

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Problemas y programas del adulto mayor



PROBLEMAS Y PROGRAMAS DEL ADULTO MAYOR



CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1997

CATALOGACION EN PUBLICACION
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

618.97
C163p

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
México (D. F.)

Problemas y programas del adulto mayor ; pres. de Alvaro Carranza Urriolagoitia y José Luis Zeballos ; pref. de Guillermo Fajardo Ortiz. México, CIESS/OPS(OPS/OMS, 1997.

Xii, 206 p., ilus., 21 cm.

Bibliografía al final de cada capítulo.

(SE/GH)

ISBN 968-6748-15-6

1. Geriátría. 2. Ancianos. 3. Tercera edad. I. Carranza Urriolagoitia, Alvaro. Director del CIESS, 1992- , pres. II. Zeballos, José Luis. Representante de la OPS/OMS en México, pres. III. Fajardo Ortiz, Guillermo, pref. IV. Organización Panamericana de la Salud. V. Oficina Sanitaria Panamericana. VI. Organización Mundial de la Salud. VII. t.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F.
Registro 3079

© Derechos reservados. 1997. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

ISBN: 968-6748-15-6

Diseño de portada: Marcelo de Campomanes

Fotografía: Modelo: Ruth Topete Vda. de Paredes

PRESENTACION

Dentro de las múltiples acciones de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), el estudio médico-social del adulto mayor representa uno de los proyectos de mayor importancia que se ha desarrollado ininterrumpidamente, con resultados provechosos desde 1993. A partir de entonces, seminarios, cursos y publicaciones han formado parte de la agenda común de trabajo dentro del campo de los servicios de salud. Es importante señalar que la voluntad de la OPS/OMS y el CIESS para continuar coordinando esfuerzos en favor de la capacitación y el progreso regional, se reafirmó en septiembre de 1996 al suscribirse la prórroga por cinco años al convenio general de cooperación técnica.

El lector irá descubriendo, a través de los capítulos contenidos en este libro, aportaciones de destacados expertos de diversos países, en las cuales se señalan las mejorías médico sociales logradas a la fecha, y que nos permite suponer serán las bases de un nuevo crecimiento y desarrollo de nuevos aportes requeridos, -sobre todo en los últimos años del siglo XX- por el adulto mayor. Todo esto, acorde con los cambios sustanciales de los diferentes órdenes en que se están dando.

Expresamos nuestro agradecimiento a los autores, que volcaron en estas páginas el resultado de sus experiencias e investigaciones derivadas de su sentido profesional y académico. También extendemos nuestro

agradecimiento al Dr. Genaro Vega Vega, Jefe de la División de Medicina Social del CIES y al Dr. Julio González Molina, Consultor en Promoción de la Salud, OPS/OMS en México.

Confiamos en que este esfuerzo de carácter internacional contribuirá al propósito de enriquecer los programas relacionados con la salud del adulto mayor.

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del Centro Interamericano
de Estudios de Seguridad Social

Dr. José Luis Zeballos
Representante de la OPS/OMS
en México

México, D. F., marzo de 1997.

PREFACIO

Por tercera vez el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud presentan una compilación de valiosos trabajos acerca de problemas y necesidades del adulto mayor.

Este libro se ha nutrido de la obra de autores de Argentina, Chile y México, que se ocupan de aspectos relativos al adulto mayor en relación a la familia, el proceso enseñanza - aprendizaje, políticas integrales, etc.

El material en conjunto representa un valioso material de aprendizaje, compendio de experiencias, además se sugieren nuevas vías por las que se pretenden encauzar los adultos mayores en este hemisferio. El conocimiento que se adquiere al leer los capítulos hace ver que a pesar de lo realizado es necesario explorar y conocer más al adulto mayor, además de conocer la voluntad política y los recursos imaginación - realidad así como las acciones deliberadas y congruentes.

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Compilador

México, D. F., 1997.

INDICE

	Página
1. LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR, SU FAMILIA Y LA TEORÍA DE MASLOW <i>Guillermo Fajardo Ortiz y María Antonieta Ochoa O.</i>	1
2. ESTRUCTURA FAMILIAR: LUGAR Y FUNCIÓN DEL VIEJO EN LA FAMILIA. - ABUELIDAD -. <i>Graciela Petriz y Norma Delucca</i>	9
3. RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO FUNCIONAL Y EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO <i>Luis Miguel Gutiérrez Robledo</i>	23
4. ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR <i>Luis Alberto Vargas</i>	49
5. EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE <i>Ma. de Lourdes Fournier G. y Rosalía Cuevas Fournier</i>	61
6. PROSPECTIVAS DEL ADULTO MAYOR <i>Felipe Martínez Arronte</i>	85

	Página
7. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS INTEGRALES PARA LAS PERSONAS MAYORES DE AMÉRICA LATINA. CONCEPTOS BÁSICOS <i>Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud</i>	91
8. PROGRAMA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE <i>Paulo Marín L., Eduardo Valenzuela A., Nami-Ko Saito M., Sergio Castro H., y Trinidad Hoyl M.</i>	117
9. PERFIL SOCIOECONÓMICO DEL GRUPO DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS DELEGACIONES 2 NOROESTE Y 3 SUROESTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL D. F. <i>Angel Zárate Aguilar, Ma. Esther Lozano Dávila, Jorge Chávez Samperio, y Martín Pérez Ramos</i>	129

	Página
10. EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD, NUEVO RETO PARA LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES <i>Ma. de los Angeles Lara Rodríguez, Ma. Guadalupe Benitez Martínez, Irma Hortencia Fernández Gárate, y Angel Zárate Aguilar</i>	137
11. DIMENSIONES BIOÉTICAS EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR <i>Martha Peláez</i>	153
12. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL <i>Juan José Morales Virgen</i>	169
13. INSTITUCIONES GERONTOLÓGICAS PARA CUIDADOS PROLONGADOS <i>Juan José Morales Virgen</i>	179
14. VIEJOS PORTEÑOS. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES <i>Laura Bosque, Viviana Iuliano, y Alejandro Ulises Zengotita</i>	191

LOS AUTORES

Ma. Guadalupe Benítez Martínez. División de Epidemiología. Coordinación de Salud Comunitaria. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Laura Bosque. Centro de Información y Capacitación para el Desarrollo Social. Buenos Aires, Argentina.

Sergio Castro H. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Rosalía Cuevas Fournier. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

Jorge Chávez Samperio. Coordinación de Salud Comunitaria. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Norma Delucca. Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

Guillermo Fajardo Ortiz. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Irma Hortencia Fernández Gárate. División de Epidemiología. Coordinación de Salud Comunitaria. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Ma. de Lourdes Fournier G. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran", México.

Trinidad Hoyl M. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Viviana Iuliano. Centro de Información y Capacitación para el Desarrollo Social. Buenos Aires, Argentina.

Ma. de los Angeles Lara Rodríguez. División de Epidemiología. Coordinación de Salud Comunitaria. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Ma. Esther Lozano Dávila. Delegaciones 2 Noroeste y 3 Suroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Paulo Marín L. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Felipe Martínez Arronte. Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz", Edo. de México.

Juan José Morales Virgen. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México.

Ma. Antonieta Ochoa O. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Martha Peláez. Southeast Florida Center of Aging. Florida International University.

Martín Pérez Ramos. Delegaciones 2 Noroeste y 3 Suroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Graciela Petriz. Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

Nami-Ko Saito M. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Eduardo Valenzuela A. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Luis Alberto Vargas. Instituto de Investigaciones Antropológicas y Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Angel Zárate Aguilar. División de Epidemiología. Coordinación de Salud Comunitaria. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Alejandro Ulises Zengotita. Centro de Información y Capacitación para el Desarrollo Social. Buenos Aires, Argentina.

LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR, SU FAMILIA Y LA TEORIA DE MASLOW

*Guillermo Fajardo Ortiz y
Ma. Antonieta Ochoa O.*

I. INTRODUCCION

Estas líneas tienen como finalidad ayudar a entender y a satisfacer las necesidades del adulto mayor en el seno familiar, recurriendo a la teoría de Maslow. Tiene obvios riesgos que generalizar lo que en cada caso es un hecho singular, ya que el pluralismo es un hecho esencial de cada envejeciente, pero también grandes atractivos, facilitando las exposiciones y la reflexión. Desde siempre han existido vínculos entre el adulto mayor y su familia, relaciones que se han modificado al paso del tiempo.

El adulto mayor se identifica con aquella etapa de la vida en que hay una disminución "más" marcada de las funciones físicas y mentales en relación con etapas previas. Se ha aceptado como edad de inicio los 65 años, edad que suele corresponder, desde el punto de vista laboral con el retiro y término de la actividad productiva ⁽¹⁾. Hay conceptos equivalentes o parecidos como persona de tercera edad, anciano, viejo y otros más, en cualquier caso la

“adulthood mayor” es la parte final, inevitable del proceso vital que se inicia con el nacimiento, al que continúan el crecimiento, desarrollo, madurez y vejez del hombre; en dicho proceso se encuentran entrelazadas las características biológicas y hábitos de los propios individuos, del medio y desde luego la familia.

En el adulto mayor hay cambios fisiológicos de diversa índole: la capacidad de adaptación es menor, la homeostasis es lenta, el estado de alerta se menoscaba, las actividades se realizan con más lentitud, los intereses se limitan, la memoria tiende a perderse en cuanto a hechos recientes, los hábitos del sueño se vuelven irregulares, hay además propensión a dormir menos, a la irritabilidad y a la pérdida del sentido de orientación; cambios fisiológicos que hay que distinguir de manifestaciones patológicas, al respecto cerca de un 4% de los adultos mayores presentan enfermedades, 30% son frágiles y 66% son autovalentes ⁽²⁾.

En cuanto a la familia, constituye la unidad básica de cualquier sociedad, por lo que ejerce una gran influencia en el desarrollo del hombre, interaccionando con el medio natural, físico y social; en la misma están entrelazadas todas las facetas de la vida. Hay diferentes ideas acerca de familia, la que abarca sólo dos generaciones, padres e hijos, se designa como familia nuclear; aquella que comprende tres o más generaciones que viven juntos, padres, hijos y abuelos se denomina familia ampliada. En el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se expresa: “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el estado” ⁽³⁾. En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, desde otro ángulo, ha establecido en cuanto a familia censal la siguiente definición: “Entiéndase por familia censal el conjunto de personas generalmente vinculadas por parentesco, que hacen vida en común bajo un mismo techo” ⁽⁴⁾. Sin embargo, los modelos de familia varían en el tiempo y en el espacio.

Hoy, cada día es más frecuente encontrar situaciones contrastantes, al lado de familias de una sola generación y de divorcios, separaciones, uniones libres, etc., hay familias compuestas por tres, cuatro y cinco generaciones -multigeneracionales-, existiendo también familias sustitutas.

En cualquier caso la característica principal de la familia es la de formar una unidad social, es el ambiente psicosocial más importante, donde se desenvuelve la vida de todos sus integrantes, por lo tanto del adulto mayor, siendo el ingrediente fundamental para participar en la satisfacción y atención de muchas de las necesidades del mismo.

II. EL VINCULO ADULTO MAYOR - FAMILIA

La presencia de hombres o mujeres de edad avanzada en las familias tiene una multitud de significados para los integrantes de las mismas, para unos puede significar seres poco útiles, achacosos y con problemas económicos; para otros pueden significar personas participativas, que ayudan y transmiten conocimientos y experiencias, que son fuente de inspiraciones múltiples, que dan fe de la riqueza de su ayer, su hoy e, inclusive su mañana; existiendo innumerables situaciones intermedias. Los significados dependen de factores identificados con valores sociales, éticos y económicos.

En varias publicaciones y artículos se han idealizado las relaciones que existían en otras épocas entre el adulto mayor y su familia, manifestándose que había un vínculo condescendiente y cariñoso entre los viejos y los niños, jóvenes y adultos; por otra parte, las personas de edad recibían de los integrantes de la familia atención y apoyo; en ciertos casos los padres aceptaban que los abuelos, en particular la abuela, desempeñara actividades relacionadas con la crianza de los nietos. En términos generales esta situación persiste, sin embargo tiene otros contextos socio-económicos como la urbanización, incorporación de la mujer al trabajo, estándares de vida superiores y niveles de escolaridad y conocimientos mejores; en tiempos pasados el número de integrantes de las familias eran otros, las personas viejas en las mismas eran relativamente escasas, las esperanzas de vida eran menores que las presentes.

En las familias ampliadas actuales, la generación intermedia se puede encontrar atrapada: querer vivir su propia vida y solucionar sus propios problemas, atender a sus hijos y apoyar a sus padres.

En el medio rural latinoamericano, en general, las personas de tercera edad suelen ser personas aceptadas, respetadas y atendidas por los miembros de

la familia; en el medio urbano los cambios socio-económicos pueden dar lugar a que la problemática cotidiana, la sociedad y el tedio abruman al hombre mayor; situación semejante se ha presentado en Alemania. L. Baumert ha expresado al respecto que en el medio urbano es raro que las personas de edad avanzada convivan con sus hijos, en el medio rural la situación es diferente, hay convivencia ⁽⁶⁾.

En los medios marginados o con escasos recursos los adultos mayores representan un problema, ya que carecen de un continente externo: techo, trabajo y trama social contenedora; para las clases sociales con solvencia económica la atención al anciano por parte de la familia puede significar una responsabilidad y una oportunidad para llevar a cabo acciones específicas y concretas; en cualquier caso, siempre es deseable que el adulto mayor se integre en forma armónica al medio familiar, si no es así manifiesta problemas de diversa índole.

Desde otro ángulo, en la familia el hombre y la mujer mayores van perdiendo sus roles, han perdido el cónyuge, los hijos se han ido, se han jubilado o no trabajan, pero pueden adquirir otros roles, el de viudo, abuelo y jubilado, o bien ha habido un nuevo compañero o compañera; debe recordarse, que las personas de edad avanzada se encuentran en riesgo cuando viven solos, no tienen hijos, son viudos recientes, han estado recientemente hospitalizados, sus recursos económicos son escasos o son de edad muy avanzada; en estos casos debe reconocerse la situación de riesgo, dándosele la importancia necesaria para prevenir, eliminar, posponer o controlar los problemas.

III. LO URGENTE Y LO MEJOR

De acuerdo con la teoría de Maslow la vida del hombre desde su concepción hasta su muerte significa una constante satisfacción de cinco tipos de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estimación y de autorrealización; necesidades que van cambiando con la edad, dinámica personal, familiar y social. Los hombres envejecientes tienen que satisfacer dichas necesidades, en la resolución de las mismas la familia tiene un papel muy importante. Las necesidades son factores de motivación, su conocimiento, detección y satisfacción depende de la comunicación; se encuentran

escalonadas y entrelazadas, se han esquematizado en forma de una pirámide, en la base están las fisiológicas, en el vértice se encuentran las de autorrealización, en posición intermedia se encuentran las necesidades de seguridad, pertenencia y estimación. ^(6,7,8). Es claro que discernir las necesidades exige un examen cuidadoso y, sobre todo amplitud de criterio.

Las necesidades fisiológicas o básicas son las más amplias, es indispensable su satisfacción para mantener adecuadamente la vida del adulto mayor, se refieren a: comer, dormir, respirar, conservar la propia temperatura y contar con protección contra el ambiente físico. En la satisfacción de dichas necesidades, la familia tiene una función primordial, ya que puede participar en todas; la no satisfacción de las mismas da lugar a problemas sociales, económicos y de salud.

Las necesidades de seguridad se refieren a la pérdida de la confianza en sí mismo, abarca aspectos emocionales, sociales y económicos. El adulto mayor tiene preocupaciones relacionadas con enfermedades que le afectan, hay angustias en cuanto a la cercanía de la propia muerte, a las pérdidas y separaciones de los seres queridos; además tiene miedo a sufrir maltratos, humillaciones, robos, abandonos, abusos y homicidios. Los problemas de tipo económico con frecuencia generan temores en las personas mayores y sus familias, se relacionan con ingresos y pensiones bajas y al pago elevado de servicios médicos. La familia puede ser un medio importante para evitar, limitar o retardar las citadas preocupaciones y los problemas, favoreciendo la autopercepción y el autocuidado.

Las necesidades de pertenencia o arraigo social del hombre mayor se logran cuando se identifica con su grupo familiar, dando y recibiendo genuinamente afecto, cariño y amistad, evitando la soledad. En la satisfacción de estas necesidades el vínculo positivo hombre mayor-familia es indispensable, depende en gran parte de los lazos existentes previos. Cuando el sentido de pertenencia es exitoso, el adulto mayor ocupa un lugar dinámico en la familia, adquiriendo claramente un rol social; en otras palabras la pertenencia social comprende la necesidad de ser útil a la familia e integrarse evitando postergaciones. Cuando no se establecen buenas relaciones con el hombre mayor -conflictos generacionales-, es habitual que existan fricciones, por otra parte si hay sobreprotección familiar el adulto mayor puede afectar su personalidad y quizás su salud.

La satisfacción de las necesidades de estimación tiene dos móviles, por un lado las personas de tercera edad necesitan sentirse importantes, trascendentes y útiles, y por otro lado deben recibir del núcleo familiar, respeto, reconocimientos y estímulos. El sentido de estimación en las personas de edad avanzada se logra cuando están informados y toman parte en decisiones en el seno familiar y ejercen la autonomía. El desafío es crear y consolidar medios para insertar adecuadamente a las personas mayores en la familia, evitando la negligencia y el desinterés en el tratamiento de cuestiones de significativa importancia para la vida económica y social de la persona mayor. En otros términos dentro del seno familiar, las personas mayores deben ser miembros activos del mismo, los viejos deben coparticipar de acuerdo a sus posibilidades y experiencias; lo que significa que los parientes del adulto mayor no sean los únicos que proporcionen u otorguen algo; debe haber apoyo recíproco entre los viejos y los miembros de su familia.

La necesidad de autorrealización o autosatisfacción del hombre mayor se encuentra en el vértice de la pirámide de Maslow, es un fenómeno personal, depende más del propio envejeciente que del medio social, sin embargo se puede favorecer a través de la familia. En los hombres viejos significa: elaborar planes y promover para ellos mismos; y sus familias, organizar reuniones sociales, participar en planes económicos, viajar, vincularse con proyectos de solidaridad social y ayuda a necesitados.

La postergación o marginación de las satisfacciones de las necesidades del viejo en la familia dependen de la práctica de valores socioculturales que aceptan y proyectan una imagen negativa de la vejez; por otra parte "Una familia en cuyo seno el paciente geriátrico se siente deseado, formando parte activa del núcleo, el que al mismo tiempo, le concede honor y afecto, constituye la familia positiva por excelencia" ⁽⁹⁾.

IV. EPILOGO

En el futuro inmediato un gran repertorio de problemas sociales, económicos y de salud de las personas de tercera edad habrá que enfrentar, muchos de los cuales aún no han sido previstos por los organismos públicos, privados

y sociales, desbordando la posibilidad en cuanto a recursos y capacidad financiera, ante esta situación las familias jugarán un papel decisivo, interactuando con los citados organismos y el resto de la sociedad; así habrá que reforzar las estructuras y funciones familiares, buscando la satisfacción de las necesidades de los adultos.

En la atención al adulto mayor se requieren innovaciones audaces y creativas que permitan una participación más activa del mismo en la dinámica familiar y social; así no sólo se mejora la calidad de la vida de los envejecientes, sino también de los otros componentes de la familia, en particular hijos y nietos. Se pueden promover programas intergeneracionales, recordando que las relaciones familiares son las que el anciano vive con más intensidad y asiduidad, su importancia es básica en muchos sentidos para él mismo ⁽¹⁶⁾.

En base a la teoría de Maslow los hijos, nietos y parientes que conviven, se ocupan o tienen a su cargo adultos mayores pueden solventar mejor la problemática del mismo, balanceando y priorizando las necesidades, lo que permite despejar muchas ideas estereotipadas que en todas partes se achacan a los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

1. Cordera, A. y Bobenrieth, M.: *"Administración de Sistemas de Salud"*. México, D.F. 1983. pp. 143.
2. Fajardo Ortiz G.: *Tercera Edad. Adulto Mayor. "El adulto mayor en América Latina"*. CISS-CIESS-OPS-OMS. México, 1995, pp. 2.
3. Fericgla, J. M.: *"Envejecer. Una antropología de la ancianidad"*. Edit. Del hombre. Serie Anthropos. España 1990 pp. 380.
4. Handy, Ch. B.: *"Understanding Organizations"*. Penguin Books. Middlesex, England. 1984. pp. 27.
5. *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. México. 1990. pp. 3.

6. Lehr, U.: *"Psicología de la Senectud"*. Biblioteca de Psicología. No. 60 Edit. Herder. España 1993 pp. 258 a 266.
7. Motlis, J.: *"El dado de la vejez y sus seis caras"*. Edit. Altalena. España 1989. pp. 258.
8. Naciones Unidas. *"Declaración Universal de Derechos Humanos"*. New York, N. Y. 1986. pp. 22.
9. Orellana, V.: *"El adulto mayor en el contexto del mundo occidental"*. Conferencia Curso Latinoamericano de Actualización Médico-Social para el Adulto Mayor. CIESS_ Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Noviembre 1995.
10. Vargas, L. A.: *"La vida social de los ancianos: una perspectiva antropológica"*. El adulto mayor en América Latina. CISS-CIESS-OPS-OMS. México. 1995. pp. 131.

ESTRUCTURA FAMILIAR: LUGAR Y FUNCION DEL VIEJO EN LA FAMILIA - ABUELIDAD -

*Norma Delucca y
Graciela Petriz*

Se intenta transmitir en este trabajo, el lugar del viejo en la familia desde el ángulo psicoanalítico dado que se considera que los lugares en la estructura familiar y social anteceden a su ocupación por cada sujeto singular, ya que están explícitamente marcados por la cultura a la que pertenecen, se cree necesario hacer un rodeo para encuadrar las particularidades que adquiere este lugar en la actualidad y sus multideterminaciones en relación a las concepciones vigentes sobre la familia. ¿Por qué este rodeo? Porque el lugar es una marca simbólica. Es una invariante (relativa) dentro de la estructura del parentesco. Implica que en todas las culturas y en todo tiempo, al parecer, se le otorga un lugar a la familia y a sus componentes: lugar de la madre, del padre, de los hijos y de las familias de origen.

En las familias de origen que dan lugar a una nueva estructura familiar (familia nuclear), es donde podemos encontrar el lugar del viejo, el lugar del abuelo.

Lo que hace de la familia una organización o institución atravesada por el devenir histórico, es que cada época construye y propicia determinados valores y modos de funcionamiento por sobre otros, acorde con lo que espera de los sujetos que la componen.

Recurramos a la historia y a la antropología, en períodos históricos previos a la revolución industrial, como en culturas diferentes a la nuestra, donde por razones políticas y económicas se necesita acrecentar la mano de obra, el grupo social propiciará el matrimonio, la descendencia y la familia amplia como unidad de trabajo.

Levi-Strauss (1988) cita como ejemplo una tribu del Brasil, al este del Mato Grosso, los "bororó", donde los solteros casi no podrían sobrevivir. Se comparte sistemáticamente el trabajo entre hombres y mujeres y sólo el status matrimonial permite al hombre gozar de los frutos del trabajo de la mujer: arte de "despojar", pintar el cuerpo, arrancar las plumas, comida vegetal y cocida. La mujer bororó cultiva la tierra y hace las vasijas. El hombre joven caza y asa la carne. Las mujeres ancianas secundan a las jóvenes en sus tareas y el hombre viejo, tiene el status del sabio que transmite las técnicas o colabora en las tareas de la mujer. No hay choques generacionales porque todos encuentran y se propician lugares diferentes y armónicos dentro de la familia.

A su vez, desde las perspectivas de las ciencias y del pensamiento de época, el "imaginario social" (Castoriadis, C. 1989) o colectivo que constituye la modernidad (Siglo XVIII hasta el nuestro), está asentado en la idea de progreso, de camino evolutivo de direccionalidad única y necesaria. Afirmado en la certeza racional de que todo podría llegar a ser explicado a partir del conocimiento científico, propició discursos totalizantes, de búsqueda de una verdad absoluta y la posibilidad de su demostración.

En este paradigma surge el modelo de familia tradicional, como una entidad "naturalizada" de soporte biológico y despegada del contexto histórico en que surgió y que se pensó inmutable.

A partir de la revolución industrial y los cambios que ella generó, se fueron produciendo dos fisuras conflictivas en el funcionamiento familiar:

1. Decrece la importancia de la unidad productiva familiar que unía bajo un mismo techo y en torno a la producción al grupo familiar, incluida la generación de los abuelos.

Tanto el "pater familia" como la madre, pasan a efectuar el trabajo fuera del hogar. Se conmueve el orden tradicional familiar: la madre ya no es sólo reproductiva, criadora de hijos y "ama de casa", sino que interviene en la producción.

2. En la educación de los hijos, si bien la transmisión de normas y valores sigue residiendo en el grupo familiar, sobre todo en los primeros años de la vida, la escolarización y el impacto informativo de los medios de comunicación masivos se han erigido frente a la familia como competidores poderosos.

La creciente existencia de entidades de asistencia social es un síntoma de la pérdida creciente de la responsabilidad familiar en favor de organismos sociales no familiares, que no tienen el valor de contención y de intercambio que en una sociedad no urbana y menos compleja desempeñan los vínculos solidarios con la pequeña comunidad. Tiende a desaparecer la gran familia bajo un mismo techo - por lo común trigeneracional - reduciéndose a la familia nuclear, transformándose los vínculos extra-afectivos que otrora unían a sus miembros por el trabajo: la unión queda supeditada a la presencia del amor, del afecto, y esto hace más frágiles sus relaciones y su estabilidad.

La generación de los abuelos queda tempranamente fuera del aparato productivo. Si bien pueden seguir aportando al sostén familiar amplio a través de compartir horas de cuidado de sus nietos mientras sus padres trabajan, las migraciones internas de la familia nuclear en busca de centros de trabajo suelen dejarlos aislados en sus lugares de origen.

El discurso científico actual, que pone en crisis el pensamiento de la modernidad, desecha la idea de totalidad de generalizaciones y de verdades últimas incuestionables. Apunta a la diversidad y a la heterogeneidad.

Respecto al concepto de familia, se ha permitido la revalorización de diferentes modelos tanto de otras culturas como en la propia, pero a su vez, plantea en el hombre actual la incertidumbre que puede derivar en el sentimiento de vacío como en la creatividad.

Desde el psicoanálisis y con el aporte de la antropología estructural, se piensa que más allá de las diferentes formas o modos de funcionamiento de

la familia en las diferentes culturas y tiempos históricos, hasta donde sabemos se encuentra en todas algún tipo de organización y legalidad de los vínculos del parentesco, esta organización que la cultura construye es previa al nacimiento del individuo, opera como una matriz simbólica y los lugares de esta matriz (estructura del parentesco), se irán ocupando por sujetos singulares a partir de la alianza conyugal. La ley de la cultura que rige esta alianza es el **tabú del incesto**, que supone la formación de una pareja **exogámica**, cuyos miembros pertenecen a dos grupos familiares diferentes, que de este modo, instalan el intercambio y relaciones de reciprocidad entre los grupos, preservándose así su supervivencia. De este modo, se piensa que la familia es una construcción de la cultura y no un hecho natural.

Todo hecho de cultura (y la familia lo es, como también el lenguaje que domina sus lugares) surge y a la vez impone la presencia de una legalidad, un orden; allí donde la naturaleza dejó una brecha, donde dejó algo librado al azar y nada dice, la cultura crea una regla. Paradoja de la cultura, es creada por el hombre y a su vez estructura sus fundamentos.

Cabe recordar que **incesto**, en su etimología significa "no casto" (en su alusión al vínculo sexual-genital que prohíbe el tabú) pero también **fuera de la ley** (de la cultura) como aceptación amplia.

Pensar en la ley de prohibición del incesto como fundamento de creación de la familia permite conceptualizar una estructura lógica, un orden invariante dentro de la diversidad de sus contenidos, este orden reconoce quién es quién, cuál es el lugar de cada uno, instituyendo relaciones y vínculos diferenciales: a) de consanguinidad (hermano-hermana); b) de alianza (esposo-esposa); c) de filiación (padres-hijos); y d) la relación del nuevo miembro de la familia con las familias de origen de los padres. Se ha pensado en llamar relación o vínculo transgeneracional o ancestral al que se establece entre el nieto y los abuelos a través de la "abuelidad" (Redler, P., 1986).

La ley instala una prohibición y un orden generacional y sexual, con grados prohibidos y permitidos para cada uno de estos vínculos. La sexualidad genital sólo está permitida en nuestra cultura para el vínculo de alianza; está prohibida para los vínculos de consanguinidad y filiación y por extensión, para los vínculos con los ancestros.

Se prescribe la expresión de la sexualidad a través de la "corriente tierna" (Freud, S., 1905) para todos los vínculos, generándose los efectos y su expresión en sentimientos. La prohibición alcanza también a la otra cara del amor que es la hostilidad. Ningún vínculo amoroso está exento de ella, pero quedará reprimida como mandato de la cultura, en su expresión más descarnada de eliminación del otro (aunque la misma cultura sorteas este mandato legalizando las guerras).

Quedarán inscritos en lo inconsciente tanto los deseos incestuosos como los de muerte. En su latencia, sin embargo, siguen insistiendo a lo largo de la vida, ya que la ley funda el deseo del sujeto por todo lo que no pudo realizar ni acceder. Motor de su incesante búsqueda.

A la inscripción psíquica de la ley de la cultura se le llama psicoanalíticamente **estructura edípica**, referida a la instauración de una lógica y su representación por parte del sujeto: yo-el otro significativo y los muchos otros. Este **orden simbólico familiar** y su registro psíquico permitirán captar que el espacio del yo propio es limitado, que hay otros diferentes a mi edad y sexo. Esto es la "**castración simbólica**" = **saberse sexuado**, necesitado del otro y mortal, sujeto a un orden que trasciende a los individuos singulares.

Pensemos ahora en las tres funciones básicas que se articulan en la familia, constituyendo la subjetividad de sus miembros (dando la posibilidad de que un organismo-bebé devenga un sujeto humano):

- 1) La **función de sostén** (biológico y psicológico), de apuntalamiento, que permite que las necesidades del infante, por lo que la madre le ofrece primero y el padre después, puedan ir transformándose en su propia demanda y en deseo singular. Esto va a dar respuesta al desamparo originario que se produce a partir del nacimiento, dada la prematuración e indefensión (biológica y psíquica) del cachorro humano. Esta carencia inicial será suplida por los cuidados y significaciones que punto a punto le brindará la madre sobre una de sus experiencias. Necesitará para existir que un **otro privilegio** (madre, padre o sustitutos) lo **invista**, lo **libidinice**, es decir, deseen su vida y existencia y se lo transmitan.

- 2) **Función de corte.** Para que el deseo materno puesto en juego en el bebé que la completa y la hace sentir plena no sea abusivo y no borre su autonomía y singularidad, pasando a ser propiedad exclusiva de ella, será necesario que un tercero (padre o sustitutos) represente un espacio diferente para el bebé, que abra una brecha en la unidad narcisista madre-bebé e inaugure su entrada en la lógica de la **presencia** y la **ausencia**, que le permitirá acceder a lo simbólico, a la cultura, a los objetos a construir.

Una forma de categorizar estas dos funciones es denominarlas **materna** y **paterna**, más allá de quienes la ejerzan. Funciones que van produciendo en el psiquismo, la representación de la unión, la completud y dialécticamente la descompletud, la separación-individuación, la diferenciación yo-otro.

De este modo, padre y madre, objetos primarios amparadores y gestadores de la alteridad, serán a su vez para el niño los portavoces y mediadores del macrocontexto. Sin saberlo, transmitirán (transformados por sus propias singularidades) los valores de la cultura, del conjunto social al que pertenecen. Esta es la tercera función fundamental de la familia: **la transmisión**.

Cada sujeto metabolizará esta transmisión, creando representaciones subjetivas sobre lo recibido, en el marco de los vínculos intersubjetivos entre él y sus objetos primordiales. Pero muy tempranamente irá captando en forma directa el "fondo de la melodía", construyendo las representaciones transubjetivas (trans: "más allá de ...", "a través de..."), que le permitirán saberse incluido en un conjunto más amplio que la familia: el conjunto social (lo capta a través de personajes del entorno, la guardería, la televisión, ...). Se produce la inscripción de los ideales de la cultura, pero también de aquello que ella rechaza (transmisión de "lo negativo").

Hasta aquí parecería que el niño construyera representaciones sobre el presente inmediato. Pero ese "aprendiz de historiador", como llamó Piera Aulagnier al **yo** como instancia psíquica, que lo diferencia de otros y le permite una incipiente noción de su identidad propia, es el responsable de la capacitación de la temporalidad: de un antes y un después. Un antes de su nacimiento que lo precede y un futuro que lo espera.

En el antes de su nacimiento no sólo está la pareja de sus padres. La pregunta por **el origen** implicará a su vez el origen de la pareja y sus ascendentes. Lo nuevo e irrepetible se articula permanentemente en la familia con lo que se repite, con lo que hace a la cadena transgeneracional.

Las familias de origen, **los padres de los padres**, ahora **abuelos, sus ancestros**, han escrito ya una historia que inexorablemente es transmitida.

La transmisión tiene entonces dos ejes:

- a) Uno sincrónico, que incluye la dimensión ideológica del conjunto social (lo que acepta y promueve y lo que rechaza).
- b) Uno diacrónico, donde están implicadas las generaciones anteriores y que constituye la **transmisión transgeneracional**. Le da a la familia y a sus miembros el sentido de que no es autoengendada.

Aquí se inscribe la abuelidad. El nacimiento del hijo en la familia crea la función madre y padre (antes esposo-esposa), del mismo modo crea la **función del abuelo**. Este acto implica una **donación** por parte del abuelo: la de su lugar de padre o madre. Ocupa el lugar de **dador** en la estructura familiar: del que cede o renuncia a un hijo para abrir el intercambio con otros grupos, como testigo y garante de la nueva alianza (como se expresa en las ceremonias religiosas de consagración del matrimonio). Ocupar este lugar supone la renuncia a ser en esta nueva familia los que estructuren y organicen las significaciones fundamentales para ese nieto.

Si cumplen su función, se ubicarán como otros terceros de la relación del niño con sus padres, facilitando su apertura a otros vínculos.

Si esta función es fallida (lo que implica que la madre o el padre no han resuelto eficazmente sus propios desasimientos de las figuras parentales), su lugar puede indiscriminarse del lugar de la madre o el padre, borrándose las diferencias generacionales, creándose no sólo situaciones de rivalidad entre ambas generaciones, sino propiciando que la oferta identificatoria para ese niño pueda ser confusa al ofrecerle modelos que pueden ser contradictorios y a veces paradójales.

Las combinatorias son amplias y complejas, dando lugar a configuraciones vinculares que habrá que considerar en sus particularidades.

Quisiéramos volver al tema de la transmisión de significaciones transgeneracionales y analizar su valor, ¿cómo se realiza?, ¿cuáles son sus vías?

Recurrimos a dos citas: la primera de Freud, S., de su obra "Totem y Tabú" (1913) ⁽¹⁾:

"Sin el supuesto de una psique de masas, de una continuidad en la vida de sentimientos de los seres humanos que permita superar las interrupciones de los actos anímicos producidas por la muerte de los individuos, la psicología de los pueblos no podría existir. Si los procesos psíquicos no se continuaran de una generación a la siguiente, si cada quien debiera adquirir de nuevo toda su postura frente a la vida, no existen en este ámbito ningún progreso ni desarrollo alguno. En este punto surgen dos nuevas cuestiones: conocer el grado de continuidad psíquica que se puede suponer en la serie de las generaciones, y los medios y caminos de que se vale una generación para transferir a la que le sigue sus estados psíquicos. No se afirma que estos problemas estén muy dilucidados, ni que la comunicación directa y la tradición - lo primero en que uno piensa - resulten suficientes. En general, la psicología de los pueblos se cuida poco de averiguar la manera en que la continuidad de la disposición se establece en la vida anímica de las generaciones que se relevan una a la otra. Una parte de la tarea parece estar a cargo de la herencia de predisposiciones psíquicas, que empero, necesitan de ciertos enviones en la vida individual para despertar a una acción eficaz. Acaso sea éste el sentido de las palabras del poeta: 'Lo que has heredado de tus padres adquiérela para poseerlo' (Goethe, Fausto, parte I, escena 1.)

El problema cobraría un aspecto todavía más difícil si pudiéramos admitir que existen mociones anímicas capaces de ser sofocadas a punto tal que no dejasen tras de sí fenómeno residual alguno. Pero no hay tal cosa. La sofocación más intensa necesariamente dejará espacio a unas mociones sustitutivas desfiguradas y a unas reacciones que de ellas se siguen. No es lícito entonces suponer que ninguna generación es capaz de ocultar a la que le sigue sus procesos anímicos de mayor sustantividad.

El psicoanálisis ha enseñado, en efecto, que cada hombre posee en su actividad mental inconsciente un aparato que le permite interpretar las reacciones de otros hombres, vale decir, enderezar las desfiguraciones que el otro ha emprendido en la expresión de sus mociones de sentimiento. Por ese camino del entendimiento inocente, todas las costumbres, ceremonias y estatutos que había dejado como suela la originaria relación con el padre primordial permitieron tal vez que las generaciones posteriores recibieran aquella herencia de los sentimientos”.

La segunda cita, de Lacan, J., corresponde a “El Seminario 2”, Capítulo “El circuito”:

“Recuerden lo que decíamos en años anteriores, sobre las llamativas coincidencias que Freud apunta en el orden de lo que él llama telepatía. Cosas muy importantes, dentro del orden de la transferencia, se cumplen correlativamente en dos pacientes, estando uno en análisis y el otro apenas en contacto o estando ambos en análisis. En su momento se mostrará que por ser agentes integrados, eslabones, soportes, anillos de un mismo círculo de discurso, es que los sujetos ven surgir al mismo tiempo tal acto sintomático, o revelarse tal recuerdo.

El punto al que se ha llegado, se sugiere en perspectiva, concebir la necesidad de repetición, tal como se manifiesta concretamente en el sujeto, por ejemplo en análisis, bajo la forma de un comportamiento montado en el pasado y reproducido en el presente de manera poco conforme con la adaptación vital.

Aquí reaparece lo que ya se señaló, a saber, que el inconsciente es el discurso del otro. Este discurso del otro no es el discurso del otro abstracto, del otro en la diada, de mi correspondiente, ni siquiera simplemente de mi esclavo: es de sus eslabones. Es el discurso de mi padre, por ejemplo, en tanto que mi padre ha cometido faltas que estoy absolutamente condenado a reproducir: lo que llaman super-ego. Estoy condenado a reproducirlas porque es preciso que retome el discurso que él me legó, no simplemente porque soy su hijo, sino porque la cadena del discurso no es cosa que alguien pueda detener, y yo estoy precisamente encargado de transmitirlo en su forma aberrante a algún otro. Tengo que plantearle a algún otro el problema

de una situación vital con la que muy posiblemente él también va a toparse, de tal suerte que este discurso forma un pequeño circuito en el que quedan asidos toda una familia, toda una camarilla, todo un bando, toda una nación o la mitad del globo. Forma circular de una palabra que está justo en el límite del sentido y el sin sentido, que es problemática.

Esto es la necesidad de repetición tal como la vemos surgir más allá del principio del placer. Vacila más allá de todos los mecanismos de equilibración, de armonización y de acuerdo en el plano biológico. Sólo es introducida por el registro del lenguaje, por la función del símbolo, por la problemática de la pregunta en el orden humano".

Lo que extraemos de estas citas, es que existen simultáneamente diferentes tipos de transmisión, que se realizan a través del lenguaje (entendiendo por lenguaje no sólo lo que se expresa en el habla, sino también lo que se calla, las actitudes, lo gestual, lo expresado corporalmente).

Un tipo de transmisión es la que se da a través del relato - de padres a hijos, de abuelos a nietos- de costumbres, tradiciones, mitos y creencias familiares.

Otro modo de pensarla es como **sedimento**, como la transmisión del **resto** no significado, lo reprimido por los ancestros, lo no contestado, lo no realizado, lo evitado. Lo que tuvo una fuerza traumática que no permitió su metabolización psíquica insiste en la cadena generacional y el hijo y luego el nieto, se ven comprometidos a intentar **una vez más** una respuesta. Se hará bajo la forma de **repetición pero no** necesariamente de un contenido, sino del modelo, de la forma con que la familia anterior enfrentó sus dramas. Pueden entonces producirse desmentidas en cadena sobre hechos de los cuales la familia nunca habla, a la manera de un pacto implícito de renegación. Pero, sin saberlo, la familia vive la amenaza de "retorno de lo desmentido" y un hecho nuevo, un acontecimiento, pueden dar lugar a que lo silenciado retorne en la escena familiar con la connotación de "lo siniestro"⁽¹⁾.

(1) ... lo que está destinado a permanecer oculto, sale a la luz y también: "horroroso, ajeno; extraño". (Schelling).

En síntesis, los antepasados nos dejan como herencia: 1) aquello que quedó **ligado** afectivamente y **representado** en el aparato psíquico y por lo tanto puede ser **recordado** y transmitido en palabras; 2) lo que tuvo inscripción y palabras pero fue **reprimido** y **olvidado**; 3) lo que **no pudo ser ligado ni representado** y no tuvo palabras porque fue **desmentido o recusado** de la realidad, como un hecho traumático que nunca existió.

Cuando una generación no puede recordar o no puede establecer nexos y causalidades, transmite como herencia un "hueco" de significación. "Apropiarse" de ella (como dice Goethe: "... adquiérela para poseerlo") sería descifrarlo y poder ponerle palabras para su comprensión.

Pongamos un ejemplo: en la década del 70 se vivió en Argentina, bajo la dictadura militar, en una "sociedad de masacre", llamado así por los historiadores (en oposición a "sociedades de sacrificio") a aquellas sociedades en que desde el poder se apunta a la muerte anónima, a la confusión de las víctimas en un olvido sin signos.

