las sesiones de reminiscencia.

La calidad de atención y los cuidados de salud para los adultos mayores dependen, en gran medida, de la buena comunicación y el trabajo en equipo multidisciplinario. El conocimiento de las potencialidades de las personas de edad avanzada y la comprensión de sus patologías, de sus limitaciones y sus problemas, permiten diseñar un plan de acción conjunto, con actividades específicas para cada profesión, que garantizan el logro de los objetivos de salud y bienestar.

La planificación de acciones para el cuidado del anciano debe ser coherente con los recursos locales a fin de no interrumpir el proceso por problemas en la ejecución del plan.

*Objetivos del plan de acción:* Como se ha repetido en múltiples ocasiones a lo largo del texto, el plan de acción debe ser individualizado partiendo del diagnóstico de necesidades y debe tener los siguientes objetivos:

- a) mantenimiento de la funcionalidad del anciano y de su independencia;
- b) prevención del deterioro de la condición existente; e
- c) involucramiento de la familia y la comunidad en las acciones del cuidado del anciano.

*Metodología:* El plan debe contar con dos elementos principales:

- a) Ejecuciones centradas en el problema específico; éstas deben incluir la utilización de técnicas adecuadas, trabajo de equipo en forma transdisciplinaria y del concurso de los servicios de salud, la familia

y la comunidad; el plan de acción, también debe incluir el seguimiento del problema.

- b) Ejecuciones de promoción de la salud que incluyen: educación y fomento de los estilos de vida saludables, la adecuada alimentación, la correcta hidratación, el beneficio del ejercicio físico, los hábitos higiénicos y el cuidado buco-dental, siempre tomando en cuenta los aspectos individuales, culturales y locales.

El bienestar de un adulto mayor supera al cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas fisiológicas y al mantenimiento de su salud física. Al igual que otros miembros más jóvenes de la sociedad, su estado de bienestar general depende, además, de la satisfacción de las necesidades de seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización, todas ellas enmarcadas en el concepto de salud analizado previamente. Por otra parte, y considerando al ser humano como un ente holístico inmerso dentro de un sistema abierto y, en consecuencia, en constante interacción con su entorno, se concluye en que las acciones que el equipo de enfermería gerontológica desarrolle en el plan de cuidado que diseñe para un adulto mayor, deberá incluir aquéllas necesarias para promover el mantenimiento de su integridad psicosocial.

Un aspecto de suma importancia para la atención integral de las personas de edad avanzada es la identificación de sus fortalezas personales, de su sistema de apoyo familiar, comunitario y económico, y de su estilo de envejecimiento, para poder plantear las alternativas reales que les permitan obtener su máximo grado de desarrollo y bienestar psicosocial.

La permanencia, convivencia e integración al núcleo familiar, la estimulación de las relaciones con otras personas (amigos, vecinos, miembros de su iglesia, etc.), de la ejecución de nuevos roles, especialmente el de abuelo, así como también la de la independencia funcional; el respeto y aceptación a sus decisiones; el fomento del desarrollo de las habilidades intelectuales y psicomotoras; y las demostraciones auténticas de respeto, afecto y valoración de su persona, son algunas de las principales acciones que los integrantes del equipo de enfermería gerontológica deben considerar e incluir en la práctica diaria de su quehacer profesional cuando tengan bajo su responsabilidad el cuidado de la salud de adultos mayores.

El profesional de enfermería también debería realizar recomendaciones sobre el adecuado acondicionamiento de la vivienda, por ejemplo recomendar que se utilicen colores fuertes en el ambiente donde vive el adulto mayor y que no se utilice el color blanco en las paredes; en su lugar, deben usarse colores contrastantes para delimitar las puertas, los techos y las ventanas. Debe también procurar que el adulto mayor

use los lentes de prescripción, los mantenga limpios y a la mano. Para evitar la desorientación, es conveniente no mover los muebles con frecuencia; si es necesario, se deben agregar fuentes de luz para reducir la posibilidad de caídas. Se debe evitar también el brillo en los pisos y en las ventanas y señalar los cambios en el nivel del piso, procurando que la persona mayor ejercite su habilidad para enfocar y detectar las cosas pequeñas.

La disminución del campo visual periférico afecta la interacción social y física del adulto mayor, ya que a menudo no percibe con precisión las personas y objetos que lo rodean. Esta disminución en la visión periférica representa un peligro para el anciano que desea o debe conducir vehículos y un riesgo a sufrir accidentes en el hogar y fuera de él.

