

GENERALIDADES SOBRE ENVEJECIMIENTO, VEJEZ Y PERSONAS MAYORES.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL.
CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN EDUCACIÓN SUPERIOR CIES-USS.

LEIDY LAGOS B.

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.



En caso de citar esta obra:

Serie Creación documento de trabajo n°86. Lagos, L. (2020). Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.

SERIE CREACIÓN 
DOCUMENTO DE TRABAJO N°86

Generalidades sobre Envejecimiento,
Vejez y Personas Mayores.

Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Terapia Ocupacional.
Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.

Leidy Lagos B.

RESUMEN

El siguiente material docente es elaborado en la asignatura de Geriatría y Gerontología, impartida en 4 año de la carrera de Terapia Ocupacional. Las guías docentes son elaboradas de la búsqueda y recopilación de información de diversos autores referentes en el área y cuenta con 14 temáticas que se abordan a lo largo de todo el semestre y que son parte del programa de asignatura.

Tema N°1 “Conceptos básicos sobre Geriatría y Gerontología”

La gerontología es una ciencia inter y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993). El objetivo principal de estudio de esta ciencia es la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, además de conocer cuáles son los cambios que vive la persona en esta etapa de la vida y cómo el aumento de las personas mayores ha transformado a la sociedad en general (Sánchez, 2000), para “contribuir a desarrollar una práctica profesional que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores” (Piña, 2006, p. 19).

Una rama de la gerontología es la gerontología social, especialización cuyo objetivo es medir “el impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en la vejez, en las consecuencias sociales de ese proceso, así como las acciones sociales que puedan interponerse para mejorar los procesos de envejecimiento” (Fernández-Ballesteros, 2004, p. 36). Esto último implica que los resultados de las investigaciones sean utilizados para retroalimentar las intervenciones sociales y la práctica gerontológica.

En cuanto a la geriatría, es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez (OPS, 1993), contribuyendo a generar bienestar en las personas mayores, a través de la atención clínica directa y también, de la educación e investigación en prevención y tratamiento de las distintas patologías y síndromes geriátricos, abogando por las óptimas condiciones de salud en la vejez, pero también por el desarrollo de estilos de vida saludable (Miranda 2017).

El desarrollo de la geriatría ha contribuido a derribar la división que se da entre dos puntos de vista respecto del envejecimiento: el social y el médico, proponiendo una mirada integral que articula tanto los procesos que ocurren al interior del individuo cuando envejece como aquellos procesos del entorno. Es

decir, la geriatría no se enfoca únicamente en la salud y enfermedad de las personas mayores, si no que contribuye con su labor a mejorar las condiciones en las cuales la vejez se desenvuelve día a día.

Además, el desarrollo de la geriatría ha permitido comprender que los problemas de salud tienen estrecha relación con las condiciones de vida de la persona, la calidad de las relaciones sociales y familiares que han establecido, el acceso a una buena alimentación, entre muchos otros factores.

Glosario.

1. **Abandono:** Tipo de Maltrato. Se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado del adulto mayor, o que habiendo asumido el cuidado o custodia de un adulto mayor lo desampara de manera voluntaria. (SENAMA, 2015)
2. **Adulto Mayor:** Persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. (SENAMA, 2002). Sin embargo en el año 2019 este término se cambia a **PERSONA MAYOR** (PM) para adoptar el Enfoque de Género.

2.1. **Adulto mayor autovalente sano:** Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su *medicación*, el dinero, viajar y hacer sus trámites. (Capsal 2017)

- 2.2. **Adulto mayor frágil:** Es aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y /o económicos. (Capsal 2017)
- 2.3. **Adulto mayor dependiente:** Es aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida diaria y requiere de apoyo constante para desarrollarlas. (Capsal 2017)
- 2.4. **Adulto mayor funcionalmente sano:** “Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal” (Trejo 2015)
3. **Ageims:** Término acuñado por Robert Butler en el año 1968 para referirse a la discriminación contra las personas mayores en base a términos sexistas y racistas. (García 2016) El término es ageism o también edadismo (en español)
4. **Aislamiento:** El aislamiento es un fenómeno contemporáneo. Algo observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo. Es la falta de compañía y de encuentro con otros significativos. (Pisa 2010)
5. **Andador:** Representan las ayudas técnicas para caminar manipuladas por dos brazos. Existen dos tipos fundamentales. Por un lado, los que tienen incorporados ruedas para facilitar su desplazamiento (andador de paseo) y, por otro lado, los que no las llevan (andador de aluminio plegable). A unos y otros se les pueden adaptar dispositivos especiales para apoyo en antebrazo o varios tipos de empuñaduras. (Saludalia 2012)