Desde esta realidad traumática, insoportable para algunos, se estimularon en los sujetos y en familias enteras los mecanismos defensivos psíquicos de disociación y desmentida de la muerte, lo que hizo imposible la tramitación de su duelo. El tiempo quedó congelado, detenido. Estos duelos no realizados se transformaron con el correr del tiempo en una especie de "secreto" para los descendientes. En algunos casos, en un mandato implícito a no preguntar.

En una consulta familiar por un niño que "no aprende", que deja sus "tareas sin terminar", con dificultades para expresar sus emociones en forma mediatizada y con accesos de furia y violencia, se fue encontrando y reconstruyendo con la familia, el doloroso camino de dar sentido a lo no dicho para poder ubicar la muerte en el pasado, duelar la pérdida de objetos queridos y liberar al niño, que con su trastorno, denunciaba lo que ellos "no habían podido aprender".

Por esto, seguimos confiando en el valor de la palabra y en el de su transmisión más allá de que las incongruencias sociales actuales den mayor valor a las realidades virtuales que a las historias vividas.

En situaciones conflictivas pero metabolizadas, la presencia concreta del abuelo en una familia y el relato de su propia historización al nieto, dará oportunidad a uno y a otro de ir encontrando algún sentido a lo transmitido "mudo" (secretos familiares de los que no siempre la familia es consciente, como señalamos).

Si esta transmisión se basa en certezas absolutas y cerradas, no habrá lugar al interrogante, a la pregunta. Si tiene alguna fisura (que siempre la hay) y el niño ha preservado su capacidad de interrogación, este diálogo que comienza a instalarse en la edad de su adquisición del lenguaje y de los "por qué", que fundamentalmente dirige a sus padres, podrá orientarlo también hacia sus abuelos, de donde él podrá ir extrayendo sus propias conclusiones. Encontrando contradicciones e incongruencias que aportarán nuevas preguntas que ellos no se hicieron y obligarán (si es posible) a nuevas significaciones para todos.

Desde el polo de los viejos, la abuelidad puede ser pensada entonces como un momento creativo, como una oportunidad de trabajo psíquico y elaboración de situaciones no resueltas (ejemplos: films: "La laguna dorada"; "Tomates verdes fritos"). O bien los enfrentará al dolor de lo no asumido y el refuerzo defensivo en su denegación.

La generación intermedia, la de los padres, también puede presentar resistencias a percibir a su otrora "grandiosos padres" de la infancia, como abuelos, como viejos que han perdido su poder. Esta pérdida del sostén que siempre representaron las figuras de los padres puede generar en los hijos (ahora padres) sentimientos de hostilidad, complejizando la asunción del abuelo de su hogar.

En el mejor de los casos, las familias logran encontrar sus propios modos de resolver o enfrentar los eternos enigmas sobre la vida y la muerte, el paso del tiempo, la articulación entre el pasado, el presente y el futuro, las diferencias generacionales y sexuales.

En otras situaciones, el poder integrarse en grupos de reflexión o de abordajes psicoterapéuticos puede ser la vía de aproximarse a salir de la repetición y el encierro endogamizantes.

Para concluir, a continuación se menciona un párrafo del reportaje realizado por André Coutin a la psicoanalista francesa Francoise Doltó: ⁽²⁾

P- En las parejas rotas, ¿los niños recurren actualmente más a los abuelos?

R- Sí, pero lo hacían ya antaño. Abuelito y abuelita estaban en casa, mientras que ahora hay que ir a verlos a la suya. Tanto mejor para estas generaciones, porque estas visitas rompen el aislamiento de los abuelos. Hace veinte o treinta años, en cambio, hubiera sido un castigo para los adolescentes: "Qué fastidio". Actualmente parece que hay una demanda de ir a la casa de los abuelos a pasar unas pequeñas vacaciones. Se confían a ellos. Ciertamente, es una ventaja para los niños confiarse a gente mayor que está fuera de la competición sexual, que no tienen preocupaciones de inseguridad por el dinero y que son al mismo tiempo más desinteresados, y también más amantes sin la complicación del deseo y la desconfianza del deseo, porque piensan en él mucho menos. Proyectan menos el deseo. El interés que dedican a estos jóvenes no está fijado en su propia emoción sexual; así pues, no la proyectan. Por ello, los jóvenes tienen necesidad de padres mayores, o de amigos mayores. Los abuelos permiten a los jóvenes descubrir las constantes de la vida. A varias generaciones de distancia, sus nietos que les visitan pueden comprobar que, finalmente, para las cuestiones fundamentales, no hay mutantes..."

Como vemos, es un doble intercambio: a los jóvenes les proporciona cada vez más raíces, puntos de anclaje, encontrar personas que tienen con ellos un vínculo afectivo y que representan alguna permanencia en la vorágine del devenir y los abuelos, al poder ser escuchados y transmitir sus experiencias, sienten que recuperan un lugar de reconocimiento entre los jóvenes.

(2) "La causa de los adolescentes", Seix Barral, 1970

BIBLIOGRAFIA

- Attias-Donfut, C.: *"Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional"*. En: Rev. de Sociología "Papers" - Argentina 1992.
- Aulangnier, P.: *"La violencia de la interpretación"*. Amorrortu Ed. Bs. As. Argentina 1977.
- Berenstein, I.: *"Psicoanálisis de la estructura familiar"*. Ed. Paidós. Barcelona, España 1981.
- Castoriadis, C.: *"La institución imaginaria de la sociedad"*. Tusquets Ed. Barcelona 1989.
- Doltó, F.: *"La causa de los adolescentes"*. Ed. Seix Barral, Barcelona 1990.
- Freud, S.: - *"La novela familiar de los neuróticos (1908)"* T. IX. O.C. Amorrortu Ed. Bs. As. Argentina 1980.
- *"Totem y tabú (1914)"* T. XXIII. O. C. Amorrortu Ed. Bs. As. 1980.
- *"Tres ensayos de teoría sexual (1905)"* T. VII. O.C. Amorrortu Ed.
- Kaes, R. y otros.: *"Lo negativo"*. Amorrortu Ed. Bs. As. Argentina 1989.
- Lacan, J.: El seminario 2. Cap. *"El circuito"*. Ed. Paidós. Barcelona 1986.
- Lévi-Strauss, C.: *"Las estructuras elementales del parentesco"*. Ed. Paidós. Barcelona 1988.
- Méndez, X; Albert, B.: *"La familia en la crisis de la modernidad"*. Argentum Ed. Buenos Aires 1993.
- Perrot, M. y otros: *"La revolución francesa y el asentamiento de la sociedad burguesa"*. En: Hist. de la vida privada. T. VII. Ed. Taurus, Madrid 1990.
- Redler, P.: *"Abuelidad. Más allá de la paternidad"*. Ed. Legase. Bs. As. Argentina 1986.
- Salvarezza, L.: *"Psicogeriatría, teórica y clínica"*. Ed. Paidós. Buenos Aires 1988.

RELACION ENTRE EL DETERIORO FUNCIONAL Y EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

INTRODUCCION

La transición demográfica y epidemiológica que vive México en la actualidad ha determinado un incremento en la proporción de individuos de mayor edad que envejecen y son, tarde o temprano, víctimas de enfermedad. La enfermedad crónica en la ancianidad suele ser, con mayor frecuencia a mayor edad, causa de incapacidad e invalidez. Los hospitales en áreas urbanas de nuestro país ocupan un 30% de sus camas con personas de más de 60 años de edad ⁽¹⁾, y una parte sustancial de los recursos destinados a la salud son consumidos por los adultos mayores. La incapacidad, el deterioro funcional y la dependencia que de ellos resulta, reflejan tanto de manera cualitativa como cuantitativa los requerimientos asistenciales de nuestros mayores y por ello su estimación se hace necesaria para la planeación.

El objeto de este trabajo es describir las incapacidades y el estado funcional de los ancianos mexicanos en la comunidad y en las instituciones de cuidados prolongados, para estimar el problema que representa la dependencia de los mismos y sus consecuencias sobre los requerimientos asistenciales.

ACERCA DEL SIGNIFICADO DEL ESTADO FUNCIONAL

En el caso del adulto mayor, el estado funcional ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como el mejor indicador de la repercusión de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia del individuo⁽²⁾. Además su medida es simple y expedita, lo cual resulta inestimable para fines epidemiológicos. Las escalas de valoración más utilizadas son las derivadas del método de Katz que comprende la evaluación de la funcionalidad básica, o sea, la capacidad para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana necesarias para mantener una vida independiente. La estimación de la funcionalidad, esto es, de la capacidad para la ejecución de las actividades de la vida cotidiana se ha utilizado ampliamente, sea como indicador de progresión de la enfermedad, o bien como marcador de la necesidad de rehabilitación o de medida de la respuesta a la misma⁽³⁾. Las escalas de actividades de la vida cotidiana también han sido empleadas para estimar la “calidad de la vida”⁽⁴⁾, la necesidad de atención médica y/o asistencia social entre los ancianos⁽⁵⁾, la elegibilidad para aseguramiento⁽⁶⁾ y la adecuación de las políticas asistenciales⁽⁷⁾. También es útil para predecir la admisión en casas de retiro⁽⁸⁾ y la mortalidad prematura⁽⁹⁾. Además, la estimación de las actividades de la vida cotidiana también puede transformarse en una medida de la expectativa de vida activa^(10,11). En la actualidad, más de 40 escalas de funcionalidad han sido publicadas⁽¹²⁾ con amplias variaciones en el número y disposición de los reactivos y en el método de calificación incluidas en la mayoría de las encuestas sobre ancianidad, las escalas de funcionalidad se han convertido en una herramienta indispensable para la formulación de políticas asistenciales para los adultos mayores⁽¹³⁾. Al limitar la definición de incapacidad a la necesidad de auxilio para la ejecución de las necesidades básicas de la vida cotidiana (baño, vestido, alimentación, movilidad y continencia), se ha demostrado cómo es posible obtener estimaciones comparables a partir de fuentes diversas de evaluación funcional. Este reportese apoya en tal supuesto estableciendo comparaciones a partir de dos estudios: La Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento (ENSE 94 del CONAPO) y la Encuesta sobre el estado de los ancianos institucionalizados en la ciudad de México (Organización Panamericana de la Salud-Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”) y relacionando tales resultados con la información disponible de otros países, en particular Francia⁽¹⁴⁾, los Estados Unidos de Norteamérica y China⁽¹⁵⁾

DESCRIPCION DE LAS ENCUESTAS

La Encuesta Nacional Sobre el Envejecimiento efectuada por el Consejo Nacional de Población en 1994 comprendió una muestra de 5000 ancianos de 60 años y más elegidos de una muestra aleatoria en ámbitos urbanos y suburbanos. La escala de valoración funcional empleada en este caso fue la desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud, que comprende una combinación de 16 reactivos, que exploran la funcionalidad básica e instrumental y nos dan una noción aproximativa del nivel de dependencia de los encuestados, así como de la prevalencia y los patrones de discapacidad. Esto nos permite determinar su radio de acción (confinado a su habitación o al domicilio), el grado de dependencia tanto para actividades básicas de la vida cotidiana (actividades de "supervivencia", como alimentarse, desplazarse y cuidar de la propia higiene) como para actividades instrumentales (ejecución de actividades más complejas como la administración de la casa, el uso del dinero, etc.) necesarias para llevar una vida independiente en el seno de la comunidad. A los entrevistados se les ofrecieron tres opciones, "capaz de realizarlas sin ayuda", "capaz de realizarlas con ayuda" e "incapaz de realizarlas".

La encuesta sobre el estado funcional de ancianos en instituciones de cuidados prolongados en el Distrito Federal fue efectuada sobre una base de 115 asilos registrados en la zona metropolitana, 95 de ellos en el D.F. El objetivo de la encuesta fue el caracterizar las instituciones de cuidados prolongados existentes en la zona metropolitana desde el punto de vista de su adecuación a los servicios que prestan y el simultáneamente, describir las características funcionales de sus ocupantes. Todo ello para cotejar las necesidades asistenciales de los asilados contra la oferta de servicios en las instituciones que ocupan. La encuesta fue transversal y descriptiva del total de las instituciones de la zona metropolitana. Se llevó a cabo a través de visita de las Instituciones por personal entrenado para aplicar la evaluación a través de la escala de Kuntzmann⁽¹⁶⁾ para evaluar el estado funcional y los requerimientos asistenciales de los habitantes de las instituciones y de la escala de evaluación institucional Firevicius-OPS⁽¹⁷⁾. Un total de 618 individuos fueron evaluados en 35 instituciones de atención prolongada a ancianos en el D.F. En su mayoría de sexo femenino (474) y apenas un tercio de sexo masculino (144). La edad de la muestra osciló entre los 59 y los 100

años con un promedio de 79.6 años. El estado funcional evaluado a través de la escala de Kuntzman permite estimar el grado de dependencia y la intensidad de la atención requerida por los ancianos que viven en institución. El puntaje es numérico y a mayor calificación, mayor dependencia. Con un puntaje entre 0-3 el individuo se considera independiente, de 4 a 6 parcialmente dependiente y con 7 ó más altamente dependiente.

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

ENCUESTA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEL CONAPO.

ESTADO DE SALUD GLOBAL Y SATISFACCION VITAL.

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital nos da una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado. Por otra parte, la autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de la misma. La evaluación de estas variables nos proporciona una estimación del nivel de salud de los adultos mayores en nuestro medio.

En general, quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Tienen además una ventaja neta cuando se trata de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o bien de hacer frente al estrés o de cultivar las actividades sociales.

La satisfacción vital en nuestro caso la definimos como la percepción global de bienestar que tiene el individuo y es también un reflejo de la salud global. Los reactivos utilizados para explorarla han sido ampliamente utilizados¹⁸ con fines epidemiológicos en la vejez.

En el cuadro 1 se muestra cómo la mayor parte de los ancianos encuestados se dijo satisfecho de la vida (más del 75%). El resto (23.2%) se declararon insatisfechos o muy insatisfechos.

En este rubro, hay pocas diferencias sexuales en las edades de 60 a 80 años, aunque las mujeres tienden a expresar un menor grado de satisfacción. Entre ellas sin embargo, a mayor edad, es notoriamente mayor el grado de insatisfacción. Este fenómeno no se observa en igual medida entre los hombres (cuadro 1).

MOTIVOS DE INSATISFACCION. En la vida, los eventos traumáticos ponen en riesgo nuestro bienestar físico y mental. A continuación se detallan las preocupaciones que prevalecen entre los entrevistados como causas de insatisfacción. Destacan en primer lugar las preocupaciones económicas (38%) seguidas por las relativas a la salud (33.8%) y a la familia (8.5%), los problemas sociales, de vivienda y de alimentación constituyen en su conjunto la causa primordial de preocupación para sólo un 4% de los encuestados. Como segunda preocupación más importante fue señalada la salud y enseguida la situación económica y la problemática familiar. Las mujeres tienden a preocuparse más por los problemas de salud y familiares que los hombres. Entre los más ancianos (>80 años), las preocupaciones de salud ocupan el primer plano y las económicas pasan a un segundo lugar como un reflejo del deterioro progresivo del estado de salud al avanzar en edad.

AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD. La información que proporciona este rubro es altamente relevante para tener un acercamiento cuantitativo al estado de salud. Al ser autorreportados, estos datos sirven a propósitos diferentes que aquéllos que se obtienen por examen médico, sin embargo, su cuidadoso análisis sirve de indicador general en cuanto a necesidades asociadas con la salud (cuadro 2).

Del total de la población, sólo 29.9 % de los individuos consideran su salud como buena o muy buena, 47.1% regular, 19% mala y 3.9% muy mala. Prevalece el optimismo al preguntárseles cómo se consideran respecto a sus contemporáneos, ya que 34.7% se consideran en mejor, y 6.4% incluso en mucho mejor estado que sus padres. Las diferencias sexuales, aunque modestas son interesantes ya que las mujeres tienden a considerar como mala su salud en una mayor proporción en todas las edades. Es muy claro además, como al atravesar el umbral de los 80 años, la percepción de la salud como mala o muy mala se incrementa significativamente, (hasta en un 50 %) en ambos sexos (cuadro 2).

En cuanto a limitación en las actividades de la vida cotidiana por enfermedad, los entrevistados respondieron al respecto que: 24.5% frecuentemente y 13.4% muy frecuentemente se ven impedidos para ejecutar sus actividades cotidianas por causa de enfermedad. Esta última cifra se aproxima a la de los individuos que consideran su salud como peor o mucho peor que la de sus coetáneos (16.3%). Rara vez se ven limitados por la enfermedad en un 46.8% y sólo 14.9% nunca, estos últimos corresponden mayoritariamente a los individuos con menor grado de desventaja funcional. En general las mujeres se ven más afectadas en el desempeño de sus actividades. La limitación suele ser más frecuente a mayor edad. Entre los octo y nonagenarios, alrededor de un tercio (23.1% de los hombres y 32.8% de las mujeres), dicen verse limitados muy frecuentemente o siempre para hacer las cosas que necesitan o quieren hacer. Esta cifra es semejante a la de aquéllos que reportan limitación funcional en alguna actividad instrumental.

LESIONES, INCAPACIDADES E INVALIDEZ

Las lesiones constituyen el inmediato resultado de la enfermedad y representan el impacto de la misma sobre el funcionamiento de un órgano, aparato o sistema, tal es el caso de un infarto miocárdico, una fractura de cadera o una colecistitis. No hemos abordado específicamente la detección de las mismas, por considerar poco fiable el auto-reporte de estos indicadores. La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema, a este respecto hemos puesto especial énfasis en la evaluación del estado de los órganos de los sentidos y del aparato locomotor. Por último, la invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le circunda; la hemos abordado en términos de funcionalidad y uso de auxiliares sensoriales o para la movilidad.

VISION. Un número elevado de encuestados, (66.6%) manifestaron tener problemas parciales y 3.2% graves con su visión. Entre los más ancianos, 72% tienen problemas moderados y hasta 8.5% un déficit grave en el caso de las mujeres. El resto se declararon como normales. A pesar de ello sólo el 48.9% de los afectados, manifestaron utilizar algún auxiliar visual, la cifra disminuye a 36% en el caso de los octogenarios.

AUDICION. En este rubro, 27% se reportaron como moderadamente afectados, y sólo 1.45% con déficit grave por debajo de los 80 años. Por encima de esa edad las cifras aumentan considerablemente ya que hasta 8% se reportan gravemente afectados y 48% con afección parcial, sin que haya diferencias sexuales significativas. Llama la atención que sólo un 2.9% de los afectados emplea un auxiliar auditivo, siendo más probable que así sea a mayor edad y en el sexo masculino.

SALUD DENTAL. Al interrogárseles acerca de su dentadura, 19.4% la describieron como muy deficiente y 47.3% como deficiente. Las cifras de afección total se duplican por encima de los 80 años. Utilizan algún tipo de prótesis sólo el 34% de los afectados. Es más frecuente la utilización de prótesis a mayor edad entre los hombres, no así entre las mujeres. Debe subrayarse que sólo 0.2% de los afectados mencionaron recibir algún tipo de tratamiento dental a pesar de la muy elevada prevalencia de afección.

AFECCIONES DE LOS MIEMBROS. Detectamos sólo un 3.3% de afección grave de alguna de las extremidades, pero 40.7% presentan al menos un compromiso parcial, tal afección es compensada por el empleo de algún tipo de órtesis o prótesis sólo en 16.2% de los casos afectados. A mayor edad, las lesiones son más frecuentes, y en particular las graves, pues afectan hasta a un 8% de las mujeres más ancianas. La frecuencia de utilización de órtesis o prótesis casi se duplica más allá de los 80 años para ambos sexos.

INCONTINENCIA. La incontinencia es una causa frecuentemente subestimada de incapacidad en esta población. En 1.2% de los individuos se presenta en forma total y parcialmente en 6.5%. Sólo 7.1% de los afectados usan alguna protección o aparato para compensarla, que en la mitad corresponde a un pañal. Las mujeres suelen ser más frecuentemente afectadas pues presentan algún grado de incontinencia 7.3% de ellas entre los 60 y 80 años y hasta 16.8% por encima de los 80 años. En este último grupo en 4.1 % de los casos, la incontinencia es total.

ACCIDENTES. En nuestra encuesta, al ser interrogados sobre la ocurrencia de un accidente en los últimos 6 meses, encontramos que 6.3% de los interrogados lo habían sufrido. El grupo más afectado fue el de las mujeres de más de 80 años que reportaron accidentes en un 10.3% de los casos. Los

accidentes más frecuentes fueron, en orden decreciente: Caídas (60.4%), intoxicaciones (20.2%), atropellamiento (5.5%), accidentes automovilísticos (5.5%), quemaduras (1.5%) y otros (7.9%). El accidente tuvo consecuencias mayores en un 39.6%, correspondiendo un 21.6% a fracturas. Al cabo de 15 días habían sanado el 50% de los afectados, 29.5% tardaron más de un mes y sólo 9% 3 meses o más (hasta 240 días). Es de notarse que más de la mitad de las víctimas de un accidente señalaron que el mismo los afectó profundamente para el desarrollo de su vida cotidiana (51.2%); esto a pesar de que sólo 39.6% de los afectados tuvieron lesiones consideradas como graves.

ESTADO FUNCIONAL

De la población estudiada, en cuanto a movilidad se refiere es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años pueden salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) están paralizados en cama, esto es 10 veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios. En general, dentro de la población encuestada: 20.2% no pueden caminar más de 3 cuadras sin ayuda, 18.3% sólo pueden salir de casa con auxilio y un 5.4% sólo con ayuda pueden desplazarse dentro de su domicilio.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria fue estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer sólo en la noche. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo 0.68% de los encuestados no pueden de ninguna manera salir de la cama y son por ende totalmente dependientes de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual permite aún considerarlo como altamente dependiente. En promedio 7.06% de los encuestados tienen necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y dependen en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son en

consecuencia más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como: cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, la casi totalidad de los jóvenes viejos las ejecutan, cuando sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o ejecutar la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para ejecutarlas se incrementa considerablemente con la edad. Es así que aproximadamente 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios están incapacitados para ejecutar, aún las tareas domésticas más ligeras.

Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

EVALUACION DE LA DEPENDENCIA

Sobre la base de la incapacidad para la movilidad y para la ejecución de las actividades elementales de la vida cotidiana arriba descritas podemos segmentar a la población. Para este fin, cuatro grupos de “desventaja funcional”, o “dependencia”, han sido definidos por Alain Colvez ⁽¹⁹⁾ (cuadro 3) como útiles para la planificación. Se ilustran nuestros resultados conforme a sus criterios en el cuadro 4.

Los datos anotados muestran la prevalencia de la discapacidad en las actividades individuales. La necesidad de ayuda, como ya lo hemos señalado, se incrementa con la edad y suele ser más prevalente entre las mujeres.

Vista aisladamente, la proporción de personas de edad avanzada que tienen un cierto grado de deterioro funcional, traducido por la incapacidad o impedimento para la realización de las actividades de la vida cotidiana parecería muy grande (a nivel instrumental hasta 27% de los mayores de 60 años). En cambio, los estados graves son mucho menos frecuentes.

Es así que, la proporción de personas que están confinadas a la cama, y que por ende son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria (grupo A), es inferior en todos los grupos de edad y sexo a un 3% (0.49 a 2.58%). El grupo B está integrado por individuos que son dependientes para la mayoría de las actividades de la vida diaria y si bien sólo representa un 6.13% del total, hay amplias variaciones entre los grupos de edad. Entre los mayores de 80 años, 21.5% de las mujeres están en este caso. En el grupo C, (quienes no pueden salir de su domicilio sin ayuda), el porcentaje de la población total de ancianos es de 14.29%, pero la cifra entre los mayores de 80 años alcanza el 30%.

ENCUESTA SOBRE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

En las instituciones de cuidados prolongados en nuestro país, residen mayoritariamente ancianos, ya sea con incapacidad, o bien en necesidad de asistencia social.

De la muestra, 52% de las personas requieren ayuda parcial o total para las actividades básicas de la vida cotidiana. Es más común que las mujeres sean totalmente dependientes y más raro que sean independientes con respecto a lo que ocurre en el sexo masculino (cuadro 5).

Llama la atención que, si bien hay una tendencia a un mayor deterioro funcional a mayor edad, la proporción de los mayores de 80 años que son totalmente dependientes no es tan superior a la del grupo de menor edad como sucede en la comunidad (cuadro 6).

En lo que concierne al origen del deterioro funcional, es frecuente la presencia de síndrome de deterioro intelectual (16.8% de los casos), de éstos, más de dos terceras partes son de sexo femenino y 58% tienen más de 80 años. La presencia de síndrome de deterioro intelectual suele ser devastadora desde el punto de vista funcional y determina una total dependencia hasta para las más elementales actividades de supervivencia (cuadro 7).

Es común que los ancianos que viven en institución se encuentren paralizados en cama. Esto ocurre en un 21.7% de los casos. Nuevamente, entre los

afectados predominan los de sexo femenino (82%) y, (con 65%) los de mayor edad (cuadro 8).

DISCUSION

La vejez es con frecuencia considerada como el período del deterioro y el desaliento. Contra este cliché hay que subrayar que no sólo 75 % de nuestros mayores se sienten satisfechos con la vida; sino que 12.4% se declaran muy satisfechos. Estos hallazgos han sido observados en América Latina en su conjunto y ofrecen la posibilidad de un enfoque positivo, en busca del aprovechamiento de las potencialidades de este grupo poblacional⁽²⁰⁾. Sólo 23.2% de los ancianos se declaran globalmente insatisfechos o muy insatisfechos con la vida. Cabe una reflexión: Tales respuestas contrastan con las condiciones de vida de este grupo de población en general. ¿Acaso el resultado no obedece en alguna medida más a un gran estoicismo, dadas las muy bajas expectativas que mantiene el anciano en nuestro medio respecto a lo que significa envejecer?

A mayor edad, es más frecuente la insatisfacción. Probablemente tal evolución obedece al progresivo deterioro funcional que se da, en mayor grado a mayor edad, y más frecuentemente en el sexo femenino, y que repercute grandemente sobre la calidad de vida al disminuir la autonomía. El hecho de que la salud sea la principal causa de insatisfacción entre los octo y nonagenarios de ambos sexos concuerda también con este supuesto.

AUTOPERCEPCION DE LA SALUD Y LIMITACION DE ACTIVIDADES

La impresión global que se tiene del propio estado de salud, y con respecto al de otros miembros de la propia corte, ha demostrado ser un valioso predictor de la morbi-mortalidad mediata y reflejo del estado de salud global real. Según el grupo de edad y el sexo, del 20 al 35% de los encuestados en la ENSE consideran mala o muy mala su salud. En proporción semejante (37.9%) se manifiestan significativamente limitados en el desempeño de sus actividades cotidianas. A mayor edad se incrementa hasta en un 50% la proporción de personas que consideran mala su salud y las mujeres tienden

a considerar como mala su salud en mayor proporción en todas las edades. Es posible que los factores que limitan la ejecución de las actividades cotidianas no obedezcan únicamente al deterioro de las condiciones de salud, sino también, a un mayor grado de dependencia resultante del deterioro en distintos niveles (económico, red de apoyo social y familiar, movilidad, etc.).

En términos generales, la tercera parte de la muestra o bien está insatisfecho, o bien percibe como mala su salud o bien tiene una considerable limitación funcional que interfiere con las actividades de la vida diaria.

INCAPACIDADES. Existe una elevada prevalencia de incapacidades, hasta 70% tienen algún grado de deterioro sensorial en el caso de la vista si bien sólo en menos del 10% es grave. De los evaluados, 40% sufren de limitación funcional de alguna extremidad; en conjunto 7.7% sufren de algún grado de incontinencia, cifra que se eleva al 20% de las mujeres de más de 80 años, la incontinencia es un factor de deterioro de la calidad de vida y uno de los elementos de decisión para institucionalización que tiene mayor peso (por parte de la familia), la evaluación y tratamiento oportuno permite corregirla en 80% de los casos. Las incapacidades a nivel de audición, visión, continencia y movilidad constituyen un problema de salud pública significativo y merecen por su frecuencia y por su considerable repercusión funcional una mayor atención para una oportuna identificación y rehabilitación. La salud dental es un serio problema: 70% de nuestros mayores tienen problemas de salud dental, pero sólo 0.2% reciben atención, el deterioro de la dentadura es el principal factor que contribuye a minar el estado nutricional, pilar de la salud. El tratamiento dental tiene un gran valor preventivo para conservar la salud, se requieren programas específicos de gero-odontología.

Las incapacidades resultan con frecuencia de los accidentes y los mayores son víctimas de los mismos en 6.3% de los casos, más de la mitad de los eventos corresponden a caídas, en 40% con consecuencias graves y en mayor proporción con limitación funcional por el síndrome post-caída que provoca ansiedad y limita la movilidad. El impacto psicológico de los accidentes, y en particular de las caídas (la causa más frecuente) y de las agresiones es considerable y puede ser aún más limitante que las mismas consecuencias físicas de la lesión. Ha sido demostrado que es posible

prevenir las caídas interviniendo sobre los individuos con mayor riesgo de presentarlas, en nuestro medio no existen programas al respecto.

NIVEL DE DEPENDENCIA. La proporción de personas que están confinadas a la cama, y que son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria, es inferior en todos los grupos de edad y sexo a un 3%. Son aún dependientes para la mayoría de las actividades de la vida diaria 6.13% de la población estudiada. Entre los mayores de 80 años sin embargo la cifra aumenta hasta un 21.5% de las mujeres. En términos generales, 9.1% (GRUPOS A y B) de los evaluados dependen de una tercera persona para su supervivencia cotidiana y se encuentran confinados a su domicilio. Cabe preguntarse ¿cómo acceden a los servicios de salud? En realidad, la cifra de aquellos limitados para abandonar su domicilio es aún mayor. Si tomamos en cuenta el grupo C de desventaja funcional (aquellos dependientes de una tercera persona para abandonar su casa), el porcentaje de la población de ancianos dependientes de una tercera persona para abandonar su domicilio se acerca al 25%. Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de mejorar las vías de acceso a los servicios de salud, reforzando el nivel comunitario y creando servicios de mantenimiento a domicilio, a la vez que se refuerzan los existentes, dado que aquellos ancianos con mayor probabilidad de requerirlos son octo-nonagenarios, grupo que adolece de significativos problemas de movilidad.

COMPARACION CON OTROS PAISES. Los porcentajes de personas que informaron independencia en las actividades de la vida diaria y otros índices del estado físico funcional fueron similares a los observados en los estudios epidemiológicos de las personas de edad avanzada realizados en otros países⁽²¹⁾, por ejemplo, alrededor del 7.06% de las personas informó discapacidad en al menos una actividad básica del autocuidado, asimismo ocurre con otros países de la zona de las Américas⁽²²⁾. En China⁽¹³⁾, la tasa de prevalencia de dependencia funcional es de 8.28% (definida como dependencia en una o más de las actividades básicas) y es muy semejante a la observada en el caso de México, donde la cifra puede alcanzar 9.1% (si consideramos los grupos A y B de dependencia funcional). Estas cifras son superiores, aunque semejantes, a las observadas en Francia⁽¹⁷⁾ donde apenas supera el 6%, y en los Estados Unidos donde oscila entre 5.8 y 8.1%

según las fuentes⁽⁵⁾. La diferencia puede tener diversas explicaciones: En otros países de las Américas, se observa una mayor evidencia de discapacidad para aquellas actividades cotidianas que requieren de un mayor esfuerzo físico o integridad cognoscitiva, como el uso de medicamentos, el manejo del dinero o el desempeño de actividades domésticas. Así, mientras puede no haber una sustancial necesidad de asistencia para actividades de subsistencia, ésta existe para actividades más complejas. También en China, la complejidad de algunas actividades básicas como el baño suele ser mayor que en E. E. U. U. y en Europa y determinar por ello una más precoz necesidad de ayuda (esta actividad es una de las más precozmente comprometidas). Parecería que muchas de esas necesidades están siendo cubiertas por miembros de la familia; podría argumentarse que en nuestra sociedad somos más proclives a prestar asistencia más tempranamente, o bien simplemente que, en efecto, tenemos una más elevada tasa de deterioro funcional cuyos orígenes habría que esclarecer. En todo caso, las necesidades de nuestros mayores no son sustancialmente distintas de las observadas en países post-industriales y necesitan por igual de un abordaje global y que comprenda la atención a las consecuencias de su deterioro funcional.

RELACION DEL ESTADO DE SALUD CON EL ESTADO FUNCIONAL

La autopercepción del estado de salud se correlaciona directamente con el estado funcional. Como se observa en el cuadro 9, conforme peor es la funcionalidad, peor es también la autopercepción de la salud. Por otra parte, conforme peor es el estado funcional, es evidente que aumenta la limitación para el desempeño de las actividades habituales (cuadro 10). Es plausible que la autopercepción del estado de salud sea peor en aquellos individuos con mayor deterioro funcional en razón de la mayor incapacidad y consecuente limitación de actividades. No podemos sin embargo descartar que la percepción negativa del propio estado de salud influya desfavorablemente en el desempeño funcional, pero en la experiencia clínica cotidiana esto es menos frecuente.

En contraste con el satisfactorio estado funcional de la muestra en su conjunto, un porcentaje sustancial de ellos calificó su salud como menos que buena (70%). Probablemente porque se utilizan a sí mismos como referencia

con respecto a su estado de salud en la juventud. Desde luego esto refleja también la presencia de problemas de salud que no han rebasado el umbral de la discapacidad. Esta interpretación puede sustentarse por la gran proporción de personas que informaron que los problemas de salud interfieren con sus actividades cotidianas frecuente o muy frecuentemente (37.9%); esto denota que las personas pueden encontrar gran dificultad en el desempeño de las actividades cotidianas pero no por ello dejar de efectuarlas.

En todos los casos, el grupo que presenta un mayor grado de deterioro corresponde al de las mujeres de más de 80 años, que son también el grupo más desfavorecido en cuanto a acceso a servicios de salud.

A mayor edad, mayor necesidad de asistencia, más aún para el sexo femenino. Sin embargo, en nuestro país, a mayor edad, existe una menor probabilidad de estar asegurado, que es menor aún si se es mujer.

REPARTICION DE LOS GRUPOS DE DEPENDENCIA QUE VIVEN O NO EN INSTITUCION

Entre los ancianos que viven en institución es casi 10 veces más frecuente la presencia de deterioro funcional con respecto a los que viven en la comunidad. Las más frecuentes causas de dependencia son los trastornos que comprometen la movilidad y las afecciones demenciales. Esto no es sorprendente, en virtud que una de las razones principales para asilarse en nuestro medio es el propio deterioro funcional; además, en institución, la presencia de octo y nonagenarios es más frecuente que en la comunidad y esto influye también para determinar una mayor prevalencia de dependencia funcional en este ámbito. Se considera habitualmente obvio que un estado de alta dependencia conduce a la vida en institución. Sin embargo contrariamente a lo que con frecuencia imaginamos, las personas que presentan un elevado nivel de dependencia no se encuentran mayoritariamente en institución. Por ejemplo en Francia, de 100 individuos altamente dependientes (confinadas a la cama o el sillón), 75 están en su domicilio y sólo 25 en institución. Ciertamente, la frecuencia de institucionalización crece conforme es peor el nivel funcional. En nuestro medio probablemente no somos la excepción. Si bien la prevalencia de deterioro funcional en nuestros

ancianos institucionalizados es casi 10 veces más elevada que entre los ancianos que viven en la comunidad, es muy probable que los ancianos altamente dependientes que viven en la comunidad sean sensiblemente más numerosos que los institucionalizados en virtud del pobre número de camas de institucionalización disponibles.

EL FUTURO DEL DETERIORO Y LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

¿COMPRESION O EXTENSION DE LA INCAPACIDAD?

Quizá para la planeación no basta con estimar la situación actual de la dependencia funcional en nuestro México; es necesario tener al menos una noción de lo que a futuro podemos esperar. Las previsiones concernientes a la esperanza de vida en buena salud y la prevalencia de las incapacidades entre las personas de edad divergen según las hipótesis sobre las que se apoyan.

Dos corrientes opuestas están en la actualidad en abierta confrontación: Por una parte, un primer escenario prevé una pandemia de incapacidades, postulando que la esperanza de vida total seguirá creciendo más rápidamente que la esperanza de vida en salud, aumentando así el período de dependencia que precede al deceso ⁽²³⁾. Dos mecanismos propuestos sostienen la hipótesis. Primero, somos testigos de una disminución de la tasa de mortalidad asociada a las grandes enfermedades letales (cáncer y enfermedad cardiovascular), lo cual aumenta la duración de la morbilidad asociada a tales padecimientos ⁽²⁴⁾. Seguidamente, el envejecimiento de la población se acompaña de una modificación de la incidencia relativa de las enfermedades y de los síndromes crónicos e incapacitantes, que además no son prevenibles, como la artrosis y la demencia que adquieren preeminencia sobre condiciones potencialmente fatales pero prevenibles como el cáncer y la enfermedad cardiovascular. Es así que las condiciones agudas y mortales son reemplazadas por patologías más incapacitantes ⁽²⁵⁾. Como Fausto, el hombre habría trocado una mayor sobrevivencia por una vejez llena de miserias. Por otra parte, con una visión optimista, la hipótesis de Fries ⁽²⁶⁾ sobre la compresión de la morbilidad postula que dado que la duración máxima de la vida humana parece fija (alrededor de 120 años), el aumento de la esperanza

de vida debiera entrañar progresivamente una disminución del número de años vividos en estado de dependencia o mala salud. Esta hipótesis no es sostenida por los datos epidemiológicos ^(27,28,29), dado que el aumento de la esperanza de vida no se acompaña necesariamente de un incremento paralelo de la esperanza de vida en salud. Sin embargo, ciertos indicadores militan en favor de la hipótesis. Para empezar, los grandes estudios norteamericanos sobre el control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares han mostrado importantes efectos sobre la morbilidad sin reducción significativa de la mortalidad. Además, la proporción de la esperanza de vida vivida en buena salud es mayor en las clases socioeconómicamente altas, lo cual permitiría suponer que la compresión de la morbilidad se ha iniciado ya en esta población más favorecida ⁽³⁰⁾.

Sea cual fuere la realidad, la hipótesis de Fries se cumplirá con mayor probabilidad si avanzamos en la comprensión de los determinantes del deterioro del estado funcional y la génesis de las incapacidades para permitirnos el desarrollo de estrategias dirigidas a su prevención. En vez de asistir a una pandemia de invalidez podríamos ser testigos efectivamente de la compresión de la incapacidad. El período de dependencia que precede a la muerte podría así disminuir conforme se rectangulariza la curva de supervivencia. Una tal compresión entrañaría no sólo una estabilización del gasto de salud sino también, y sobre todo, una mejora sensible en la calidad de vida de los ancianos a través de la preservación de su autonomía.

Entre tanto, la realidad es la de un incremento en los números absolutos de individuos dependientes que, con toda probabilidad seguirá creciendo en las próximas décadas. Es así que se impone la necesidad el reconocimiento del problema que representa el deterioro funcional que prevalece al envejecer y la situación de dependencia que resulta del mismo y compromete el bienestar de nuestros adultos mayores. Sólo así será posible iniciar una política global en torno al envejecimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En virtud no sólo del número que representan, sino también de que son, probablemente, los principales consumidores de servicios de salud; el estado de salud de los adultos mayores en México es uno de los más complejos retos que enfrentan las autoridades sanitarias.

Se impone la necesidad de un enfoque positivo al considerar que dos terceras partes de nuestros mayores se declaran satisfechos de la vida, aún cuando sepamos que esto en parte obedece a sus bajas expectativas. Más aún cuando otros tantos perciben su salud como buena o muy buena. Este enfoque positivo debe apoyarse en actividades de prevención y promoción de la salud.

Es cada vez más claro que los adultos mayores en su conjunto constituyen un grupo por demás heterogéneo. Podemos diferenciarlos por su estado funcional, por su percepción del propio estado de salud y por su nivel de dependencia, o de una manera pragmática por su edad, al considerarla como el mejor indicador promedio de las variables enunciadas, en al menos dos grupos, los mayores y los menores de 80 años. Es al franquear el umbral de la novena década de la vida que el peso de los cambios inherentes al envejecer se hace manifiesto en la mayoría.

Hay sin duda elementos suficientes para que los ancianos en su conjunto, sean reconocidos como un grupo vulnerable, con necesidades de atención peculiares que resultan de la elevada prevalencia de deterioro funcional y que necesitan, para su abordaje de un monitoreo y de una planificación específica. Esto es particularmente cierto para el grupo más deteriorado y más claramente vulnerable: el de los mayores de 80 años, y en especial, los de sexo femenino. Este es el grupo que mayor necesidad tiene de servicios de salud y rehabilitación, sin embargo sus integrantes son quienes menor probabilidad tienen de estar aseguradas y quienes mayores dificultades tienen en acceder a los servicios en virtud de su situación de dependencia.

A partir de lo anotado, la elaboración de programas para promover su salud debe partir de las siguientes premisas⁽³¹⁾:

1. La estrategia básica debe seguir siendo la promoción de la salud y la atención primaria; empleando la infraestructura existente y tomando en cuenta el comportamiento relacionado a la salud, la organización social y los factores culturales que debemos investigar y aprender a reconocer; además debe perseguirse el mantenimiento de los ancianos dentro de su ámbito domiciliario, pero con apoyos suficientes que les permitan compensar sus deficiencias funcionales.
 - A. Para promover su salud se requiere tomar en cuenta tanto sus necesidades observadas como aquello que los ancianos sienten y manifiestan en cuanto a satisfacción y autopercepción de la propia salud. Para proponer programas y acciones se debe considerar, no sólo lo que ocurre en clínicas y hospitales, sino también y muy especialmente lo que sucede en los hogares y la comunidad en general.
 - I. Dado el compromiso de la movilidad de esta población, la atención domiciliaria y los servicios comunitarios son una necesidad patente en la actualidad y su desarrollo debe favorecerse por encima de la creación o ampliación de nuevos servicios hospitalarios. Esto debe incluir el desarrollo de estrategias de mantenimiento a domicilio a largo plazo para ancianos de alta dependencia.
 - II. Es necesario establecer mecanismos de monitoreo de la funcionalidad de la población destinados a seguir su evolución y evaluar el impacto de las políticas que se pongan en marcha.
 - III. Es urgente revisar la casi inexistente normatividad en cuanto a servicios de institucionalización se refiere dadas sus graves insuficiencias y el considerable deterioro funcional de sus residentes. La mayor parte de las casas hogar y asilos en el D. F. y el interior de la república, carecen de personal capacitado y recursos suficientes para hacer frente a las necesidades de sus asistidos. Lo que hasta la fecha se ha visto como una labor caritativa, ha rebasado ya ese nivel y para la adecuada prestación de servicios se necesita la adecuación de la infraestructura y la participación de personal calificado.