El profesional de enfermería también puede orientar al anciano sobre la preparación de alimentos, por ejemplo: recomendar que para compensar la disminución del gusto y del olfato, es conveniente cocinar los alimentos cerca del adulto mayor para que perciba y evoque los olores y sabores; además, preparar los alimentos con la textura normal, pero limitando el uso de sal, azúcar y picantes. Algo que no se debe pasar por alto es la educación para el cuidado del aparato buco-dental, que debe incluir:

- Higiene buco-dental con medidas de carácter individual que aseguren el control correcto de la placa bacteriana y la eliminación de los restos de alimentos después de cada comida;
- educación sobre una dieta adecuada a sus necesidades nutricionales;
- organización y monitoreo de visitas de control periódico al odontólogo; y
- orientación de los tratamientos odontológicos y participación con el resto del equipo de salud gerontológica en la creación de los sistemas de atención buco-dental que favorezcan a la población de tercera edad.

La educación al anciano también incluye recomendaciones para el adecuado mantenimiento del aparato locomotor, recordando que cualquier plan de ejercicios debe ser altamente individualizado y de acuerdo a la capacidad física. Se debe enfatizar en el cuidado adecuado de los pies tomando en cuenta su lubricación, higiene, el uso de calzado adecuado y el autoexamen buscando lesiones asintomáticas.

La promoción de la salud del adulto mayor no sólo se centra en la búsqueda de problemas, también se debe educar sobre los cambios que sufre su organismo y sus consecuencias. Por ejemplo: el cambio del hábito del sueño y el cambio en el horario de evacuación.

Para que el anciano mantenga la integridad de su piel es necesario recomendar que haga ejercicios, cambie frecuentemente de posición y practique hábitos higiénicos óptimos, aún cuando el baño diario no es necesario para el bienestar de los mayores. En caso de que tenga alguna herida, esta debe mantenerse limpia, ventilada y protegida contra las infecciones.

A los efectos de evitar accidentes, es oportuno señalar que cuando los adultos mayores deseen bañarse, hay que procurar que el baño de bañera o regadera no presente riesgos; advertir al anciano sobre las medidas de seguridad, la presencia de escalones, utilizar alfombras antideslizantes y equipar el baño con barandas de apoyo.

Además, se debe informar al adulto mayor sobre los servicios con los que cuenta la comunidad, incluyendo los que no son específicamente de salud y los requisitos para su uso.

### *Evaluación*

Este es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería gerontológica compara la situación post-intervención con los objetivos planteados; es un proceso dinámico, ya que una vez que la intervención se ha iniciado, dicho profesional debe obtener datos continuamente con el fin de determinar la respuesta del adulto mayor y si es necesario, una modificación del plan o un reforzamiento del mismo. Este es el último paso del proceso de enfermería aplicado al adulto mayor, y es necesario para dinamizar y retroalimentar el cuidado que se brinda.

**LA EDUCACION Y LA  
INVESTIGACION EN  
ENFERMERIA  
GERONTOLOGICA**

## **VI. EDUCACION EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA**

Durante el decenio de los setenta, la gerontología fue en los Estados Unidos uno de los campos de estudio de más rápido crecimiento dentro de la enseñanza superior y la cantidad de programas educacionales para personal de atención al anciano demostró que este aspecto dejó de ser un punto debatible.

El estudio llevado a cabo por la Sociedad Gerontológica de Norte América y la Asociación en Favor de la Gerontología en la Enseñanza Superior mostró que los educadores y los profesionales consideran a la gerontología como un campo extraordinario de estudio y práctica con contenido y límites determinados. Se determinó, asimismo, que la gerontología es un componente importante de la preparación académica de las personas que trabajan con ancianos. Esto subraya la importancia de que el personal de salud que cuida los adultos mayores entienda detalladamente el proceso del envejecimiento y los fenómenos que lo caracterizan.

Los programas de formación en enfermería gerontológica deben diferir en cuanto a duración, objetivos, contenidos y métodos de instrucción, dependiendo del nivel académico de la actividad educativa, de su propósito general, de la población a quien va dirigida y de los recursos disponibles.

A medida que la investigación en el campo de la gerontología ha avanzado, se ha ampliado también la comprensión de la diferencia entre las consecuencias del proceso de envejecimiento y las consecuencias de las condiciones sociales. Con frecuencia, lo que se cree que es consecuencia del envejecimiento no está respaldado por datos científicos; otras veces, lo que se considera inevitable en el proceso de envejecimiento, se puede evitar y corregir.

Los programas educativos deben estar dirigidos a sensibilizar al personal que presta servicios a los adultos mayores, a mejorar la calidad de dicho servicio y a fortalecer positivamente sus actitudes hacia la vejez. Este personal debe tomar en cuenta que la meta común es el reforza-

miento de las aptitudes del anciano para promover su independencia funcional y ayudarlo a desarrollar su máximo potencial de salud.

La necesidad más apremiante del profesional de enfermería, en términos educativos, es desarrollar el peritaje del conocimiento y las destrezas psicomotoras adecuadas para atender a las personas de edad avanzada. Sin embargo, no existe una receta o fórmula para introducir el contenido de enfermería gerontológica tanto en cursos de pre-grado como de educación continua, ya que se requiere un diagnóstico de necesidades educativas y un marco conceptual que identifique, de manera sistemática, los aspectos que deben integrarlos.