6. **Atención centrada en la persona** Se trata de una propuesta que compromete a los profesionales con una buena praxis y el respeto de los valores, la dignidad, los derechos, las preferencias de las personas y el bienestar de las personas mayores. Surge del enfoque humanista de Carl Rogers, la bioética y el enfoque de calidad de vida (Pinazo 2017).
7. **Andropausia:** Cese o disminución de la actividad sexual en el hombre. (Bruno 1997)
8. **Autonomía Personal:** Facultad de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona). En el caso de las personas con dependencia o en fase terminal, debe promoverse el máximo respeto de la autonomía como un derecho básico de la persona (SENADIS 2015).
9. **Ayudas Técnicas:** Las ayudas técnicas son cualquier objeto, equipo o producto utilizado para aumentar, mantener o mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, de tal forma que promueven la independencia en todos los aspectos de la vida diaria de la persona. Reconocen las desigualdades en las que se encuentran las personas con discapacidad, por lo que procuran compensar o equiparar oportunidades. Debido a la naturaleza dinámica de las personas, pueden variar en el transcurso de la vida de la persona y según el entorno. (Acuña 2010)
10. **Bastón:** Sirve para facilitar la marcha aumentando la estabilidad, al ampliar la base de sustentación y/o reduciendo la carga sobre una o ambas extremidades inferiores. Los bastones están hechos de madera o de aluminio ajustable en altura. (Saludalia 2012)

11. **Bioética:** Es el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales”. (García 2016)

12. **Comunicación asertiva** Capacidad de expresar ideas, opiniones, sentimientos y deseos de una forma adecuada a la situación social que se presenta, considerando las características y necesidades de la otra persona y del contexto; con respeto de los derechos propios y de los demás. (Solar, 2016).

13. **Comunicación empática:** Forma de comunicarse centrada en la capacidad de escucha activa y comprensión empática (pero estas definiendo este concepto) del receptor de la comunicación. (Solar, 2016)

14. **Calidad de Vida:** La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. (OMS 2002).

15. **Cuidados socio-sanitarios:** Tienen como fin promover, mantener y mejorar el bienestar físico, cognitivo, afectivo, material y social, mediante la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la inclusión en redes sociales e institucionales y la recreación, tomando en consideración la perspectiva ética, cultural y de género. Estos cuidados se dirigen a personas de sesenta años y más, atendiendo a sus distintos grados de funcionalidad, autonomía y condición social. Pueden ser preventivos, curativos o paliativos, de corto, mediano o de largo plazo, y proporcionarse en espacios domiciliarios, institucionales y socio-comunitarios”. (SENAMA 2015)

16. **Centros de Día:** Los Centros Diurnos son espacios para personas que en el día necesitan cuidados. Están destinados a la atención de personas mayores autovalentes y en situación de dependencia leve, de manera de contar con un apoyo social suficiente que permita su permanencia en el hogar y de espacios de socialización que fomenten su autonomía e independencia. Por tanto, se constituye en un recurso social de carácter intermedio con características psicoterapéuticas y de apoyo familiar. (SENAMA 2015)
17. **Cuidador:** Personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas. Normalmente, se trata de un familiar cercano, que en la mayoría de los casos es del sexo femenino (Fundación Caser 2016).
18. **Cultura:** Es todo aquello, material o inmaterial (creencias, valores, comportamientos etc), que identifica a un determinado grupo de personas, y surgen de sus vivencias en una determinada realidad. Dicho de otro modo, cultura es la manera como los seres humanos desarrollamos nuestra vida y construimos el mundo o la parte donde habitamos; por tanto, cultura es el desarrollo intelectual o artístico. Es la civilización misma. (Portugal 2007)
19. **Caída:** Ocurrencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada al suelo del adulto mayor o a un nivel inferior al que se encontraba. (SENAMA 2015).
20. **Comorbilidad:** Término médico que refiere a dos conceptos: La presencia de una o más enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario y, el efecto de estas enfermedades adicionales. (Herrera 2014)

21. **Delirium o síndrome confusional agudo:** Trastorno orgánico mental transitorio con una alteración global de la función cognitiva, la cual presenta un deterioro significativo en relación al funcionamiento previo. Es reversible. (Herrera 2014)

22. **Derechos humanos:** Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque:

- están avalados por normas internacionales;
- gozan de protección jurídica;
- se centran en la dignidad del ser humano;
- son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales;
- no pueden ignorarse ni abolirse;
- son interdependientes y están relacionados entre sí, y
- son universales. (OMS 2017).