Cuadro 1
SATISFACCION VITAL

	M		F		TOT.	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
Muy insatisfecho	6.2	7.2	5.4	7.1	5.8	7.2
Insatisfecho	16.7	17.0	16.6	25.3	16.7	21.6
Satisfecho	65.1	63.6	64.3	57.9	64.7	60.5
Muy satisfecho	11.8	12.0	13.6	9.7	12.8	10.7

Cuadro 2
AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD

	H		M		TOT.	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
Muy mala	3.1	6.13	3.7	7.9	3.4	7.1
Mala	16.5	26.40	18.9	28.7	17.8	27.6
Regular	47.0	40.80	48.5	44.6	47.8	42.9
Buena	27.8	24.50	24.8	17.3	26.2	20.5
Muy Buena	5.6	2.20	4.1	1.5	4.8	1.8

Cuadro 3
GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL

- | |
|--|
| <p>A Confinados a la cama o el sillón.</p> <p>B No confinados a cama o sillón, pero con necesidad de ayuda para bañarse y/ o vestirse.</p> <p>C Sin las características previas, pero que no pueden salir de casa sin la ayuda de una tercera persona.</p> <p>D Los demás.</p> |
|--|

Cuadro 4
GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL

	H		M		TOT.	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
A	0.49	0.85	0.47	2.58	0.48	1.80
B	3.45	14.50	4.37	21.59	3.94	18.40
C	6.60	22.80	15.64	36.38	11.44	30.24
D	89.40	61.80	79.50	39.43	84.12	49.54

Cuadro 5 GRUPO DE DESVENTAJA FUNCIONAL POR
AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD

	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
A	28.5	37.1	31.4	2.8	0.0
B	17.7	41.1	34.8	5.8	0.6
C	8.0	30.1	45.7	14.2	1.9
D	1.8	15.1	48.6	29.3	5.2

Cuadro 6 GRUPO DE DESVENTAJA FUNCIONAL POR
LIMITACION DE ACTIVIDADES

	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy Frecuente	Siempre
A	5.7	2.9	29.9	2.9	65.7
B	2.8	13.8	30.3	19.0	34.2
C	5.7	32.7	35.1	14.3	12.2
D	17.6	52.7	22.2	5.0	2.5

Cuadro 7
ESTADO FUNCIONAL POR SEXO EN INSTITUCION

	Hombres	Mujeres	Total
0-3	77 (53.4)	222 (46.8)	299 (48.30)
4-6	32 (22.2)	99 (20.8)	131 (21.19)
>6	35 (24.3)	153 (32.2)	188 (30.40)

Cuadro 8
ESTADO FUNCIONAL POR EDAD EN INSTITUCION

	60-80	>80
0-3	46.6	42.8
4-6	25.9	23.2
>6	27.3	33.9

Cuadro 9
SINDROME DE DETERIORO INTELECTUAL

- Al menos 16.8% de los ancianos institucionalizados son dependientes a causa de deterioro intelectual.
- 73.2% de los casos son de sexo femenino.
- 58% son mayores de 80 años.

Cuadro 10
SINDROME DE INMOVILIZACION

- 21.68% de los ancianos en institución se encuentran paralizados en cama.
- De éstos, 82.08% son de sexo femenino.
- Y 64.9% son mayores de 80 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez L. *Perspectivas para el desarrollo de la Geriátría en México*. Salud Pública de México.
2. Organización Mundial de la Salud. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva W.H.O. USA 1980.
3. Katz S Downs TD, Cash Hr, et al. *Progress in development of the index of ADL*. *Gerontologist* (spring): 20-30, USA 1970.
4. Spitzer WO. State of science 1986: *Quality of life and functional status as target variables for research*. *J. Chronic Dis* 40: 465-471, USA 1987.
5. Wann TTH, Odell BG, *Factors affecting the use of social and health services for the elderly*. *Ageing Society* 1:95-115, USA 1981.
6. Van Gelder S, Johnson D. *Long term care insurance, market trends*. Health Insurance Association of America, USA 1989.
7. Wiener JM, Hanley RJ, Clark R, et al. *Measuring the activities of daily living: comparisons across national surveys*. *J. Gerontol*, 45: S229-S237, USA 1990.
8. Branch LJ, Jette AM. *A prospective study of long term care institutionalization among the aged*. *Am J Public Health*. 72:1373-1379, USA 1982.
9. Manton KG. *A longitudinal study of functional change and mortality in the United States*. *J. Gerontol* 43:S153-S161, USA 1988.
10. Katz S, Branch LG, Branson MH et al. *Active life expectancy*. *N Engl J Med*. 309: 1218-1224, USA 1983.

11. Branch LJ, Guralnick JM, Foley DL et al. *Active life expectancy for 10,000 caucasian men and women in three communities*. J. Gerontol. 46: M145-150, USA 1991.
12. Feinstein AR, Joseph BR, Wells CK. *Scientific and clinical problems in indexes of functional disability*. Ann Int Med 105: 413-420, USA 1986.
13. Barberger-Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF et al. *Health measures correlates in a French elderly community population. The PAQUID study*. J. Gerontol 47: 588-95, 1992.
14. Colvez A, *Panorama de la dépendance en France*. Revue Francaise des affaires sociales. 44 (1): 15-22, France 1990.
15. Chen P, Yu S, Zhang M, et al. *ADL dependence and medical conditions in Chinese older persons: A population-based survey in Shangai, China*. J A, Ger Soc, 43:378-383, USA 1995.
16. Kuntzmann F, Rudloff H, Eheve M, et al, *Evaluation de la Dépendance en Institution*. Revue de Gériatrie, 7(6): 263-271, France 1982.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Taller "Evaluación de los establecimientos de internación de larga estadía para ancianos en Venezuela, OPS/OMS/HPP/04/94*", 1994.
18. Neugarten BL et al. *The measurement of Life Satisfaction*. J Gerontol. USA 1961, 16: 134, 143.
19. Colvez A. *Panorama de la dépendance en France*. Revue Francaise des Affaires Sociales, France 1990, 44 (1): 15-22.
20. Checkoway B Empowering the Elderly: *Gerontological Health Promotion in Latin America*. Ageing and Society. USA 1994, 14:75-95.
21. Cornoni Huntley J Brock DB, Ostfeld AM, Taylor JO, Wallace RB. *Established populations for epidemiologic Studies of the Elderly*. Resource data Book. Bethesda Maryland: National Institute on Aging, USA 1986.

22. Anzola E, Wallace R, Restrepo H, Colsher P. *Análisis comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno Técnico 38, USA 1993.
23. Rogers A, Rogers RG, Belanger A. *Longer life but worse health? Measurement and dynamic*. The Gerontologist, 30(5): 640-49, USA 1990.
24. Guralnick JM. *Prospects for the compression of morbidity. The challenge posed by increasing disability in the years prior to death*. J Aging and Health 3(2): 138-154, USA 1991.
25. Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA et al. *Trading off longer life for worsening health. The expansion of morbidity hypothesis*. J Aging and Hum Dev 3(2): 194-216, USA 1991.
26. Fries JF *Aging, natural death and the compression of morbidity*. N Engl J Med 303: 130-135, USA 1980.
27. Koizumi A, *Health problems of the year 2000 and beyond*. Health Policy 4: 307-319, USA 1985.
28. Crimmins EM, Saito Y, Ingegneri D. *Changes in life expectancy and disability free life expectancy in the United States*. Population and Development Review. 15: 235-267, USA 1989.
29. Robine JM, Ritchie K, *Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health*. Br Med J, 302-457-460, USA 1991.
30. Fries JF *Compression of morbidity 1993: Life span, disability and Health care costs. Facts and research in Gerontology*, 7:315-323, USA 1993.
31. Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basado en la investigación*. Washington, USA 1990.

ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ALIMENTACION DEL ADULTO MAYOR

Luis Alberto Vargas

EL PROCESO ALIMENTACION - NUTRICION EN EL MARCO DE LA CULTURA

Los llamados procesos bioculturales son las funciones biológicas humanas que se encuentran fuertemente matizadas por la vida social y la cultura. Entre ellas destaca el proceso alimentación - nutrición, que engloba desde el aprovisionamiento de comida, su preparación, consumo y digestión, hasta su efecto sobre el cuerpo y bienestar, y claramente comprende funciones biológicas, pero dentro del contexto sociocultural.

Para comer, lo primero que se requiere es que haya alimentos y ello depende de las condiciones naturales de la región en que se vive, del comercio, la tecnología existente, la economía y las condiciones particulares de la persona y su familia. A lo largo de su historia, los pueblos han aprendido a cazar, pescar, recolectar y después inventaron la agricultura, la ganadería y los procesos de la industria de los alimentos. Todo ello ha estado aunado a los avances de la tecnología, que ha ido desde la sencilla fabricación de trampas o redes para cazar animales, hasta las complejas panificadoras o enlatadoras de nuestros días. Los alimentos que se obtienen de la naturaleza deben ser transportados, almacenados y comercializados. En el camino, algunos sufren procesos que los modifican, como la bien conocida homogeneización y pasteurización de la leche. Finalmente llegan a las

manos de sus consumidores y ahí entran al lugar y la etapa de preparación, que conocemos como cocina.

La cocina es tanto el lugar en que se elaboran los platillos, como el estilo peculiar en que los alimentos son transformados de acuerdo con las costumbres locales. De esta manera distinguimos, por ejemplo, la cocina veracruzana de la yucateca y la cantonesa, que comparten una parte de su materia prima, pero que tienen resultados fácilmente identificables como distintos.

Es fundamental reconocer que el platillo es la unidad mínima que los humanos reconocemos como parte de nuestra comida. Algunos platillos son sumamente sencillos, como ocurre al comer una fruta recién cortada, otros son tan sofisticados como la paella o el mole, compuestos por numerosos ingredientes, que les brindan complejos sabores. Sin embargo, los platillos son los que dan identidad a una cocina. La preparación de los platillos de una comida implica la combinación de los ingredientes naturales y está claramente influida por la cultura.

Lo mismo ocurre durante la siguiente etapa, el consumo, que abarca desde la presentación de los platillos hasta que son llevados a la boca. Cada cultura define la forma, el lugar, las circunstancias y los platillos que integran una comida adecuada. Por ejemplo, lo que en los restaurantes mexicanos se denomina "comida corrida", se acerca al ideal que nuestra cultura considera una comida completa. Comer es una de las funciones más elaboradas de la vida humana. Se come diariamente por necesidad y en ocasiones especiales en forma ritual y ceremonial. En todo caso existe un orden y una estructura para consumir los alimentos. Así, se reconocen fácilmente platillos propios de cada uno de los tiempos de la alimentación: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Sería raro que en México alguno pidiera sopa de pasta para desayunar o tamales durante la comida. También se rechazaría que el postre se sirviera antes que la sopa y existen diferencias entre lo que se ofrece para comer durante una primera comunión y la Navidad. La cultura determina los horarios para comer, lo que se debe consumir en ellos y la secuencia y la forma en que se deben presentar los platillos, tanto en los días ordinarios como en los de fiesta o en las ceremonias.

Consumir los alimentos combina costumbres personales, familiares y las del grupo. Por ejemplo, la cantidad de condimento que se agrega a la comida, depende en parte del gusto personal, pero es fuertemente influida por lo que cada familia acostumbra, pero siempre dentro del marco de lo que hace la sociedad a la que pertenece. Se puede identificar el uso de chiles en la mayor parte de México y su ausencia en la cocina cubana, aunque los alimentos fundamentales de los dos países sean semejantes. Es común que los turistas mexicanos los lleven fuera del país para dar un gusto familiar a platillos que ellos consideran extraños.

Poco antes de que el alimento penetre a la boca, se inicia el proceso de la digestión, que depende casi exclusivamente de la fisiología, aunque no deja de estar influido por la mente y la cultura. Los alimentos se fragmentan física y químicamente, quedan reducidos a los nutrimentos que los forman, atraviesan la barrera del tubo digestivo y llegan a las células del cuerpo, donde intervienen en los procesos metabólicos que determinan el destino y uso de cada uno de ellos.

Cada humano tiene particularidades propias en cuanto a sus necesidades de nutrimentos y la manera en que los gasta o los almacena. Este complejo equilibrio determina lo que se conoce como el estado de nutrición, que se ha definido como la condición dinámica del organismo, que resulta de la ingestión, digestión, utilización y reserva de nutrimentos. El estado de nutrición influye directamente sobre la salud y el bienestar personal.

De lo anterior se concluye que comer es parte de un complejo que integra aspectos biológicos y culturales y que termina con el proceso dinámico del organismo que conocemos como estado de nutrición.

NUESTRA BIOGRAFIA Y LO QUE COMEMOS

Desde que nacemos nos relacionamos con la comida y a través de ella con el mundo de lo afectivo. La lactancia materna logra uno de los contactos más profundos que se experimentan durante la vida humana. Poco después los nuevos sabores, colores, temperaturas, texturas y demás componentes de los alimentos se integran a la vida como parte de situaciones novedosas o

rutinarias, agradables o desagradables, pero de alguna manera forman parte de nuestra experiencia más vital y profunda. Estas vivencias asociadas al comer determinan en gran parte nuestra futura elección de alimentos. Por ejemplo, para los mexicanos del centro y del sur, los productos de maíz se incorporan desde temprano a sus vidas, ya que con frecuencia forman parte de los alimentos del destete y será difícil que no formen parte integral de sus vidas. Así lo harán después frijol, chile, mangos y tantos platillos elaborados con ellos.

Sin embargo, no todos los alimentos se encuentran igualmente ligados emotivamente a cada persona. Para ello influyen hechos muy concretos de la vida, por ejemplo, los recuerdos que evoca un platillo que preparaba la abuela, el gusto de otro consumido por primera vez en casa de una persona particularmente querida, o el rechazo que ocasiona la asociación de un guiso con la reacción alérgica vivida años antes. Para otros, algunos alimentos se asocian con la seguridad y la abundancia y otros con la pobreza, como ocurre con la tortilla recién preparada o con la sopa de quelites consumida en algunos lugares durante los tiempos de carencia que preceden a la cosecha. En otras ocasiones el alimento es interpretado como signo de paso a otro nivel socioeconómico. El éxito de la televisión es que logra que los niños asocien golosinas con personajes o situaciones que les agradan y se vuelvan adictos a ellas.

Otro elemento que influye en la elección de los alimentos es el efecto real o imaginado que se considera que tienen sobre el cuerpo. Así, algunas personas atribuyen al caldo o la sangre de res propiedades de tónico, al pescado la capacidad de ser más inteligente y a los mariscos la potencia sexual. Es difícil convencer a un levantador de pesas que las proteínas que requiere, las obtiene con la misma calidad de un filete de res sangrante, que a partir de una pechuga de pollo hervida. Algo semejante sucede con aquellos que atribuyen al azúcar granulada la propiedad de transformarlos en obesos, sin hacerlo con el mismo producto integrado, pero invisible en los postres o refrescos.

También ocurre que determinados alimentos tienen efectos diversos para las personas y lo que para uno es placentero, al otro le produce exceso de gas

intestinal, aparición de erupciones en la piel, acidez estomacal, mal sabor de boca o cualquier otra reacción que estime desagradable.

De esta manera cada persona incorpora a su repertorio de gustos y aversiones a los alimentos y rige en gran parte lo que considera adecuado comer en un momento y tiempo determinado.

LA ALIMENTACION DE LOS ADULTOS MAYORES

En términos generales, es poco lo que puede decirse sobre las necesidades alimentarias de los adultos mayores. Ello se debe a los pocos estudios al respecto de sus necesidades nutricionales, pero sobre todo, a su gran variabilidad. Cada persona envejece de manera distinta y por lo tanto sus necesidades son individuales. Sin embargo, los aspectos que resaltan de la revisión de la literatura científica son que la alimentación de los adultos mayores debe:

- Ser adecuada en cantidad para su tamaño corporal cambiante por el acortamiento de la estatura y la disminución de la masa muscular y tendencia al aumento de la grasa corporal. Esto se traduce en comer menos cantidad, pero sobre todo de grasas.
- Incluir líquidos suficientes para producir orina clara y tejidos bien hidratados.
- Favorecer el consumo de aquellos cereales y tubérculos que contengan fibra y almidón o se transformen en harinas, al mismo tiempo que se evitan los azúcares.
- Evitar las grasas, sobre todo las de origen animal. En caso necesario emplear aceites como el de maíz, girasol o de olivo.
- Procurar el consumo suficiente de carnes magras y leguminosas, como frijoles, garbanzos, lentejas y habas.

- Aumentar el consumo de frutas y verduras y si es necesario tomar un complemento alimenticio con cuando menos: calcio, hierro, zinc, magnesio y vitaminas A, B, C, D y E.

También deben considerarse otros cambios que ocurren con el paso del tiempo. Entre ellos está la pérdida de la capacidad de masticar, la disminución de la sensibilidad gustativa, la dificultad para deglutir y la necesidad de contar con fibra alimenticia que estimule el adecuado tránsito intestinal. Conforme se avanza en edad la comida requiere ser más suave, pero al mismo tiempo contener más líquido y fibra, así como ofrecer sabores y texturas bien definidos.

Sin embargo, uno de los problemas más difíciles de solucionar para la elaboración de dietas para los adultos mayores, consiste en comprender que su alimentación debe ser individualizada. Esto significa que debe tomar en cuenta sus particularidades personales.

Como hemos repasado, lo que nos gusta comer, es producto de nuestra crianza y de las experiencias que acumulamos a lo largo de la vida. Entre más edad tenemos, es más difícil cambiarnos. Sin embargo eso es precisamente lo que se quiere hacer de nosotros después de un infarto o con la aparición de la diabetes mellitus. Desde luego que estas recomendaciones suelen estar fundamentadas en hechos científicos. No cabe duda que nuestra dieta no solamente puede detener, sino hasta hacer regresar lesiones de aterosclerosis y limitar, y aún evitar el uso de antidiabéticos.

Lo deseable sería que aprendiéramos desde pequeños a consumir una alimentación que promueva la salud y ayude a evitar la aparición de enfermedades crónicas. Este es tal vez el reto más importante de la medicina actual.

DEL PLATO A LA BOCA, A VECES SE CAE LA SOPA, AUNQUE SEA "DIETETICA"

Sin embargo, ¿qué debemos hacer con el adulto mayor? En primer lugar, comprender que es una persona compleja, con voluntad propia, pero también con hábitos y gustos profundamente arraigados. Es difícil que a un

paciente diabético mexicano se le pueda prohibir el consumo de tortillas, ya que son uno de los alimentos más baratos, accesibles y forman la base de numerosos platillos como tacos, enchiladas o sopa azteca y se le acostumbra como acompañante de la comida. En suma: es casi imposible prescindir de ellas, sin alterar los patrones adquiridos a lo largo de la vida e incluso afectar la economía de la alimentación.

He escuchado a ciertos pacientes que califican de antipatriota a su médico cuando les prohíbe el consumo de aguacates, o de regatear el número de tamales que se les autoriza consumir a lo largo de un año: ¡cuando menos uno el día de mi santo! También se ha visto a personas rechazar francamente la sugerencia de adoptar el consumo de cereales integrales y queso cottage en el desayuno, en detrimento de los acostumbrados huevos rancheros. Sin embargo, es evidente que para algunas personas puede resultar dañino el consumo de la yema del huevo, el exceso de hidratos de carbono procedente de las tortillas, la grasa del aguacate o la manteca de los tamales. El problema en términos mexicanos es ¿qué tanto es tantito? y ¡ahora es cuándo!

Para determinarlo se requiere de gran sensibilidad, conocimientos sólidos de nutrición y sobre todo la comprensión íntima de la naturaleza humana: en resumen, de una ciencia de la nutrición con criterio humanista.

Los pasos son sencillos. El primero es llevar a cabo una larga y tranquila entrevista clínica con la persona cuyos hábitos deben modificarse. En ella se identificarán aquellos alimentos y platillos que están ligados indisolublemente a su vida y los que no consumirá a ningún precio. Entre estos dos extremos se encuentra el terreno que debemos aprovechar. Indudablemente habrá productos que en ciertos casos deberán abandonarse totalmente o al menos, durante largo tiempo. Este es el caso de la yema de huevo, la manteca, los camarones y otros productos ricos en determinado tipo de grasas, que favorecen la aterosclerosis. Aquí no queda más que explicar claramente al paciente la situación y mostrar la necesidad de prescindir de ellos. En cambio es sumamente difícil que se tenga que obligar a una persona a consumir alimentos que rechaza de manera categórica, ya que la gama de productos que consumimos los humanos es tan grande que seguramente los podemos sustituir.

Algunos productos quedarán en una larga lista de prohibiciones relativas: poco de esto, menos de aquello. Pero la dieta debe enfocarse de manera positiva: ¿qué es lo que sí se puede consumir? Ahí es donde el conocimiento de los equivalentes dietéticos juega un papel fundamental. Durante nuestro trabajo en el Hospital General de México, encontramos que rara vez era necesaria la prohibición absoluta del pan y las tortillas, si se les incluía en un buen esquema dietético que echara mano de la inventiva culinaria mexicana. Nuestros compañeros licenciados en nutrición llegaron a elaborar dietas prudentes, apetecibles para toda la familia y que también podía consumir el paciente diabético, quien en muchas ocasiones era la propia ama de casa que preparaba la comida para todos. Por lo tanto una segunda etapa consiste en combinar adecuadamente aquellos alimentos que el paciente acepta o tolera en platillos que le apetezcan. Para ello se requiere verdadera habilidad y conocimiento de la cultura alimentaria que debe compartirse con el paciente. Por ejemplo, no basta incluir la palabra naranja al final del menú de una comida. Esa fruta se consumirá realmente si se sugieren maneras de hacerlo, por ejemplo, en jugo o en gajos separados, combinados con jícama y aderezados con un poco de cebolla, sal y chile, en el llamado pico de gallo, que ciertamente es más apetitoso que una naranja tomada sin cambios del frutero.

El verdadero éxito de este procedimiento consiste en identificar aquello que la persona aceptará y seguirá y no hacerse la ilusión de que una fría lista de productos proveniente de un libro o de un laboratorio farmacéutico extranjero hará el milagro. Aquí juega papel fundamental la preparación de alimentos. Mucho se puede hacer gracias al teflón, al cocimiento al vapor, al uso de productos que brinden nuevos sabores o que recuerden los que no se pueden consumir, al mismo tiempo que disminuyen la cantidad de grasa, azúcares o sal que se requiere para prepararlos.

Otro papel fundamental lo juega la presentación de los platillos. La vajilla, la combinación de colores y sabores hacen de la cocina mexicana lo que es. Es triste imaginar a las personas internadas en asilos comiendo de platos de acero inoxidable unas papillas amorfas y sin gusto, aunque tal vez con todos los nutrimentos necesarios, cuando se podrían presentar los mismos alimentos en forma de platillos atractivos bien presentados, y así ayudar a mejorar su alimentación y con ello su calidad de vida.

Finalmente conviene traer a la conciencia que la comida humana es el acto social por excelencia. Es la oportunidad de hacer un alto en la actividad del día y de comunicarse con los demás. Esta comunicación no está constituida solamente por lo que se dice, sino también por lo que se hace. Un signo de afecto profundo puede ser el dar al otro una probada de nuestro platillo. Los regalos de comida suelen ser bien apreciados por su simbolismo. Por lo tanto es fundamental crear la atmósfera adecuada para el consumo de los alimentos y de ser posible, hacer de ella una actividad social agradable y pausada.

Es evidente que el manejo de la alimentación del adulto mayor es un problema complejo. Los médicos no siempre estamos capacitados para manejarlo, más que si acaso, en cuanto a la composición bioquímica de la dieta. Carecemos de los conocimientos sobre la variabilidad culinaria, de las técnicas de preparación de alimentos y también del tiempo para escuchar los gustos y necesidades del paciente. Por esta razón es más conveniente planear su alimentación con el apoyo de un equipo en el que se integren los licenciados en nutrición, dietistas, psicólogos y personas expertas en cocina. Desde luego que el propio paciente y su familia deben formar parte de este grupo y sus opiniones deben ser tomadas seriamente en cuenta, ponderadas con los conocimientos científicos de los demás participantes. Solamente así se logrará un enfoque integral que resulte en la verdadera adopción de un estilo de comer más sano.

COLOFON

Es importante recordar que los alimentos no son meras fuentes de calcio, aminoácidos y vitamina C. También son el vehículo de sentimientos, emociones y recuerdos. Comer puede ser un acto de amor. Comprenderlo es indispensable para concretar acciones benéficas para la alimentación humana.

BIBLIOGRAFIA

Antropológicas. Revista de difusión del Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM), nueva época, número 7, julio de 1993. Contiene una sección sobre antropología y alimentación, formada por: "¿Por qué comemos lo que comemos?", por Luis Alberto Vargas; "Cambio de dieta entre los migrantes mixtecos", por Leticia Irene Méndez y Mercado; "Los alimentos cotidianos del mexicano o de tacos tamales y tortas", por José N. Iturriaga de la Fuente; "La comida como expresión literaria", por Janet Long Solís; "La bebida embriagante en la cultura judeocristiana: de la aceptación a la renuncia", por Sonia Corcuera de Mancera; "Plantas comestibles - plantas medicinales, ¿matrimonio en concordia?", por Montserrat Gispert y Claudia González Romo, y "La elaboración de pan en México a fines de la Colonia", por Virginia García Acosta.

Bourges, Héctor: *"Nutrición y alimentos, su problemática en México"*, México, CECSA, 1982.

Casanueva, Esther y Maribel Arzac: Nutrición y senectud, *"Cuadernos de Nutrición"*, volumen 8, número 1: 17 - 32, México, enero - febrero de 1985.

Contreras Hernández, Jesús: *"Antropología de la alimentación"*, Madrid, Ediciones de la Universidad Complutense, Colección Antropología, Horizontes, España, 1993.

Corcuera, Sonia: *"Entre gula y templanza. Un aspecto de la historia mexicana"*, México D.F., Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, ilustrado, México 1981. (Existe una nueva edición del Fondo de Cultura Económica, publicada en la Colección Tezontle, 176 p. en 1990).

Harris, Marvin: *"Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas"*, Barcelona, Librería Editorial Argos, 1978.

Harris, Marvin: *"Good to eat, riddles of food and culture"*, New York, Simon and Schuster, USA 1985.

Iturriaga de la Fuente, José N.: *"De tacos, tamales y tortas"*, México D. F., Editorial Diana, ilustrado, 1987.

Long - Solís, Janet: *"Capsicum y cultura. La historia del chilli"*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, ilustrado, 1986.

Marrodán Serrano, Dolores, Marisa González Montero de Espinosa y Consuelo Prado Martínez: *"Antropología de la nutrición. Técnicas, métodos y aplicaciones"*, Madrid, Editorial Noesis, 1995.

Organización Panamericana de la Salud, *"Cuadernos de Gerontología"*. USA.

EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

*Rosalía Cuevas Fournier y
Ma. de Lourdes Fournier G.*

INTRODUCCION

Se puede afirmar que las definiciones de los grupos de edad dependen de factores sociales, culturales, históricos y económicos, sin olvidar los factores biológicos que están condicionados por características individuales como son la herencia y la forma general de vida. Debido a esto, es necesario hacer una breve revisión de lo que en nuestro medio, en esta época, entendemos por adulto mayor.

Para R. L. Ludojoski, la definición jurídica de adulto se refiere a quien ha llegado a la mayoría de edad en la cual "... el sujeto vive y actúa en la sociedad, según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros" (1986, p. 17). Además marca los siguientes criterios para determinar el concepto de adulto: "... la aceptación de responsabilidades, el predominio de la razón y el equilibrio de la personalidad" (pp. 18-19). Es en esta etapa de la vida en la cual "... el verdadero sentimiento de soledad es experimentado ... y se acentúa considerablemente con la muerte de un ser querido o con la posibilidad de la propia muerte" (p. 19), situaciones y sensaciones que se irán acentuando en el caso del adulto mayor.

En el medio mexicano, la situación general del adulto mayor presenta características que la distinguen, entre las cuales se pueden señalar las siguientes:

- Es muy probable que ya no esté inserto en el mercado de trabajo, aunque puede haberse incorporado a diversas actividades de la economía informal, dependiendo de cual haya sido su nivel socioeconómico durante la etapa adulta. Debido a la prolongada etapa de crisis económica del país, es muy común que los ingresos percibidos por el adulto mayor, ya sea por jubilación o subempleo, apenas sean suficientes para lo más indispensable.
- Su condición familiar ya rebasó las responsabilidades de una familia en crecimiento, lo más probable es que ninguno de los hijos que haya tenido viva con él o ella. En casos de viudez o desequilibrio económico, más bien puede existir la situación contraria, es decir, que se encuentre "viviendo con" la familia de algún hijo o hija, como parte de una familia tradicional que incluye parientes políticos en diversos grados, con todos los problemas que esto implica.
- También se da el caso de que vivan solos o con el esposo o esposa, con diferentes estados de salud, tal vez con la carga de enfermedades crónicas degenerativas y en ocasiones, en casas que proporcionan cuidados especializados (asilos o casas de salud).
- Debido a todo lo anterior, cualquier problema o crisis de salud implica un grave desequilibrio financiero y familiar. La salud pasa a ser la principal preocupación, seguida por lo económico y lo familiar. Existe un fuerte temor al rechazo y al abandono de los parientes cercanos, la falta de seguridad es permanente.

CONCEPCION DE LA EDUCACION EN EL ADULTO MAYOR

Julius K. Nyerere (citado por P. Lanzel, K. Roth y W. Niggemann, 1983) definió como los principales objetivos de la educación en adultos los siguientes:

... despertar al hombre de la resignación en que ha vivido durante siglos; enseñarle cómo la vida puede ser mejorada; infundirle fe de que con sus esfuerzos los problemas pueden ser solucionados.
(p. 18)

Aunque Nyerere no se refería específicamente a la situación del adulto mayor, nos parece que estos objetivos resultan muy adecuados para esta etapa de la vida, ya que es muy común que el adulto mayor necesite mejorar su calidad de vida, sea en lo económico o en lo social. Muchas veces sucede que ha perdido la fe en la propia capacidad para resolver sus problemas actuales, en parte debido al proceso mismo de envejecimiento.

De acuerdo con los objetivos con que se inicia esta sección, P. Lanzel, K. Roth y W. Niggemann (1983) plantean los siguientes principios básicos para la educación en adultos:

La educación de adultos debe ser un proceso de formación masiva; se debe planificar a largo plazo y para todas las edades; debe crearse un sistema de educación abierta, capaz de alentar las innovaciones y la disposición en el alumno de cambiar su actitud dentro de la sociedad; reconocer que el progreso está ligado a constantes cambios de condiciones de trabajo y de vida.
(1983, p. 18)

Estos mismos autores plantean que en la educación de adultos lo que más interesa es el cambio de actitudes y de patrones de comportamiento, y esto dependerá de manera decisiva de la motivación del alumno, ya que la educación no formal depende en primer lugar de la voluntad propia del estudiante y de su interés particular. Asimismo, distinguen entre las condiciones subjetivas y objetivas del proceso de enseñanza-aprendizaje organizado.

Específicamente, entre las *condiciones subjetivas* se consideran los conocimientos previos del alumno, su potencial de reacción, las habilidades que ya posee, su motivación, si se encuentra bajo condiciones de tensión, la adaptación del ritmo de enseñanza a la edad de los participantes, su grado de autoestimación y sus condiciones generales de vida.

Por lo que respecta a las *condiciones objetivas*, éstas incluyen el manejo de elementos de actualidad, de utilidad práctica, el empleo de materiales auxiliares y el compromiso personal del docente. Es muy importante asegurar que el material de aprendizaje esté ligado a los conocimientos previos y a las experiencias de los alumnos. También se deben incorporar ejercicios de transferencia para facilitar que lo aprendido se pueda aplicar a nuevas situaciones.

Según Lowe, la principal diferencia entre la educación obligatoria y la educación de adultos, misma que se puede hacer extensiva al caso de los adultos mayores, es que la primera es obligatoria y la segunda no. Los adultos (mayores) deciden por sí mismos lo que van a aprender y cuándo y cómo lo van a hacer.

Por otra parte, es necesario mencionar el papel de los organismos gubernamentales responsables de tan importante función en la sociedad. La institución pública de educación de adultos, como señala Lowe, se asemeja a "un supermercado en el sentido de que no puede contar con reclutar en el vecindario una clientela suficientemente numerosa que justifique su existencia y de que solamente por medio de pruebas y ensayos descubrirá qué productos, de entre los que ofrece - en este caso sus enseñanzas y actividades - tendrán la aceptación del público." (1976, p. 56)

MOTIVACIONES PARA EL APRENDIZAJE EN EL ADULTO MAYOR

En general, el proceso de enseñanza/aprendizaje a cualquier edad conlleva una serie de considerandos que el educador debe manejar con atención a fin de lograr que los programas educativos y las metas fijadas se cumplan al mismo tiempo que el educando alcance sus propias metas y satisfaga sus expectativas. Durante las etapas de la vida dedicadas a la educación formal,

en la mayoría de los casos la principal expectativa del educando se centra en la obtención de certificados que le permitan insertarse en diversos niveles del mercado de trabajo y de la escala social. En el caso del adulto mayor, se pueden distinguir otras motivaciones, que resulta necesario tomar en cuenta al diseñar proyectos y programas educativos o de actividades.

Esto es, un adulto mayor puede decidir aprender algo que siempre quiso estudiar, pero para lo cual no había dispuesto de tiempo o de recursos. Este es el caso de muchas actividades artísticas o artesanales que pueden constituir una importante adición a la rutina de actividades de un jubilado o de cualquier persona que después de haber pasado la mayor parte de su vida en compañía de una familia completa, se encuentra solo o casi solo y con mucho tiempo disponible. En estas situaciones, el aprendizaje tiene una connotación de *recreación*.

Otra razón para que un adulto mayor se interese por algún tipo de aprendizaje puede ser el deseo de adquirir algún oficio o habilidad que le permita obtener ingresos complementarios. En esta categoría se encuentra el aprendizaje, formal o informal, de diversos oficios como la carpintería, corte y confección, etc. En este caso, el aprendizaje tiene un sentido *utilitario* más o menos inmediato.

Havigurst (citado por Lowe, 1976) observó que la motivación para aprender y la elección de los temas considerados como dignos de estudio dependían de la etapa alcanzada en el ciclo de vida y de los papeles sociales que el sujeto está llamado a desempeñar. En consecuencia, el abanico de necesidades de los adultos mayores en materia educativa es muy amplio, ya que cada individuo tiene sus propias demandas y expectativas al respecto.

Por otra parte, según Lowe existen tres tipos de factores responsables de la no participación en los programas educativos: factores *personales*, *domésticos* y *externos*. Los *personales* incluyen el miedo al ridículo, la inseguridad afectiva, el sentimiento de inferioridad social, la falta de gusto por el centro educativo o escuela, actitudes negativas con respecto al estudio, la falta de dinero, la incertidumbre en cuanto al posible provecho, y los impedimentos físicos o mentales. Los *domésticos* pueden incluir la dificultad de dejar el hogar, la oposición de uno o varios miembros de la familia y la existencia de

condiciones que hagan imposible el estudio. Los *externos* pueden comprender la fatiga producida por el trabajo (si es que aún se tiene la obligación de una jornada laboral) y la falta de medios de transporte.

Resumiendo, el adulto (y también el adulto mayor) estará motivado para participar en una actividad organizada de aprendizaje si se da cuenta que eso le ayudará a resolver un problema personal, social o profesional, o le hará más feliz.

Entre las principales motivaciones de la participación de los adultos en la educación, Johnstone y Rivera (citados por Lowe, 1976, p. 51) detectan los siguientes:

- Estar mejor informado.
- Prepararse para ejercer un nuevo oficio.
- Obtener una formación en y para el trabajo.
- Llenar el tiempo libre en forma agradable y provechosa.
- Conocer gente nueva e interesante.
- Tener mejor capacidad para desempeñar determinadas tareas y obligaciones en la casa o en otra parte.
- Escapar de la rutina.
- Mejorar sus aptitudes.
- Aumentar sus conocimientos generales.
- Incrementar sus ingresos .
- Desarrollar su personalidad y sus relaciones interpersonales.
- Desarrollar sus atributos físicos.

Esta lista de motivaciones puede agruparse en tres rubros: profesional, desarrollo personal y relaciones sociales.

Reforzando lo anterior, un estudio empírico realizado en España por Martín García y Antonio Víctor (1993, p. 36), consistente en la entrevista a 521 sujetos acerca de sus orientaciones motivacionales hacia la participación educativa en la edad adulta, reveló que el factor de mayor poder motivador es el entretenimiento; a continuación, en orden de importancia, aparecen los factores contribución/participación social o conciencia social, búsqueda de

intereses cognitivos y/o educativos propiamente dichos, y por último el factor evasión/estimulación sociofamiliar.

Dadas las condiciones generales del adulto mayor en México, creemos que las motivaciones son similares, aunque es muy probable que el primer lugar corresponda a cuestiones de tipo profesional, más que nada en el sentido de mejora de la remuneración al trabajo.

METODOS DE ENSEÑANZA EN LA EDUCACION DE ADULTOS

El grado de aceptación y/o rechazo de los programas educativos para los adultos mayores dependerá en gran medida de la existencia de instalaciones adecuadas, de los espacios disponibles, de la comodidad y de las *amenidades** sugeridas por Avis Donabedian (1990, p.14). Lowe señala "La elección del lugar y de las horas y el abanico de temas ofrecidos, producen naturalmente una selección entre los que podrán participar y quienes no ..." (1976, p. 54).

Los plazos y duración de los programas académicos que se ofrezcan deberán ser breves, variados y al mismo tiempo motivantes.

El estilo de conducción de los docentes está determinado por su propia capacidad y su concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje. Como en el caso de los estudiantes jóvenes, el docente deberá ser quien facilite y promueva el aprendizaje, habrá de generar estrategias que generen el descubrimiento del conocimiento y deberá conducir a los grupos y a los individuos para que sean ellos mismos quienes construyan sus conocimientos.

Gasulla sugiere las siguientes estrategias para un desarrollo psicosocial integral en la educación de adultos:

(*) Donabedian indica que "Por *Amenidades* se entienden todas aquellas características del lugar de la prestación de los servicios que hacen a la atención a la salud conveniente, confortable, agradable, privada y, hasta cierto punto, deseable" (1990, p. 14).

- Identificar y consensuar actitudes y valores.
- Incluir la formación emocional, especialmente en los procesos de tensión y afectivos (amoroso, autoestima) y los mecanismos de ayuda en crisis vitales.
- Extender la concepción comunicativa más allá de la mera instrumentalidad, incorporando también otros aspectos relacionales como son las habilidades sociales (asertividad, relaciones humanas, etc.).
- Integrar en el currículo la formación crítica para el desempeño de tareas y roles fundamentales: vida afectiva y trabajo, en especial. (1993, p.63)

Estas estrategias pueden integrarse a la estructuración de los contenidos curriculares, cuando se trata de la elaboración de programas educativos para el adulto mayor.

APTITUDES DEL ADULTO MAYOR PARA EL APRENDIZAJE

Los resultados de los estudios realizados por Owens (en D. B. Lumsden y R. H. Sherron, 1980) basados en adultos mayores en los Estados Unidos de Norteamérica muestran que sus reacciones son menos rápidas, que la aptitud para solucionar problemas declina progresivamente, y que las aptitudes motrices disminuyen, pero que la fluidez verbal y la facultad de comprensión pueden incrementarse en gran medida. Una de las comprobaciones más importantes, apuntada por Lowe es que "... cuanto más elevado es el nivel de educación inicial, más alta es la correlación con los resultados [de aprendizaje] obtenidos más tarde, en las diferentes edades... [continúa diciendo]... la aptitud para aprender se mantiene por medio de un ejercicio regular de tipo intelectual..." (Lowe, 1976, pp. 49 y 51). Por lo tanto, los adultos cuya inteligencia aplicada es débil son más resistentes al cambio educativo que aquellos que han desarrollado en forma importante este tipo de inteligencia.

No obstante, es importante señalar que otros estudios realizados también en los Estados Unidos de Norteamérica parecen indicar que la inteligencia no declina automáticamente con la edad.

Es evidente que la "tercera edad" está marcada por una pérdida significativa de la confianza del individuo en sí mismo, según hemos señalado en las secciones anteriores. Sin embargo, estamos de acuerdo con Huberman cuando plantea:

"Lo que el adulto pierde durante la decadencia de su maduración se ve compensado por las aportaciones del medio. Lo que pierde en razonamiento, rapidez y percepción, lo gana en experiencia, conocimiento y sabiduría, con tal que la estimulación mental permanezca constante. Los adultos continuarán aprendiendo si pueden concentrar su aprendizaje en aquellos dominios de experiencia que presentan para ellos un interés personal" (citado por Lowe, 1976, pp. 64-65)

Las hipótesis acerca del aprendizaje en los adultos mayores propuestas por C. Eisdorfer son las siguientes:

- * "Los adultos mayores, en comparación con los jóvenes en situaciones de aprendizaje, están más estimulados psicológicamente.
- * Bajo condiciones de relativa calma o con tareas simples, las personas mayores presentan respuestas menos inhibidas y son capaces de desempeños más eficientes en los procesos de estímulo-respuesta.
- * Las personas mayores tienden a ser más susceptibles a los efectos fisiológicos producidos por los estímulos que producen ansiedad y estos efectos duran más.
- * Bajo condiciones de máxima estimulación y presión, las personas mayores tienden a no involucrarse con la tarea. Esto puede modificarse, dependiendo del estado de su sistema nervioso central, de su adaptación a la situación de aprendizaje, así como de sus experiencias previas en situaciones similares." (en Lumsden y Sherron, 1980, pp. 180-181).