Los cursos de educación en enfermería gerontológica deben proporcionar conocimiento general e integral en el área de la gerontología. A diferencia de la enfermería geriátrica, cuyo objetivo primordial es el estudio de las enfermedades y el cuidado de las personas de edad avanzada enfermas, la enfermería gerontológica se concentra en el estudio del proceso normal de envejecimiento y en la implantación de las actividades que favorecen el bienestar integral del anciano.

Sin embargo, es importante incluir objetivos y contenidos sobre las condiciones o problemas de salud prevalecientes en el grupo de personas de 60 años y más. Es pertinente incluir aspectos sobre las características del adulto mayor, sus respuestas a los cambios propios del envejecimiento y los problemas de salud física, social, espiritual y psíquica más prevalecientes en este grupo de edad. Por otra parte, se sugiere incorporar estrategias que le permiten al equipo de enfermería gerontológica interactuar eficazmente con los adultos mayores y sus familiares para desarrollar al máximo su potencial de salud y bienestar.

## **VII. RECOMENDACIONES PARA LA ENSEÑANZA**

Aunque en los países en desarrollo la atención de salud para la población de 60 años y más debe formar parte central del sistema general de atención, los sistemas de salud y educación no incluyen, o lo hacen de manera deficiente, contenidos y prácticas de atención dirigidos a este segmento de la población.

De allí la importancia de conocer que, antes de diseñar un curso o actividad educativa sobre enfermería gerontológica, debe considerarse el cómo presentar los contenidos curriculares. Si se trata de una asignatura dentro de un plan de estudios, la mayoría de los expertos coinciden en que no se deben ofrecer contenidos parciales integrados a otras asignaturas, porque en ese caso, se corre el riesgo de diluir dichos contenidos y minimizar la experiencia clínica; por tanto, se recomienda diseñar la asignatura específicamente como parte del plan de estudios.

Tanto en las asignaturas de los planes de estudio de la carrera de enfermería como en los cursos de educación continua, se recomienda que los contenidos sobre el cuidado del adulto mayor sano, en su entorno habitual, preceda al contenido del cuidado del anciano enfermo o del anciano institucionalizado. Esta secuencia de contenido ofrece al participante la oportunidad de cambiar la actitud negativa que pudiera tener sobre la vejez por una actitud positiva que le permita apreciarla como una etapa de la vida en la que el ser humano sufre limitaciones inherentes a su edad, pero también como una etapa del ciclo vital en la que puede disfrutar de bienestar y desarrollo.

Igualmente, la mayoría de los objetivos deben orientarse hacia el envejecimiento normal, hacia el anciano sano y hacia la promoción de su salud.

Es recomendable que los cursos para la enseñanza de enfermería gerontológica contengan:

- a) Aspectos demográficos y perspectivas de crecimiento de la población anciana en el mundo, en la región y en el país;

- b) La historia y los conceptos de gerontología y geriatría; el proceso de envejecimiento tanto individual como de la población; envejecimiento psicobiológico y psicosocial; enfermería gerontológica y enfermería geriátrica;
- c) Teorías sobre el envejecimiento biológico, psicológico y sociocultural;
- d) Mitos y estereotipos sobre la vejez versus hechos científicos;
- e) Características y distribución geográfica de la morbilidad y mortalidad de la población anciana;
- f) Promoción de salud, prevención de enfermedades, reducción y/o reposición de las discapacidades y rehabilitación del anciano;
- g) Envejecimiento patológico; características psicobiológicas y sociales de los problemas de salud de los ancianos;
- h) Diferentes opciones de servicios médicos y sociales;
- i) Relaciones interpersonales con el adulto mayor; y
- j) Actitud ante la muerte de una persona mayor y apoyo a la familia.

Uno de los objetivos primordiales de los programas educativos es tratar de cambiar la actitud negativa que en general tiene la población y el personal de salud hacia el anciano. Por lo tanto, las actividades que se contemplen en estos cursos de educación continua sobre la atención integral de los adultos mayores, estarán dirigidas a:

- ayudarles a mantener la independencia en el desarrollo de sus actividades cotidianas;
- ayudarles a permanecer con su familia tanto tiempo cuanto puedan y deseen;
- apoyar a la familia para que participe en su cuidado;
- proporcionarles la atención oportuna, integral y segura en caso de enfermedad; y
- ayudarles a calmar el dolor y morir dignamente.

En consecuencia, entre los contenidos específicos de un curso sobre la atención de enfermería gerontológica a adultos mayores, deben figurar:

- el conocimiento de la fisiología, psicología y sociología del anciano;
- la identificación de los cambios que se producen en los entornos familiar, laboral, social y económico que afecten su salud y bienestar;
- el conocimiento de los factores de riesgo que aumenten las probabilidades de enfermedad, de discapacidad y de muerte;
- el conocimiento de las medidas preventiva, curativas y de rehabilitación para los problemas de salud más frecuentes; y
- el conocimiento de los beneficios legales, sociales, de salud y previsionales a que tiene derecho el anciano.