Por otro lado, C. M. Friend y J. P. Zubeck (en Lumsden, 1980) encontraron cambios en la habilidad del pensamiento crítico a partir de una investigación efectuada con 484 sujetos con edades de 12 a 80 años. Estos cambios se comentan a continuación.

En una primera parte se indica el descenso en la habilidad de pensamiento crítico definido por cinco subhabilidades: evaluación de argumentos, interpretación de datos, generación de inferencias, reconocimiento de consideraciones implícitas, y elaboración de deducciones.

En la segunda parte se presenta la pérdida de habilidad para evaluar argumentos, conforme la edad aumenta. En la tercera se muestran los cambios que se presentan en la generación de inferencias y para detectar consideraciones implícitas. En la última parte se presentan los cambios en la habilidad para analizar evidencias e interpretar datos, detectar consideraciones implícitas, así como cambios en el pensamiento deductivo.

Asimismo, un factor importante es el referido a la velocidad o tiempo de respuesta, ya que las personas mayores no pueden contestar con la misma velocidad que los jóvenes y en consecuencia reciben calificaciones más bajas en las pruebas aplicadas. El segundo factor detectado es la falta de motivación en los adultos mayores. En tercer lugar se puede considerar la falta de práctica reciente de las habilidades probadas.

D. Schonfield y B. Robertson también señalan que:

La división tripartita del proceso de aprendizaje en adquisición, retención y recuerdo, permite considerar que la acción de recuperación de la memoria (*retrieval*) corresponde a la tercera etapa: recuerdo. Cabe señalar que estas etapas de aprendizaje no se realizan de manera paralela dentro del mecanismo psicológico involucrado. La etapa de adquisición del aprendizaje normalmente incluye no sólo el mecanismo de adquisición, sino también el mecanismo de recuperación del contenido de la memoria. En la mayoría de las situaciones de aprendizaje, lo que se acaba de aprender (lo nuevo) se almacena continuamente colocándose y sacándose de la memoria. Por tanto, la dificultad

de los adultos mayores en extraer de la memoria, podría ser la principal causa de su ineficiencia durante esta etapa de adquisición. Esta aseveración no corresponde con otras investigaciones que consideran que las limitaciones en la memoria inmediata son la causa principal de las deficiencias en el aprendizaje de los mayores, ya hay investigaciones que muestran que el período de la memoria inmediata muestra muy pequeños deterioros con la edad. (En Lumsden y Sherron, 1980, pp. 141-142)

Sin embargo, hay que reconocer que esto último no explica por qué la mayoría de los adultos de este grupo de edad relatan con gran precisión sus recuerdos más "antiguos", pero no son capaces de extraer de la memoria las acciones más recientes de su vida.

ESTRATEGIAS PROPUESTAS

Ya sea que el adulto mayor busque un programa educativo por *recreación* o por necesidades *utilitarias*, no se puede dejar de tomar en cuenta que el resultado final estará íntimamente ligado a la red social en la cual se desenvuelve, definida a lo largo de toda su vida. Por tanto, una capacitación que no tome en cuenta el contexto social, las condiciones económicas personales, así como las restricciones físicas y psicológicas del adulto mayor, será en el mejor de los casos un paliativo y no una contribución para solventar los problemas de este grupo de edad.

De acuerdo con lo anterior, es importante que exista relación entre los diferentes programas y acciones educativos que se ofrezcan al adulto mayor y las opciones del mercado de trabajo o de consumo de bienes de diverso tipo, que no sean de primera necesidad (como artesanías).

En este sentido, las opciones que ofrece el mercado de trabajo al adulto mayor son muy restringidas, por lo que los programas destinados a la capacitación para el trabajo deberán adecuarse a la condiciones locales. Asimismo, una posibilidad poco explotada sería aprovechar los conocimientos y experiencia que el adulto mayor ha acumulado a lo largo de su vida laboral

y capacitarlo para que pueda transmitir este acervo que de otra forma podría llegar a perderse.

Si nos referimos a la producción de bienes de consumo, hay que considerar que siempre existirá una inversión valiosa por parte del adulto mayor, ya sea en tiempo, materias primas o en ambos, además del esfuerzo creativo involucrado. Para una persona que se siente insegura o que teme el rechazo, la presentación fallida de artículos para venta implica mucho más que una pérdida económica, por lo que es necesario planear cuidadosamente este tipo de actividades, así como la posibilidad de comercialización de los artículos producidos.

En relación con este último punto, sería conveniente aprovechar las experiencias exitosas en el adiestramiento y capacitación para la producción realizados con grupos especiales, como minusválidos, o en centros de readaptación social.

Por otra parte, sería recomendable la realización de proyectos integrando a instituciones y asociaciones ya existentes (como grupos religiosos o de acción social) en la creación de programas de capacitación y actividades para los grupos de adultos mayores de las localidades, con lo cual se cumplirían no sólo los objetivos educativos sino también se lograría una mayor integración social de la comunidad.

Un aspecto importante en la educación de adultos es que el objetivo de la enseñanza no es la docencia en sí, sino el aprendizaje aplicable, de acuerdo con los objetivos y motivaciones personales del educando. En este sentido, en muchos de sus textos P. Freire (1975, pp. 170-186) recomienda que se procure la participación del educando en la toma de decisiones sobre contenidos y métodos de los programas instruccionales. Para el adulto mayor puede resultar muy estimulante que se le considere como el propio gestor de su proceso de enseñanza-aprendizaje, llegando incluso a ser él mismo el instructor y coordinador del aprendizaje grupal, a partir de su propio acervo de experiencias y conocimientos, acumulados durante su vida laboral o por el tipo de actividades familiares anteriores.

De acuerdo con Lowe (1976, p. 70), algunos de los programas educativos que se pueden ofrecer y que podrían satisfacer las necesidades individuales serían los siguientes:

- . Educación de recuperación (básica y alfabetización).
- . Capacitación para la adquisición de una competencia profesional o técnica.
- . Promoción sanitaria, social y familiar.
- . Formación para la vida cívica, política y comunitaria.
- . Capacitación para la plena realización personal.

Por último, queremos señalar que cualquier proceso educativo, ya sea para jóvenes o adultos mayores, deberá estar planeado bajo una concepción integral que incluya la fase de evaluación como una actividad permanente que permita conocer el grado de cumplimiento de los objetivos, así como las desviaciones que se presenten durante el desarrollo, a fin de tomar las medidas correctivas necesarias.

CONCLUSIONES

El adulto mayor, al presentar características psicológicas, físicas, biológicas, motivacionales y de acervo cognitivo propias, requiere un tratamiento educacional específico. Se trata de aquéllos que ya han cumplido con una serie de actividades obligatorias, como mantener una familia o conservar un hogar en funcionamiento, y ellos son quienes ahora demandan la posibilidad de aprender algo nuevo, tal vez sólo por gusto, o quizá para elevar su nivel de vida a través de un ingreso adicional.

El perfil de los docentes para este grupo de edad deberá incluir, por lo tanto, todas aquellas características que lo identifiquen como un facilitador del proceso de enseñanza-aprendizaje, con capacidad para aprovechar de la mejor forma el acervo que cada participante ha acumulado a lo largo de su vida y de permitirle participar activamente en la gestión del proceso.

Asimismo, se debe tomar en cuenta si el acercamiento del adulto mayor a la institución educativa es por motivos recreativos o utilitarios. Los programas

que se le propongan han de ser adecuados a la red social en la cual se desenvuelve, a sus condiciones económicas personales y a las de su entorno, sin olvidar sus posibles restricciones físicas y psicológicas.

Si se considera que el proceso de enseñanza-aprendizaje es, para muchos de nosotros, algo permanente y continuo, en el caso del adulto mayor motivado para seguir aprendiendo cosas nuevas, existe un importante compromiso que debe ser cumplido por las instituciones u organizaciones involucradas, ya que su aportación es fundamental para mejorar y elevar la calidad de vida de estas personas.

Los programas educativos que se ofrezcan a este sector de la población deberán diseñarse en función de sus necesidades y habrán de incluir la etapa de evaluación como una actividad permanente en el proceso educativo.

Por otra parte, si se logra no sólo permitirle sino motivarle a participar en la gestión de su propio proceso de enseñanza-aprendizaje, estaremos reconociendo que el adulto mayor tiene mucho que enseñar, que no es una carga para la sociedad, sino parte fundamental de ésta.

Por último, con Nyerere, debemos recordar que la educación tiene como objetivos:

*despertar al hombre de la resignación en que ha vivido durante siglos;
enseñarle cómo la vida puede ser mejorada;
infundirle fe de que con sus esfuerzos los problemas pueden ser solucionados.*

TABLA I
POBLACION DE MAS DE 65 AÑOS
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1992

País	Mayores de 65 años, miles de habitantes			Población Total	Menores de 15 años
	Hombres	Mujeres	Total		
Argentina	1212.0	1680.0	2892.0	33101.0	9970.0
Bolivia	53.9	69.6	123.6	3693.7	1449.6
Brazil**	3352.0	4083.0	7435.0	162215.0	50656.0
Costa Rica**	59.0	69.0	128.0	3032.0	1110.0
Colombia****	699.0	796.0	1495.0	33131.0	11358.0
Cuba	456.0	477.0	934.0	10808.0	2451.0
Chile	351.0	509.0	860.0	13599.0	4222.0
Ecuador*	216.0	250.0	466.0	10973.0	2021.0
El Salvador	120.0	142.0	262.0	5389.0	2068.0
Guatemala	155.0	166.0	321.0	9745.0	4391.0
Haití	124.0	147.0	271.0	6754.0	2717.0
Honduras	86.0	94.0	180.0	5463.0	2405.0
México	1507.0	1870.0	3377.0	88153.0	33539.0
Nicaragua	50.0	60.0	110.0	4131.0	1909.0
Panamá**	60.0	62.0	122.0	2329.0	812.0
Paraguay	72.0	91.0	163.0	4519.0	1813.0
Perú	400.0	478.0	878.0	22454.0	8251.0
Puerto Rico**	156.0	124.0	280.0	3528.0	969.0
R. Dominicana	130.0	135.0	265.0	7431.0	2783.0
Uruguay***	156.0	216.0	372.0	3112.0	789.0
Venezuela*	356.0	428.0	784.0	20184.0	7311.0

Fuente: La Seguridad Social en América Latina, 1994. CISS, México.

* Datos correspondientes a 1985

** Datos correspondientes a 1990

*** Datos correspondientes a 1991

**** Datos correspondientes a 1993

TABLA II
INDICE DE VEJEZ Y ESPERANZA DE VIDA
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1992

País	Porcentaje de Adultos Mayores	Índice de Vejez	Esperanza de Vida
Argentina	8.7	29.0	71.4
Bolivia	3.3	8.5	59.0
Brazil **	4.6	14.7	66.3
Costa Rica **	4.2	11.5	75.6
Colombia ****	4.5	13.2	69.2
Cuba	8.6	38.1	75.7
Chile	6.3	20.4	72.0
Ecuador *	4.2	23.1	66.3
El Salvador	4.9	12.7	66.4
Guatemala	3.3	7.3	64.0
Haití	4.0	10.0	55.0
Honduras	3.3	7.5	65.9
México	3.8	10.1	70.3
Nicaragua	2.7	5.8	66.4
Panamá **	5.2	15.0	72.1
Paraguay	3.6	9.0	67.3
Perú	3.9	10.6	63.9
Puerto Rico **	7.9	28.9	74.9
R. Dominicana	3.6	9.5	67.2
Uruguay ***	12.0	47.1	72.4
Venezuela *	3.9	10.7	70.2

Fuente: Elaborado a partir de datos tomados de La Seguridad Social en América Latina, 1994. CISS, México.

* Datos correspondientes a 1985

** Datos correspondientes a 1990

*** Datos correspondientes a 1991

**** Datos correspondientes a 1993

TABLA III
COSTO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS
EN EL ADULTO MAYOR

Padecimiento: Hipertensión arterial sistémica * **				
Captopropil	Capozide 25 y 50 mg.	Una c/12 hrs.	25 mg. \$90.60	25 mg. \$78.50
			50 mg. 149.15	50 mg. 134.40
Metoprolol	Lopresor 100 mg.	Una c/12 ó 24 hrs.	60.80	60.80
Furosemide	Lasix	Una c/24 hrs.	15.45	17.30
Alprozolam	Tafil 0.5 ó 1 mg.	Una c/12 hrs.	0.5 mg. 47.00	1 mg. 86.30
				0.5 mg. 86.30

Padecimiento: Diabetes mellitus * **				
Tolbutamida	Urinase 500 mg.	Una c/8 hrs.		41.00
Gliburida	Micronase o Daib	Una c/6 hrs.	66.35	66.35
Insulina porcina	Insulina NPH	Dosis variable		103.70
Insulina rápida	Humulin	Dosis variable	85.75	93.60
Polivitaminas orales	Unicap T	Una al día	38.40	38.40

Padecimiento: Insuficiencia cardiaca * **				
Digoxina	Lanoxin 0.25 mg.	Una c/8 hrs. el primer día y después una c/24 hrs. según control electrocardiográfico.	tab/sol 20.10	tabs. 20.10
				sol. 20.10
Furosemide	Lasix 20 mgs.	Una a 4 al día según el caso	20 mg. 12.00	20 mg. 12.00
				40 mg. 19.40
Cloruro de potasio	Corpotasén CL	Una c/8 ó 6 hrs.	68.50	78.90

Padecimiento: Hiperlipidemias (trastornos en los lípidos) * **				
Clofibrato	Bezalip retard	Una al día	78.70	78.70
Pravacol	Pravastina 20 ó 10 mg.	Una c/24 hrs.	20 mg. 301.00	20 mg. 331.10
			10 mg. 187.70	10 mg. 183.70

Padecimiento: Artritis reumatoide y artritis degenerativa * **				
Naxen 500	Naproxen 500 mg.	Una c/8 hrs.	88.40	88.40
Ibuprofén	Motrin	Una c/12 hrs.	400 mg. 56.00	400 mg. 53.00 600 mg. 63.80 800 mg. 79.00 Retard 87.30
Gel de aluminio y magnesio	Melox Plus	Una cucharada c/8 hrs.	21.90	21.90

Padecimiento: Osteoporosis * **				
Calcio	Caltrato de calcio o Calcium	Una c/12 hrs.	Tab. 28.30	tab. 32.50 Amp. 72.00
Estrógenos conjugados (para las mujeres)	Premarin pack 500	Una c/24 hrs.	.625 mg 36.95	625 mg. 36.95 1.25 mg. 52.70

Padecimiento: Enfermedad arterial coronaria * **				
Isorbid	Isosorbide de 5 mgs. sublingual, 10 y 30 mgs.	Una c/8 hrs.	10 mg. 29.95 s15 mg. 16.60	10 mg. 29.95 AP40 mg. 67.65 s1 5 mg. 16.60
	Trinitrina, perlas sublinguales	Una c/8 hrs.		25 mg. 78.50 50 mg. 134.40
Persantin	Dipidamol 25 y 75 mgs.	Una c/8 hrs	25 mg. 31.20 75 mg. 62.70	25 mg. 31.20 75 mg. 66.50
Pentoxifilina	Vasoftil			
	Trental 400 mgs.		Una 7.00	117.00

Padecimiento: Enfermedad obstructiva crónica pulmonar * **				
Ventolin	Salbutanol spray	Una inhalación c/8 hrs.	65.00	65.00
Oxígeno medicinal	Un tanque de 100 lts.	3 lts. por min. intermitente o constante.		S-100 404.41

Padecimiento: Insuficiencia renal crónica				
Furosemide	Lasix 20 mgs.	Una a 10 al día	12.00	12.00
Gel de aluminio sin magnesio		Una cucharada c/8 hrs.	21.90	21.90
Anabólico proteico	Decadurabolina 50mgs. IM	Cada 20 ó 30 días	130.25	136.70
Diálisis peritoneal permanente	Líquido de diálisis			
	Catéter de Tykoff			10.03

Padecimiento: Hipertrofia prostática				
Nimesulida	Mesulid tabs.	Una c/8 hrs.	10 tabs. 39.00	10 tabs. 39.00
	Ansaid tabs.	Una c/8 hrs.	42.00	20 tabs. 71.45
Sondeo vesical a permanencia				40.00

Padecimiento: Enfermedad acidopéptica				
Ranitidina	Ranisén de 150 ó 300 mgs.	Una c/12 hrs. o una c/8 hrs.	150 mg. 63.00	150 mg. 63.00 300 mg. 63.00
Cimetidina Tagamet	200, 300, 400 y 800 mgs.	Una c/6 hrs.	200 mg. 26.00	200 mg. 26.60
			300 mg. 39.00	300 mg. 39.00
			400 mg. 47.00	400 mg. 55.00
			800 mg. 39.00	800 mg. 57.30
Dieta				

Padecimiento: Colitis y estreñimiento				
Pulpa de frutas soluble	Tamarine jalea	Una c/8 hrs.	13.00	13.00
	Agarol susp.	Una c/8 hrs.	13.90	11.60

NOTA: Todos estos medicamentos se encuentran incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público.

* Datos obtenidos en la Farmacia de Sanborn's el día 26 de abril de 1996.

** Datos obtenidos en la Farmacia Diana el día 25 de abril de 1996.

TABLA IV
COSTOS DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES COMUNES EN EL ADULTO
MAYOR, INDIZADOS EN SALARIOS MINIMOS VIGENTES EN LA ZONA
METROPOLITANA DEL D. F. A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 1996.

Núm.	MEDICAMENTO	COSTO	INDICE
1	Anabólico porteico	136.70	6.04
2	Alprozolam 0.5 mg.	47.00	2.07
	Alprozolam 1 mg.	86.30	3.81
3	Captopropil 25 mgr.	78.50	3.47
	Captopropil 50 mgr.	134.40	5.94
4	Calco tabs.	32.50	1.43
	Calco amps.	72.00	3.18
5	Cloruro de potasio	78.90	3.49
6	Clofibrato	78.70	3.48
7	Cimetidina 200 mg.	26.60	1.17
	Cimetidina 300 mg.	39.00	1.72
	Cimetidina 400 mg.	55.00	2.43
	Cimetidina 800 mg.	57.30	2.53
8	Digoxina tabs.	20.10	0.88
	Digoxina sol.	20.10	0.88
	Digoxina amp.	59.30	2.62
9	Estrógenos conjugados 625 mg.	36.95	1.63
	Estrógenos conjugados 1.25 mg.	52.70	2.33
10	Furosemide amp.	17.30	0.76
	Furosemide 20 mg.	12.00	0.53
	Furosemide 40 mg.	19.40	0.85
11	Gilburida	66.35	2.93
12	Gel de aluminio y magnesio	21.90	0.96
13	Gel de aluminio sin magnesio	21.90	0.96
14	Insulina porcina	103.70	4.58
15	Insulina rápida	93.60	4.14
16	Ibuprofen 400 mg.	53.00	2.34
	Ibuprofen 600 mg.	63.80	2.82
	Ibuprofen 800 mg.	79.00	3.49
	Ibuprofen retard	87.30	3.86
17	Isorbid 10 mg.	29.95	1.32
	Isorbid subling 5 mg.	16.60	0.73
	Isorbid ap. 40	67.65	2.99
18	Mexoprolol 100 mgr.	60.80	2.69
19	Naxen 500	88.40	3.91
20	Nimesulida 10 tabs.	39.00	1.72
	Nimesulida 20 tabs.	71.45	3.16
21	Ox geno medicinal S 100	404.41	17.89
22	Persantin 25 mg.	31.20	1.38
	Persantin 75 mg.	66.50	2.94
23	Pentoxifilina	117.00	5.17
24	Pravacol 20 mg.	331.10	14.65
	Pravacol 10 mg.	183.70	8.12
25	Pupa de frutas soluble Tamarine	13.00	0.57
	Pupa de frutas soluble Agarol	11.60	0.51
26	Polvitaminas orales	38.40	1.69
27	Ranitidina 150 mg.	63.00	2.78
	Ranitidina 300 mg.	63.00	2.78
28	Tolbutamida	41.00	1.81
29	Ventolin	65.00	2.87

Costos proporcionados por la farmacia Diana (25.03.96) en pesos mexicanos. Salario mínimo diario en México, D. F. = 22.60 pesos mexicanos.

TABLA V
MEDICAMENTOS CUYOS COSTOS SON SUPERIORES AL 50% DEL
SALARIO MINIMO DIARIO

MEDICAMENTO	PADECIMIENTO	GASTO/ DIA	% SALARIO MINIMO
Captopril 50 mgr.	Hipertensión arterial sistémica	17.92	79.3
Cimetidina 800 mg.	Enfermedad acidopéptica	14.32	63.4
Nimesulida 10 tabs.	Hipertrofia prostática	11.81	52.3
Nimesulida 14 tabs.	Hipertrofia prostática	14.29	63.2
Pentoxifilina	Enfermedad arterial coronaria	15.60	69.0
Pravacol 20 mg.	Hiperlipidemia	22.07	97.7
Pravacol 10 mg.	Hiperlipidemia	12.25	54.2
Ranitidina 300 mg.	Enfermedad acidopéptica	12.60	55.8

Costos proporcionados por la farmacia Diana (25.03.96) en pesos mexicanos.
 Salario mínimo diario en México, D. F. = 22.60 pesos mexicanos.

BIBLIOGRAFIA

- 1990 Donabedian, Avis: *"Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio"*, I. N. S. P., México.
- 1980 Eisdorfer: *"New dimensions and a tentative theory"* Gerontologist, 1967, 7, 14-18 y adaptado para Lumsden y Sherron, USA 1980.
- 1975 Freire, Paulo: *"La pedagogía del oprimido"*, Madrid.
- 1980 Friend, Celia y John P. Zubek: *"The effects of age on critical thinking ability"*, Journal of gerontology, 1958, 13, 407-413 y adaptado para Lumsden y Sherron, pp. 37-49, USA 1980.
- 1993 García, Martín y Antonio Víctor: "Estudio sobre las orientaciones motivacionales en la participación educativa" en *Memorias del I Congreso Internacional de Educación de adultos*. Granada, España, pp. 40-52.
- 1993 Gasulla, Mario: "Análisis del desarrollo integral en la educación de adultos" en *Memorias del I Congreso Internacional de Educación de adultos*. Granada, España, pp. 54-68.
- 1983 Lanzel, Peter, Klaus Roth y Wilhelm Niggemann: *"Métodos de enseñanza en la educación de adultos"*, CIESPAL, Ecuador.
- 1976 Lowe, J.: *"La educación de adultos. Perspectivas mundiales"*. UNESCO. Ed. Sígueme.
- 1986 Ludojoski, R. L.: *"Androgogía. Educación del adulto"*. Editorial Guadalupe, México.
- 1980 Lumsden, D. B. & Sherron R. H. (eds.): *"Experimental studies in adult learning and memory"*. Hemisphere Publishing Corporation. Washington D. C.

- 1971 Niemi, J. A. (ed.): "*Mass media and adult education*". Educational Technology publications, USA.
- 1980 Owens, W. A.: "*Age and mental abilities: A second adult follow-up*" publicado originalmente en *Journal of Educational Psychology*, 1966, 57, 311-325, y adaptado para Lumsden y Sherron, pp. 13-36, USA 1980.
- 1980 Robertson, Betty-Anne y David Schonfield: "*Memory storage and aging*", originalmente en *Canadian Journal of Psychology*, 1966, 20, 228-236; y adaptado para Lumsden y Sherron, pp. 135-144, USA.

PROSPECTIVAS DEL ADULTO MAYOR

Felipe Martínez Arronte

Se ha reconocido al envejecimiento como un problema de salud pública que exige acción inmediata.

Los recientes cambios demográficos han sido drásticos, lo que dificulta la apreciación de sus efectos en casi todos los aspectos de la vida. El resultado de una mayor esperanza de vida y un menor número de hijos, es el envejecimiento de la población, y eso puede ocurrir ahora en algunos decenios, aún sin desarrollo socioeconómico. Los problemas de los países en vías de desarrollo, como saneamiento, desempleo, analfabetismo, urbanización, entre otros, todavía están por resolverse.

Algún grupo importante de adultos mayores del presente, forman parte de un grupo que recibió poca información, y han tenido pocas oportunidades de compartir los beneficios del progreso de modernización ocurridas a su alrededor, por otra parte las tasas de inflación persistentemente elevadas, han desvalorizado mucho las pensiones y los ahorros de los adultos mayores. En épocas de dificultad y recesión los grupos de población más vulnerable, son los que sufren más primero. Las personas de edad avanzada están entre la población más pobre, y de ellas las más carentes de todas son las mujeres.

Varios estudios demuestran que la pobreza es un factor de riesgo de mala salud, así como de deficiencias de salud mental, la mejor manera de combatir

el problema de la pobreza en la vejez es el apoyo a las familias de adultos mayores y a los mismos adultos mayores.

Hablando de servicios de salud, todavía se orientan hacia los servicios curativos para casos agudos y casi todos los recursos se gastan en atención hospitalaria e institucional y se presta poca atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y se les ha dado poca importancia a los programas de autocuidado y a la atención informal... Y los servicios de salud se separan de los servicios sociales.

Se ha enfatizado desde hace tiempo que se debe tener como meta en la atención de este sector de la población, el mantenerlos el mayor tiempo posible en la comunidad y evitar la institucionalización; sin embargo son escasos los programas dirigidos hacia este objetivo.

Para hablar de perspectivas de las necesidades de salud de la población de 60 años y más, es muy importante definir el concepto de salud para esta población.

La Organización Mundial de la Salud la define como: "el pleno bienestar físico, mental y social del individuo", criterio considerado por muchos como utópico, sin embargo no existe un criterio uniforme para conceptualizar la salud y esto quizás ha sido porque no se han tomado en cuenta otros aspectos de gran importancia como son: la salud, es un proceso y no un instante en la vida del individuo, lo cual indica, que es una situación dinámica y por otra parte es que dicho proceso debe ser capaz de ser medido y por lo tanto cuantificable.

Los cambios fisiológicos que se presentan en el proceso del envejecimiento se acompañan de pérdida de las capacidades funcionales; por lo tanto al hablar de la conservación de la salud del adulto mayor se requiere de la integración de tres componentes:

- Ausencia de enfermedad.
- Estado funcional óptimo.
- Sistema adecuado de apoyo.

El estar libre de enfermedades es tan importante en el adulto mayor, como en cualquier otro grupo de edad, pero lo que los distingue de los grupos de adultos y jóvenes es la pérdida de funcionalidad que pueden presentar los adultos mayores.

Por otra parte es conveniente recordar que una persona se desarrolla en tres círculos, internamente ligados entre sí y cuya integración a partir del individuo depende de las capacidades funcionales, físicas, mentales y sociales.

El primer círculo interior corresponde al individuo, su capacidad de atender su higiene, de vestirse, de alimentarse y responde al nivel mínimo de atención.

El segundo círculo relacionado con su microambiente; la familia determina las relaciones existentes entre ambos, la ayuda recibida, los aportes brindados, y por último el tercer círculo establece la relación entre individuo y comunidad, valorándose su integración a ésta, sus funciones sociales y la ayuda recibida y los aportes brindados, de ahí que algunos consideran a la salud del adulto mayor, como la capacidad principal de atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite de una forma dinámica el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

En la evaluación del estado de salud de los adultos mayores, se han realizado diversas encuestas multidimensionales en las que, se subraya la importancia que tiene conocer la percepción de la salud del propio individuo.

Por otra parte el mito que ha existido siempre en creer que el llegar a la etapa de la vejez tiene que ser con un estado de mala salud, y con un grado de dependencia, no es muy real, ya que varios estudios muestran lo contrario, y así, por ejemplo en el estudio de la Organización Panamericana de la Salud sobre Necesidades del Adulto Mayor en Latinoamérica, reporta tres grupos con diferentes necesidades. (Tabla 1).

Se ha reportado también la baja utilización de los servicios, y esto está en relación probablemente de acuerdo con varios autores a la actitud del adulto mayor, quienes atribuyen sus problemas de salud a la vejez y no creen necesario atenderse. Otro motivo puede ser, las características de los

servicios, que por un lado son poco accesibles y no se cuenta con un transporte adecuado o, no tienen el apoyo apropiado de algún familiar o amigo que los acompañe. Una tercera causa, es la actitud del equipo de salud, el cual muestra desde el principio poco interés por brindar atención a este sector de la población, por pensar que no son susceptibles de tratamiento.

En el futuro algunos adultos mayores, probablemente serán sanos con buena funcionalidad física, mental y social, pero quizás posteriormente tendrán morbilidad grave y discapacidad funcional, al llegar a edades muy avanzadas de 80 años y más, o solo al acercarse a la muerte.

Se ha insistido mucho en que la mejor forma para adaptarse a esos cambios que llevan al envejecimiento es: "la vida en familia", y sabiendo que en los países en vías de desarrollo, los vínculos familiares son todavía fuertes y la mayor parte de la atención es proporcionada por los familiares; sin embargo muchas veces estos familiares necesitarán ayuda que incluya más información, asistencia financiera, orientación práctica, adaptación de la vivienda y descanso en períodos críticos para recuperar fuerzas.

Si se niega esta asistencia a las familias se corre el riesgo de acumulación de estrés, abandono, negligencia y maltrato; por lo tanto, se deben introducir modelos innovadores de atención y mecanismos de apoyo apropiados.

Es muy importante la integración de los servicios sociales y de salud; por lo que se considera como prioridad de acción para el futuro, promover en primer lugar una imagen real de la vejez e identificar asimismo las necesidades reales de este grupo. (Tabla 2).

Los problemas sociales y de salud del adulto mayor, son desafíos importantes que deben enfrentar los líderes políticos y sociales en los países en vías de desarrollo, ya que muchos de los problemas de este sector de la población siguen sin tener respuesta.

Por lo tanto se debe buscar solución a esas respuestas y hacer un mayor esfuerzo para que los adultos mayores del presente, reciban una mejor atención y así, lograr una mejor calidad de vida, por otra parte recordar que

para una gran mayoría "EL RETO DEL PRESENTE ES ESTAR ENVEJECIENDO, Y EL RETO DEL MAÑANA ES SER VIEJOS".

TABLA 1

NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR EN LATINOAMERICA

<p>1 90% de la población mayor de 60 años, son independientes.</p>	<p>2 Aquellos que tienen algún impedimento físico o psíquico, pero en condición estable.</p>	<p>3 Aquellos que están enfermos (75 años o más).</p>
<p>Este grupo goza de buena salud y sus necesidades se centran más en empleo, seguridad del ingreso económico, vivienda y otros programas de seguridad social.</p>	<p>N e c e s i d a d e s mencionadas, más servicios de apoyo como: transporte, visitas domiciliarias.</p>	<p>N e c e s i d a d e s mencionadas en los dos grupos más servicios de salud con alta tecnología y alto acercamiento.</p>

PRIORIDADES

<p style="text-align: center;">1</p> <p>Realizar encuestas multidimensionales de población para establecer indicadores básicos y emitir un diagnóstico basado en la comunidad.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p>Promoción de salud: prevención, mantenimiento de la salud y de la educación.</p>
<p style="text-align: center;">3</p> <p>Evaluación de los servicios existentes y otras formas de atención en la comunidad.</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p>Atención a las necesidades de la familia.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p>Atención a las causas de discapacidad y a la salud mental del adulto mayor.</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p>Cuantificar los problemas, sus soluciones y los costos.</p>

FORMULACION DE POLITICAS INTEGRALES PARA LAS PERSONAS MAYORES DE AMERICA LATINA CONCEPTOS BASICOS

*Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud.*

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso complejo que envuelve factores de índole biológica, psicológica y socio-cultural. La vejez, como etapa del desarrollo humano, es definida de diversas maneras en distintas sociedades del mundo. Factores biológicos, sociales, culturales e individuales interactúan en la clasificación de una persona como un adulto de edad avanzada. Más aún, todos estos factores afectan la autopercepción, los estilos de vida y el nivel de satisfacción personal de los individuos.

El fenómeno del envejecimiento de la población, que se inició en los países desarrollados desde hace varias décadas, avanza con extraordinaria rapidez en el mundo en desarrollo. Esto ha impulsado a las organizaciones internacionales, a los gobiernos nacionales y a las asociaciones científicas y gremiales, entre otras, a analizar el tema y a adelantar planes y acciones para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente sostenibles a los efectos de dicho proceso. Desafortunadamente, estos planes y

acciones no siempre están basados en conceptos y técnicas científicamente aceptables o no han tenido el apoyo político necesario para su ejecución.

El envejecimiento de la población en América Latina se podría ilustrar señalando que para 1980 las personas de 60 años y más constituían el 6.5% de la población total (23.3 millones); la División de Población de Naciones Unidas estima que para el 2000, dicha relación ascenderá a 7.9% (42.5 millones) y para el 2025 llegará a 12.8% (96.9 millones). Sin duda que estas cifras revelan que la población de América Latina está experimentando acelerados incrementos en su proceso de envejecimiento, que también se reflejan en las crecientes demandas de servicios médicos y sociales.

En relación con la esperanza de vida al nacer (EVN), que constituye el mejor indicador de la reducción de la mortalidad, se puede anotar que para 1990-1995, salvo un país, todos los demás alcanzaron 60 años o más de EVN, valor establecido como meta mundial en la estrategia de salud para todos en el año 2000. Al considerar la meta original de las Américas establecidas en 70 años en dicha estrategia, en 1980-1985, de 31 países para los cuales existe información, 12 ya tenían valores compatibles con dicha meta; para 1990-1995, de 48 países y otras unidades políticas con estimaciones disponibles, el número sube a 35. Debe destacarse que 11 de esos 35 países tendrían valores de EVN iguales o superiores a 75 años.

A pesar de las reconocidas diferencias socio-económico-culturales de los países de América Latina, la Encuesta de Necesidades de los Ancianos, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, con patrocinio de la Unidad de Envejecimiento de Naciones Unidas y Helpage Internacional y realizada a mediados de los años ochenta, por 16 países, reveló la gran semejanza de las características del problema en la Región; esta semejanza ha sido corroborada por otros estudios realizados por diferentes organismos en los últimos años. Entre los elementos identificados en esta investigación sobre muestras de ancianos en sus propios hogares figuran: alto nivel de independencia física y mental; elevada expresión de hogares bi y trigeracionales; bajas coberturas de servicios y pensiones por parte de las instituciones de seguridad social, especialmente las ancianas de 75 años y más; dificultades en calificar apropiadamente su nivel de salud; y bajo nivel de educación formal, más acusado en las ancianas de 75 años y más.

Las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países latinoamericanos son, por lo general, menos satisfactorias que las de la población económicamente activa, debido, entre otras causas, a la escasa cobertura de los sistemas de previsión social, a la incidencia negativa de los procesos inflacionarios en el valor real de las pensiones tras la jubilación, y la falta de oportunidades alternativas de generación de ingresos.

POLITICAS PUBLICAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES

Las ideas vertidas previamente hacen impostergable en América Latina la formulación de políticas públicas en favor de los ancianos. En el afán de cooperar con los Estados Miembros de la OPS, el Programa de Salud del Adulto realizó una serie de actividades sobre este difícil campo que incluyó: a) la realización de una reunión técnica sobre la Salud de los Ancianos (octubre 1984) de la cual se preparó la publicación "Hacia el Bienestar de los Ancianos" (1985); b) la realización de dos seminarios subregionales sobre políticas de salud en Buenos Aires (octubre 1985) y San José (noviembre 1985); c) la elaboración de un documento titulado "Guías para la Preparación de Planes de Acción y Programas de Atención al Anciano", 1988, que fue elaborado por los Dres. Miguel E. Machuca, Ana Rita González y Carmen Sánchez) y d) la realización de un Taller sobre Políticas de Atención a los Ancianos (Santiago de Chile, noviembre 1992) que dio origen al Pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos.

Del documento citado en tercer lugar se han extraído los conceptos fundamentales sobre este campo.

El desarrollo de política pública es el proceso de fijar las normas que ayuden a definir la configuración de valores que permita enfrentar situaciones problemáticas. Es decir, cambiar a través de nuevos diseños, complejos sistemas para que logren consonancia con las necesidades futuras y la prevean.

Se define política pública como el instrumento que identifica los postulados que rigen un sistema y determina las vertientes a tomar para hacer factibles

dichos postulados. La política pública es la piedra angular en el desarrollo de las filosofías de servicios, las estrategias de intervención y las actividades.

Filosofía es el conjunto de principios y conceptos que, basados en la política pública, permiten guiar racional y sistemáticamente el desarrollo de una entidad dentro del sistema.

Estrategias de Intervención son los cursos de acción seleccionados para concretar la política pública.

Actividades son las tareas que se llevan a cabo para operacionalizar las estrategias de intervención seleccionadas.

La confusión que generalmente existe entre estos conceptos y lo que ellos implican han llevado al abandono de desarrollar política pública, lo que ha degenerado el proceso de actuar con base en valores y, por ende, debilitado el ímpetu hacia el logro de la excelencia.

Existen dos requisitos indispensables para el desarrollo de política pública:

- Fortalecer los lazos en el sistema para asegurar conformidad entre proyecciones, planificación, toma de decisiones y acción; y
- Definir los valores claramente para que permeen los conceptos utilizados en la política pública.

Para el desarrollo adecuado de una política pública es necesario elaborar los siguientes componentes:

- Adoptar los fundamentos filosóficos, que incluyen los siguientes aspectos: definición del concepto; legalidad del sistema; relevancia de los problemas o asuntos a tratar; y metas aceptadas por la sociedad.
- Establecer los principios generales, que incluye: a) bases de compromiso que reconoce y acepta el sistema, entre ellas, integración, igualdad, accesibilidad, calidad, continuidad y eficiencia; y b) metas aceptadas del

sector, entre ellas: salud para todos, servicios de calidad, respeto a la dignidad humana, individuos libres de impedimentos.

- Establecer la composición del sistema, que incluye: definición del sector o sectores; relaciones aceptadas en el sector, valores compartidos, definición del sistema y partes del mismo; y
- Determinar las estrategias de intervención, es decir, la metodología a utilizarse para viabilizar el sistema.

Una vez elaborados estos componentes de la política, es necesario definir quién la desarrolla y qué afecta a aquellos que definen esta política pública.

La planificación es un proceso que operacionaliza la política pública y la filosofía de servicios establecida. Este proceso es de naturaleza social, ya que representa los valores de la sociedad y se lleva a cabo con el fin de mejorar la sociedad o partes de ésta. Los principios de la planificación son: universalidad, unidad, previsión, continuidad e inmanencia.

El proceso de planificación consta de las siguientes fases:

- Identificación de necesidades.
- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de metas, objetivos y actividades.
- Desarrollo de recursos humanos, físicos y fiscales.
- Implantación.

Evaluación de proceso y de impacto.

La evaluación es una de las principales funciones del proceso de planificación. Constituye el instrumento de retroalimentación del proceso de planificación; a su vez se determina el éxito logrado en cumplir un objetivo, reduce la incertidumbre y permite mejorar la perspectiva.

Los criterios más utilizados para efectuar la evaluación son:

- **Eficiencia:** se compara el producto con el insumo; el máximo beneficio al menor costo. La OMS define eficiencia como “los efectos o resultados finales obtenidos en relación con un esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo”.
- **Eficacia:** (rendimiento), son los resultados que el esfuerzo produce. La OMS la define como “el efecto de una actividad y los resultados o beneficios que la población recibe en relación con unos objetivos predefinidos”. Se obtiene de la evaluación de los objetivos.

El plan de acción tiene como objeto llevar a cabo los objetivos de las prioridades seleccionadas.

FORMULACION DE POLITICAS INTEGRALES PARA LAS PERSONAS MAYORES

En la formulación de políticas integrales para las personas mayores en América Latina, se debieran considerar, por lo menos, los siguientes antecedentes:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, cuyos principios establecen que la libertad, la justicia y la paz tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la sociedad.
- Las recomendaciones de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, reunida en Viena a mediados de 1982, que estimulan políticas y programas orientados a la acción y destinados a garantizar la seguridad social y económica de las personas de edad, así como a darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios.
- El espíritu y acción de la Propuesta de Transformación Productiva con Equidad, formulada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en su XXIII Reunión celebrada en Caracas, Venezuela

en 1990 y su derivada, Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe que fue presentada en el XXV Período de Sesiones reunido en Cartagena de Indias, Colombia, en abril de 1994 y luego considerada en la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS en Washington, en septiembre de 1994.

- Los propósitos de convergencia que inspira la Declaración de Guadalajara, México, celebrada en julio de 1991.
- Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, emanados de su Asamblea General de diciembre de 1991, a través de cuya resolución se exhorta a los gobiernos a que incorporen los principios de independencia, participación, cuidados, auto-realización y dignidad para los ancianos en sus programas nacionales.
- Lo acordado en materia de seguridad social en la Cumbre Iberoamericana realizada en Madrid en julio de 1992.
- Las recomendaciones del taller sobre políticas en favor de las personas de edad, realizado en Santiago de Chile, en noviembre de 1992, organizado por la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Las conclusiones y recomendaciones de la Declaración de Cartagena de Indias sobre política integrales para las personas mayores en el área Iberoamericana, emanada de la reunión efectuada en esa ciudad colombiana en octubre de 1992.
- Los principios de democracia y de respeto a los derechos humanos en los que se asienta la Comunidad Latinoamericana.

Bases conceptuales

Una política integral para las personas mayores debería garantizarles la seguridad social y económica, asimismo como las oportunidades para contribuir al desarrollo nacional. Los planes de acción para ponerla en práctica deberían estar dirigidos a fortalecer las capacidades de los países para enfrentarse efectivamente con el envejecimiento de sus poblaciones y con los intereses y necesidades especiales de los ancianos.

Objetivos.

Toda política integral en favor de las personas mayores deberá dirigirse a:

- Garantizarles la seguridad económica y social, la cobertura de sus necesidades de vida básicas y el mantenimiento de un nivel de vida digno.
- Proporcionarles la atención de salud adecuada en situaciones de enfermedad; los cuidados preventivos y de promoción de la salud dirigidos a mantener u optimizar su estado de salud y evitar o retrasar la aparición de discapacidades; y asegurarles la asistencia continuada en caso de enfermedades crónicas y discapacidades.
- Facilitarles los recursos, servicios y medidas (vivienda, educación, ocupación, recreación, etc.) necesarios para satisfacer sus necesidades específicas de forma continua, coordinada y, preferentemente, en su propio contexto socio-cultural.
- Garantizarles su participación plena y activa en la vida social y en el desarrollo de su comunidad, haciendo efectivo su derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida digno y la defensa contra toda explotación o trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- Propiciar actitudes positivas de la sociedad hacia el envejecimiento y la vejez.
- Cooperar para que las personas mayores tengan los mejores niveles posibles de autonomía personal y, por ende, una vida independiente, en el seno de sus propias familias y comunidades durante el mayor tiempo posible. Cuando esto no sea posible, ofrecerles la posibilidad de convivir en ambientes sustitutivos equivalentes, que garanticen la efectiva tutela de su persona y bienes.

Principios rectores.

Universalidad: es decir, que los recursos alcancen a todas las personas mayores, dando respuesta integral a sus necesidades.

Normalización: es decir, accesibilidad al derecho que tienen las personas mayores a vivir de acuerdo con las pautas y condiciones en que se ha desarrollado su vida anterior, beneficiándose de los avances sociales y económicos, con el mínimo de intrusión, facilitándose siempre la interacción con la comunidad.

Democratización: es decir, accesibilidad al derecho de disfrutar de una vida plena y a participar del desarrollo económico, social y cultural de su comunidad.

Orientaciones de organización y gestión.

Los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros disponibles para la atención integral de las personas mayores deberán seguir las siguientes orientaciones:

Descentralización: para aproximar los recursos y las decisiones sobre su asignación y gestión a los usuarios y de asegurar una cobertura geográfica plena a las actuaciones, implicando en ello a las administraciones locales y a las organizaciones comunitarias.

Integralidad: para asegurar las actuaciones multisectoriales derivadas de un enfoque global del proceso de envejecimiento.

Comesponsabilidad: se refiere, por un lado, a la irrenunciable responsabilidad del estado en atención de los ancianos y, por otro, a la cuota de responsabilidad de la comunidad, la familia y los propios ancianos.

Modernización: es decir, el perfeccionamiento y el mejoramiento constantes de las organizaciones y servicios en la búsqueda de respuestas cada vez más acordes con las nuevas exigencias y retos que plantea una sociedad cada vez más compleja y participativa.

Coordinación y planificación: para garantizar la articulación de las distintas intervenciones sectoriales y de los diversos recursos disponibles en procesos integrales y coherentes previamente planificados.

Evaluación y seguimiento: para constatar cuáles son las actuaciones que se muestran más eficaces en cada situación concreta, corregir las desviaciones que se produzcan en el cumplimiento de los objetivos de las políticas integrales para las personas mayores y tomar decisiones que garanticen la óptima asignación de los recursos disponibles.

Criterios.

Las políticas integrales para las personas mayores deben sustentar los siguientes criterios:

- Alcance y significación de las políticas: el marco que se propone no pretende sustituir las políticas nacionales existentes hacia el envejecimiento y la vejez, sino asegurar su convergencia en torno a unas directrices comunes para avanzar en forma coordinada en el logro de mejores condiciones de vida para las personas mayores.
- Respeto a las peculiaridades nacionales: las políticas que se formulen deberán tener en cuenta las características sociales y geográficas de cada país y zona.
- Necesidad de un enfoque integral: un enfoque global del proceso de envejecimiento obliga a prestar una atención integral y a potenciar la coordinación intersectorial e interinstitucional como estrategia coherente en el abordaje de los problemas de las personas mayores, capaz de garantizar, asimismo, la más adecuada utilización de los recursos disponibles. Lo anterior anticipa que las políticas de atención integral a las personas mayores deberán contemplar, por lo tanto, los siguientes aspectos:

- Protección económica.
- Atención de la salud.
- Vivienda.
- Servicios sociales.
- Educación, recreación y cultura.
- Participación social.
- Protección jurídica.
- Capacitación.
- Información y difusión.
- Investigación.

Otros aspectos relevantes.

Las políticas para personas mayores deben contemplar la necesidad de intervenir no sólo en el sujeto, sino también en el ambiente familiar, cultural, social, económico e institucional a fin de remover los obstáculos que ellas encuentran para participar plenamente en la sociedad.

Un aspecto muy importante debería ser la contribución del movimiento asociativo, del voluntariado social y de las organizaciones no gubernamentales (ONG) en la acción en favor de las personas mayores, que podrían potenciar la capacidad de acción, mejorar la calificación de los recursos humanos, rotarlos de medios técnicos y financieros y establecer canales de coordinación y control que aseguren la coherencia de la acción en beneficio de los objetivos identificados.

Asimismo, será de fundamental importancia la cooperación intergubernamental y la que presten las Organizaciones Internacionales que trabajan en el área por lo que será vital establecer los canales precisos para fomentar la coordinación de las acciones y programas que lleven a cabo estas organizaciones.

Al formular o revisar sus políticas para las personas mayores, cada país deberá priorizar cuidadosamente las actuaciones a desarrollar, partiendo de criterios que han de inspirarse en la existencia de situaciones objetivas de necesidad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Protección económica

Los sistemas de seguridad son los encargados de proveer a la persona trabajadora que ha alcanzado su edad de jubilación, las prestaciones económicas y demás beneficios que le garanticen un nivel de vida digna. La cobertura, amplitud y calidad de los servicios y la propia capacidad del sistema para brindar servicios de manera permanente y continua, están fuertemente influenciadas por la edad institucional o programática del mismo, ya que existen profundas diferencias entre los sistemas pioneros-creados en los años 20s- y los establecidos más tardíamente -en los 40s y 50s-, los primeros basados en principios del seguro social y los más recientes en principios de seguridad social, siendo los primeros estratificados y altamente fragmentados y los otros relativamente unificados.

Los sistemas pioneros-cuya reducida cobertura les permitió ofrecer beneficios generosos que no les comprometían su estabilidad financiera- se vieron en las últimas décadas dentro de dramáticos desequilibrios financieros exacerbados por la madurez del sistema de pensiones. El conflicto político generado por los esfuerzos por reformar estos sistemas muestra un balance desalentador; ya sea que se logre una unificación o coordinación relativamente amplia del sistema, la eliminación de los privilegios excesivos, o la introducción paralela de esquemas competitivos con fórmulas de seguro privado, la capacidad sistémica para brindar servicios en forma oportuna y continua a la población general y a la anciana en particular, es muy limitada.

Los sistemas modernos de seguridad social intentan establecer organizaciones institucionalmente unificadas, caracterizadas por una cobertura universal y por beneficios estandarizados; estos intentos de unificación se ven limitados por la influencia política de ciertos grupos privilegiados. Generalmente estos sistemas no incluyen a la población que trabaja en el sector no estructurado -llamado también informal- ni a la población que habita en las áreas rurales.

En los países latinoamericanos el fenómeno antes mencionado se agrava por la reducción de las razones de dependencia y por el cada vez más largo

período medio de vida de las personas después de la jubilación, unido al crecimiento demográfico al cual se hizo referencia previamente. Estos fenómenos, que se traducen en un real deterioro de la relación población activa-adultos mayores, exigen una seria reflexión sobre la función de los sistemas de seguridad social y la necesidad de su revisión.

Los montos de las pensiones deberán ser determinados de acuerdo a las necesidades de los mayores, tomando en cuenta el factor inflacionario. No cabe duda que, como afirma el Banco Mundial en su reciente publicación - 1994 evitando la Crisis de la Edad Anciana, los esquemas de pensiones públicas están bajo presión financiera creciente, ilustrándolos como aplastados por tres capas: primero, están en el pórtico de la insolvencia; segundo, los déficits de las pensiones están esforzando los ya esforzados tesoros públicos; y tercero, detrás de la crisis fiscal yace la más profunda crisis de mercados de trabajo y capital que están funcionando mal, evitando el crecimiento que es, en último término, el único camino para salir de estas dificultades. Este triple problema amenaza la sostenibilidad financiera de los planes de pensiones, que no pueden ser capaces de mantener sus promesas a los trabajadores.

La revisión de la estructura de los sistemas de jubilación deberá de tener en cuenta la existencia de un gran número de mujeres ancianas y deberá contemplar disposiciones que hagan posible que todas las mujeres, incluidas las mujeres amas de casa puedan contar con una pensión digna, independientemente de su situación conyugal; similares consideraciones deberán ser hechas con relación a los trabajadores por cuenta propia, a las personas que desarrollan sus actividades en el sector no estructurado y a los trabajadores rurales.

Otros aspectos que deberán enfrentarse son: a) la flexibilización y la introducción de criterios de voluntariedad en la regulación de la jubilación; b) la reestructuración del tiempo de trabajo, permitiendo a los trabajadores de edades próximas a la jubilación la posibilidad de trabajar a tiempo parcial y c) la regulación del trabajo voluntario de las personas jubiladas.

Otro aspecto dentro de la situación económica que no debe ser olvidado es la frecuente imposibilidad, por parte de los jubilados, de afrontar situaciones

de urgencia, y gastos extraordinarios, como los derivados de la adquisición de prótesis, ortesis y medicamentos del seguimiento de tratamientos no cubiertos por los sistemas públicos de salud (odontología, podología, etc.), de la ayuda a domicilio de la adaptación funcional del hogar, entre otras, para lo cual es necesario encontrar algunas vías de alivio o solución, aunque sean ayudas económicas individuales no periódicas dirigidas a posibilitar la cobertura de estas necesidades.

Otro aspecto que se debiera intentar es un plan de exención de impuestos para las rentas sustitutivas de los ingresos por trabajos y para los beneficios que se obtengan como consecuencia del ahorro e inversión. Igualmente se deben estimular las compensaciones económicas o exenciones tributarias a las familias con personas ancianas a su cargo, así como la posibilidad de que los familiares a cargo de uno o más ancianos dispongan de permisos extraordinarios para cumplir sus difíciles tareas.

Tomando en cuenta que muchas de las personas que han llegado a la edad de la jubilación conservan su capacidad laboral y desean seguir participando en el esfuerzo común del desarrollo, es conveniente establecer o reforzar fórmulas de jubilación progresiva o flexible que permitan y estimulen la continuidad de alguna actividad económica, que puede ser a tiempo parcial.

Es indudable que el establecimiento de programas de descuentos para los ancianos en algunos de los servicios públicos indispensables, tales como el transporte, alimentación o vivienda que constituyen no sólo un alivio económico, sino también un estímulo para elevar la dignidad y respeto de los ancianos por parte de la población en general.

En general, no se debe olvidar que la revisión de estos esquemas de pensiones no sólo alcanza a la población jubilada del presente, sino que, más dramáticamente aún, constituye el enfrentamiento a este problema para las generaciones futuras.

Atención a la salud

En este aspecto es necesario superar el enfoque tradicional centrado en la enfermedad, es decir, más dirigido a la promoción y protección de la salud.

Este concepto vigoriza la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales; su propósito debe orientarse a permitir a las personas mayores a llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible en lugar de aislarlos de la sociedad.

La estrategia de la promoción de la salud se incluyó en la agenda de trabajo de la OPS y de los países miembros para los cuatrienios 1991-1994 y 1995-1998, entendida como la sumatoria de los esfuerzos y acciones tanto de los servicios de salud y otros sectores, mediante la formulación de planes, políticas y programas a nivel nacional y local que conduzcan al mejoramiento de las circunstancias y los estilos de vida. Estos conceptos calzan muy adecuadamente dentro de las situaciones de los ancianos, en los cuales se busca el mejoramiento de su calidad de vida para prolongar los años productivos y garantizar su participación en el proceso de desarrollo integral de la población.

Partiendo del concepto que el cuidado del adulto mayor debe tender siempre a lograr su permanencia en la comunidad, en el seno de su hogar, hasta donde sea posible y que la institucionalización debe considerarse una alternativa sólo cuando hayan fracasado todos los esfuerzos anteriores, su atención debe basarse en dos pivotes fundamentales: la familia y la atención primaria.

La familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos mayores y, en general, la preferida por ellos. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por lazos de parentesco que conjuntamente, satisfacen tanto necesidades físicas como emocionales. Cumple funciones básicas para el grupo social y para las personas tales como las de reproducción, socialización, cuidado y protección de sus miembros y cooperación económica.

A pesar de lo afirmado reiteradamente sobre la transformación de la familia extendida en familia nuclear, hoy se tiende a aceptar la denominación de familia extendida modificada, cuyas características está la de no necesariamente compartir la misma vivienda, pero conservar las relaciones de cooperación, contacto y lazos afectivos. Por otro lado se piensa que

compartir la vivienda entre tres generaciones o más parece estar relacionado con un nivel socioeconómico bajo, lo cual afecta a los ancianos de escasos ingresos.

En relación a la salud, es absolutamente necesario que exista una clara vinculación entre la familia y las instituciones encargadas de los servicios de atención de salud.

Un sistema de atención progresiva moderna para los ancianos debe considerar:

- Una organización administrativa que facilite diferentes servicios provistos por las autoridades locales, el médico de familia o su equivalente, los hospitales y las organizaciones voluntarias.
- Una estrategia de detección y tratamiento de grupos de ancianos con alto riesgo de perder su autonomía e independencia en la comunidad, así como los que viven solos, los pobres, los mentalmente afectados, los que sufren de caídas frecuentes, los hospitalizados frecuentemente, los viudos recientes y los discapacitados.
- Un conjunto de marcos comunitarios, sociales y médicos de los cuales la sociedad se sirve para atender a los ancianos, tales como los servicios domiciliarios, los clubes y los centros diurnos, las clínicas de consulta y los hospitales diurnos.
- Servicios de hospitalización que las personas de edad avanzada puedan utilizar para intervenciones cortas.

Estudios tanto descriptivos como controlados demuestran las ventajas de la atención progresiva cuyos elementos se han mencionado. Esas ventajas se expresan en diversas mejoras: en la exactitud del diagnóstico en el lugar de emplazamiento, en el estado funcional y en el estado anímico y cognoscitivo. Asimismo, se reduce el consumo de medicamentos, disminuye la demanda de institucionalización, aumenta el uso de servicios de salud comunitarios, se reducen la demanda de hospitalización y los costos médicos, y aumenta el índice de longevidad. El uso racional de estos servicios demanda un

adecuado diagnóstico gerontológico integral previo que incluye la evaluación psicosocial, médica y funcional del anciano realizada por un equipo multidisciplinario bien adiestrado.

Vivienda, accesibilidad y ayudas técnicas

Las personas mayores, siempre que su situación social y de salud lo permita, deben poder vivir de forma autónoma en sus hogares e integrados en la sociedad. Para ello es necesario que las viviendas, además de contar con el equipamiento adecuado de saneamiento y comodidad, sean accesibles y estén adaptadas a las capacidades funcionales de las personas mayores.

Para lograr este objetivo será necesario incorporar criterios de accesibilidad en la construcción y establecerse ayudas financieras o exenciones de impuestos para la adaptación de las viviendas existentes. Será aconsejable disponer de exenciones fiscales para aquellos ancianos propietarios de vivienda como una vía de alivio económico.

Otras alternativas a tomar en consideración son las viviendas compartidas y las viviendas tuteladas en las que conviven varias personas mayores capaces de valerse por sí mismas, organizadas en forma autónoma o contando con la tutela y apoyo de una entidad pública o privada.

Es también muy importante adoptar medidas para potenciar la sensibilidad social y difundir conocimientos en materia de accesibilidad, dirigiendo las medidas especialmente a los sectores implicados en la planificación, diseño y construcción de espacios públicos y privados, tomando en cuenta las necesidades y problemas de accesibilidad que se plantean a los diferentes grupos de población en función de la edad y de las diversas situaciones de discapacidad que pudiesen ocurrir.

En este aspecto será necesario cumplir normas de accesibilidad en la construcción de viviendas, edificios públicos, hoteles e instalaciones recreativas, que deberán incluir criterios básicos de diseño arquitectónico y de equipamiento.

En el ámbito del transporte público será necesario adoptar medidas necesarias para mejorar sus posibilidades de utilización por parte de la población de edad mayor y establecer facilidades y descuentos en sus tarifas. También será necesario emprender campañas de formación de los conductores de los medios de transporte público para atender a la población de edad mayor de acuerdo a sus limitaciones.

Dentro de las ayudas técnicas se debe tener presente que las prótesis, órtesis y aparatos destinados a compensar las limitaciones funcionales que pueden sufrir las personas mayores constituyen contribuciones cruciales en el mejoramiento de la autonomía personal y las posibilidades ocupacionales, educativas, de ocupación del tiempo libre y de relación social.

Las instituciones responsables de las mencionadas ayudas técnicas deben hacer inventario de las que están disponibles y difundir información sobre sus características y precio, debiéndose facilitar la financiación del costo de adquisición, reparación y mantenimiento de dichas ayudas.

La tecnología moderna puede facilitar mediante los sistemas de teleasistencia y ayuda telefónica, la atención de personas en situaciones críticas, contribuyendo a mantenerlas en su entorno habitual. En estas situaciones también es eficaz, la participación de las organizaciones de personas mayores, del voluntariado social y de las ONG's.

Educación, recreación y cultura

Las instituciones responsables deberán poner en marcha programas dirigidos a mejorar los niveles de formación y el acceso a los bienes culturales de las personas mayores y a modificar las actitudes sociales para lograr que se valore de manera positiva el patrimonio moral, cultural y cívico del que son portadores los ancianos.

El tiempo libre debe ser atendido a través de ofertas de viajes y excursiones a precios reducidos y promoviendo actividades conjuntas de personas jóvenes y de adultos mayores que permitan aprovechar la experiencia vital de los que han vivido más años.

Los cursos de preparación al retiro para trabajadores dependientes e independientes próximos a jubilarse se convierte en una necesidad imperativa para asegurar a las personas mayores una mejor calidad de vida.

Las actividades culturales, recreativas y deportivas deben ser accesibles para las personas mayores, incluidas las que padecen algún tipo de discapacidad, debiendo eliminarse los obstáculos estructurales, económicos, técnicos, físicos y actitudinales que limitan su participación. El otorgamiento de descuentos y facilidades en los cines, teatros, museos, espectáculos deportivos y centros turísticos y vacacionales es una forma práctica de alcanzar estos objetivos.

Protección jurídica

Las personas mayores y sus familiares deben conocer con amplitud los derechos que le otorgan las leyes vigentes y ejercerlos plenamente, en particular el derecho a la no discriminación. Es bien admitido universalmente que los ancianos debido a su mayor vulnerabilidad, deben estar especialmente protegidos contra los tratos inhumanos o degradantes contra los abusos de los que puedan ser objeto en su calidad de consumidores de bienes o usuarios de servicios, y contra los actos de violencia. Esta protección se hará efectiva sancionando apropiada y oportunamente a los que violen la ley. En el caso de la incapacidad de las personas mayores de administrar sus bienes, el estado deberá garantizarles protección legal en forma de tutela o asistencia jurídica.

Participación social.

Como un miembro legítimo de la sociedad, los adultos mayores deben atender sus obligaciones y ejercer sus derechos políticos y sociales, para lo cual es indispensable que ellos dispongan de la información adecuada sobre los asuntos que les afectan y que existan estructuras asociativas idóneas que permitan la defensa de sus intereses y la expresión de sus demandas.

Los poderes públicos deberán estimular el desarrollo de las asociaciones de personas mayores y establecer causas de participación efectiva en el diseño, gestión, evaluación y control de las políticas y programas que les atañen.

Servicios sociales

Dentro de lo posible, las diversas necesidades sociales de las personas mayores deben ser cubiertas en el marco de los servicios sociales generales, facilitando en todo caso, las intervenciones. En este aspecto es fundamental la disponibilidad de una información clara y precisa que cubra las diferentes facetas de la vida.

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 utilizando, en todo caso, el sistema de niveles de complejidad creciente.

Entre los servicios sociales se puede mencionar:

- Los subsidios económicos, incluyen las jubilaciones, pensiones y prestaciones sociales que permitan vivir con dignidad los últimos años de vida de las personas.
- Las ayudas domiciliarias mediante las cuales se ayuda a las personas mayores a la limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos, lavado de ropa, préstamo de equipos o ayudas médicas entre otras, para aquellos ancianos que viven solos, son discapacitados o deben permanecer solos por necesidades impostergables de trabajo de sus familiares.
- Comedores, dan pollo a los ancianos de alto riesgo, asegurando una alimentación nutritiva a bajo costo y de acuerdo a sus necesidades. El sistema de "comida sobre ruedas", muy utilizado en los países desarrollados, resulta costoso en las naciones en desarrollo por las frecuentes dificultades que presentan muchas de las áreas que se deben alcanzar.
- Hospedajes y familias sustitutas, son también modalidades que a veces pueden representar enormes ventajas para algunos tipos de ancianos.

- Hogares, asilos o residencias: están destinados a personas más frágiles que las que utilizan los hospedajes o comedores. El régimen es más custodial; en su gran mayoría fueron fundados por órdenes religiosas o iniciativas filantrópicas y 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 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 reciente investigación auspiciada por la OPS en dos países de la Región permitió conocer que sólo el 25% de los hogares de ancianos evaluados calificaron como recomendables o buenos. Asimismo la encuesta permitió conocer que sólo el 15% del personal mostró actitudes positivas hacia la vejez. Estos hallazgos permiten visualizar el inmenso trabajo de investigación-acción que este rubro necesita.

- Los centros de atención diurna o centros de día: están concebidos para ancianos con capacidad para valerse por sí mismos y garantizar un apoyo a la familia, ya que estas unidades asumen su cuidado de 8 a 10 horas diarias. Son un poderoso vehículo de estimulación y socialización para el anciano, se maneja con muy poco personal y es, en general, fácilmente costeable.
- 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 autofinanciadas. 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.

El objetivo que persiguen las agrupaciones es la participación activa y espontánea de 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, obteniéndose autosuficiencia de sus integrantes de forma individual y del grupo en general.

El éxito de esta modalidad se puede traducir -además del bienestar general de los ancianos- en la disminución de consultas médicas y de consumo de medicamentos al encontrar nuevos alicientes en la vida.

Capacitación

En América Latina se constata la ausencia o timidez de conceptos y prácticas sobre el proceso de envejecimiento en casi todos los planes de estudio. En consecuencia, deberían incorporarse aspectos gerontológicos en los contenidos curriculares de la enseñanza, desde la preescolar. De acuerdo con afinidades humanísticas y profesionales, los profesionales de la enfermería y los trabajadores sociales parecen ser grupos extremadamente inclinados a recibir este tipo de conocimiento, así como los médicos en formación y los recién graduados.

Algunos países han consolidado programas de medicina geriátrica ya como educación continuada, ya como especialidad médica. Cada país debe estudiar cuidadosamente las propuestas de programas y acciones de capacitación a todos los niveles antes de deducir su incorporación definitiva.

Es necesario abordar tanto la educación gerontológica formal como la informal, tratando de incluir en ambas a los propios ancianos.

Información y difusión

Es necesario que se establezcan programas, estructuras, procedimientos e instituciones capaces de satisfacer las necesidades de información sobre todos los aspectos del envejecimiento que existen en la sociedad y las necesidades específicas de información, orientación y asesoramiento de las personas mayores y de las personas que están próximas a jubilarse.

Las actitudes sociales ante la vejez y el envejecimiento son, en muchos casos, los mayores obstáculos para la integración y participación de las personas mayores.

Investigación

No hay duda que la formulación y ejecución de una política en favor de las personas mayores y la evaluación de sus efectos debe basarse en un diagnóstico lo más preciso posible de la situación y de las necesidades de la población objetivo.

En este aspecto se requiere disponer de un sistema coherente de información estadística que abarque las diferentes facetas de este complejo problema y, sobre todo, pesar las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento de la población.

Dentro de los aspectos de investigación los países desarrollados y los organismos internacionales tienen un indudable papel auspiciador, así como los organismos de financiamiento externo interesados en enfrentar con éxito este problema.

BIBLIOGRAFIA

Anzola Pérez, E. Envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Hacia el Bienestar de los Ancianos*, OPS, publicación científica No. 492, Washington, D. C. USA. 1985.

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Viena, Austria, 1982.

Averting the Old Age Crisis, World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, U.S.A. 1994.

Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas Integrales para las Personas Mayores en el Area Iberoamericana, Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales de España, Cartagena de Indias, Colombia, octubre 1992.

El Sector Social en el Decenio de los Ochenta. Estrategias Regionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. E_CEPAL, G. 1185, septiembre 1981.

Global Aging. US Department of Commerce, Bureau of the Census, september U.S.A. 1991.

Guías para la Preparación de Planes de Acción y Programas de Atención al Anciano. OPS, Washington, U.S.A. 1988.

Informe final del Seminario sobre Políticas de Atención a los Ancianos en los Países del Cono Sur, OPS, Buenos Aires, Arg. Octubre 1985.

Litvak, J. *El Envejecimiento de la Población: Un desafío que va más allá del año 2000*. Boletín, Oficina Sanitaria Panamericana 109 (1), U.S.A.1990.

OPS. *Encuesta de Necesidades de los Ancianos en varios países*. Washington, D. C. EUA, 1989.

Planning Methods of Health and Related Organizations, Paul C. Nutt, Wiley Medical Publication, New York, USA. 1984.

Poverty, Development and Health Policy, Brian Abel Smith and Alcira Leiserson, World Health Organization. Geneva, Switzerland. 1978.

Promoting Health among Elderly People, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Age Concern Institute of Gerontology, and King's fund Institute, London, UK. 1988.

Pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos. OPS,CELADE y CIE, Santiago de Chile, noviembre 1992.

Report of Intercountry Workshop on Health of the Elderly, Fukuka, Japan. October 1984. WHO, Regional Office for the Western Pacific.

Restrepo, H., Rozental, M. *The Social Impact of Aging Populations: Some Major Issues*. Soc. Sci. Med. Vol. 39, No. 9, U.S.A. 1994.

Second Review and Appraisal of the Implementation of the International Plan of Action on Aging, UN Economic and Social Council, E-1989-13.

PROGRAMA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

*P. Paulo Marín L.,
Eduardo Valenzuela A.,
Nami-Ko Saito M.,
Sergio Castro H , y
Trinidad Hoyl M.*

INTRODUCCION

El fenómeno de envejecimiento de la población es uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas. Las consecuencias económicas, sociales y culturales del mismo son de gran envergadura, lo que obliga a llevar a cabo una planificación estratégica que permita adelantarse a los problemas que de él derivan. La experiencia en los países más desarrollados nos debe servir para iniciar acciones integrales desde los múltiples ángulos que un fenómeno complejo como el envejecimiento presenta, sobre todo en el sector salud ^(1,2).

Chile constituye un país en transición demográfica hacia el envejecimiento. Según el censo de 1992, la población de 60 años y más era un 9.8%, proyectándose a un 16% para el año 2025. Un 81.8% de dicha población vive en zonas urbanas y la Región Metropolitana concentra al 38.9 de la población

adulta mayor del país; el 73.7% son beneficiarios del sistema público de salud⁽³⁾, de éstos un poco más de dos tercios tienen derecho a recibir atención gratuita en los establecimientos.

La literatura internacional, sugiere que una de las formas efectivas de evaluar a la población anciana que vive en la comunidad, es a través de instrumentos que permitan clasificar y pesquisar a los sujetos en riesgo, y así poder implementar programas específicos destinados a mejorar su calidad de vida y orientar los recursos de una forma más efectiva ^(4,13). En Chile no hay datos publicados al respecto. Creemos que la razón más importante, es la falta de una ficha adecuada que pueda ser usada a pesar de la carga asistencial. A ello se suma la falta de capacitación en geriatría del equipo de salud que trabaja en atención primaria.

Material y método

En 1993, los médicos del Programa de Geriatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, luego de una revisión de la literatura ⁽⁴⁻¹²⁾, elaboraron una Ficha de evaluación geriátrica ambulatoria (FEGAUC), ficha clínica que fue usada durante ese año en los policlínicos dependientes de la Escuela de Medicina, con dicha experiencia se logró una Ficha definitiva destinada a ser usada por médicos de Medicina General en los consultorios de atención primaria, cuando atiendan ancianos.

Se presentan los resultados del uso de FEGAUC, en 100 pacientes mayores de 60 años que consultaron espontáneamente al consultorio Marta Moya, dependiente de la Ilustre Municipalidad de Santiago, entre los meses de noviembre de 1993 a mayo de 1994.

Se escogió dicho consultorio ya que el 70% de los consultantes son mayores de 60 años y porque fue solicitado un estudio que permitiera orientar la planificación y el mejor uso de los recursos en ese nivel primario de atención.

La ficha de evaluación FEGAUC se presenta en el Anexo No. 1, es un cuestionario estructurado que consta de una evaluación multidimensional, según lo recomendado internacionalmente ^(4, 6, 9, 12) y adaptado a nuestra realidad. Se incluyen factores de riesgo biosicosocial (edad, antecedentes

sociofamiliares, consumo de fármacos, hospitalizaciones y salidas), funciones sensoriales, cognitivas y actividades de la vida diaria que tienen una puntuación establecida. La aplicación de FEGAUC no necesita una capacitación previa para su uso.

Los resultados fueron analizados con el programa computacional epiinfo, realizándose pruebas de estadísticas univariadas.

Resultados

La aplicación de FEGAUC no perturba la atención habitual de los pacientes ancianos en un policlínico general. Demostrándose una muy buena aceptación entre los médicos que la aplicaron, destacando su rápida realización (en menos de 8 minutos) y fácil comprensión por el paciente.

De los 100 pacientes evaluados prospectivamente, un 82% eran mujeres y su edad promedio fue 71 + ó - 8 años, siendo un 38 % mayores de 74 años. Los resultados comparándolos por edad, se resumen en la tabla No. 1.

Dentro de los factores de riesgo general destacan: vive solo 34%; no tienen hijos 23%; estuvo hospitalizado en los últimos seis meses 6%; toma más de cinco fármacos 4%; viudo en los últimos seis meses 1%; se ha caído en el último año 47%; y refiere algún grado de trastorno en su memoria 62%, no habiendo diferencias estadísticas entre los mayores y menores de 75 años.

En la evaluación objetiva el 76% tiene sobrepeso (IMC>30 un 29%), un 76% presenta dificultades con su visión a pesar de usar lentes y un 17% no escucha bien al aplicar el test del susurro ⁽⁹⁾. Un 26% presenta incontinencia urinaria. La evaluación cognitiva destaca que un 76% responde sentirse deprimido y un 82% falla en la evaluación de memoria (68% responde parcialmente ese ítem) ⁽⁹⁾.

La evaluación funcional demuestra que un 30% tiene dificultades para subir escaleras (siendo peor en los mayores de 75 años, donde llega a un 47.4%); el 92% no tiene dificultades objetivas para usar las extremidades superiores y el 95% no tiene dificultades con la marcha de cinco pasos. El 93% no tiene

dificultades en las actividades de la vida diaria, considerándose autovalentes, sin diferencia entre los grupos de edad.

Con respecto al apoyo social, el 4% no cuenta con ninguna ayuda. De los que disponen de apoyo, el 53% es brindada por un hijo (49% puede ser permanente) disminuyendo a un 31.6% en los mayores de 75 años, el 36% es efectuada por un amigo o vecino (25% permanente) y el 25% es realizada por su cónyuge.

Discusión

Chile es un país de transición demográfica ya que el número de personas de edad y su importancia relativa en la población general va en aumento ⁽³⁾. Los ancianos constituyen un grupo de riesgo al presentar desventajas en las esferas física, psicológica y social, lo que hace imperativo su evaluación multidimensional para poder anticiparse a los efectos negativos (económicos, médicos y sociales) que produce el envejecimiento. El impacto de este incremento acelerado de la población anciana se hará sentir más dramáticamente en el sector salud, ya que trae como efecto un mayor número de personas portadoras de patologías crónicas, lo que lleva a un aumento en la demanda y utilización de servicios de salud. Constituye una carga económica, ya que utiliza recursos, requiere más frecuentemente del laboratorio y necesita medicación permanente. Muchos ancianos presentan múltiples patologías, manifestación no específica de la enfermedad, deterioro acelerado al no recibir tratamiento apropiado, alta incidencia de complicaciones, necesidades de rehabilitación, etc. ⁽²⁾. Por ello es muy importante efectuar una evaluación funcional y multidimensional que incluya los aspectos físicos, psíquicos y socioeconómicos que permitan establecer aquellos en riesgo para priorizar y orientar los recursos disponibles y definir el tipo de apoyo necesario ⁽⁴⁻¹³⁾, sobre todo a nivel comunitario que es donde viven la mayoría de los ancianos.

Chile no cuenta con un programa de salud especialmente destinado a los adultos mayores, por lo cual son atendidos en forma diferenciada en el nivel primario. Hasta la fecha no se han implementado acciones programáticas específicas para ese grupo a pesar que se reclama una atención preferencial y acceso efectivo a los niveles secundarios y terciarios. La planificación de

actividades, como la elaboración de políticas para el anciano, requiere de más y mejor información que permita caracterizar los problemas y necesidades de nuestra población anciana ⁽²⁾.

Como un aporte al mejor conocimiento de nuestros ancianos que consultan a nivel primario, el Programa de Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile diseñó en 1993, luego de revisar la literatura internacional ⁽⁴⁻¹²⁾, una Ficha de Evaluación Geriátrica Ambulatoria (FEGAUC) que analizará factores de riesgo bio-sico-social y pueda ser aplicada por médicos generales. Se presentan los resultados de la experiencia piloto en 100 pacientes consecutivos atendidos en el Policlínico Marta Moya. El tiempo de aplicación de FEGAUC es de menos de 8 minutos y no perturba la atención habitual de los pacientes ancianos en un policlínico general, demostrándose una muy buena aceptación entre los médicos, destacando su rápida realización y fácil comprensión por el paciente.

Con los resultados obtenidos con el uso de FEGAUC, es posible orientar mejor la planificación y distribución de los recursos a nivel primario. En esta experiencia piloto se destaca que los factores de riesgo más frecuentes fueron: 34% viven solos; 76% presentaban sobrepeso ($IMC \geq 24$); 76% refieren dificultad con la visión; 26% presentan incontinencia urinaria y un 76% refiere sentirse deprimido. Un 30% tiene dificultades para subir escaleras (siendo peor en los mayores de 75 años) y el 4% no cuenta con ningún tipo de ayuda en caso de invalidez.

La necesidad de un enfoque integral que promueva la salud de la población de los adultos en general y de los ancianos en particular, constituyen en la actualidad un elemento conceptual básico sobre el cual giran las acciones de los organismos nacionales e internacionales en su búsqueda de equidad en salud. La Organización Panamericana de la Salud destaca que la localización de acciones en grupos de alto riesgo y la promoción de la salud son dos de las orientaciones estratégicas dirigidas a promover acciones de salud importantes con los ancianos, ya que presentan una elevada vulnerabilidad por factores de riesgo (social, físico, médico y ambiental) y necesitan un abordaje global de la salud. Por ello el punto de partida debe ser la valoración integral de la salud de la persona, por lo que se deben utilizar instrumentos de valoración internacional; probar su validez en los países o crear los propios de acuerdo con las realidades culturales y recursos disponibles ⁽¹²⁾.

Es importante evaluar su efectividad mediante el seguimiento de casos, ya que si los problemas identificados no se resuelven adecuadamente la meta de prevención no se cumple; de allí la importancia de la disponibilidad de recursos para atender la demanda que generen los hallazgos de programas de detección. Los programas de detección deben considerarse estrategias de refuerzos y soporte complementario con el propósito de ofrecer a los ancianos la posibilidad de alcanzar y mantener su máximo potencial de salud⁽¹²⁾. Es así como la información obtenida a través del uso de FEGAUC, en el Policlínico Marta Moya se diseñó un programa especial para los ancianos con depresión.

Entre las condiciones fundamentales del equipo de atención primaria con respecto a la atención hospitalaria o comunitaria, lo que implica coordinación entre ambos; capacidad de atención al anciano y su familia; capacidad de acción preventiva (detección de ancianos de alto riesgo) educación y promoción de la salud y capacidad de manejo de ancianos discapacitados⁽¹³⁾.

Para lograr estas metas es prioritario conocer primero la realidad de nuestros ancianos que consultan en el nivel primario de salud y por ello se considera que la aplicación masiva de la ficha de evaluación (FEGAUC) es un valioso aporte.

Anexo No. 1

Ficha de Evaluación Geriátrica Ambulatoria de la Universidad Católica (FEGAUC).

Nombre: _____

Sexo: 1=M 2=F

Fecha de nacimiento: _____ No. de ficha _____

Lugar Evaluación: 1=Cediuc 2=Alameda 3=Irarrázaval

4=Polí SNS 5=Otro

Fecha _____ Edad _____

Factores de Riesgo (0=No, 1=Si)

Mayor de 75 años

Toma más de 5 fármacos

Sin Hijos

Caídas en el último año

Visión (Jager Test 35 cm)

0=Más de 20/40

1=Menos de 20/40 con lentes

OD

OI

Vive solo

Hospitalizado hace 6 meses

Viudo reciente (< 6 meses)

Tiene problemas de memoria

Incontinencia Urinaria

Apreciación Estado Nutricional

0=Normal 1=Obeso 2=Enflaquecido

Audición (Test Susurro)

0=Buena 1=Malá

¿Puede nombrar 3 objetos comunes y repetirlos inmediatamente después de un minuto (árbol, mesa y avión)?

0=Si 3=No puede

Depresión

¿Se ha sentido triste o deprimido frecuentemente en los últimos 6 meses?

0=No

3=Si

Contestar 0=Si 1=No

- ¿Puede poner ambas manos en la nuca?
- ¿Puede pararse de la silla?
- ¿Puede coger una cuchara con la mano?
- ¿Puede caminar 5 pasos y volver?
- ¿Puede subir los peldaños dentro o fuera de la casa?
- ¿Puede levantarse de la cama?
- ¿Puede salir de compras?
- ¿Puede vestirse por sí mismo?
- ¿Puede prepararse sus alimentos?

***** Solicitar repetición de los objetos dichos *****

Si usted necesitara ayuda o cuidados; si estuviera enfermo o postrado en cama, esa ayuda podría ser:

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 0=Permanente | 1=Temporal (meses) |
| 2=Ocasional (semanas) | 3=Ninguna ayuda |

Total Puntos _____

TABLA No. 1

	60-74 años (n=62)	- > 75 años (n=38)	p value
Toman -> 5 fármacos	0	4	0.019*
Sin hijos	9	14	0.010
Caídas último año	30	17	0.72
Vive solo	18	16	0.18
Hospitalizado -< 6 meses	2	4	0.20*
Viudo menos de 6 meses	1	0	1.00*
Falla de la memoria	37	25	0.54
Incontinencia urinaria	15	11	0.60
Obeso (IMC > 30)	18	11	0.99
Refiere de presión	46	30	0.58
No puede:			
manos-nuca	2	1	1.0*
coger cuchara	2	0	0.52*
pararse de la silla	0	1	0.38*
caminar 5 pasos	2	3	0.36*
subir peldaños	12	18	0.003
Puede recibir apoyo de hijos	41	12	< 0.001
Puede recibir apoyo de amigos	19	12	0.92
No cuenta con apoyo social	2	2	0.63

Valores p calculados con test de Chi-cuadrado y test exacto de Fisher (+).

BIBLIOGRAFIA

1. Marín P. P.: *"Futuro del anciano en Chile: visión de un Geriatra"*. En: Marín P. P., Vergara F. eds. Actualizaciones en Geriátria. Santiago: Sociedad Médica de Santiago, Chile 1990: 175-179.
2. Escobar M. C.: *"Futuro del anciano en Chile: visión epidemiológica"*. En: Marín P. P., Vergara F. eds. Actualizaciones en Geriátria. Santiago: Sociedad Médica de Santiago, Chile 1990: 169-173.
3. *Censo de Población y Vivienda, Chile. Resultados Generales*. INE. Edición Alborada, 1992.
4. Kane R. A., Bayer A.: *"Assessment of Functional Status"*. En: Pathy MSJ., ed. Principles and Practice of Geriatric Medicine. London: Wiley, England 1991: 265-278.
5. Anderson F.: *"An Historical overview of Geriatric Medicine: definitions and aims"* En: Pathy MSJ., ed. Principles and Practice of Geriatric Medicine. London: Wiley, 1991: 1435-1442.
6. Rubenstein L. Z., Rubenstein I.V.: *"Multidimensional Geriatric Assessment"*. En: Brocklehurst J. C., Tallis R. C., Fillit H.M., eds. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. London: Churchill Livingstone, 1992: 150-159.
7. Williams E. I.: *"Prevention and anticipatory care"*. En: Brocklehurst J. C., Tallis R. C., Fillit H.M., eds. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. London: Churchill Livingstone, 1992: 1029-1037.
8. Stuck a. E., Siu A. L., Wieland G. D., et al. *Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Lancet, England, 1993; 342: 1032-1036.
9. Lachs M. S., Feintein A.: *"A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients"*. Ann. Intern. Med. U.S.A. 1990; 112:699-706.