Finalmente, tomando en cuenta que los participantes de estas actividades educativas son adultos y con el propósito de que cumplan con sus propios objetivos de aprendizaje, se recomienda la utilización de, además de las tradicionales clases expositivas, diferentes estrategias instruccionales, tales como seminarios, entrevistas a personas de edad avanzada en sus hogares, visitas a diferentes servicios de salud para los adultos mayores, discusiones grupales, dramatizaciones, estudios de casos, etc., con el propósito de que cada participante se convierta en protagonista activo y responsable de su propio aprendizaje, constituyendo, en consecuencia, una fuente de satisfacción personal.

Las propuestas curriculares para la enseñanza de enfermería gerontológica, en sus diferentes niveles académicos, debe tener en cuenta que el crecimiento actual y futuro de la población anciana del mundo y especialmente los países en desarrollo, afecta gravemente a todos los sistemas sociales y de salud; por lo tanto, dichas propuestas deben hacerse tomando como base las necesidades de esa población, con el propósito de formar recursos humanos capaces de mejorar la calidad de los servicios para los adultos mayores.

Los proveedores de salud deben aceptar el reto que representa el incremento de la longevidad y actuar en consecuencia; esto puede requerir el cambio de las estructuras y modalidades tradicionales para poder suministrar a la población de edad avanzada facilidades físicas diferentes, así como nuevos equipos de intervención. Sin embargo, esto sólo podrá lograrse mediante la formación y adiestramiento adecuado del equipo de enfermería gerontológica y de salud en general, que sean capaces de promover la salud y prevenir, diagnosticar y tratar las afecciones comunes en los adultos mayores.

## VIII. INVESTIGACION EN ENFERMERIA GERONTOLOGICA

¿Por qué investigar? y particularmente, ¿por qué investigar en enfermería gerontológica? Se admite que existe una profunda necesidad de información acerca de los ancianos en cada país; pero muchas de estas preguntas están aún sin responder. La investigación permite la adquisición de nuevos conocimientos y da a conocer los cambios que ocurren en la realidad, que sirven para ajustar los programas de acción.

Las políticas, estrategias y programas regionales y locales para la promoción de la salud de los ancianos requiere de la investigación para:

- Conocer el estado biológico, psicológico y social en que se encuentran los ancianos e identificar sus necesidades en el campo de la salud.
- Determinar la pertinencia, eficacia y eficiencia de las actividades que se llevan a cabo, con el fin de ratificar o rectificar su operación.
- Detectar modificaciones de la realidad que hagan necesarias nuevas acciones o la desaparición de las que se llevan a cabo.

Los objetivos finales de la investigación en el campo del fomento de la salud de los ancianos son:

- Ofrecerles mejores opciones para alcanzar vidas agradables, con un grado razonable de actividad que, de ser posible, sea productiva.
- Prolongar la vida independiente y de buena calidad de los ancianos y prepararlos para una muerte digna, al tiempo que se reafirma su papel como personas que contribuyen al bienestar colectivo.
- Disminuir la prevalencia o retrasar la aparición de algunas enfermedades o condiciones incapacitantes o discapacitantes y de las alteraciones propias del proceso de envejecimiento.
- Disminuir la demanda actual y proyectada de la atención médica para los ancianos, al tiempo que se controlan los gastos excesivos y se hace uso eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales

en actividades relevantes para el beneficio de los ancianos y quienes conviven con ellos.

Las modalidades de investigación que mejor se ajustan a los intereses de este grupo de población son las conocidas como investigación operacional o investigación accional, que se caracteriza por ofrecer soluciones concretas a problemas pertinentes, con evaluación continua de su eficiencia y eficacia. Esto asegura la vinculación entre las investigaciones y las intervenciones concretas que se lleven a cabo con los individuos y la comunidad, además de documentar la problemática encontrada, como fundamento para comparaciones futuras.

Algunas de las áreas que tienen prioridad para llevar a cabo investigaciones que apoyen la promoción de la salud y el bienestar de los ancianos son:

- El diseño de instrumentos eficaces para identificar los factores que determinan el umbral de dependencia de los ancianos, con el fin de seleccionar a aquellos que requieren apoyo social y/o médico.
- El diseño o validación de instrumentos que midan en personas menores de 60 años, los factores de riesgo que influyen sobre la cantidad y calidad de vida que tendrán al llegar a la ancianidad, con el fin de propiciar cambios en sus estilos de vida que tiendan a promover su salud y bienestar.
- La identificación de las necesidades de formación de recursos humanos en enfermería gerontológica, para asegurar la salud y el bienestar del creciente número de ancianos de la Región, incluyendo los contenidos educacionales para su capacitación y adiestramiento.
- La identificación de los elementos que requiere el equipo de salud para la prescripción y uso de medicamentos y/o ayudas para los ancianos.
- La elaboración o validación de sistemas que midan la capacidad sensorial y de comunicación global de los ancianos y que puedan ser empleados dentro de la estrategia de la atención primaria de salud.
- El reconocimiento de los recursos reales y potenciales con los que cuenta la comunidad para atender los problemas de los ancianos.
- La identificación de la magnitud y naturaleza de los trastornos mentales de los ancianos, incluyendo la depresión y la demencia, y otros elementos que faciliten o dificulten su autonomía.
- La búsqueda de técnicas novedosas y efectivas para influir sobre la adopción de estilos de vida adecuados en edades tempranas.

Es recomendable cuidar que los instrumentos empleados en las investigaciones se encuentren estandarizados tanto desde el punto de vista de su contenido como de su técnica de aplicación, con el fin de hacer estudios comparativos en el tiempo y el espacio.

Los resultados de las investigaciones que se lleven a cabo deben ser empleados para adecuar los programas que se aplican en la cambiante realidad de la Región.

# **LOS SERVICIOS PARA LOS ADULTOS MAYORES**

## **IX. SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LOS ADULTOS MAYORES**

Los enormes incrementos tanto de cifras absolutas como relativas de la población adulta mayor en América Latina en los próximos años y, por ende, las crecientes demandas de servicios médicos y sociales obliga a revisar las alternativas que contribuyan a ofrecer servicios que favorezcan a la promoción y mantenimiento de la salud, al cuidado y control de las enfermedades y a la rehabilitación. Para una mayor comprensión, se dividirán las posibles intervenciones médicas y sociales en Programas (dirigidos a todos los adultos mayores) y Servicios (dirigidos al individuo y/o a la familia) articulados ambos dentro del concepto médico-social.

### **Programas**

1. *Promoción de la salud*: Es uno de los programas básicos que persigue que el anciano tenga un mayor control e interés sobre su salud y, de ser posible, la conserve y mejore. Es un programa múltiple, pues engloba a otros de gran importancia dirigidos a mejorar la calidad de vida de los ancianos, tales como: autocuidado, integración social, actividad física, control de hábitos nocivos, recreación y tiempo libre, etc.
2. *Prevención de discapacidades*: Este programa está ligado al anterior ya que el término "salud" en los ancianos va unido indisolublemente a la autonomía, o sea, la capacidad de valerse por sí mismos en las actividades de la vida diaria. Por consiguiente, se debe lograr como mínimo mantener las capacidades o intentar su recuperación, si han sufrido reducción o pérdida, mediante una rehabilitación integral, que vincule los factores físicos y los psicosociales.
3. *Alimentación y nutrición*: Este programa debe contener actividades de provisión de servicios de educación y promoción de la salud, así como alimentación de calidad y bajo costo a la po-

blación anciana necesitada, fundamentalmente a aquéllos que viven solos o presentan discapacidades severas.

4. *Información y comunicación social*: Este programa implica actividades de:
  - a. información a los ancianos y sus familias sobre las distintas opciones existentes en servicios médicos y sociales; y
  - b. información sobre los ancianos y sus necesidades sociales a la población general para crear o reorientar las políticas destinadas a la solución de las mismas.
5. *Educación*: Se deben valorar aquí dos aspectos: uno de ellos, de gran necesidad y poca divulgación, es la educación para la jubilación, pues es necesario que el paso del individuo de una vida laboralmente útil a una con exceso de tiempo libre sea adecuadamente manejado para evitar que el anciano sufra trastornos en su esfera psíquica debido a este cambio. Esto puede unirse a lo que se denomina “educación opcional” para aquellos individuos que en este período deseen profundizar sus conocimientos en artes, oficios, enseñanza de sus habilidades, etc. El segundo aspecto a valorar es el de la recalificación laboral (“segunda ocupación”) dada la creciente explosión tecnológica existente en el mundo y la realidad insoslayable de que el anciano es necesario para el desarrollo de cualquier país.

## **Servicios**

El concepto básico en relación con los servicios para atención al anciano, es el de ayudarlo a funcionar en su hogar, vecindario y comunidad el mayor tiempo posible. Atendiendo a su carácter predominante se clasifican en servicios de salud y servicios sociales, pudiendo aplicar en ambos el concepto de servicios de atención por niveles de complejidad creciente.

### **Sociales**

- a. *Subsidios económicos*: Este aspecto es de gran importancia para todos los adultos mayores y debe incluir todas las formas posibles que favorezcan, como mínimo, la solución de las necesidades básicas de este grupo. Estas formas incluyen las jubilaciones, pensiones y prestaciones sociales que permitan vivir con dignidad los últimos años de vida del individuo. Generalmente estos beneficios provienen de los sistemas de seguridad social, aunque en los casos de las pensiones de tipo no contributivo (para personas que no calificaron como beneficiarios formales) provienen de fondos gubernamentales.