10. Health Public Policy Committee, American College of Physicians. "*Comprehensive Functional Assessment for elderly patients*". Ann. Intern. Med. U.S.A. 1988; 110: 70-72.
11. Applegate W. B., Blass J. P., Williams T. F.: "*Instruments for functional assessment of older patients*". N. Eng. J. Med. U.S.A. 1990; 322: 1207-1214.
12. Fillit H.M., eds. *Textbook of geriatric Medicine and Gerontology*. London: Churchill Livingstone, 1992: 1029-1037.
12. Quintero M.: "*Los programas de detección*". En: Anzola E., Galinsky D., Morales F., Salas A., Sánchez M. eds. *La atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994: 339-342.
13. Andrews G.: "*Role of primary health care for the elderly*". En: Kane R, Grimley Evans J, MacFadyen D, eds. *Improving the Health of Older People: A World View*. Oxford: Oxford University Press; 1990: 346-361.

PERFIL SOCIOECONOMICO DEL GRUPO DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LAS DELEGACIONES 2 NOROESTE Y 3 SUROESTE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL D.F.

*Angel Zárate Aguilar
Ma. Esther Lozano Dávila
Jorge Chávez Samperio, y
Martín Pérez Ramos.*

INTRODUCCION

Uno de los cambios trascendentes ocurridos a nivel mundial durante el último siglo, constituye el envejecimiento de la población. El aumento de las personas en retiro ha generado cambios en el comportamiento de las sociedades a nivel familiar, laboral y de política gubernamental, en los diferentes países del orbe.

Al mejorarse las condiciones generales de salud de los pueblos, la esperanza de vida se ha incrementado de manera sostenida a lo largo de varias décadas, requiriéndose del desarrollo de programas prioritarios dirigidos a grupos específicos.

En México, -según cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática- la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 49.5 años en 1950 a 70.5 en 1995.

Al considerar que de acuerdo al último censo de población, los sujetos menores de 25 años equivalen al 24.72% de la población general, es de esperarse que el grupo de mayores de 65 años continúe incrementándose aún más en el futuro, situación que afectará directamente al elevarse la demanda de servicios en las instituciones de seguridad social.

Alcanzar la edad de adulto mayor, no forzosamente es sinónimo de enfermedad. Aún cuando la capacidad funcional del individuo pueda estar limitada como consecuencia del deterioro biológico normal, se puede mejorar la calidad de vida de estas personas mediante la aplicación de programas que capaciten a este grupo etéreo para la identificación de factores de riesgo que afecten su salud. Programas que propicien también la participación consciente y responsable de todos ellos, para la búsqueda de soluciones que retrasen en lo posible, la instalación del daño y limiten las secuelas.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio con la aplicación de una Cédula de Detección de Factores de Riesgo a la Salud, la cual forma parte de la metodología normada en el Programa de Jubilados y Pensionados y que contiene información sobre: riesgos individuales, familiares, ambientales, utilización de su tiempo libre y daños a la salud, dicha cédula se aplicó a 5,623 jubilados y pensionados pertenecientes a las delegaciones 2 y 3 del Distrito Federal del IMSS, tomados de manera aleatoria entre la población que reunió los siguientes criterios:

- Jubilados y Pensionados del Instituto, mayores de 18 años.
- Pertenecientes al Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados.
- Asistencia a la Unidad de Medicina Familiar.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

De las 5,623 cédulas aplicadas, se obtuvieron los siguientes resultados: 58.5% correspondiente al sexo masculino.

El grupo más numeroso, es el de 61 años o más (61%), en segundo término de 46 a 60 años con un 26%.

En cuanto al estado civil, predominan los solteros, viudos y divorciados que equivalen al 52% del total y los casados y en unión libre representan al 42.8% de la muestra; el 49% de la muestra estudiada tiene estudios de primaria, el 15% de secundaria, el 16% nivel técnico sin secundaria; el 9% nivel licenciatura y un 2% es analfabeta.

De los 5,623 jubilados y pensionados estudiados, el 35% no realizan ninguna actividad laboral, el 53% procuran sentirse útiles y establecen algún tipo de actividad laboral aunque no sea remunerada, y el 10% restante alcanza a realizar actividades laborales remuneradas.

De acuerdo a sus pensiones, reciben hasta un salario mínimo el 63%; el 20% dos salarios mínimos; el 17% restante, perciben tres o más salarios mínimos.

El 87% tienen más de dos años de jubilación.

El 56% reconocen tener factores de riesgo por malos hábitos alimentarios, el 20% ser fumadores, el 17% aceptaron ser adictos al alcohol y el 63% manifestaron no tener problemas de adicciones.

El 63% tienen hábitos de sedentarismo y el 55% no realiza actividades recreativas.

Respecto a la detección oportuna de enfermedades prevenibles dentro de las mujeres encontramos que el 49.6% acostumbra hacerse anualmente la detección de cáncer cérvico-uterino y mamario; y de los hombres, sólo el 25% se han realizado detección oportuna de cáncer prostático.

Por último, al solicitar a los encuestados sus necesidades sentidas de capacitación, es relevante señalar que el 36.6% solicitó orientación sobre enfermedades en la tercera edad; en tanto que el 63.5% no manifestó interés alguno sobre ese asunto y temas de medicina preventiva. El 32% solicitó capacitación sobre alimentación y un 12% para abandonar adicciones.

De los resultados obtenidos podemos resaltar los siguientes comentarios: en la muestra estudiada se nota un número mayor de jubilados y pensionados del sexo masculino, lo que resulta lógico ya que el número de trabajadores en el Instituto corresponde al sexo masculino.

Al correlacionar escolaridad con el ingreso mensual de sus pensiones, notamos que esta relación es congruente, ya que a menos preparación menores posibilidades de obtener puestos altamente remunerados.

Es evidente que este grupo presenta una incidencia baja en adicciones.

El grupo en estudio representa un alto índice de sedentarismo, lo que es factor de riesgo para la instalación de procesos crónico degenerativos.

Sin embargo, es importante resaltar que existe poca conciencia para la prevención y detección de enfermedades, lo que llega a ser alarmante en el sexo masculino, y al correlacionar sus factores de riesgo con las necesidades sentidas de capacitación vemos que están en relación directa, lo que obliga a una serie de acciones para concientizar a este grupo sobre la importancia de la identificación de los factores de riesgo y las acciones que deben tomar para modificarlos como parte fundamental del autocuidado de su salud.

DISCUSION

A través de este estudio se demuestra que la incidencia de factores de riesgo al que se encuentran expuestos los jubilados y pensionados implica un problema para la aparición de enfermedades, por lo que es necesario crear una cultura de la salud que favorezca la prevención de ellos a través de la modificación de factores de riesgo.

En un alto porcentaje, la jubilación llega cuando el individuo aún es productivo y conserva la capacidad para el desempeño laboral. Hecho manifiesto por el alto número de jubilados que busca continuar en ocupaciones productivas, a diferencia de las expectativas que ofrece la sociedad al considerar a las personas mayores de 60 años improductivas o pasivas, dependientes, aislados, con baja autoestima e inflexibilidad conductual; por otra parte se encontró que los jubilados y pensionados manifestaron interés y hasta entusiasmo por continuar siendo productivos.

Se elaboran unilateralmente programas oficiales institucionales, buscando "ayudar" al jubilado, sin tomar en cuenta sus necesidades sentidas que deben ser satisfechas a través de un trato digno, reconocimiento personal y estímulos, por su participación.

El presente estudio realiza una metodología de fácil manejo y los resultados presentados, corresponden a una muestra de dos delegaciones del Distrito Federal, sus hallazgos permiten establecer la importancia de ampliar este tipo de estudio para conocer y detectar características regionales o locales.

Además permitirá profundizar y puntualizar sobre este grupo y así establecer programas cuya utilidad e impacto se mida a través de la gratificación personal y el sentido de pertenencia a un grupo.

CONCLUSIONES

Los programas dirigidos a jubilados y pensionados, deberán considerar cambios conceptuales y en sus objetivos, dinámicas operacionales, y evaluarse a través de la participación de éstos para mejorar su autoestima, el sentimiento de pertenencia a un grupo y el mejoramiento de su calidad de vida.

RESUMEN

Se aplicó la cédula de identificación de factores de riesgo a 5,623 jubilados y pensionados de 18 años de edad en adelante, con un predominio del sexo masculino (58.5%) y de personas mayores de 60 años (61%).

Más del 50% reportó pérdida de la pareja y el 40% tiene baja escolaridad (primaria).

El ingreso personal es hasta de un salario mínimo en 63% de los casos y la mitad del grupo estudiado, realiza algún tipo de actividad no siempre remunerada.

De los malos hábitos identificados, destacaron el sedentarismo y los de tipo alimentario. La mitad de las mujeres asisten a la detección de cáncer de mama y cérvico-uterino y sólo el 25% de los varones lo hace al de próstata.

La tercera parte manifestó deseos de recibir información acerca de las enfermedades crónico-degenerativas.

Se concluye que hasta la fecha se continúa con el esquema tradicional dirigido a la atención del daño, mismo que debe reorientarse a la identificación de factores de riesgo para modificar la cultura de la salud y así propiciar el autocuidado de la salud.

BIBLIOGRAFIA

Anzola Pérez, E. *El Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, México. Hacia el Bienestar de los Ancianos. Publicación Científica 492. 1985.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. México; “*Sobre la Nutrición y el Envejecimiento*”. Vol. 114 Núm. pp 61 1993.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. México; *Tratamiento del Infante en Ancianos*. Vol. 117 Núm. 1 Julio 1994.

Brocklehursty J.C., Hanley T.: *Geriatría Fundamental*; Ediciones Toray, S. A. Barcelona 1979.

Fajardo Ortiz, G., Parra Dávila, E.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; México. 1993. *Atención Médico Social a la Tercera Edad en América Latina*; 1993.

Connor, T.O.: *Identificación y Control de Factores de Riesgo*; Mundo Médico México; pp 33. Mayo-Julio.

Organización Panamericana de la Salud; México; *Salud de las Personas de Edad*. Serie informes técnicos 729. 1989.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Salud del Adulto. Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe*, basados en la investigación. Washington, D. C. OPS. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. *Todos por la Salud*. Guía de Comunicación por la vida. UNICEF. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud de los Ancianos; una preocupación de todos*. Comunicación para la Salud Núm. 3. U.S.A. 1992.

Revista Atención Prevenir; Sociedad Española de Medios en Familia y Comunitaria. Vol. 4. Núm. 4. pp. 167-168; ediciones Barcelona, España. 1987.

Salud Pública de México. Atención Primaria a la Salud. Vol. 30, septiembre-octubre 1988 México.

San Martín Hernán. Crisis Mental de la Salud. Salud para nadie en el año 2000. La Crisis Mundial, capítulo VI, pp. 363. Editorial Ciencia 3, 2da. Edición. Francia. Agosto de 1984.

EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD, NUEVO RETO PARA LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES

*Ma. de los Angeles Lara Rodríguez
Ma. Guadalupe Benítez Martínez
Irma Hortencia Fernández Gárate
Angel Zárate Aguilar*

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno ampliamente documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento de las cifras absolutas y relativas de esta población; así el estudio de sus características y condiciones de salud, adquieren cada vez mayor importancia, impulsando a organismos internacionales, gobiernos nacionales, instituciones de salud, asociaciones científicas y gremiales, a analizar el tema, elaborar planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de dicho envejecimiento⁽¹⁾. Cabe aclarar que, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de 1994 define ADULTO MAYOR a la persona de 65 o más años de edad. ⁽²⁾

La información estadística disponible, permite confirmar que la población de América Latina presenta una marcada tendencia al envejecimiento, del cual México no es la excepción, y donde el punto de discusión sociodemográfico adquiere relevancia, en una sociedad de desarrollo intermedio con una estructura poblacional joven, que subyace simultáneamente con la existencia

de un proceso de envejecimiento que tiene una alta condición de heterogeneidad, e impone un desafío diferente en los planes elaborados previamente, aunado al hecho de que los ancianos están viviendo cada vez más tiempo, lo que constituye más que un simple avance demográfico, un reto a nivel nacional e institucional para las políticas de población, planeación social y el desarrollo de un adecuado programa de seguridad social, dado que las demandas de los ancianos se incrementan, así como sus requerimientos de cuidado y soporte, justo ahora empiezan a competir con otras necesidades de salud urgentes o emergentes, sobre todo con recursos difíciles de conseguir.⁽³⁾

En México, se inició el proceso de envejecimiento en los años setenta y actualmente el porcentaje de adultos mayores representa el 6.14% de la población total, con cifras cercanas a los cinco millones de personas, donde el 47% y 53% corresponden a hombres y mujeres respectivamente.⁽⁴⁾

El perfil de morbilidad y mortalidad de la población mexicana envejecida, plantea una situación compleja, pues además de la enfermedad y muerte atribuida por causas infecciosas, los trastornos crónico-degenerativos se han ubicado en pocos años dentro de los primeros lugares, distinguiéndose entre las más importantes particularidades: la multimortalidad, es decir la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo; la combinación de enfermedades transmisibles (enfermedad diarreica e infección respiratoria) y no transmisibles (diabetes e hipertensión) y el aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez, por la aparición de secuelas incapacitantes.⁽⁵⁾

ANTECEDENTES

En el año de 1979, la Organización Mundial de la Salud, aprobó la primera resolución específica relativa a la atención de la salud del anciano; en el año de 1982, la Organización de las Naciones Unidas organizó la asamblea mundial sobre el envejecimiento, con el fin de discutir su impacto poblacional y promover las políticas que permitieran prever oportunamente las consecuencias socioeconómicas y humanas a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo, instalándose el Comité para la Cooperación Internacional en Investigación Nacional en Demografía.⁽³⁾⁽⁶⁾

A partir de esa fecha, dicho Comité realiza en 1983 la primera reunión donde se deciden los principales objetivos del proyecto, en conferencias subsecuentes en 1985 y 1988, se definen metas de investigación y se conforma el Instituto Internacional de la Vejez, respectivamente.⁽³⁾

La Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano en Demografía, en colaboración con el Instituto Internacional de la Vejez, acordaron organizar a fines de 1992 un taller sobre políticas en favor de las personas de edad avanzada, a realizarse en Santiago de Chile, del cual emergió el Pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina.⁽¹⁾

En el caso de México, los cambios esperados en la población ilustran la necesidad de explicitar el incremento en la incidencia del envejecimiento en la estructura demográfica; esta transformación en la parte final del siglo XX es un elemento importante en su historia económica y social. Los datos indican que el país necesita mejores términos de seguridad social, planeación médica y preparación de la familia para enfrentar estos cambios, que gradualmente resultan en envejecimiento.⁽³⁾

En base a lo anterior, es indiscutible que cualquier programa debe sustentarse en un diagnóstico actualizado de la situación de salud, que permita identificar los principales problemas, su magnitud y comportamiento para la determinación de prioridades, a fin de encauzar las acciones, de tal manera que la meta no sólo sea el aumento en la esperanza de vida, sino igualmente es prioritario mejorar la calidad de vida y salud, para mantener la autonomía y la independencia tanto física y mental, como económica y social, logrando así lo que se ha llamado actualmente "envejecimiento exitoso".⁽⁶⁾⁽⁷⁾

El presente documento, tiene como objetivo proporcionar un panorama sobre las características de salud de la población adulta mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En base a dicho panorama y derivado de la información epidemiológica existente, se efectúa la discusión del análisis e interpretación de los resultados y las perspectivas de las necesidades y problemas de salud del adulto mayor, como un nuevo reto para los servicios institucionales.

DESCRIPCION Y ANALISIS

Para cumplir con el objetivo, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los padecimientos que más afectan al adulto mayor derechohabiente, mediante la recolección y revisión de información epidemiológica. Los datos de morbilidad, se obtuvieron del Boletín Epidemiológico anual 1990-1994 que editó para ese período, la Subdirección General Médica del IMSS. La información de mortalidad, de los Boletines Anuales de Mortalidad de 1985-1994 y la morbilidad hospitalaria de 1994, del Sistema Unico de Información de Egresos Hospitalarios. Todos los datos utilizados correspondieron a la población adulta mayor de 65 años y más del nivel nacional.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Los denominadores correspondientes se obtuvieron del informe mensual de la población derechohabiente del mes de junio de cada año, que editó el Departamento de Estadística de la Subdirección de Finanzas.

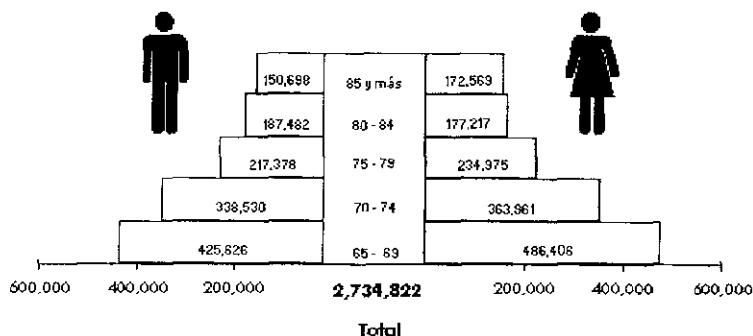
La recopilación de datos, análisis, estudio demográfico y de los daños a la salud en este grupo de población, permitió encontrar entre otros, los siguientes resultados:

La población derechohabiente a nivel nacional en el grupo de 65 y más años, se incrementó de 2,409,059 en 1990 a 2,734,822, en 1994, cifras que representan del 6.41 % al 8% de la población total respectivamente, lo que refleja el incremento y la sobrevivencia de esta población, cifra más alta que el promedio nacional y es comparable con el nivel alcanzado en algunas regiones de países desarrollados.

Para el año 1994, el análisis de la información de acuerdo a la distribución por sexo, se encontró que existen 1,299,694 (47%) hombres y 1,435,128 (53%) mujeres; por grupo de edad, en orden de frecuencia, se observa la siguiente proporción: 65-69, 912,032 (33%), 70-74, 702,491 (26%), 75-79, 452,353 (16%), 80-84, 344,679 (13%) 85 y más 323,267 (12%); situación congruente con la disminución de la sobrevivencia conforme aumenta la edad. (Fig. 1).

Cabe resaltar, que particularmente el grupo de jubilados y pensionados, crece y continuará creciendo más rápidamente que la población ocupada y ha registrado un aumento considerable, de una tasa de 6.4% en 1994, se espera que llegue a un 7.5% para 1995, con el consiguiente aumento de los años de otorgamiento de las pensiones, que también se incrementarán hasta 18.6 años en promedio, así como el tiempo en que se otorga atención médica, precisamente en el período de edad en que resulta más costosa.⁽¹⁰⁾

FIGURA. 1
PIRAMIDE DE POBLACION DERECHOHABIENTE ADULTA MAYOR
DE 65 AÑOS MEXICO, IMSS 1994.

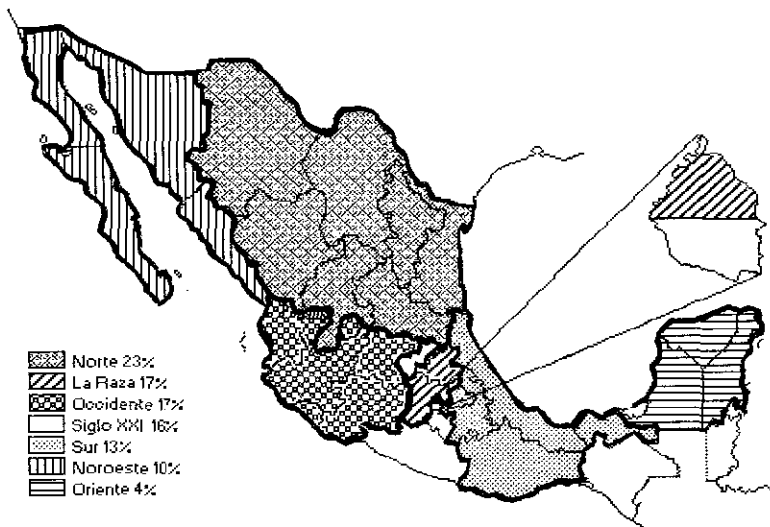


Fuente: Departamento de Información para Directivos del IMSS. Junio 1994.

La distribución porcentual de la población derechohabiente adulta mayor de 60 años por regiones y en orden de frecuencia, se encuentra en el primer lugar la Región Norte con 23% (Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas), donde Nuevo León tiene el 7%; le siguen Región La Raza con 17% (D. F. 1, D.F. 2, Hidalgo y México), en donde la D. F.1 cuenta con el 6%; la Región Occidente con 17% (Jalisco, Colima, Aguascalientes, Guanajuato, Michoacán y Nayarit), siendo Jalisco la de mayor porcentaje, con 8%; la Región Siglo XXI con 16% (D. F. 3, D. F. 4, Chiapas, Guerrero, Morelos y Querétaro), donde la D. F. 3 tiene 7%; la Región Sur con 13% (Oaxaca, Puebla, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz Norte y Veracruz Sur), es Veracruz Norte la de más porcentaje con 4%; la Región Noroeste con 10% (Baja California Norte, Baja, California Sur, Sinaloa y

Sonora), es Sinaloa la mayor con 4% y finalmente, la Región Oriente con 4% (Campeche, Quintana Roo y Yucatán), quien aporta con Yucatán el 3%. Las Delegaciones que tienen menor proporción de dicha población en este mismo orden son: Zacatecas (1%), Hidalgo (1.2%), Colima (0.61%), Querétaro (1.2%), Tlaxcala (0.57%), Baja California Sur (0.31) y Quintana Roo (0.38%). (Fig.2)

FIGURA. 2
POBLACION DERECHOHABIENTE ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR REGIONES IMSS 1994.



Fuente: Departamento de Información para Directivos del IMSS. Junio 1994.

DAÑOS A LA SALUD

En el análisis de la morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, en el período de 1990-1994 se observa que ocupan los primeros lugares las enfermedades infecciosas (respiratorias e intestinales) y las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes mellitus, con incremento en las tasas de morbilidad por infecciones respiratorias, hipertensión arterial y diabetes; resalta la enfermedad isquémica del corazón, que pasa del octavo al sexto lugar y la tasa aumenta a más del doble, mención

especial merece la cirrosis hepática, que aumenta su incidencia cerca de tres veces más y las enfermedades cerebrovasculares con un ascenso muy importante, el tumor maligno del cuello uterino ya aparece dentro de las veinte principales causas de enfermedad en este grupo de edad.

En un rubro especial de otros padecimientos de interés epidemiológico, se aprécia la persistencia de lepra, tétanos con un comportamiento ascendente, así como también SIDA y cólera, estos últimos, cobran especial relevancia por la susceptibilidad en cuanto a la ocurrencia de muerte en edad avanzada. (Cuadro 1).

Cuando se agruparon, estas mismas causas de morbilidad en orden de frecuencia, se identifican entre los principales padecimientos transmisibles las enfermedades respiratorias, intestinales, otras enfermedades localizadas a piel, tuberculosis y de transmisión sexual. Entre los no transmisibles: enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares, intoxicación por ponzoña de animales y cirrosis hepática. Cuadro II.

Esta agrupación permitió identificar además de la que se mencionó con anterioridad, la importancia de las enfermedades transmisibles de piel, de tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual.

Lo anterior confirma que el envejecimiento lleva consigo la disminución de la capacidad inmunitaria, lo que se refleja en la incidencia de enfermedades infecciosas y la disminución de la resistencia a las infecciones en fase crónica como en la tuberculosis, o bien la pérdida de la capacidad de respuesta cutánea a los antígenos comunes como el caso de las enfermedades de piel que además muestran un comportamiento franco ascendente, otro aspecto interesante es la incidencia de enfermedades de transmisión de predominio sexual, lo que habla en favor del mito que el adulto mayor no tenga actividad sexual, sino que además, realiza prácticas de riesgo sexual.

Cuadro I.

**MORBILIDAD POR CAUSAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
Y NO TRANSMISIBLES EN POBLACION DERECHOHABIENTE
ADULTA DE 65 Y MAS AÑOS, 1990 - 1994.**

Diagnóstico/Año	1990	1991	1992	1993	1994
1 Infecciones respiratorias agudas	8,830	8,896	8,982	10,641	11,336
2 Infecciones intestinales	2,678	2,778	3,003	3,513	3,634
3 Enfermedades hipertensivas	1,123	1,178	1,469	1,291	1,445
4 Diabetes mellitus	773	845	1,057	806	877
5 Amibiasis	735	707	698	737	690
6 Conjuntivitis	473	572	491	479	451
7 Tiñas	431	464	542	626	748
8 Enfermedad isquémica del corazón	332	371	461	553	716
9 Sarna	207	172	161	140	115
10 Neumonía	152	168	192	246	273
11 Enfermedades cerebro-vasculares	138	179	330	467	639
12 Salmonelosis	93	109	106	105	132
13 Erisipela	81	85	97	113	129
14 Intoxicación alimentaria bacteriana	76	83	102	113	105
15 Ascariasis	66	52	50	46	39
16 Intoxicación alimentaria bacteriana	61	60	64	59	50
17 Cirrosis hepática	42	49	72	76	108
18 TB del aparato respiratorio	34	30	32	28	29
19 Oxiuriasis	30	25	26	25	23
20 Tumor maligno del cuello uterino	24	25	28	24	30
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO					
1 Sarampión	0.66	0	0	0	0.04
2 Lepra	1.45	0.44	0.46	0.34	0.45
3 Tétanos	1.29	0.48	0.42	0.27	0.59
4 SIDA	1.29	1.76	0.61	0.53	0.71
5 Cólera	0	9	17	13	3.83

* Tasa por 100,000 derechohabientes de 65 año y más.
Fuente: Boletín Epidemiológico Anual, IMSS (1990-1994)

Cuadro II

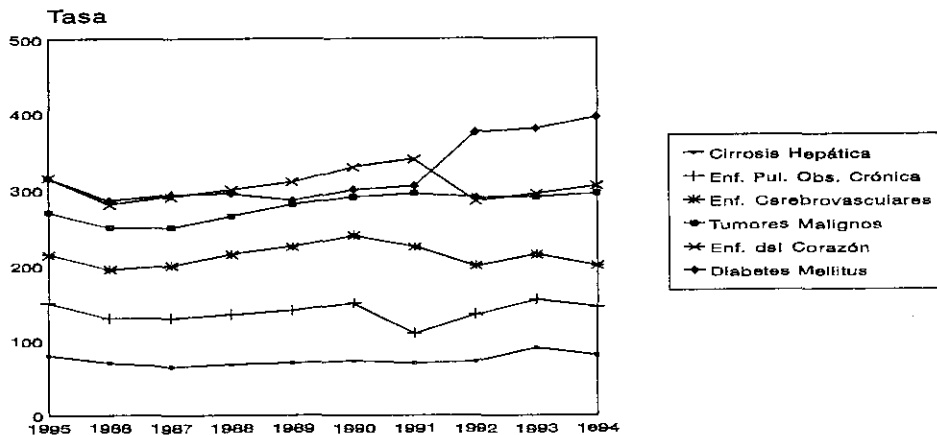
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES EN DERECHOHABIENTES ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, 1990 - 1994.

Enfermedades Transmisibles (Agrupadas)	1990	1991	1992	1993	1994
Enfermedad Respiratoria	8,986	9,096	9,179	10,888	11,610
Enfermedad Intestinal	3,663	3,732	4,398	4,473	4,569
Otras Enfermedades Transmisibles (piel)	288	721	800	879	992
Tuberculosis	39	34	39	33	36
Enf. Transmisión Predom. Sexual	27	26	27	20	20
Enf. Transmitidas por vector	9	1.28	14	1.25	2
Enfermedades no-transmisibles					
Enf. Hipertensivas	1,123	1,178	1,469	1,291	1,445
Diabetes Mellitus	773	845	1,057	806	877
Enf. Isquémica del corazón	332	371	461	553	716
Enf. Cerebrovasculares	138	179	330	467	639
Intoxicación ponzoña de animales	76	83	102	113	105
Cirrosis Hepática	42	49	72	76	108
Tumor maligno del cuello uterino	24	25	28	24	30
Tumor maligno de mama	13	13	13	13	16
Cardiopatía	9	12	11	3	17
Meningitis otras	2	1.44	2	1.33	.78

* Tasa por 100,000 derechohabientes de 65 y más
Fuente: Boletín Epidemiológico Anual IMSS.

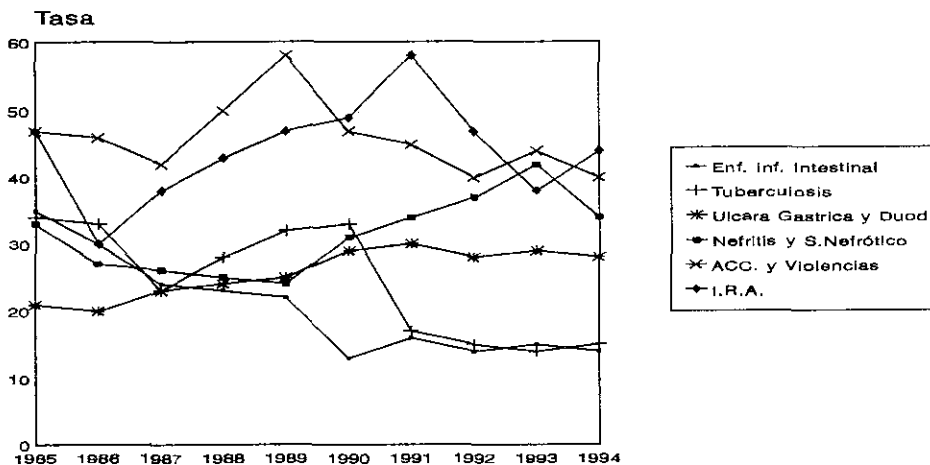
La revisión de la mortalidad por causas agrupadas, permite identificar para el último año en los 6 primeros lugares a las enfermedades crónicas, con incrementos importantes en diabetes y tumores malignos, a diferencia de las demás que muestran un comportamiento estable; cabe destacar el descenso considerable de las infecciones intestinales y la tuberculosis de poco más del 50% en la última década, de tal manera, que en los últimos cinco años desaparecen de las 10 principales causas de defunción ocupando su lugar el rubro de nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis y úlcera gástrica y duodenal. (gráficas 1 y 1 bis).

Gráfica 1.
MORTALIDAD POR CAUSAS AGRUPADAS EN POBLACION DERECHOHABIENTE DE 65 Y MAS AÑOS



Tasa por 100,000 derechohabientes usuarios de 65 y más años.
 Fuente: Boletín Estadístico de Mortalidad. IMSS, 1985-1994

Gráfica 1. Bis



Tasa por 100,000 derechohabientes usuarias de 65 y más años.
 Fuente: Boletín Estadístico de Mortalidad. IMSS, 1985-1994

El análisis de la información disponible para el año de 1994 sobre las principales causas de egreso hospitalario, permite apreciar en su conjunto la coexistencia de entidades clínicas con enfermedades de resolución quirúrgica, pero sobre todo un predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas (Cuadro III).

Los egresos hospitalarios por intervenciones quirúrgicas señalan a los trastornos degenerativos del cristalino, reparación de tejidos y reducción de fractura, como los más frecuentes en los adultos mayores. (Cuadro IV)

Finalmente, en los egresos hospitalarios por defunción, existe un franco predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas, como diabetes, infarto agudo del miocardio y otras enfermedades relacionadas con el aparato cardiovascular y respiratorio, obstrucción de vías respiratorias y la neumonía entre otros padecimientos propios del adulto mayor.

Cuadro III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO EN POBLACION D.H. 65 AÑOS Y MAS 1994.

Diagnóstico	Número	%	Tasa*	%**
Diabetes Mellitus	19,268	8	716	35
Insuficiencia renal crónica	15,060	6	559	22
Catarata	11,218	5	417	59
Hernia Inguinal	5,140	2	191	18
Colelitiasis	4,593	2	171	14
Otra hernia de cavidad abdominal	3,330	1	124	13
Prolapso Genital	2,085	1	77	14
Infección Intestinal mal definida	1,780	1	66	7
Fractura de radio y cúbito	1,315	1	49	10
Asma	1,240	1	46	6
Otros diagnósticos.	168,992	72	6,277	15
Total del Sistema	234,021	100	8,692	10

* Tasa por 100,000 derechohabientes usuarios de 65 y más años

** Por ciento en relación a los demás grupos de edad.

Fuente: SUIEH Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Finanzas y Sistemas

Cuadro IV. EGRESOS POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN POBLACION DE 65 Y MAS AÑOS, 1990 - 1994

Diagnóstico	Número	%	Tasa*	%**
Extracción extracapsular de cristalino	5,358	6	199	58
Otra extracción de catarata	5,032	6	187	57
Reparación de hernia inguinocrural	4,730	5	176	17
Colecistectomía	4,431	5	165	13
Prostatectomía transuretral	4,226	5	157	65
Escisión de piel y tejido celular subcutáneo	3,686	4	137	9
Reducción abierta de fractura con fijación interna	2,719	3	101	16
Laparotomía	2,446	3	91	14
Limpieza quirúrgica herida o tejido infectado	1,470	2	55	13
Reparación de hernia umbilical	1,274	1	47	9
Otras Intervenciones	52,867	60	1,712	14
Total del Sistema	88,239	100	3,277	8

* Tasa por 100,000 derechohabientes de 65 y más años.

** Por ciento en relación a los demás grupos de edad.

Fuente: Estadística de Egresos Hospitalarios 1994.

DISCUSION

El pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina señaladas por la O.P.S. destacan la necesidad de mejorar cuantitativa y cualitativamente la información relevante al tema del proceso de envejecimiento, asegurar su disseminación adecuada, oportuna y estimular su análisis, pero sobre todo su utilización en la toma de decisiones.⁽¹⁾

La información aquí presentada, evidencia el proceso de transición demográfica y epidemiológica señalada ya por otros autores⁽¹⁾⁽¹²⁾ con una clara tendencia al envejecimiento de la población derechohabiente, donde la población mayor de 65 años, crece y continuará creciendo, incrementando sus demandas y necesidades, en especial las de atención médica; sin embargo, aún falta efectuar un inventario de recursos físicos, materiales, financieros y de personal, así como de los programas institucionales actuales dirigidos a la atención del adulto mayor.

El panorama epidemiológico en la población derechohabiente coincide con el panorama a nivel nacional,⁽⁵⁾ donde se aprecia una clara transición demográfica y epidemiológica en el que por magnitud, predominan en morbilidad⁽⁷⁾ los padecimientos infecciosos (respiratorios e intestinales), le sigue las enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus; específicamente la hipertensión es considerada como problema de salud pública en el adulto mayor;⁽¹³⁾ a diferencia, en mortalidad⁽⁸⁾ predominan las enfermedades crónico-degenerativas. En egresos hospitalarios aparecen las intervenciones quirúrgicas, fundamentalmente por padecimientos discapacitantes. Mención especial merece la diabetes mellitus cuya incidencia es destacada, ya en otros estudios⁽¹⁴⁾ aparece en cuarto lugar como causa de morbilidad, y el primero como causa de egreso hospitalario y de defunción, afectando considerablemente al adulto mayor, por lo que algunos autores la han denominado “la epidemia del fin del milenio”. Cabe resaltar el descenso importante de las infecciones intestinales y de la tuberculosis dentro de las 10 principales causas de muerte.⁽¹⁵⁾

Resulta necesario completar este breve diagnóstico con la información de padecimientos como, enfermedades demenciales, nutricionales, odontológicas y otros discapacitantes, así como obtener algunos indicadores socioeconómicos y sobre todo las diferencias por género, es decir, buscar estrategias para completar dicho diagnóstico y obtener una evaluación integral del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor y conocer mejor sus necesidades prioritarias.⁽¹⁶⁾

Actualmente la atención se ha enfocado a la restauración del daño, subestimándose la importancia de la identificación oportuna de factores de riesgo, estrategia que permitirá reducir la morbilidad de padecimientos propios del adulto mayor y disminuir su costo económico y social, es importante privilegiar el enfoque de riesgo, de prevención, promoción y fomento de la salud con la participación de los adultos mayores, grupos voluntarios, asociaciones gremiales y sociedad en general, impulsar programas con estrategias educativas y de promoción a la salud en favor de los adultos mayores, utilizando los medios de comunicación social.

Conviene fortalecer y estrechar la coordinación intra y extrainstitucional a fin de intercambiar información y proponer programas y acciones de capacitación multidisciplinaria en materia de geriatría y gerontología.

Es muy importante establecer los lineamientos para un sistema de vigilancia epidemiológica, que permita contar con información confiable, completa, oportuna y sistemática, con objeto de establecer indicadores que ayuden a medir las necesidades de salud y evaluar la efectividad de las intervenciones, como puede ser, el contar con el indicador de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad,⁽¹²⁾ además de realizar estudios de investigación epidemiológica⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ que apoyen en la toma de decisiones para la atención integral de la población adulta mayor, así como también, proponer medidas de intervención en el grupo de jóvenes, a manera de prevenir los riesgos y disminuir los grados de invalidez en la población en general.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Demografía. Centro Internacional del Envejecimiento. *Pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina*, Santiago de Chile. 2-6 Nov 1992; 1-12.
2. Fajardo Ortiz, G.: *"El Adulto Mayor en América Latina." Sus Necesidades y sus Problemas Médico Sociales*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, 1995; 13-26.
3. Ham. Ch. R. *"The elderly in Mexico another challenge for a middle income country"*. Colegio de la Frontera Norte, Instituto Nacional de Salud Pública. México 1995; 1-20.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *La tercera Edad en México*. XI Censo General de Población y Vivienda. México 1990. 2a de octubre 1993:1-5
5. Secretaría de Salud. Cuaderno de Salud 1. Población y Salud. *"La Salud de la Población en Edad Avanzada"*. Un reto más para el futuro. México, 1994; 11-27.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *"Hacia el Bienestar de los Ancianos"*. Publicación científica No. 492 Washington. D. C., 1994; 3-18.
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *"Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos, para Latinoamérica y el Caribe, basadas en la investigación"*. Informe de un grupo de trabajo. Programa de Salud del Adulto. EUA 1990.
8. Boletín Epidemiológico Anual. Jefatura de Servicios de Salud Pública 1990-1994. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. México

9. *Boletín Anual de Mortalidad*. Jefatura de Medicina Preventiva. 1984-1988. Jefatura de Atención Primaria 1989-1990. Jefatura de Servicios de Salud Pública. 1991-1994. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social. **Diagnóstico, México**, Marzo 1995; 9.
11. Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina: *"Antología"* La Atención Integral al Anciano. Dirección General de Asuntos de Personal Académico (IN505191), México, 1993; 2-37.
12. Frenk, J., Lozano, R., González-Block, MA. et al. *Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema Nacional de Salud en México*. Informe final. México, D. F.: Fundación Mexicana para la Salud. 1994: 100-154.
12. Bennet, E. N.: *Hypertension in the elderly*. Lancet. England 1994; 344: 447-449.
13. Alcántara, V. A, Amancio, CH. D., González, CH. A., Hernández, G. M., Carrillo, V. H.: *"Mortalidad en Pacientes Geriátricos del Hospital General de México"*. Sal. Púb. de Méx. 1993; 368-375
14. Manjarrez, M. E., Escandón, R. C., Estrada, S. A., Escobedo P. J.: *La Tuberculosis Pulmonar un problema no resuelto*. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1992; 30: 360-368.
15. Alvarez, G. R., Brown, M. A.: *Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México*. Sal. Pub. Mex. 1983; 21-75
16. Kelsey, J. L., O'Brien, L. A., Grisso J. A., Hoffman, S.: *Issues in carrying out epidemiologic research in the elderly*. Am J. Epidemiol. USA 1989; 130:857.
17. Vincent, M., Wilcox, V., Rakowski, W.: *Functional transition among the elderly: Patterns, predictors, and related hospital use*. Am J. Public Health. USA 1994; 84: 1274-1279.

DIMENSIONES BIOETICAS EN LA ATENCION AL ADULTO MAYOR

Martha Peláez

María Victoria es una viuda de 72 años, desde hace tres años recibe tratamiento de diálisis debido a un padecimiento renal; está alerta y consciente de su situación; aunque depende de sus hijas para la mayoría de sus actividades diarias. Un día decide terminar con el tratamiento y dejar que los acontecimientos tomen su curso.

Las hijas se dan cuenta que la decisión de su madre deteriorará su salud y pondrá en peligro su vida; piensan que por muy molesta que sea la diálisis es absolutamente necesaria para prolongar la vida de su madre.

En este caso hay que considerar dos preguntas:

- ¿Tiene María Victoria derecho a terminar con el tratamiento médico?
- ¿Deben las hijas obligar a su madre o debe el médico obligar a su paciente a continuar con la diálisis o deben respetar, tanto las hijas como el médico la autonomía de María Victoria y dejar que su vida se deteriore antes de lo esperado?

Al tomar decisiones no siempre es posible saber si se cumple con los patrones de conducta profesionales, ni con las bases legales existentes. Cada día es mayor el número de médicos que trabajan con personas mayores que presentan problemas médicos como el anterior.

Hay problemas éticos cuando un valor se contrapone a otro, y/o cuando un principio ético es opuesto a otro. En el caso de María Victoria, el médico actúa de acuerdo a ciertos valores y principios. El dilema que se presenta consiste entre aceptar el derecho de María Victoria a discontinuar el tratamiento, o proteger su vida. La paciente ha tomado una decisión, sin que signifique que exista una justificación válida para hacerlo.

Los dilemas de este tipo a menudo generan malestar de carácter ético. Estudiar el razonamiento ético ayuda al médico a comprender el proceso de decisión ética y su justificación moral, también lo ayuda a enfrentar el reto de "hacer lo correcto" en lo imperfecto y en lo complejo de los sistemas de salud y de los servicios sociales existentes.

Los juicios en que se basan los casos particulares están justificados por reglas que a su vez se justifican por principios que se sustentan en teorías éticas; por ejemplo el médico de María Victoria acepta los deseos de su paciente, que, a pesar de estar gravemente enferma, está alerta y valora las consecuencias que su decisión puede acarrear. El médico puede pensar que es moralmente incorrecto actuar en contra de los deseos de María Victoria, aún cuando dicha decisión sea peligrosa. Si las hijas "increpan" al médico, éste podrá justificarse diciendo que un adulto competente es capaz de tomar una decisión libremente; el médico puede recurrir al principio de autonomía, teniendo en cuenta la teoría ética del respeto, la cual es fundamental en toda decisión; además, la paciente puede apoyarse en este razonamiento para justificar la decisión tomada.