- b. *Ayuda domiciliaria*: Es tal vez la forma más interesante desde el punto de vista económico y social en la atención de los ancianos. Aquí se puede incluir la asistencia en labores domésticas: limpieza de la casa, compras de alimentos en los abastos, preparación de los mismos, lavado de ropa, préstamo de equipos o ayudas médicas, etc., para aquellos ancianos que viven solos, son discapacitados o deben permanecer solos por necesidades impostergables de trabajo de sus familiares.

Existen experiencias en diferentes países en cuanto a la ayuda de grupos voluntarios en estos aspectos a través de la comunidad organizada y organizaciones no gubernamentales que brindan apoyo tanto desde el punto de vista de trabajo como de la compañía en el hogar. Se considera que éste es uno de los pilares básicos en cualquier red de atención social y, más importante aún, es lograr la incorporación de otros ancianos en mejores condiciones para estas tareas, pues favorecen mucho la comunicación y la comprensión de los problemas existentes.

En el Uruguay se considera que los servicios de ayuda domiciliaria son 16 veces más económicos que la atención institucional. En Cuba la asistencia domiciliaria es recibida por 10.720 ancianos que viven solos (6.363 reciben servicios de alimentación, 2.750 de lavado de ropa y 1.607 de limpieza de la casa).

- c. *Comedores*: El objetivo de esta modalidad es dar apoyo a un aspecto del Programa de Alimentación y Nutrición, o sea que cada anciano, sobre todo los del grupo de alto riesgo, tenga posibilidades de recibir alimentación nutritiva a bajo costo y de acuerdo a sus necesidades. Cuba desarrolla estas modalidades a través de los comedores de los centros de trabajo donde se brinda comida completa que puede consumirse allí o llevarse a la casa; en El Salvador, la organización comunitaria AGAPE, en la ciudad de Sonsonate, sirve comida gratuitamente a 200 ancianos pobres tres veces al día. El sistema de "comida sobre ruedas", muy utilizado en los países desarrollados, resulta costoso y a veces no cumple con el aspecto de la accesibilidad de los que lo necesitan debido a que habitan muchas veces en sitios de difícil penetración.
- d. *Hospedajes, albergues o dormitorio-comedores*: En estos establecimientos el anciano recibe alimentación, habitación y cuidado, pagando un precio módico o de manera gratuita. Esta opción se brinda a los ancianos que tienen una alta capacidad de valerse por sí mismos, pero viven solos.
- e. *Familias sustitutas*: En esta modalidad los ancianos sin familia de sostén son asignados a hogares previamente calificados como aptos

para velar por ellos. Allí reciben alimentación, cuidado y habitación, siendo el costo cubierto por agencias gubernamentales (Uruguay, Venezuela) o por grupos voluntarios.

- f. *Hogares, asilos o residencias*: Están destinados a personas más frágiles que las que utilizan el sistema de hospedaje o albergue. Por lo general, en los hogares de ancianos el régimen es más custodial por estar destinados a personas con capacidad mental conservada, pero con limitaciones físicas.

Estos establecimientos, en gran parte fundados por órdenes religiosas o iniciativas filantrópicas, constituyen la modalidad más antigua y universal de la atención de los ancianos fuera de su familia; tienen el inconveniente del aislamiento e inactividad del anciano, unido frecuentemente a su manejo no técnico, alto costo y serias limitaciones cuando los ancianos residentes se tornan enfermos o discapacitados.

En Cuba existen 11.294 plazas en hogares de ancianos (alrededor del 1% de la población de 60 años y más). Como referencia se podría mencionar que la institucionalización a largo plazo para las personas de 65 años y más es de 5% en Estados Unidos y 4,5% en Israel.

Es necesario hacer énfasis que en los últimos años han proliferado en América Latina los hogares o residencias con fines de lucro, muchos de los cuales no cumplen los requisitos mínimos para funcionar, solicitando en cambio significativas retribuciones en dinero a los familiares de los ancianos, cayendo muchas veces en el campo de la especulación.

Una encuesta muy bien diseñada, conducida en los 62 hogares de ancianos en La Plata, capital de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, que contenían 1.158 ancianos de ambos sexos, demostró que alrededor de 80% de dichos establecimientos no alcanzaron los puntajes mínimos de funcionalidad; 10% fueron considerados de condiciones intermedias, 7% eran adecuados y 3% eran clausurables. La misma metodología se acaba de aplicar actualmente a los 38 hogares de ancianos del Ecuador que albergan 2.749 personas (aproximadamente el 0,5% del total de la población anciana en el país).

- g. *Protección en la vivienda*: Es una posibilidad que se puede emplear por las propias familias, las autoridades nacionales o la comunidad organizada. Esta opción, generalmente de bajo costo y fácil aplicación requiere, como mínimo, de medidas de protección en el baño, cocina y dormitorio; evita un alto número de accidentes caseros, los más frecuentes en los ancianos.

- h. *Centros de atención diurna o centros de día*: Estos centros, concebidos para ancianos con capacidad para valerse por sí mismos, garantizan un apoyo a la familia, ya que estas unidades asumen el cuidado de los ancianos durante 8 a 10 horas diarias, facilitando su permanencia en la comunidad y en el seno del núcleo familiar, impidiendo molestias a los familiares con vínculo laboral o escolar activo; además, es un poderoso vehículo de estimulación y socialización para el anciano, se maneja con muy poco personal y es, en general, fácilmente costeable.
- i. *Agrupaciones*: Se considera la opción más apropiada por su capacidad de aportar soluciones “de los ancianos para los ancianos”; su costo es casi inexistente por ser autofinanciada. Las agrupaciones, clubes o asociaciones de ancianos, en las que se realizan actividades recreativas y culturales, muchas de ellas intergeneracionales, tienen, en general, locales propios para su funcionamiento o utilizan casas de los mismos vecinos.

Otro tipo de agrupación es aquel que tiene un carácter menos formal, ya que se desarrolla en la comunidad sin necesidad de local propio. El objetivo que se persigue es la participación activa y espontánea en actividades de promoción y prevención de la salud física y mental, mediante la integración que se logra en las distintas actividades, tanto de tipo físico como recreativas y culturales (natación, juegos teatrales, yoga, deporte adaptado, excursiones, bailes, artes plásticas, etc.), obteniéndose autosuficiencia de sus integrantes de forma individual y del grupo en general.

En este grupo se podrían incluir los 5.843 círculos de abuelos que funcionan en Cuba y que incorporan unos 138.000 ancianos, es decir, algo más del 10% de la población anciana del país. Asimismo, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires promueve y apoya la vida asociativa de la gente mayor que se reúne espontáneamente en alrededor de 40 plazas y parques de la ciudad, organizándose viajes y encuentros generacionales; igualmente brinda asesoramiento institucional a asociaciones de tercera edad existentes y atiende consultas para la formación de nuevos grupos.

*Las agrupaciones* son el tipo de asistencia más aceptado por los adultos mayores y además, son de muy bajo costo ya que al ser los propios ancianos sus promotores, implican muy poca erogación de los gobiernos. Una consecuencia extremadamente interesante de esta modalidad en Cuba es la comprobada disminución de la demanda de consultas médicas y del consumo de medicamentos de sus asociados, a pesar de tener dicho país más oferta de servicios que en el pasado a través de los médicos de familia, lo que puede in-

terpretarse como un hallazgo importante, por parte de los ancianos, de sus capacidades vitales. A través de estas organizaciones se logran establecer acciones y servicios que incluyen actividades educacionales, recreativas, servicios de asistencia en el hogar, reparaciones menores, relaciones inter e intrageneracionales, microempresas, etc., todo lo cual representa un instrumento muy valioso en la red de atención social al anciano.

## **De salud**

En la atención de salud de los ancianos el objetivo fundamental es evitar la limitación y la dependencia de las personas mayores y, por consiguiente, se debe profundizar en la búsqueda de condiciones o enfermedades que puedan reducir la capacidad de valerse por sí mismas. Al igual que lo expresado en los servicios sociales, debe existir también una red de atención médica y odontológica por niveles de complejidad creciente que incluya: Atención Primaria de Salud, Atención Geriátrica Ambulatoria, Atención en el Hogar y Atención Hospitalaria, tanto en servicios de corta y mediana estadía como en instituciones de larga estadía para aquellos ancianos con graves limitaciones físicas y mentales que hagan imposible la permanencia con sus familiares.

El Hospital de Día Geriátrico constituye una oferta relativamente nueva. Es una opción de atención diurna que se concibe como un medio más humano y a la vez más económico de atender pacientes que no estén gravemente enfermos, pero que necesiten una atención más especializada y supervisión frecuente. Estos centros son considerados una extensión de las salas de hospitalización, permitiendo un egreso precoz de los pacientes; igualmente pueden ser vistos como una prolongación de los servicios médicos ofrecidos por la Atención Primaria de Salud, con el fin de evitar una hospitalización a tiempo completo.

En el Hospital de Día Geriátrico se ofrecen servicios médicos y de enfermería de tipo tanto asistencial y docente como de investigación, a través de equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, entre otros.