En los casos reales, muy pocas veces los casos éticos resultan simples, con frecuencia se complican con otras preguntas que surgen o con la frágil capacidad del paciente para tomar decisiones. También se complican debido a las discrepancias que surgen entre los familiares y el paciente, y los escasos recursos de que dispone el médico.

Una revisión a las teorías y principios éticos orientará a médicos y demás personal de salud a analizar las dimensiones éticas que surgen en las situaciones conflictivas.

¿Cuáles son las teorías éticas?

El diccionario define la palabra **teoría** como el conjunto de conocimientos que explican un hecho. Una teoría ética es un conjunto de principios en que se apoya la conducta humana cada vez que se decide lo que tiene que hacerse. El razonamiento ético se basa en dos teorías éticas: la utilitaria (teleológica) y la teoría del deber (deontológica).

El utilitarismo recurre solamente a un principio ético en el proceso de deliberación entre el bien y el mal: el utilitario. Este principio afirma que en toda circunstancia debe buscar el mejor balance entre el valor y el "desvalor" de las personas afectadas, o el menor saldo de "desvalor" si el acto sólo conduce a resultados negativos". (Beauchamp & Childress, 1983, pág. 20).

De acuerdo con este principio, el beneficio general para el mayor número de personas debe valorarse en relación al daño colectivo o al riesgo individual (paciente). En el caso de María Victoria, el principio utilitario requiere valorar el beneficio (felicidad o ausencia de dolor) que generaría retirar la diálisis en relación al daño o a los riesgos que generaría esta decisión. La acción que mayores beneficios o felicidad origine a la mayor cantidad de personas involucradas es la acción que éticamente se justifica.

El principio utilitario también postula que al decidir el curso que se va a seguir se tenga en cuenta si esa acción va a maximizar el número de beneficios para la sociedad en general. En resumen, la teoría utilitaria tiene presente el bien y el mal de una acción en cuanto a sus consecuencias.

Por otra parte, la teoría deontológica se basa en el cumplimiento de deberes fundamentales que determinan si una acción es buena o mala, sin tener en cuenta las consecuencias. Beauchamp define al deontólogo como la persona que califica a los actos como buenos o malos, independientemente de sus consecuencias (Beauchamp & Childress, 1983, pág. 33).

En el caso de María Victoria, si respetar la autonomía del paciente se considera un actor fundamental, el médico ni siquiera se plantearía las consecuencias que la decisión pudiera acarrear. Respetar la autonomía del paciente determinará el curso a seguir.

Para algunos deontólogos, como W. D. Ross, los deberes morales son irrefutables a no ser que surja un conflicto entre dos deberes o más. Los deberes morales están fundamentados en los principios éticos, como son el respeto a la autonomía, la beneficencia y la justicia. En casos cuando el respeto a la autonomía entra en pugna con el principio de beneficencia, Ross mantiene que es necesario determinar los valores respectivos de los dos principios morales en competencia, posteriormente decidir en cuanto a lo que origine mayor balance de bien sobre mal (Ross, 1963). En otras palabras, los principios morales son universales a *prima facie*, pero en cada caso hay que valorar o balancear la variedad de principios morales que están en juego. Ross presenta un modelo de razonamiento ético que incorpora elementos deontológicos y utilitarios.

En el caso de María Victoria, el médico debe considerar por lo menos dos aspectos morales: 1) respetar la autonomía de María Victoria, y 2) la salud de María Victoria. A partir de lo anterior, el médico debe valorar los principios morales que se contraponen. Si el médico determina que el mayor beneficio para la paciente es cumplir sus deseos de discontinuar la diálisis, el médico tendría que negociar con la paciente un plan que le proporcione el mayor bienestar posible hasta que muera. Cuando todos los valores no se identifican con los recursos disponibles, habría que revisar las prioridades y hacer los ajustes necesarios, tomando como base el sistema de valores del paciente .

En la práctica, los médicos deben aplicar un razonamiento moral que combine elementos deontológicos con elementos utilitarios. Esto quiere decir que el médico debe comprender el significado de los principios éticos de autonomía y de beneficencia, como también determinar los valores y los intereses que sean conflictivos, procurando siempre encontrar una fórmula en que los beneficios para el paciente sean mayores que los problemas.

EL PRINCIPIO DE AUTONOMIA Y BENEFICENCIA

¿Qué es el principio de autonomía?

A pesar de que la raíz etimológica de la palabra autonomía sugiere que la condición del individuo es de total independencia o autosuficiencia

(*autónomos*), el contenido conceptual de esa definición se presta a diferentes interpretaciones. Collopy (1988) explica el significado de autonomía de esta manera: "En términos generales, autónomo significa *control* de las decisiones y de otras actividades del individuo. (p.10). Agich (1988) añade que la autonomía no debe restringirse al concepto de independencia y no-interferencia. Sin embargo, la mayoría de los teóricos reconoce que una acción es libre siempre y cuando el individuo pueda identificarse con los elementos que propician una acción determinada.

La mayoría de los médicos se dejan llevar por los valores personales o de la sociedad. Esto trae como consecuencia que cada uno aplique una conducta diferente, ya que cada médico tiene su propia jerarquía de valores. El principio de autonomía postula que un individuo (o paciente) tiene el derecho de actuar de acuerdo con su propia jerarquía de valores aunque estos valores estén en pugna con los valores del médico, y aunque sus propios valores contradigan los valores que la sociedad acepta.

El principio de autonomía es conflictivo cuando se invoca para justificar el derecho a tomar decisiones absurdas basadas en la idiosincracia de una persona. Collopy (1988) señala que "la autonomía está en estado latente mientras el individuo se ajusta a las normas convencionales de comportamiento y mientras no lleve al límite la tolerancia de la comunidad por aquellas acciones que son *equivocadas* o son *mal vistas*. Pero cuando el individuo se deja llevar por sus intereses en contra de la voluntad colectiva, la autonomía deviene en un debate ardiente." (p.10).

En el caso de María Victoria, para ella es más importante discontinuar la diálisis que prolongar su vida dependiente de otros. Como ella es una persona competente, capaz de hacer sus propias decisiones, su decisión ha sido tomada de acuerdo con su propia jerarquía de valores y midiendo las consecuencias. Negarse a su decisión es negar su autonomía. En el principio de autonomía, los individuos son sujetos no objetos, y por tanto tienen el derecho a controlar su destino.

Por lo tanto, el principio de autonomía debe discutirse desde la perspectiva del lenguaje de los derechos individuales. ¿Qué quiere decir que una persona mayor tiene el derecho moral de ser autónomo? Hay dos tipos de

derechos: los derechos negativos que son los que están relacionados con la no interferencia, y los positivos que reclaman el derecho propio. (Beauchamp & Childress, 1983, pag. 53). La autonomía positiva considera que el individuo está capacitado para ejercer su derecho de acuerdo con sus propios valores, y por tanto debe ser apoyado en la decisión que tome. La autonomía negativa prohíbe todo tipo de interferencia con la decisión del individuo.

En el caso de María Victoria, el dilema se presentaría en el momento de encontrar un balance entre la autonomía positiva y la autonomía negativa o la no interferencia. En este caso, el dejar que el paciente decida, sin intentar motivar al paciente a continuar con el tratamiento de diálisis podría considerarse como una negligencia médica. Por otra parte, manipular o forzar a María Victoria a continuar con el tratamiento es una expresión de paternalismo que no es justificable, por lo tanto, es necesario mantener una distinción clara entre la necesidad de motivar, informar, razonar, persuadir y lo que es manipular a un adulto en contra de sus propios valores.

Motivar, como dice la palabra es “dar motivo para hacer algo” o “explicar el motivo que se tiene para hacer algo.” Si los motivos son afines a los valores del paciente, la motivación ayuda a quitar impedimentos y ayuda a convencerla a hacer algo diferente de lo que originalmente había elegido. Cuando un adulto rechaza un tratamiento o exige algo que parece irracional, el médico y la familia deben de ofrecer argumentos racionales, dentro del marco de valores del paciente, para ayudarlo a enfocar el problema desde otra perspectiva. La efectividad de la motivación o persuasión depende mucho en qué tan bien se le presenten los motivos o razones desde el punto de vista del paciente.

En el caso de María Victoria, el médico respetaría el derecho que ella tiene de rechazar el tratamiento; a la vez, reforzaría este derecho ofreciéndole su apoyo y conocimientos. El médico explicaría los riesgos posibles que ella corre al tomar la decisión y le enfatizaría los beneficios de continuar la diálisis y los peligros potenciales que se está corriendo al abandonarla. Le informaría además, sobre todos los recursos que están disponibles para su mayor bienestar, independientemente de la diálisis.

Collopy (1988) explora otras polaridades dentro del marco conceptual de la autonomía. Una revisión a estas polaridades ayudan a comprender la naturaleza de los dilemas éticos:

1. Autonomía decisional vs. autonomía ejecutoria.

En la mejor de las circunstancias, la autonomía debe ser decisional y ejecutoria; pero en el caso de muchos enfermos la autonomía decisional puede existir sin la ejecutoria. Por ejemplo, María Victoria está capacitada para decidir qué hacer con su tratamiento; sin embargo, depende de sus hijas para la mayoría de sus actividades del vivir diario. A medida que ella se encuentre incapacitada para llevar a cabo ciertas actividades por sí misma, progresivamente las hijas están decidiendo por ella. Las hijas de María Victoria no solamente le sirven la comida, sino que también deciden qué va a comer; le ayudan a vestirse, deciden que vestido se va a poner, le ayudan a transportarse y deciden cuándo y a dónde va para recreación.

El enfermo a largo plazo teme la dependencia física y teme perder las facultades para tomar sus propias decisiones. En el caso de estudio, el médico y los familiares tienen la obligación de apoyar al paciente de la forma que ella lo necesita sin asumir que dependencia física equivale a dependencia decisional.

2. Autonomía directa vs. autonomía delegada.

Autonomía directa es aquella en la que se tiene control inmediato de la decisión, de la elección y de la acción. Autonomía delegada es cuando se le concede el poder de decidir a otras personas. Por ejemplo, la persona puede delegar en un contador público las decisiones que tengan que ver con las inversiones de su dinero. **Delegar** no es lo mismo que someterse. En el primer caso la persona mantiene la responsabilidad de aquello que ha delegado; además, el individuo es responsable de seleccionar, dar instrucciones, rechazar, si es necesario, a la persona en quien ha descargado la responsabilidad.

Cuando un enfermo, adulto mayor, delega parte de sus decisiones en un familiar puede resultar en una confusión entre el concepto de interdependencia familiar y dependencia total. María Victoria, al ir a vivir con sus hijas puede

pensar que éstas no tienen autoridad sobre sus decisiones médicas aunque otros aspectos de su vida diaria estén determinados por sus hijas; sin embargo, las hijas pueden pensar que el tratamiento médico de su madre está bajo su supervisión y decisión. Por otra parte el médico puede asumir que la paciente le ha delegado la atención a su salud, basado en el hecho de que el médico tiene el conocimiento profesional para cuidar de ella y por lo tanto no involucra al paciente en fijar las metas de los resultados del tratamiento. Por lo tanto, confunde delegación con control total. Conflictos de este tipo suelen ser frecuentes, se pueden evitar si las zonas de control y autoridad son bien definidas por todos de manera explícita.

3. Autonomía competente vs. autonomía incompetente.

Uno de los retos más difíciles de la autonomía en los casos de tratamiento prolongado es determinar la competencia o capacidad del paciente para tomar decisiones. En muchas ocasiones, respetar la autonomía del paciente geriátrico entra en pugna con las limitaciones físicas y mentales de ese paciente.

La capacidad de tomar decisiones no tiene fecha de expiración. La disminución cognoscitiva no es inevitable y consecuente del proceso de envejecer. Sin embargo la capacidad mental para hacer decisiones puede estar afectada por depresión, ansiedad, fármacos o por condiciones orgánicas. En estos casos el médico y los familiares pueden, de manera justificable, intervenir para proteger al adulto mayor de situaciones y comportamientos que pueden hacerle daño. Por lo tanto es fundamental para el médico el poder evaluar si el paciente tiene capacidad para aceptar o rechazar algún tratamiento.

En Estados Unidos la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1982) determinó la capacidad de un paciente desde tres puntos de vista:

a) Habilidad para comprender y comunicar una información.

Hay adultos mayores con problemas de salud crónicos y múltiples, en ocasiones ingieren medicamentos que los inhabilita episódicamente, o que les afecta el sentido del oído, o la capacidad de entendimiento de una

situación. En estos casos, el médico debe comunicarse con el paciente en un lenguaje que éste sea capaz de entender.

b) Jerarquía de valores y metas.

Tener una jerarquía de valores ofrece un marco de referencia con el que comparar las opciones. La autonomía protege los derechos del individuo para escoger de acuerdo con sus propios valores. Por lo tanto, sería una contradicción juzgar la capacidad de una persona para tomar decisiones autónomas desde el punto de vista de si su decisión se ajusta o no al juicio del médico.

c) Habilidad para razonar y valorar una decisión.

Razonar incluye la habilidad para comparar el impacto de los diferentes resultados. ¿Cuán precisos son los test en medir la capacidad de un individuo para tomar decisiones? Uno de los test que se utilizan con mayor frecuencia plantea el razonamiento siguiente: "Si el paciente está de acuerdo con mi decisión, no tengo dudas de su capacidad".

La incapacidad para tomar decisiones no es una categoría diagnóstica de tipo médico o psiquiátrico. La evaluación de "capacidad" tiene que ver con juicios esenciales de agenciamiento moral - lo cual la hace compleja y de gran consecuencia. En el caso de María Victoria se debe preguntar:

- ¿Entiende María Victoria que hay opciones?
- ¿Entiende cuál es su condición?
- ¿Puede poner en sus propias palabras los beneficios de la diálisis, y las alternativas que conlleva rechazar este tratamiento?
- ¿Puede expresar su decisión?
- ¿Puede explicar los pensamientos y las razones que respaldan su decisión?
- ¿Refleja la decisión de María Victoria su historia de valores?
- ¿Se mantiene constante su decisión después de un tiempo?

La naturaleza moral de una evaluación de "capacidad" tiene serias ramificaciones. El consenso que se ha desarrollado entre profesionales de la ética y la salud indica que:

- * Al medir la capacidad de un individuo debe evitarse el etiquetar a la persona como "competente" o "incompetente".
- * Las decisiones y las acciones razonables y coherentes deben respetarse.
- * En caso de incapacidad para tomar decisiones, se debe nombrar a una persona que las tome.

4. Autonomía inmediata vs. autonomía a largo plazo.

Autonomía inmediata se refiere a la decisión presente; la **autonomía a largo plazo** es la autonomía futura. Por ejemplo, si un paciente deprimido que ha sufrido una apoplejía se niega a rehabilitarse, está renunciando a la posibilidad de una recuperación futura. ¿Puede el médico interferir con los deseos del paciente para poner a salvo su futuro?

Si el médico está comprometido con el paciente a darle ayuda profesional a largo plazo, es fácil justificar la intervención paternalista en el presente. Si su compromiso es a corto plazo, o inmediato, el médico encontraría simple retirarse del caso para justificar el derecho del paciente a la autonomía. Un caso como éste da lugar a tensiones y no se debe aceptar una solución simple sin entrar en el debate ético que representa escoger entre un tratamiento prolongado y un tratamiento corto. (Collopy, 1988).

En el caso de María Victoria, el médico piensa que su paciente pone en riesgo su vida por discontinuar la diálisis. Si el médico interviene y actúa en contra de los deseos de María Victoria por su autonomía futura, sus deseos inmediatos son desatendidos. La tensión entre la autonomía a corto plazo y la autonomía a largo plazo se crea cuando se toma en consideración el bien máximo que la paciente derivaría de su decisión.

¿Qué es el principio de beneficencia?

En sentido literal de la palabra **beneficencia** significa hacer el bien. El diccionario la define como un acto bondadoso. La manifestación más antigua de este principio se encuentra en el Juramento de Hipócrates, en el que el

médico recibe el mandato de actuar siempre en beneficio del paciente. Cuando se trata de un tratamiento prolongado, el principio de beneficencia juega un papel importante.

El principio de beneficencia sostiene que el cuidado de la salud de una persona está basado en la responsabilidad y el compromiso con el paciente. Es en el contexto de este principio que surge el conflicto con el principio de autonomía. Por ejemplo, cuando los deseos de un individuo van en contra de su bienestar, el médico confronta una serie de dilemas: ¿Pueden subordinarse los derechos del paciente a su propio bienestar? o ¿cuándo se justifica que el médico pase por encima del principio de autonomía por el bien del paciente? ¿Cuál jerarquía de valores es más importante cuando está en juego el bienestar del paciente?

Feinberg (1983) justifica la intervención paternalista o no aceptar la autonomía del paciente, cuando la acción del paciente es sustancialmente involuntaria, o cuando una participación temporal es necesaria para establecer si ésta es voluntaria o no. El paternalismo, por tanto, está de acuerdo con el principio de beneficencia en aquellos casos en que el paciente carece de la capacidad para tomar decisiones, o actúa bajo coerción. En estos casos, no hay conflicto entre el principio de autonomía y el paternalismo.

Mill (1977) no está de acuerdo con que las acciones de beneficencia interfieran con la libertad individual. Mill considera que ningún individuo es capaz de decirle a otro qué será más beneficioso para él. En aquellos casos de paternalismo en que se viola la autonomía del paciente por su propio bien, a pesar de que el paciente es capaz de tomar decisiones, representan un conflicto directo entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia. En estos casos, la definición de "beneficio" se hace sin tener en cuenta los valores y las prioridades de la persona que recibe el beneficio.

En la práctica cuando hay tratamientos prolongados, el paternalismo es un problema porque:

- 1) Los métodos existentes son limitados para determinar si una persona gravemente enferma o muy anciana es capaz de tomar decisiones. El juicio clínico tiene limitaciones de información.

- 2) Las personas mayores que reciben tratamiento prolongado son vulnerables a la coerción y a la manipulación sutil, y
- 3) El estereotipo que tiene la sociedad de lo que es un anciano influye en aquellas personas que toman decisiones.

La tensión que se crea entre la autonomía y el paternalismo se hace más claro, por tanto, en las situaciones en que el cuidado prolongado está en juego. La clave de la autonomía consiste en "la capacidad intelectual/volitiva y en las operaciones que constituyen la autodeterminación humana." (Collopy, 1988, pág. 10). La base del paternalismo es que aquellas personas que son incapaces de entender lo que determinan o que deciden bajo coerción, deben ser protegidos de decisiones que les haga daño. El reto para el médico sería examinar sus acciones a la luz de la autonomía del paciente, prestando atención especial a la naturaleza contextual de la capacidad de hacer decisiones del paciente, y a los prejuicios, estereotipos y situaciones de tratamiento prolongado que hacen que las personas mayores sean particularmente susceptibles a la intervención prematura y a veces innecesaria del paternalismo.

Notas para una guía de acción moral.

Cuando se trata de tratamientos prolongados, las decisiones éticas adquieren múltiples formas y dimensiones; no hay una fórmula única para resolver satisfactoriamente un asunto ético. Moody (1988) propone un procedimiento básico para la conducta ética que está basada en tres principios: la comunicación, la clarificación y el consenso. Otros autores (Beauchamp & Childress, 1983; Purtillo & Cassel, 1981) sugieren un método sistemático y racional para resolver dilemas morales prácticos: este método identifica el problema, analiza la situación, identifica y valora opciones y, finalmente, se toma la decisión.

Si se combina el procedimiento básico de Moody con el método sistemático y racional se puede llegar a crear una guía de acción moral práctica para resolver situaciones complejas.

Estos son los pasos a seguir en el razonamiento ético:

1. Identificar el problema. Frecuentemente, el conflicto se presenta cuando se quieren cumplir los deseos del paciente pero no se desea contravenir de las normas profesionales y de la sociedad. Sin embargo, en muchas ocasiones el verdadero problema es identificar claramente los valores que son importantes para todas las personas involucradas en el proceso decisonal.

2. Analizar la situación. Contar con toda la información disponible y comprender la situación antes de exponer las soluciones. Hacer una lista de los hechos importantes relacionados con la situación. Estudiar los hechos desde el punto de vista del paciente y la familia. Abrir los canales de comunicación para que cada una de las personas involucradas exponga su apreciación de la situación y su jerarquía de valores.

3. Identificar las soluciones posibles. No siempre la solución más obvia es la mejor. Elaborar una lista de todas las opciones posibles para resolver el caso. Tener en cuenta los valores éticos del paciente, la familia y todas las personas involucradas en el caso. Relacionar dichos valores con las soluciones posibles al caso.

4. Valorar opciones opuestas. Continuar con la negociación de opciones buscando un consenso que refleje los intereses y los valores éticos de todas las personas involucradas en el caso. Enlistar los valores comunes a todos, posteriormente enlistar en los que no hay acuerdo. Discutir los porqués y los cómo de las opciones, de las preferencias y de los conflictos. Elaborar una lista por orden de importancia de las razones que se tienen para la solución, y el grado de riesgos y beneficios que la solución conlleva. Cuando se negocia una decisión, Moody argumenta (1988) que "lo que se tiene en cuenta no es la ética de las decisiones individuales, ya sea los derechos del paciente o las virtudes profesionales de un tratamiento, sino la ética social, es decir, la ética de la comunicación basada en la discusión y la negociación."

5. Tomar una decisión y justificarla. No siempre en las decisiones complejas y difíciles se dispone de toda la información necesaria, o del tiempo que se requiere para tomar una decisión que sería la perfecta. Sin embargo,

cuando se toma la decisión, es muy importante comunicarla a todos aquéllos que han participado en el proceso para que expongan las razones y valores que se tuvieron en cuenta para tomar tal decisión. Una decisión se justifica cuando se pueden relacionar los valores morales y los principios aceptados por la sociedad con la decisión que se ha tomado.

Finalmente, se debe estar abiertos a revisar una decisión una vez que se haya tenido tiempo para reflexionar sobre la misma y para compararla con otras situaciones similares.

BIBLIOGRAFIA

Agich, G. J. (1988). *Autonomy in Long Term Care*. Unpublished manuscript, Southern Illinois University, Carbondale, U.S.A.

Beauchamp, L. T., & Childress, J. E. (1983). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Collopy, B. J. (1988). *Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions*. *Gerontologist*, 28 (Suppl. issue), 10. U.S.A.

Feinberg, J. (1983). *Legal Paternalism*. In R. Sartorius (Ed.), *Paternalism*. U.S.A.

Minneapolis: University of Minnesota Press. U.S.A.

Mill, J. S. (1977). *On Liberty, Collected Works of John Stuart Mill*. Toronto: University of Toronto Press.

Moody, H. R. (1988). *From Informed Consent to Negotiated Consent*. *Gerontologist*, 28 (Suppl. issue), 64.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office.

Purtillo, R. B., & Cassel, C. K. (1981) *Ethical Dimensions in the Health Professions*. Philadelphia, PA.: W.B. Saunders. U.S.A.

Ross, W. D. (1963). *Foundation of Ethics*. Oxford: Oxford University Press. U.S.A.

EVALUACION GERIATRICA INTEGRAL

Juan José Morales Virgen

INTRODUCCION

La evaluación del adulto mayor pone a prueba los conocimientos y habilidades, la capacidad de concentración, tolerancia y paciencia del equipo de salud, debido a la multicausalidad de problemas que presenta y a su creciente número de necesidades insatisfechas. Se distingue de otras evaluaciones médicas por dos aspectos básicos: la importancia del trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario y el tiempo que debe invertirse para realizarla. Su objetivo primordial es la identificación precisa de toda la problemática de los ancianos, especialmente de aquéllos en situación de alto riesgo, con la finalidad de emprender acciones correctivas dirigidas a la población susceptible y, por otro lado, dicha evaluación debe permitir el reconocimiento de los factores que predisponen a la enfermedad, la discapacidad y la muerte, para tomar medidas preventivas pertinentes y oportunas.

ESTADO FUNCIONAL

La interrelación de envejecimiento, enfermedad y ambiente tiene una vía común: el **deterioro funcional**. El estado funcional puede definirse como la capacidad que tiene una persona de llevar a cabo funciones de las esferas física, mental, social y afectiva.

Son múltiples los déficits funcionales que se presentan en el anciano frágil y que requieren de cuidados específicos, por lo que lo más adecuado es una

evaluación multidisciplinaria, que desde 1987 se ha definido a través de un grupo de expertos como la *evaluación geriátrica integral* "...una evaluación multidisciplinaria en la que los muchos problemas del anciano son expuestos, descritos y analizados de ser posible, así como los recursos y potencial del enfermo son clasificados, los servicios necesarios son evaluados y el desarrollo de un plan de cuidados coordinado para una óptima intervención en el enfermo geriátrico..."

El estado funcional es una de las muchas dimensiones que deben estar incluidas en toda evaluación inicial del adulto mayor. Otras áreas a evaluar son la cognitiva, afectiva, médica, ambiental, económica, social y sobre todo la calidad de vida. Existe una gran cantidad de instrumentos de medición para cada una de dichas áreas.

La estrecha relación que guarda el estado funcional con otras dimensiones dentro de la evaluación geriátrica es a menudo compleja. La evaluación del estado nutricional y del estado mental tienen, cada día con mayor evidencia, gran relación con la funcionalidad en ambos sentidos. Por ejemplo, las enfermedades y las disfunciones cognitivas pueden actuar en forma independiente o sinérgica al estado funcional. Inversamente, el deterioro funcional puede influir en forma adversa en el estado afectivo y la calidad de vida.

a) ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA:

Aunque la funcionalidad debe ser vista como un "continuum", para una mejor comprensión puede clasificarse en tres diferentes niveles de gran utilidad en el ámbito clínico y con una visión integradora para el manejo del paciente anciano.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como la alimentación, la continencia, las transferencias (vgr. cama-silla), uso del sanitario, vestido y bañado son aspectos que conforman el cuidado personal esencial; las anteriores son actividades de carácter universal y llevadas a cabo en forma independiente, con un mínimo necesario de capacidad física y mental. Cuando existe deterioro funcional progresivo para realizar las ABVD, los ancianos frágiles requieren mayor asistencia de su familia o cuidador. Por

ejemplo, un anciano que requiere ayuda para el baño pudiera ser asistido por una persona un par de días a la semana, mientras aquel anciano que tiene problemas de la movilidad requiere constantemente de un cuidador para evitar complicaciones de la inmovilidad.

b) ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA:

Un segundo nivel de funcionalidad son las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD), que incluye actividades muy importantes para determinar la capacidad de vivir en forma independiente. *Algunas de las actividades que incluye esta categoría son el cocinar, la limpieza del hogar, el realizar las compras, las labores domésticas, la utilización del teléfono, el lavado de la ropa, viajar, la toma de medicamentos y administrar los gastos personales.* Idealmente, el anciano debe tener la posibilidad de realizar dichas actividades de manera independiente o bien, con el auxilio de alguien a quien dar indicaciones.

Estas actividades están más bien ligadas a aspectos culturales y del entorno. Por ejemplo, en nuestro contexto difícilmente un varón habrá cocinado o participado en actividades del quehacer doméstico antes de la vejez, por lo que el no realizarlas no es sinónimo de incapacidad funcional.

c) ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA:

El tercer nivel funcional son las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), que incluyen *actividades sociales, ocupacionales y recreativas* que son voluntarias e íntimamente ligadas a la calidad y el estilo de vida. A diferencia de las otras actividades cotidianas, éstas son determinadas más por preferencias personales, aptitudes, intereses y creencias. *Ejemplos de las AAVD son jugar golf o juegos de mesa, los pasatiempos específicos, el voluntariado de instituciones públicas o religiosas, etc.* Cada persona lleva a cabo dichas actividades con un patrón de participación muy individual; cuando existen cambios en dicho patrón, puede ser por decisión voluntaria o como manifestación incipiente de deterioro funcional.

Para evaluar el estado funcional, debe contemplarse desde un inicio los tres diferentes niveles, así como su evolución a través del tiempo; dicha evaluación,

si bien es coordinada por un geriatra, es imprescindible que sea realizada por un conjunto de profesionales que conforman el equipo geriátrico (trabajadora social, enfermera en geriatría, gericultista, nutriólogo, psicólogo y odontogeriatra, entre otros).

La detección del deterioro funcional es hoy por hoy un componente clave en la evaluación diagnóstica del adulto mayor. Diversos tratamientos específicos tienen como objetivo común el mejorar el estado funcional; la medición de éste a su vez, frecuentemente parece ser un excelente parámetro clínico del "resultado", al término de la intervención. Por otro lado, aunque un buen número de enfermedades y condiciones que afectan a los ancianos no son curables en gran parte de los casos, el manejo enfocado a mejorar el estado funcional beneficia sustancialmente la calidad de vida del paciente.

La evaluación funcional es parte esencial del cuidado clínico de los ancianos enfermos; independientemente de la enfermedad, la evaluación funcional identifica déficits e incapacidades en las áreas física, mental, afectiva, económica, ambiental y social. La calidad de vida del anciano es mejor determinada por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente que por la gravedad de la enfermedad.

EVALUACION GERIATRICA

Punto central de la geriatría en las últimas dos décadas ha sido la evaluación geriátrica y el desarrollo de programas de evaluación y manejo geriátricos; dichos programas han demostrado su eficiencia para mantener o mejorar el estado funcional, así como el bienestar del enfermo; también se sabe que cuando el proceso de evaluación se encuentra ligado al manejo del enfermo, los programas han cumplido sus máximos beneficios. El elevado índice de dependencia y disfunción reportado en la población de mayores de 65 años de edad ha despertado gran interés entre los clínicos. Por esto, la evaluación integral de dicho grupo etáreo se ha enfocado recientemente no sólo a la curación o control de la enfermedad, sino sobre todo al mejoramiento o restablecimiento de un nivel funcional óptimo. Son muy numerosos y variados los estudios destinados a probar la utilidad y beneficios de dicho proceso; estos últimos incluyen una mayor agudeza en el diagnóstico, una mejoría en el estado funcional, cognitivo-afectivo y reubicación del paciente,

una mayor utilización de servicios sanitarios domiciliarios, así como una mayor sobrevida con la subsecuente disminución en el número de medicamentos, el uso de servicios hospitalarios y los costos médicos. Al hablar de diagnóstico, se incluye tanto el biológico como social, psicológico y funcional. Esto es particularmente importante a la luz de la evidencia acumulada en el sentido de que los ancianos con frecuencia reciben diagnósticos incompletos e inapropiados cuando son examinados por servicios convencionales, mientras que la cuidadosa evaluación sistemática, llevada a cabo por un equipo entrenado permite evidenciar una serie de problemas previamente ocultos y potencialmente tratables; la mejoría en la capacidad diagnóstica resulta de una orientación que da particular atención a los déficits funcionales y psicosociales, llevando a la búsqueda de problemas tratables, no aparentes de primera intención, en vez de únicamente dar respuesta a las quejas manifiestas.

Los programas de evaluación varían de institución a institución, pero en general comparten las actividades de la evaluación propiamente dicha con la enseñanza, el tratamiento de la patología aguda y un primer tiempo en el proceso de rehabilitación. El equipo básico se integra por un médico geriatra en jefe y un asistente, una enfermera y una trabajadora social; a este núcleo puede añadirse un sinnúmero de especialistas que participan, sea en el proceso de evaluación o bien con los interconsultantes, a saber psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gericultista, dentista, optometrista, dietólogo, etc.; el tamaño del equipo estará determinado por los objetivos específicos, los recursos materiales, la carga de pacientes y el número de camas. El proceso de evaluación se lleva a cabo de manera disímula, sin embargo algunos de los elementos esenciales son: el empleo de instrumentos escritos previamente validados, la evaluación multidisciplinaria y la discusión interdisciplinaria periódica. De hecho, se ha evidenciado la superioridad del proceso de evaluación en este tipo de unidades por encima de los servicios convencionales. Si bien este tipo de programas pueden ser claramente eficientes para resolver los problemas de un tipo peculiar de pacientes, es importante identificar con precisión los subgrupos con mayores posibilidades de recibir el beneficio de este servicio, para optimizar el empleo de los frecuentemente escasos recursos disponibles y evitar su empleo indiscriminado, ya que si bien son útiles para ayudar a los ancianos frágiles y dependientes, su utilidad no es mayor que la de los servicios convencionales

tratándose de ancianos portadores de patología no complicada o carentes de problemas biopsicosociales. A través de diversos estudios sabemos hoy que existen subgrupos de ancianos particularmente beneficiados por la evaluación geriátrica: los mayores de 75 años de edad, los que viven en su casa, los portadores de algún síndrome geriátrico (caídas, depresión, etc), de patologías que requieren rehabilitación (fractura de cadera o accidente cerebrovascular), así como un bajo puntaje en instrumentos de evaluación de actividades de la vida diaria o de estado mental.

La experiencia de un buen número de especialistas en todo el mundo en el desarrollo de programas dirigidos a la evaluación multidisciplinaria del adulto mayor enfermo en diferentes ámbitos: comunidad, hospital, servicios de estancia prolongada, etc. ofrecen diversas alternativas de atención, como son la evaluación multidimensional, un tratamiento interdisciplinario, programas de rehabilitación, toma de decisiones en relación a los cuidados ordinarios y extraordinarios, así como un seguimiento a largo plazo. Actualmente, el modelo británico de cuidados progresivos ha sido adoptado por la mayoría de los geriatras, dentro del cual, todo enfermo anciano que requiere ser admitido al hospital, a menos que tenga indicación de cuidados intensivos, es ingresado directamente a una *unidad de evaluación geriátrica*; durante su estancia se lleva a cabo una evaluación global, apoyada en instrumentos de tamizaje diseñados específicamente que resultan de un diagnóstico funcional y médico que constituye la base para la creación de un plan terapéutico preciso y elaborado con la participación de todo el equipo, posterior a lo cual se decide su alta, o bien, la transferencia a una unidad de rehabilitación, un servicio especializado o un servicio de estancia prolongada.

La evaluación geriátrica puede llevarse a cabo en diversos ámbitos, incluyendo cuidados agudos, psiquiátricos, rehabilitatorios, casas-hogar, así como en servicios de consulta externa, cuidados primarios de la salud y el propio hogar del paciente. Muchas veces se aplica en ancianos que cursan con estados críticos de sus vidas, como declinación del estado funcional o de salud agudo o crónico, alteraciones o cambios del entorno vital, de la conducta u otro tipo de estrés inusual. La evaluación sistemática de la funcionalidad es una poderosa herramienta para la identificación de problemas y enfermedades específicas; sabiendo que un buen número de patologías en el anciano se comportan de manera atípica, el deterioro funcional es muchas veces la

primera manifestación de éstas. Por otro lado, la extensión y severidad de la enfermedad es más objetiva al medir el nivel funcional; de acuerdo a esto, la elección del manejo y sus alternativas es más juiciosa y adecuada, toda vez que el enfoque primario se dirige a mejorar la calidad de vida del paciente. Asimismo, el enfoque funcional permite al médico conocer las necesidades de tratamiento, incluso de recursos comunitarios, vgr. el médico de un paciente con artritis, puede simplemente enfocarse al manejo del dolor y decidir entre medidas físicas y/o antiinflamatorios, o bien, interesarse también por su movilidad, equilibrio, independencia para actividades de la vida diaria y alternativas como terapia física, evaluación de la seguridad en casa por una enfermera visitadora o servicios comunitarios de alimentación u otros. Finalmente, la evaluación integral del adulto mayor es útil en el seguimiento de la respuesta del paciente al manejo, ya que algunos marcadores clínicos son costosos y poco accesibles, y ésta puede hacer más objetivo el impacto y el resultado de las medidas iniciadas para mejorar la calidad de vida del anciano enfermo.

La información obtenida del proceso de evaluación puede dividirse en tres grandes áreas dentro del modelo biopsicosocial (biomédica, psicológica y social) y en dos escalas de funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD). Las primeras nos darán información discreta, mientras la medición de las AVD, el impacto de la interacción del individuo con su entorno. Estos datos se asocian con los valores y actitudes ante la enfermedad del propio anciano, el posible uso de métodos para preservar la vida eventualmente y la probable institucionalización. La mayoría de los trabajos realizados al respecto en todo el mundo coinciden en general con siete aspectos que debe incluir la evaluación global del anciano enfermo:

1. Actividades de la vida diaria:
 - a) Actividades básicas.
 - b) Actividades instrumentales.
 - c) Movilidad.

2. Estado mental:
 - a) Estado cognoscitivo.
 - b) Presencia de síntomas psiquiátricos.

3. Salud física:
 - a) Autopercepción del estado de salud.
 - b) Síntomas físicos y enfermedades descritas.
 - c) Utilización de servicios de salud.
 - d) Nivel de actividad y medición de incapacidades.
4. Salud social:
 - a) Accesibilidad de la familia, amigos, comunidad.
 - b) Cercanía de estos recursos cuando se requieren.
5. Situación económica.
6. Funcionamiento psicosocial o bienestar emocional.
7. Recursos ambientales.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

La evaluación propiamente dicha puede apoyarse en preguntas informales que se incluyan en toda historia clínica del anciano o bien, a través de instrumentos bien estructurados y estandarizados; estos últimos incluyen cuestionarios auto-aplicables, reportes de entrevistas semiestructuradas o pruebas de desempeño que implican la observación directa al realizar las actividades. Cada uno de estos métodos tiene ventajas y desventajas; por ejemplo, los cuestionarios auto-aplicables son rápidos y poco costosos, pero aquellos pacientes con deterioro funcional tienden a minimizar sus déficits; por otro lado, las pruebas de desempeño son más objetivas y confiables, pero consumen mayor tiempo y recursos.

Evaluar las funciones físicas es más complejo que preguntar si el paciente se 'moja en la cama', si puede bañarse o realizar actividades domésticas. Dependiendo de los propósitos y objetivos de la evaluación, así como el sitio donde se lleva a cabo, existe una gran variedad de técnicas al alcance; por ejemplo, las AIVD son útiles en el sujeto que egresará del hospital, sobre todo si vive solo, no así cuando regresará a una casa-hogar. Puede haber discrepancias en la información obtenida del paciente, del cuidador o de un

familiar; resulta pues, complementaria y por ello deseable obtener todo tipo de información.

Cuando se planea medir la función, deben tomarse en cuenta dos principios fundamentales: Primero, el *propósito de la medición* que en gran medida estará determinado por la edad del paciente, el sitio en donde se realizará dicha medición y qué tan familiarizado se está con el paciente en cuestión; dentro de los objetivos más concretos se encuentra el determinar la severidad y repercusión de la enfermedad, seleccionar entre diferentes opciones de tratamiento y el seguimiento clínico de la respuesta al manejo iniciado. Segundo, *se debe decidir cómo evaluar la funcionalidad*, de acuerdo a la información disponible sobre los instrumentos de medición, o bien, de acuerdo al personal y tiempo disponible para dicha evaluación.

Es muy importante tomar en cuenta lo siguiente, antes de decidir cualquier instrumento de medición: la validez del mismo, es decir, qué tan fino es el instrumento para medir y predecir lo que interesa conocer (estado funcional, por ejemplo); la confiabilidad también es esencial, esto es, qué capacidad de repetibilidad tiene el instrumento para dar el mismo resultado al aplicarlo más de una vez por diferentes personas; otro punto es que si interesa dar seguimiento al paciente, qué sensibilidad tiene el instrumento ante los cambios a través del tiempo, por mínimos que éstos sean; finalmente, tomar en cuenta la gran variedad de tipos y diseños de instrumentos que deben adaptarse tanto al médico y resto del equipo como principalmente el paciente o grupo de pacientes en estudio, esto es, desde aquellos auto-administrados que ahorran tiempo y recursos materiales pero que requieren de la capacidad suficiente del paciente para poder realizarlos, hasta aquéllos más complejos que requieren de un tipo particular de personal, sean tipo encuesta o bien, pruebas de destreza que implican además de mayor tiempo, un espacio, recursos materiales diversos y las condiciones propicias para éstas.

BIBLIOGRAFIA

Applegate WB, Graney MJ et al. *Impact Of a Geriatric Assessment Unit On Subsequent Health Care Charges*. Am J Public Health, 81(10): 1302-1306, U.S.A. 1991.

Deyo R, Applegate WB, Kramer A et al. *The Future Of Geriatric Assessment*. J Am Geriatr Soc, 39(9): 1-59S, U.S.A. 1991.

Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL & Wieland D: *Impacts Of Geriatric Evaluation And Management Programs On Defined Outcomes: Overview of the evidence*. J Am Geriatr Soc, 39(suppl):8-16, U.S.A. 1991.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. *Effectiveness Of a Geriatric Evaluation Unit: a randomized clinical trial*. N Engl J Med, 311: 1664-1670, U.S.A. 1984.

Solomon DH: *National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods For Clinical Decision-making*. J Am Geriatr Soc, 36: 342-347, U.S.A. 1988.

INSTITUCIONES GERONTOLOGICAS PARA CUIDADOS PROLONGADOS

Juan José Morales V.

En Estados Unidos, cerca del 5% de todas las personas mayores de 65 años de edad residen en casa-hogar y se calcula que 29% del mismo grupo, tanto institucionalizadas como no institucionalizadas son funcionalmente dependientes, es decir que "requieren asistencia para llevar a cabo sus actividades diarias y desarrollar el rol social necesario", y se encuentran por lo tanto en riesgo de requerir cuidados a largo plazo (servicios encaminados a la salud, el cuidado personal y las necesidades sociales); la residencia en casa-hogar está muy relacionada a la edad, de tal forma que menos del 2% tienen de 65 a 74 años, 10% de 75 a 84 años y más del 20% tienen 85 y más años de edad pues, por otro lado, mientras solamente el 20% de las personas que tienen entre 65 y 75 años de edad son funcionalmente dependientes, el 66% de las personas mayores de 85 años no lo son. Asimismo, aproximadamente la mitad de los residentes mueren en la casa-hogar, por lo que la institución se convierte en su última morada.