## BIBLIOGRAFIA

- Crook, Thomas; Bartus, Raymond; Ferris, Steven & Gershon, Samuel. *Treatment Development Strategies for Alzheimers's Disease*. Mark Powley Associates, Inc. Madison, Connecticut, 1986.
- Alzheimer's Disease*. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, D.C. 1984.
- González Aragón, J. *Aprendamos a envejecer*. Costa-Amic Editores, S.A. México, 1984.
- Guía para la elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid, España, 1987.
- Quintero, Marialcira. *Enfermería gerontológica: Un reto para la educación superior en Venezuela*. Maracaibo, Venezuela, septiembre de 1988 (no publicado).
- Quintero, Marialcira. *Autocuidado: Una estrategia eficaz en la asistencia al anciano*. Universidad del Zulia, Facultad de Enfermería. Maracaibo, Venezuela, (s/f). (No publicado).
- Quintero, Marialcira. *Gerontología: diseño de Programa de Asignatura Electiva I*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 1990 (no publicado).
- Quintero, Marialcira. *Curso Internacional de Gerontología CIGER 90*. Maracaibo, Venezuela 1990 (no publicado).
- Partezani Rodríguez, Rosalina & Rino Mendez, M.M. *Enfermagem Gerontológica—Proposta Curricular*. São Paulo, Brasil, 1988 (no publicado).
- Irizarry, Leonor. *Población de edad avanzada en Puerto Rico y sus implicaciones en la educación*. (Enfermería gerontológica). Puerto Rico, 1988.
- Sánchez Herrera, Beatriz. *Enseñanza y práctica de enfermería gerontológica en América Latina*. Bogotá, Colombia, 1988 (no publicado).
- Alonso Castillo, M.; Espinoza de Benavides, S.; Rodríguez Aguilar, L. & Martínez Maldonado, J. *Propuesta para introducir la atención geriátrica en la formación de recursos humanos de enfermería*. Univer-

- sidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México, 1988 (no publicado).
- Manzanares Herrera, J. *Los aspectos sociales de la atención integral del anciano*. Coro, Estado Falcón, Venezuela, 1988 (no publicado).
- Asvall, Jo E. "La internacionalización de la gerontología: el papel de la Organización Mundial de la Salud-pasado, presente y futuro", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Anzola Pérez, Elías. "El envejecimiento en América Latina y el Caribe", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Kelly, Margaret. "La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento sus logros y el desafío que persiste", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Bryant, Jack. "Atención Primaria de base comunitaria: fundamento de la atención de salud", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Coppard, Larry C. "La autoatención de la salud y los ancianos", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Baro, Franz. "Factores psicosociales y la salud de los ancianos", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- González, René. "Factores Psicosociales", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Jiménez Castro, W. "Implicaciones económicas del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe, en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Johnson, Harold R. "La enseñanza y capacitación del personal que atiende a los ancianos", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Brody, Jacob. "Lo que revela la investigación epidemiológica sobre las necesidades de salud del anciano", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Nusberg, Charlotte. "El mejoramiento de la atención de la salud del anciano: ejemplos de todo el mundo", en *Hacia el bienestar de los*

- ancianos. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- Litvak, Jorge. "Recursos para Programas Nacionales de Salud relacionados con el envejecimiento", en *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, Washington, D.C., 1985.
- United Nations. "*The World Aging Situation: Strategies and Policies*". 1985.
- Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), 1982: *Normas para la práctica de la Enfermería Gerontológica*.
- Health of the Elderly, Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 779, WHO, 1989.
- Svanborg, A. Health and Vitality. Swedish Medical Research Council, 1988.
- Sinopsis Informativa 1/91*. Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Goble, Frank. *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. Grossman Publishers, New York, 1970.
- Redfern, Sally. *Nursing Elderly People*. Churchill, Livingstone, 1991.
- Corr Donna & Corr Charles. *Nursing Care in an Aging Society*. Springer Pub. Co., 1990.
- Burnside, Irene Mortenson. *Nursing and the Aged: A self-Care Approach*, 3rd. ed., McGraw-Hill, 1988.
- Matteson, Mary Ann. *Gerontological Nursing: Concepts and Practice*. Saunders, 1988.
- Ebersole, Priscilla. *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*, 3rd. ed., Mosby, 1990.
- Cormack, Desmond. *Geriatric Nursing: A Conceptual Approach*, Blackwell Scientific, 1985.
- Willamson, J. *Primary Care of the Elderly: A Practical Approach*. Bristol, 1987.
- Potter, Patricia Ann. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Mosby, 1989.
- El papel de la investigación en la promoción de la salud de los ancianos*. En: Programa de Promoción de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe basados en la investigación, informe de un grupo de trabajo. HPA, Programa de Salud del Adulto OPS/OMS, 1990.
- Gordon, M. *Nursing Diagnosis; Process and Application*, 2nd. ed. New York, McGraw-Hill, 1984.
- Carnevalli, D. *Nursing Management for the Elderly*. Philadelphia, Lippincott, 1986.
- Babb, P. *Qué es la enfermería gerontológica? Enfermería al día*. Septiembre–Octubre 1982.

- Babb, P. *Muerte en la vejez, fenómeno natural*. Revista Mexicana de Gerontología, Año 1, No. 1, 1984, pag. 16-18.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe basados en la investigación. *Informe de un grupo de trabajo*. Washington, D.C. 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. La Promoción de la Salud. *Documento de Posición Programa de Promoción de la Salud del Adulto*. Washington, D.C., 1991.
- Quintero, Marialcira. *Autocuidado: una estrategia eficaz en la atención del anciano*. Escuela de Enfermería-Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, Junio 1985 (no publicado).

**PXE 31**  
**ISBN 92 75 71093 0**  
**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