Si bien la casa-hogar forma parte del sistema de salud, el modelo hospitalario no puede ser aplicado, pues ésta se convierte en el propio hogar del anciano, por lo que los derechos de cada residente y la calidad de vida resultan prioritarios. Tomando en cuenta la complejidad de los problemas que se

atienden en la casa-hogar, es imprescindible un equipo multidisciplinario, con cuatro objetivos comunes: primero, cada disciplina debe evaluar y conocer profundamente a cada residente; segundo, debe elaborarse siempre un plan de cuidados integral e individual; tercero, debe llevarse a cabo el plan de cuidados de una manera coordinada, y finalmente, el curso del plan de cuidados debe evaluarse periódicamente y ser modificado cuando se considere apropiado. El equipo básico está formado por el médico, la enfermera y la trabajadora social, pudiendo agregarse otras disciplinas como gericultura, nutriología, psicología, terapia física u ocupacional y otras.

Existe una lista de factores que hacen diferente tanto la evaluación como el manejo de los residentes en la casa-hogar:

1. Las metas de tratamiento son diferentes.
2. Problemas clínicos específicos prevalentes en la población de la casa-hogar.
3. El abordaje del mantenimiento de la salud y prevención difieren.
4. El estado funcional o mental son tan o más importantes que el diagnóstico médico.
5. La evaluación interdisciplinaria incluye: aspectos psicosociales, enfermería, rehabilitación, nutrición y otras (dental, pediátrica, audiológica, oftalmológica, etc.)
6. El paciente no siempre puede dar información precisa, los miembros del equipo y el cuidador primario son básicos como fuente de información y en ocasiones ésta es obtenida muchas veces por vía telefónica.
7. Los procedimientos administrativos y el almacenamiento de datos (expedientes) son diferentes de los utilizados en hospitales.
8. La toma de decisiones clínicas resulta difícil por diversas razones:
 - a) Muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos son costosos, poco accesibles o no disponibles e implican altos riesgos de iatrogenia y molestia para el residente, muchas veces no justificando su utilización.
 - b) Los beneficios a largo plazo en el control estricto de ciertas enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca) son superados por los riesgos de enfermedad iatrogénica, sobre todo en los muy ancianos o portadores de discapacidad.

- c) Muchos residentes no son capaces (o cuestionablemente capaces) para participar en la toma de decisiones y sus preferencias personales basadas en decisiones previas muchas veces se desconocen.
9. El sitio apropiado y la intensidad del tratamiento son siempre decisiones difíciles que implican consideraciones médicas, emocionales, éticas, económicas y legales, que pueden ocasionar conflictos entre los miembros del equipo.
 10. Las consideraciones logísticas, la disponibilidad de los recursos y las políticas de financiamiento limitan la capacidad y el estímulo para que los médicos lleven a cabo un óptimo cuidado clínico en los residentes.

La evaluación del anciano que ingresa a la institución debe contemplar cuatro áreas fundamentales: función social, actividades físicas de la vida diaria, condiciones médicas y estado mental. Sobre el funcionamiento social, los factores de este rubro catalizan la mayoría de las decisiones sobre el alojamiento en una casa-hogar y ésta es una institución eminentemente social que debe responder a las necesidades sociales del anciano y su familia, ya que existe una gran variedad de recursos financieros y personales para el cuidado de ancianos frágiles y por ello, es deseable que esta evaluación quede a cargo de la trabajadora social; la evaluación implica el abordaje de la capacidad y rol social del anciano, del cuidador primario, otros cuidadores, el apoyo formal y la situación económica.

Las actividades de la vida diaria (AVD) suelen dividirse en dos niveles, básicas e intermedias (o instrumentales); estas últimas implican la posibilidad de vivir sólo en casa y la capacidad de utilizar implementos del hogar, teléfono o el automóvil, mientras que las básicas son las más esenciales que se requieren para el arreglo personal, por lo que por regla general se piensa que cuando una persona es dependiente de dos actividades básicas requiere de la institución de acuerdo a la capacidad y apoyo por el familiar, pero si es dependiente en tres o más actividades básicas necesariamente es candidato a la institución.

Las enfermedades que precipitan generalmente el ingreso a la institución son los estados terminales de insuficiencia cardíaca, enfermedades pulmonares y trastornos neurológicos degenerativos (vgr. demencia) o incontinencia urinaria; las limitaciones físicas temporales, debidas por ejemplo a enfermedad

cerebrovascular o fractura de cadera, requieren muchas veces tan sólo estancias temporales en la casa-hogar. La admisión por causas médicas no resulta difícil de evaluar, hasta que ciertas necesidades sociales complican el cuadro. Por otro lado, aquellos pacientes candidatos a rehabilitación y que pueden beneficiarse de un programa intensivo (en promedio, 3 horas diarias) deben dirigirse mejor a una unidad de rehabilitación, mientras que aquéllos que no es factible dicho programa, seguramente deben ubicarse en una institución.

Mientras que la prevención, identificación y tratamiento de las enfermedades agudas, subagudas y crónicas es muy importante, la mayoría de las metas en la institución para cuidados prolongados se enfocan a la independencia funcional, la autonomía, la calidad de vida, el confort y la dignidad de los residentes; éstas difieren de otros ámbitos clínicos y conviene tenerlas presentes desde el momento mismo del ingreso.

Estas son:

1. Proveer un ambiente de apoyo seguro para personas con enfermedades crónicas y dependencia.
2. Restaurar y mantener el más alto nivel posible de independencia funcional.
3. Preservar la autonomía individual.
4. Maximizar la calidad de vida, la percepción de bienestar y la satisfacción vital.
5. Proveer confort y dignidad al paciente en estado terminal y sus familiares.
6. Estabilizar y retrasar la progresión, cuando sea posible, de enfermedades crónicas.
7. Prevenir enfermedades agudas y iatrogénicas, así como identificarlas y tratarlas lo más pronto posible.

Por el promedio de edad de la población en instituciones gerontológicas, una gran proporción de residentes son portadores de deterioro cognoscitivo y por su alta frecuencia, particularmente de enfermedad de Alzheimer; el estado mental per se es un factor de riesgo no únicamente para el ingreso a institución, sino también para una rehabilitación óptima de problemas diversos, como el caso de una fractura de cadera, así como también nos orienta sobre el apoyo requerido tanto de la institución como de la familia.

Dentro de los problemas clínicos más frecuentes en la población de la casa-hogar con los que el personal suele enfrentarse se encuentran:

1. Condiciones médicas

- Enfermedades médicas crónicas
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad articular degenerativa
- Diabetes mellitus
- Neumopatía obstructiva
- Insuficiencia renal
- Infecciones:
 - Tracto respiratorio
 - Vías urinarias
 - Piel (escaras de decúbito, úlceras vasculares)
 - Conjuntivas
 - Aparato gastrointestinal
 - Tuberculosis
- Enfermedades gastrointestinales:
 - Úlceras
 - Reflujo gastroesofágico
 - Constipación
 - Diarrea

2. Neoplasias malignas

3. Trastornos neuropsiquiátricos

- Demencia
- Alteraciones de la conducta asociadas a demencia:
 - Vagabundeo
 - Agitación
 - Agresión
- Depresión
- Otras enfermedades neurológicas:
 - Enfermedad cerebrovascular
 - Parkinson
 - Esclerosis múltiple
 - Lesiones medulares

4. Discapacidad funcional susceptible de rehabilitación

- Enfermedad cerebrovascular
- Fractura de cadera
- Reemplazo articular
- Amputación

5. Síndromes geriátricos

- Delirium
- Incontinencia
- Trastornos de la marcha, inestabilidad, caídas
- Desnutrición, problemas para alimentar, deshidratación
- Escaras de decúbito
- Trastornos del sueño
- Dolor crónico (musculoesquelético, neuropático, malignidad)
- Iatrogenia:
 - Reacciones adversas a fármacos
 - Caídas
 - Infecciones nosocomiales
 - Discapacidad producida
- Sujeciones e inmovilidad, catéteres, ayuda innecesaria AVD

6. Muerte y duelo

Los profesionales de la salud que trabajan en la casa-hogar adquieren una compleja responsabilidad, pues requieren de tiempo, energía y constancia para mantener una adecuada relación con cada residente al evaluar sus problemas y decidir lo apropiado de cada intervención; una de las funciones más importantes es la de evaluar la necesidad de rehabilitación a largo plazo. En principio, durante los tres primeros meses de estancia, cada residente debe ser visitado cuando menos cada 30 días, posteriormente, cada 60 a 90 días es una periodicidad adecuada, siempre y cuando no existan problemas agudos. Cada visita médica debe incluir un examen clínico detallado, la evaluación de su medicación y los exámenes paraclínicos pertinentes; todo hallazgo deberá quedar asentado en el expediente y para asegurar la continuidad, es ideal que sea el mismo médico quien dé el seguimiento en

la enfermedad crónica, los cuidados de todo evento agudo, sea en la casa-hogar o en el hospital.

Es importante tomar en cuenta que el personal debe estar convencido que la casa-hogar no es tan mala alternativa como generalmente supone el anciano y su familia, ya que puede ser un medio propicio para la socialización, la actividad, el ejercicio y la nutrición, lo cual muchas veces es deficiente incluso en la propia casa del anciano. Así también, la institucionalización puede ser temporalmente el 'relevo' que es tan importante para los familiares que por situaciones de tiempo, recursos o disfunción familiar les impide brindar un cuidado adecuado; es necesario desde el ingreso instar a la familia a visitar frecuente y periódicamente a los residentes, ya que esto además facilita y reduce la ansiedad de la población. Cada vez son más las familias que tienen la difícil tarea de cuidar personas de edad muy avanzada (más de 80 años) y en condiciones de fragilidad, con una serie de limitaciones y gastos para su cuidado y sobre todo, con un constante sentimiento de culpa, que resulta muy negativo y contraproducente ya que genera sobreprotección, con lo que el daño al anciano crece.

Cuando ingresa un nuevo residente, la familia transfiere al médico y resto del personal todos los sentimientos de culpa, ambivalencia, ansiedad y enojo; la falta de control de la familia en las rutinas de la institución genera sentimientos negativos entre éstos y el personal, así como con el residente. La comunicación constante y suficiente con la familia, de todos y cada uno de los profesionales que tienen contacto con el residente, es crucial para mantener una buena relación y el apoyo que requiere el anciano de su familia. El cuidado de los residentes implica un considerable trabajo con la familia, por lo que el rapport que se establece con cada uno de ellos y sus familiares logrará que los responsables del anciano se preocupen por él y es capaz de escuchar y resolver las dudas que surgen cotidianamente y, por otro lado, hace posible que la familia se involucre y permanezca muy cerca del residente.

Con respecto a la decisión de limitar o evitar las medidas terapéuticas de apoyo en estados terminales, los deseos del paciente y secundariamente de la familia deben conocerse desde el ingreso si es posible. La función del médico es meramente moderar y no sugerir o decidir. Algunos tópicos que ameritan contemplarse con anticipación son: resucitación en casos de paro

cardiorrespiratorio, institución de apoyo enteral o intravenoso, así como hidratación en casos de problemas para la alimentación, qué tan extensos deben ser los procedimientos de rastreo y evaluación, y finalmente, cuándo y hasta qué punto deben tratarse las infecciones. Dos preguntas son importantes a realizar desde el ingreso de cada residente: ¿Hasta dónde o de qué forma le gustaría que sus familiares participen en la toma de decisiones sobre su cuidado? y ¿Ha pensado alguna vez qué le gustaría que nosotros hiciéramos si usted enfermara hasta el grado de no poder cuidarse por sí mismo?

De acuerdo al índice de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), basado sobre todo en tres actividades (alimentación, transferencias y bañado), Clausery y Fries (1992) sugirieron un sistema de clasificación de los residentes:

I. Rehabilitación compleja

Terapia física u ocupacional cinco veces a la semana, por 30 minutos o más cada día.

II. Cuidados especiales

Índice ABVD mayor de 4 y una de las siguientes condiciones: (basado en bañado, alimentación y transferencias; rango 3 a 10)

- * estado de coma
- * alimentación por sonda
- * cuadriplejía
- * esclerosis múltiple
- * úlceras de decúbito etapa 4
- * broncoaspiración

III. Clínicamente complejo

- * oxigenoterapia
- * cuidados de herida/lesión
- * quimioterapia
- * transfusión
- * parálisis cerebral
- * infección de vías urinarias
- * hemiplejía
- * deshidratación

- * sangrado interno
- * estado terminal
- * úlceras de decúbito
- * requiere visita médica más de una vez/semana

IV. Trastorno de conducta

- * agresión física
- * abuso verbal
- * conducta regresiva
- * alucinaciones

V. Deterioro funcional

El resto de los residentes

El equipo de salud debe reunirse regularmente para llevar a cabo discusiones, no sólo en caso de ser posible la curación de la enfermedad, sino sobre todo cuando se trata de brindar apoyo, cuidados paliativos, evitar o suspender algún tratamiento, entre otros, ya que la familia puede percibir cualquier acción como abuso o negligencia por desconocimiento (sujeciones físicas o farmacológicas para el manejo del paciente con problemas conductuales, instalación de sonda nasogástrica en vez de dedicar mayor tiempo a la alimentación, uso de sonda urinaria o pañales en lugar de un cuidadoso calendario miccional, etc); se obtendrá siempre un mejor resultado de un óptimo cuidado geriátrico cuando el equipo multidisciplinario involucra al residente y a la familia en el proceso de toma de decisiones. Asimismo, la calidad en el cuidado de la salud de los ancianos en la casa-hogar puede elevarse con la enseñanza y entrenamiento en el cuidado de los mismos por parte del personal y las autoridades, así como la comunicación adecuada con el hospital de apoyo en caso de enfermedades agudas. No siempre resulta sencillo el trabajo conjunto con el resto del personal de la casa-hogar; sin embargo, está demostrado que la labor del equipo es fundamental en el manejo óptimo de los trastornos de la conducta, incontinencia, del sueño, demencia y otros problemas crónicos. Debe considerarse que el personal, los residentes y los familiares de estos últimos forman una sociedad, como una especie de 'pequeña comunidad'.

La función del coordinador médico en la casa-hogar es trascendental para mantener una excelente atención geriátrica y porque es quien brinda los cuidados primarios, así como también porque tiene la posibilidad de influir en un nivel de políticas de atención y en la formación del personal en lo referente a tópicos geriátricos. Por otro lado, el coordinador médico tiene la posibilidad de desarrollar e implementar lineamientos y procedimientos, así como ser el punto de contacto entre el personal médico, los residentes y el resto el personal de salud. Si se cuenta con médicos en formación geriátrica y estudiantes de otras disciplinas, el coordinador médico también contribuye a la educación formal de éstos. Dos actividades muy importantes resultan ocupar la mayor parte de su tiempo: el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. En cada residente desde su ingreso, el coordinador médico es el responsable de llevar a cabo la evaluación geriátrica inicial y conjuntar al equipo de salud para discutir los problemas encontrados y las medidas primarias para su atención. Posteriormente debe revisar la medicación, la nutrición, la necesidad de sujeciones o sondas y los cambios en estados físico y psicológico en cada visita, así como la revisión de inmunizaciones, prueba de tuberculina y pruebas de rastreo de cáncer, por lo menos una vez al año. El seguimiento debe encaminarse en forma individualizada, de acuerdo a los deseos del paciente y nunca olvidando el impacto potencial en la calidad de vida y el costo-beneficio del tratamiento.

Las responsabilidades del coordinador y personal médico dentro de la casa-hogar, con respecto a la atención óptima de los residentes:

1. Llevar a cabo la evaluación integral de cada residente y coordinar todos los aspectos del cuidado médico. Implementar tratamientos específicos y los servicios que favorezcan y mantengan la función física y psicosocial.
2. Participar en el desarrollo de un plan de cuidado individual y revisar periódicamente el mismo con el equipo de salud.
3. Supervisar la evolución de cada residente de acuerdo al tratamiento individualizado (terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física) su seguimiento.

4. Evaluar la necesidad de rehabilitación. Implementar las medidas necesarias y los dispositivos pertinentes para reducir el riesgo de accidentes.
5. Evaluar la necesidad de sujeciones físicas o químicas, siempre tratando de reducirías al mínimo posible.
6. Revisar periódicamente los medicamentos prescritos y dar seguimiento a la necesidad de continuar su uso, así como la presencia de reacciones adversas.
7. Examinar a cada residente en las condiciones óptimas de acuerdo a su estado actual y documentar la evolución y los cambios en el plan de cuidados.
8. Responder en lo posible a las urgencias médicas reportadas por el personal de enfermería.
9. Procurar mantener la información de manera apropiada entre la casa-hogar y el hospital de cuidados agudos.
10. Informar a los residentes sobre su estado de salud y, cuando sea posible, optimizar la capacidad del mismo para su autonomía; asimismo, involucrarlo en la toma de decisiones sobre sus problemas.

BIBLIOGRAFIA

1. Hazzard WR et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. McGraw-Hill, 3rd.ed. New York NY, 1993.
2. Kane RL, Ouslander GJ & Abrass IB. *Essentials of Clinical Geriatrics*. McGraw-Hill, 3er.ed. New York NY, 1994.
3. ReubenDB, Yoshikawa TT & Besdine RW. *Geriatrics Review Syllabus Supplement*. Am Geriatr Soc, New York NY, 1993-1994.
4. Ouslander J, Osterweil D & Morley J. *Medical Care in the Nursing Home*. New York NY, McGraw-Hill, 1991.
5. Elon R & Pawlson L. *The Impact of Obra on Medical Practice within Nursing Facilities*. J Am Geriatr Soc 40; 958-963, U.S.A. 1992.
6. Morris JN, Hawes C & Fries BE. *Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes*. Gerontologist 30: 293-307, U.S.A. 1990.
7. Clause S & Fires B. *Nursing Home Resident Assessment and Case Mix Classification: Cross-national perspectives*. Health Care Fin Rev 13:135-156, U.S.A. 1992.

VIEJOS PORTEÑOS. DESCRIPCION Y ANALISIS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

*Laura Bosque
Viviana Iuliano
Alejandro Ulises Zengotita.*

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento poblacional es el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, -60 años y más- con respecto a la población total. Sin embargo, es preferible entender este proceso como la inversión de la pirámide de edades.

Esta inversión se produce fundamentalmente por la baja de la tasa de fecundidad. Actualmente con la modernización económica la fecundidad se ha reducido a la mitad o a la tercera parte. Sucede entonces que la base de la pirámide también se reduce en las mismas proporciones.

Para llegar al equilibrio demográfico y que una generación reemplace a la anterior son necesarios 2.05 en promedio por mujer. Cuando la fecundidad llega a niveles muy bajos disminuye considerablemente la alimentación de la pirámide.

La diferencia entre los efectos de los descensos de la fecundidad y de la mortalidad radica en la forma en que cambia la pirámide: la baja generalizada de la mortalidad altera la pirámide en toda su extensión (en todas las edades), en cambio la caída de la fecundidad estrecha su base.

El cambio de la fecundidad es muy importante a largo plazo. Con las proyecciones, se aprecia que la pirámide que tiene la fecundidad más baja es la que muestra una mayor inversión. El número de personas en edades avanzadas no varía mucho, sino que desciende principalmente el número de niños.

El fenómeno de inversión de la pirámide se produce durante el proceso de transición demográfica y se limita al descenso de la fecundidad. El efecto esencial es la contracción de la base de la pirámide, por ello se habla de envejecimiento de la pirámide por la base.

El descenso de la mortalidad en el envejecimiento de la población sólo es importante en la última fase, cuando la mortalidad infantil, juvenil y adulta joven son ya muy bajas. Es entonces que se produce el envejecimiento por la cúspide.

Debe quedar claramente establecido que el efecto del descenso de la fecundidad - envejecimiento por la base- es muy superior al efecto de los cambios de la mortalidad - envejecimiento por la cúspide -.

PANORAMA DE LA ARGENTINA ACTUAL

El panorama demográfico de la Argentina ha cambiado sustancialmente en los últimos 50 años: los diecisiete millones de habitantes de 1950 son 34 millones en 1995. Serán 46 millones en el año 2025 y 53 en el 2050.

En estas proyecciones se supone que el crecimiento futuro debido a las migraciones internacionales será nulo, entonces lo que se cuenta son las tasas brutas de natalidad y mortalidad, cuya diferencia representa la tasa de crecimiento vegetativo, que alcanzará el exiguo valor de 4 por mil anual a mediados del siglo XXI.

Por un lado la tasa bruta de natalidad desciende ininterrumpidamente hasta el año 2025 y se estabiliza alrededor del 13-14 por mil al promediar el siglo.

El volumen de la natalidad depende sobre todo de las tendencias de la fecundidad, en esta proyección se ha hipotetizado una disminución gradual hasta que el promedio de hijos por mujer -al término de su fertilidad- sea de 2 niños en el 2025. Este es el estricto número de hijos indispensable para asegurar el nivel de reemplazo intergeneracional.

Cabe destacar que ésta es un hipótesis optimista. No sería aventurado prever que después del 2025, la fecundidad descienda por debajo del nivel de reemplazo, obviamente la natalidad y el crecimiento vegetativo serían aún más exiguos, al tiempo que se agudizaría el proceso de envejecimiento demográfico.

Por otro lado la tasa bruta de mortalidad continuará decreciendo cada vez más con más lentitud hasta la década del 2020, para revertir ese comportamiento a partir de entonces, ascendiendo hasta el 9 por mil a mediados del siglo próximo. El cambio de tendencia de este indicador se produce en un contexto en el que la esperanza de vida al nacimiento no cesa de incrementarse -será de 80 años a mediados del siglo XXI, con clara ventaja para las mujeres-.

Esto se explica por el agudo envejecimiento demográfico que conlleva la caída de la fecundidad: al haber porcentualmente más ancianos, a pesar de la mejora en las condiciones de salud, habrá un mayor número de muertes anuales y por ende, un mayor valor de la tasa bruta de mortalidad.

En el año 1950 la población de 60 años y más llegaba al 7% de la población total, mientras que en el año 1995 esa misma franja etaria alcanza un 14%, lo que representa un total de 4,760,000 personas.

Para el 2025 se proyecta que dicho grupo representará el 17% de la población total de país, lo que significa unas 7 millones de personas y para el 2050 será del 24%, casi 13 millones de personas.

En la Argentina de 1991 el 25% del total de las personas mayores de 60 años, tenía más de 75 años. Este sector - que se denomina vejez frágil- representaba más de un millón de personas.

Para el año 2025 se espera que ese porcentaje alcance al 30%, es decir que habrá más de 2 millones de personas con más de 75 años.

Argentina -Población de 60 años y más- INDEC

Años	Población Total	Población de 60 y más	%
1950	17,000,000	1,190,000	7%
1995	34,000,000	4,760,000	14%
2025	46,000,000	7,000,000	17%
2050	53,000,000	13,000,000	24%

Argentina -Promedio de hijos por mujer, Tasa de mortalidad infantil y Esperanza de Vida- INDEC

Años	Promedio de hijos por mujer	Esperanza de Vida			Tasa de Mortalidad infantil
		Ambos Sexos	Varones	Mujeres	
1950-55	3.2	62.7	60.4	65.1	65,900
1990-95	2.8	72.1	68.6	75.7	24,300
2020-25	2.1	77.5	74.0	81.1	12,800
2045-50	2.1	80.4	76.9	84.0	7,300

CARACTERIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Aspectos sociodemográficos.

Según el censo nacional de población y vivienda del año 1991, en la Ciudad de Buenos Aires viven 2,965,403 personas, de las cuales 656,824 tienen 60

años y más, lo que representa un 22% de sus habitantes. Nuestra ciudad tiene una estructura de edad avejentada y junto con Montevideo, es la ciudad más envejecida de toda Latinoamérica .

No sólo Buenos Aires es la ciudad con mayor proporción de ancianos de la República de Argentina, sino que en ella vive el 17% del total de la población del país mayor de 60 años. En los últimos decenios se produjo un marcado descenso de la fecundidad general y de la tasa bruta de natalidad, como lo demuestran los valores del censo. Se estima que esta tendencia continuará en los próximos años. Otro dato importante es la distribución por sexo: el 62% de la población de más de 60 años está compuesto por mujeres. Si nos detenemos en la franja de 75 y más años, vemos que el porcentaje de mujeres es aún mayor, llega al 68%.

La franja de los mayores de 75 años, corresponde a un 31% del total de los ancianos de la Capital Federal. Este es un dato fundamental porque está indicando que existe un grupo social muy vulnerable, que se compone actualmente de unas 200,000 personas, de las cuales un 68% son mujeres, grupo que será cada vez más numeroso según las proyecciones.

Población de la Capital Federal - INDEC, 1991

Edad	Total	Varones	%	Mujeres	%
60-74	451,007	182,416	41%	268,591	59%
75 y más	205,817	65,601	32%	140,216	68%
Total	656,824	248,017	38%	408,807	62%

ASPECTOS DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Estado Civil.

Según los datos censales el 52% de las personas de más de 60 años se encuentra en pareja, - casado / a un 49% y unido / a un 3% -. La viudez asciende al 32% y la soltería a un 12% de la población de esa franja etaria.

Para saber que pasa en el interior de dicho grupo, es necesario desagregar los valores y ver como se comportan cuando se trata de edades más avanzadas -75 años y más - y en especial de las mujeres.

Es importante hacer hincapié en la franja de los solteros, que representa a más de 76,000 personas, de las cuales 56,000 son mujeres. Fundamentalmente en el grupo de los solteros mayores de 75 años, compuesto por un poco más de 24,000 personas, de las cuales casi 20,000 son mujeres. Este constituye un grupo muy vulnerable.

En la Capital Federal hay 24,000 personas solteras de más de 75 años que, de tener alguna dificultad -permanente o transitoria -, no cuentan con familiares a los cuales recurrir.

Cuando son necesarios ciertos cuidados, por sufrir alguna enfermedad discapacitante o tener dificultad para llevar adelante las actividades cotidianas, el cónyuge es a la primera persona a quien se recurre. De no existir el cónyuge, a la hija mujer.

Otro de los grupos particularmente vulnerable que merece especial atención es el de la mujer que debe atender casi sola a su esposo, quien suele ser mayor que ella. En Capital Federal las mujeres casadas mayores de 75 años, son 23,500.

Capital Federal -Estado Civil, según Sexo y Edad- INDEC, 1991

Sexo y Edad	Casado/a	Separado/a	Viudo/a	Soltero/a
Total	52%	4%	32%	12%
75 y más	33%	2%	53%	12%
Mujeres	36%	4%	46%	14%
75 y más	17%	1%	67%	14%

CONVIVENCIA

Es una realidad que muchos de nosotros hemos crecido dentro del marco de la familia ampliada, cuando los pocos parientes ancianos que teníamos podían ser atendidos por la propia familia sin mayores dificultades.

El panorama actual es muy diferente.

Para establecer el tipo de convivencia de los ancianos de la Capital Federal analizamos los datos de encuestas recientemente realizadas. Estos ancianos indican convivir en familia de tipo nuclear - compuesta por 2 generaciones, padres e hijos - en un 36.8% de los casos.

En hogares extendidos - donde conviven como mínimo tres generaciones, abuelos, padres e hijos - vive el 40% de las personas mayores de 60 años, mientras que el 7.2% vive solo, lo que no implica que no tenga familia.

Las encuestas muestran que un 75% de los ancianos dice recurrir a su familia cuando se les presenta algún problema. Pero el dato más significativo es que un 12.6% de la población anciana, en caso de necesidad, no tiene a quien recurrir.

Este porcentaje representa a 83,000 personas aproximadamente, que lamentablemente no tienen aún la cobertura necesaria.

Los programas de asistencia domiciliaria son los más adecuados para atender a esta población y lograr el objetivo de mantener a los ancianos en su medio el mayor tiempo posible. Esta alternativa asistencial evita internaciones innecesarias o prematuras.

Diseñar políticas sociales de apoyo a las familias y a las entidades intermedias para resolver los problemas de los ancianos en el ámbito de su comunidad, es parte de la responsabilidad de gobierno. Actualmente desde la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires se desarrollan programas que dan respuesta a las dificultades de este sector de población, pero están muy lejos de cubrir sus necesidades.

Recurrencia en Caso de Necesidad -Encuesta, 1994.

A quien recurren los ancianos	%
Familiares	75.0%
Vecinos	3.0%
Amigos	5.0%
Centros de jubilados	1.5%
No tiene a quien recurrir	12.6%

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Educación.

La Capital Federal ha sido históricamente un distrito de bajo analfabetismo. Según el censo de 1991, el único grupo etario que supera el 1% de analfabetismo es el de los mayores de 65 años, de los cuales la mayoría son mujeres. Según las encuestas, un 10% de la población no accedió a los niveles formales de estudio. La mayoría de la población anciana tiene como escolaridad máxima la primaria y es en Buenos Aires donde se registran los valores más altos de escolaridad completa, con relación al resto del país.

Es necesario establecer que el no haber asistido a un establecimiento escolar no indica analfabetismo. Cuando la población que ahora tiene más de 60 años estaba en edad escolar, el sistema de educación pública tenía una menor cobertura, pero existían formas alternativas de acceso a una educación básica.

Muchos estudios indican que los varones que no asistieron nunca a la escuela, llegaban en mayor medida - por motivos laborales- que las mujeres, al manejo de la escritura y el cálculo matemático.

Por otro lado, la educación también tiene otro significado en la tercera edad, porque en la época en que los ancianos de hoy se encontraban insertos en la actividad económica, la carrera laboral hecha desde abajo era más frecuente y, por lo tanto no era necesario ni habitual llegar a los niveles máximos de educación formal.

Sin embargo el nivel de instrucción es un indicador de las capacidades con que cuentan los ancianos para hacer uso de los recursos institucionales a su disposición y para comprender las informaciones que las organizaciones les hacen llegar con respecto a esos recursos.

Nivel de Estudios Alcanzados -Encuesta, 1994.

Estudios	%
Sin estudios	9.9%
Primaria incompleta	27.7%
Primaria completa	46.2%
Secundarios	13.3%
Terciarios	2.9%

Propiedad de la vivienda

La gran mayoría de las personas mayores de 60 años encuestadas, son propietarias de la vivienda en que habitan.

Es importante tener en cuenta un 8.1% de los casos, - lo que representaría unas 53,000 personas -, alquilan su vivienda. Este grupo se encuentra en clara desventaja, ya que por los bajos ingresos, muchas veces necesitan ser subsidiados para poder afrontar este gasto.

La falta de vivienda o la imposibilidad de pagar el alquiler son algunas de las causas de institucionalización de personas de edad en hogares geriátricos, sobre todo municipales y nacionales.

Es fácil deducir que subsidiar a las personas para que permanezcan en su hogar evitaría el mayor costo, no sólo económico, que implica la institucionalización.

Esto también es válido para los ancianos propietarios, porque la falta de posibilidades económicas para mantener y reparar su vivienda es causa de diversos trastornos e insatisfacciones, afectando significativamente la calidad de vida.

Propiedad de Vivienda -Encuesta, 1994.

Vivienda	%
Vivienda propia	75.5%
Vivienda alquilada	8.1%
Vivienda de familiares	14.7%
Otra	1.6%

COBERTURA DE SALUD

Según los datos del censo de 1991, en la Capital Federal la población de más de 60 años tiene una gran cobertura de salud, sólo el 6.3% está desprotegida.

El porcentaje parece bajo, pero representa a 41,500 ancianos que no tienen cobertura de salud y deben ser atendidos por el hospital público. Sabemos que 20,00 personas de ese grupo tienen entre 60 y 64 años. Los restantes 22,000 - que en el censo figuran como de 65 y más años- seguramente se encuentran entre los 65 y 70 años, ya que a partir de esa edad les puede corresponder la cobertura del INSSJP a través del Plan PAMI 70.

Es necesario aclarar que el hecho de que la población anciana tenga amplia cobertura de salud -acceso a una obra social o plan médico- no significa que tenga un buen estado de salud, dado que los Sistemas de Salud todavía se orientan hacia servicios curativos para casos agudos. Los recursos se gastan en atención hospitalaria e institucional y se presta poca atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

A pesar de conocer estos números, en la ciudad de Buenos Aires no se ha diseñado aún una Red Geriátrico-Gerontológica que integre las áreas de Promoción Social, Salud, Vivienda y Educación en pos de objetivos comunes y complementarios. Dicha red tendería a evitar las inquietudes que actualmente existen entre los sistemas de Acción y Seguridad Social.

COBERTURA PREVISIONAL

La Argentina es el primer país de Latinoamérica que adoptó los modelos de seguridad social del mundo occidental y junto con el Uruguay, el que se encuentra en situación de mayor envejecimiento poblacional.

En nuestro país la inversión mensual en concepto de jubilaciones y pensiones pagadas por el Estado, en términos de puntos del PBI, es relativamente alta en comparación con países de características demográficas y económicas similares. Los costos de prestación de servicios de seguridad social han llegado a un punto crítico que sugiere un urgente replanteo de las actuales políticas sociales.

En la Capital Federal, en 1991, un 75% de la población de 60 años y más percibía jubilación o pensión.

Es importante destacar que ésta es una extensa cobertura y que se amplía al superar los 75 años, hasta alcanzar un 90% de dicha población.

No obstante, debemos resaltar que existen cerca de 21,000 de más de 75 años que no tienen cobertura provisional, de las cuales 18,000 son mujeres, es decir, un 86%. Este es uno de los grupos de más riesgo al que deberían dirigirse los esfuerzos de las políticas sociales.

INGRESOS

Para conocer el ingreso de las personas mayores de la Capital Federal nos basamos en encuestas, ya que en el censo no figura la variable ingreso.

Resulta de esta información que el 16% de los ancianos no recibe ingresos de ningún tipo, éste es un dato sumamente preocupante, dado que si generalizamos los datos a toda la ciudad serían más de 100,000 personas que estarían en situación de riesgo.

Vivir en esta ciudad garantiza en mayor medida que en otras zonas del país, el acceso a pensiones graciables o no contributivas por edad avanzada. Esto trae como consecuencia que casi un 20% de los ancianos reciban ingresos menores a \$150.00, dado que éste es el nivel remunerativo de este tipo de prestaciones sociales.

Analizando más profundamente se ve que los pensionados reciben los menores ingresos. Las tres cuartas partes de ellos tienen pensiones menores a \$250.00 y más de un tercio tienen ingresos previsionales menores a \$149.00.

El 80% de los jubilados cobra un beneficio cuyo monto es menor a \$350.00.

Los que poseen un doble beneficio, jubilación y pensión, tienen los ingresos más importantes. Reciben en el 80% de los casos ingresos mayores a \$250.00 y hasta de \$750.00, pero no hay que olvidar que representan sólo un 3.6% de la muestra.

Es necesario destacar que en este momento la Ley de Solidaridad Previsional sancionada en marzo de 1995, modifica sustancialmente algunos aspectos del régimen de cobertura previsional.

Distribución de los Ingresos -Encuesta, 1994.

Ingresos	%
Sin ingresos	16.0%
Menos de 150	19.0%
150-249	22.7%
250-349	12.7%
350-499	9.1%
500 y más	11.4%
NS/NR	9.1%

REFLEXIONES FINALES

En los últimos decenios América Latina afronta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, proceso que se viene produciendo en Europa desde hace más de un siglo.

El proceso de envejecimiento de la población, resultado del aumento de la esperanza de vida y la disminución del número promedio de hijos, se produce aún sin desarrollo socioeconómico. Actualmente las enfermedades sociales como la tuberculosis y las propias de la infancia se han ido controlando. Este control tecnológico de la muerte prematura va aparejado con la regulación de la natalidad, actualmente existen para la planificación familiar, métodos anticonceptivos eficaces al alcance de millones de mujeres con un costo relativamente bajo.

Todavía en nuestro país están por resolverse muchos de los problemas del subdesarrollo: pobreza, desempleo y sanidad pública. Estos problemas tendrán que competir en la obtención de recursos, con los que acarrea el proceso rápido de envejecimiento poblacional.

Toda sociedad debe buscar prolongar los años productivos, enriquecidos con la experiencia, para mejorar la calidad de vida de sus miembros. Pero debemos aceptar que el proceso de envejecimiento de nuestra sociedad se ha ido produciendo sin una adecuada preparación que nos ayude a alcanzar la meta de vivir más y mejor.

La tarea más urgente es lograr que se reconozca la importancia del envejecimiento como problema de salud pública que exige acción inmediata. Para lo cual es prioritario identificar a los grupos de ancianos más vulnerables y conocer sus necesidades.

Si para el año 2010 no hemos formulado políticas sociales más acertadas, justas y realistas, casi todos los recursos y prestaciones sociales deberán ser absorbidos por la población mayor de 60 años. Y éste será un grave obstáculo para el desarrollo social.

Las dimensiones de salud más importantes para los ancianos -el autocuidado y la atención informal- no están contempladas hoy en los sistemas de salud, que a su vez se encuentran desvinculados de los servicios sociales.

Es necesario reorientar el sector salud que tiene una marcada tendencia curativa y que invierte sus recursos en atención hospitalaria e institucional, hacia sistemas que contemplan la promoción de la salud como uno de sus objetivos prioritarios.

Para lograr una efectiva reorientación del sector salud es imprescindible un sistema fluido de información que permita a las autoridades tomar las decisiones adecuadas en el momento oportuno. Es obvio que se necesitan con urgencia soluciones nuevas e ingeniosas. En este marco, el fracaso o el triunfo dependerán mucho de nuestra resolución y determinación para atacar de lleno los problemas existentes.

La supervivencia de grandes segmentos de la población hasta la edad madura es un triunfo para la humanidad. El hecho de que este privilegio que solía ser de unos pocos, se haya convertido ahora en una experiencia universal en tan corto tiempo, es un logro extraordinario que debe celebrarse.

Los resultados de las investigaciones hechas en todo el Continente indican que los vínculos familiares son todavía fuertes y que la mayor parte de la atención es proporcionada por las familias. Esto necesita fomentarse en nuestro país y en especial en nuestra ciudad, mucho más allá de los límites de lo que la familia puede llegar a considerar como un deber y mucho más allá de las declaraciones políticas de intención.

Para poder mantener y reforzar las características favorables de la sociedad con respecto a los mayores, es preciso introducir con urgencia modelos innovadores de atención y mecanismos de apoyo apropiados.

Hay muchas razones para tener una actitud positiva y optimista, el desafío consiste en trabajar también para las futuras generaciones, ahí estamos incluidos nosotros, los ancianos del mañana.

BIBLIOGRAFÍA

Anzola Pérez E. *Alternativas a la institucionalización de los ancianos en América Latina*. Washington D. C., OPS, Programa Promoción de la Salud; 1991.

Banco Mundial. *Informe del Desarrollo Mundial*, 1992. Washington D. C., Banco Mundial, 1992.

Chesnais, J. C. *El Proceso de Envejecimiento de la Población*. CELADE, 1990.

Domínguez -Correa O. *Vejez y Envejecimiento*. Santiago, Chile, Universidad de Chile (Cuadernos del Departamento de Salud Pública 3); 1988.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC-. *Resultados Definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991*, Capital Federal y Proyecciones para todo el País. Argentina.

Kalache Alex. ¿Qué Repercusiones tiene el Envejecimiento de la Población en el Futuro Previsible?. En: *La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Años Noventa*. Publicación Científica No.546, Washington D. C., OPS; 1994.

Kalache A; Sen K. *Ageing in developing countries*. Geriatrics; U.S.A. 1992.

Oddone J; Dalto S; Pantalides A; Scipioni A. y otros. *La Situación de los Ancianos de la Argentina*- OISS- Secretaría de Desarrollo Social en Argentina; 1995.

Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud de los Ancianos*. Washington D. C., OPS; 1990.

Torrado Susana. *¿Cómo Serán las Familias Argentinas?*, Argentina, 1995.

United Nations, Department of International Economics and Social Affairs. *World Population Prospects*, 1990. New York, United Nations; 1991.

DIRECTORIO

**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE
SEGURIDAD SOCIAL**

LIC. GENARO BORREGO ESTRADA
Presidente

**LIC. MA. ELVIRA CONTRERAS
SAUCEDO**
Secretaría General

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD**

SIR GEORGE ALLEYNE
Director OPS/OMS

DR. JOSE LUIS ZEBALLOS
Representante OPS/OMS en México

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. ALVARO CARRANZA URRIOLAGOITIA
Director

DR. GENARO VEGA VEGA
Titular División Medicina Social

Compilación a cargo del doctor Guillermo Fajardo Ortiz, de la División de Medicina Social del CIESS.

Apoyo en la captura: Mónica Vega Vega, Lourdes Méndez Faz y María de los Angeles Arellano Berrocal.

Para su edición se utilizaron los servicios de diseño por computación a cargo del Area de Comunicación, Información y Relaciones Públicas del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, con la participación del licenciado Juan José Zermeño Córdova, Jefe del Area, y de Noemí de la Cerda Rodríguez y Julio Adolfo Galván Zárate.

Se terminó de imprimir en enero de 1997, con un tiraje de 1,000 ejemplares, más sobrantes para reposición.

Impreso en México, D. F., por Editorial Piensa, S. A. de C.V.

El plan de actividades determinado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y la Organización Mundial de la Salud comprende el estudio del adulto mayor en la Región de las Américas. En cumplimiento de lo señalado desde 1993 se han impartido cursos y seminarios en México, Argentina y Chile; se ha participado en diversos congresos y reuniones, además de la edición de documentos y libros.

Esta publicación Problemas y Programas del Adulto Mayor, obedece a un programa editorial. Esta es la tercera obra en que se abordan temas relativos al adulto mayor. Nuestro objetivo es que sea una herramienta útil que conforme bases que sirvan de consulta o referencia a todo el personal dedicado al cuidado de las personas mayores y a los mandos encargados de la formulación y desarrollo de normas administrativas.

El contenido del material fue escrito por autores de Argentina, Chile, Estados Unidos y México, quienes en sus trabajos reflejan el acervo de conocimientos, estudios y experiencias. A todos ellos nuestro agradecimiento por su esfuerzo y tiempo; su labor beneficiará a la población mayor de la Región de las Américas.

ISBN: 968 - 6748 - 15 - 6