23. **Demencia:** La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define demencia *como: síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. Siempre hay un déficit cognoscitivo que, ocasionalmente, es precedido de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.* (Pinazo 2017).

23.1 Demencia tipo Alzheimer: La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia neurodegenerativa (primaria) de tipo cortical en la que se presenta alteración de áreas del cerebro que condiciona la pérdida progresiva de las funciones intelectuales. La EA, o “el Alzheimer”, como coloquialmente se la conoce, es una enfermedad de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas. Es el tipo de demencia más frecuente, representando hasta el 70% de los casos. (Pinazo 2017)

23.2 Demencia con Cuerpos de Lewy: Consiste en un tipo de demencia que generalmente cursa con alucinaciones. Esta demencia se caracteriza neuropatológicamente por la presencia de cuerpos de Lewy en el sistema nervioso central. Los cuerpos de Lewy son agregados anormales de proteínas que se desarrollan dentro de las células nerviosas, en esta enfermedad y también en la demencia de Parkinson y algunos otros trastornos. La α -Synucleina es el principal componente de los cuerpos de Lewy y de las neuritas de Lewy, que son las características patológicas de las sinucleinopatías que incluyen la demencia con cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson. (Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011)

23.3 Demencia de Pick o Demencia Frontotemporal (DFT): Corresponde a un tipo de demencia en que predominan los cuadros conductuales sobre las alteraciones de la memoria. Puede haber cambios de personalidad o puede haber afasia, condiciones que motivan la consulta médica. (Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011)

23.4 Demencia mixta: Este tipo de demencia se debe a una suma de factores, tanto vasculares como propios del Alzheimer que causan daño cerebral. En general estos casos se clasifican como Enfermedad de Alzheimer, por lo que las estimaciones de su prevalencia son imprecisas (Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011)

23.5 Demencias vasculares: La demencia vascular (DV), tienen su origen en las lesiones vasculares o de origen circulatorio sobre el parénquima cerebral, dentro de estas se clasifican la demencia multiinfarto, la demencia post-ictus y patología vascular isquémica subcortical; sin embargo no en todos los casos se alcanza la categoría de demencia después de una ACV (Pinazo 2017)

24. Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, las referentes al auto - cuidado. (Caldera 2004)

25. Depresión: Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Esta situación es vivida por la persona como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas. (Lillo 2012)

26. Detección precoz: Tiene por objeto mejorar el curso de la enfermedad entre los individuos afectados, reducir el número y severidad de las manifestaciones clínicas, y disminuir la mortalidad en el caso de las enfermedades fatales. El

screening o tamizaje considera la aplicación de un test diagnóstico a personas asintomáticas, con el propósito de clasificarlas respecto a la presencia o ausencia de síntomas tempranos de la enfermedad. (Bounot, D.,2001).

27. **Deterioro cognitivo:** Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona. Es definido como una etapa intermedia entre el envejecimiento normal y envejecimiento patológico y posible predictor de demencia. (Capsal 2013).
28. **Disfunciones sexuales:** Son problemas en la respuesta sexual humana (el deseo, la excitación y el orgasmo) que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, afectan la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja. (Rubio 2016)
29. **Dignidad humana:** Es aquel valor intrínseco que posee la persona por el hecho de ser persona: la calidad de ser valorado, honrado, respetado. Posee un significado esencial (valórico) y otro perceptivo (de consideración); no es enajenable (no se le puede quitar a nadie) y es cualitativa (es igual para todos). (Palacios 2008)
30. **Dismovilidad:** El descenso de la capacidad para desempeñar las AVD debido al deterioro de funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdidas de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulación. (Arias 2012)
31. **Examen funcional del adulto mayor. (EFAM):** Instrumento creado por el Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Geriatría que se aplica en la atención Primaria de Salud con el fin de detectar a aquellos adultos mayores

que están en riesgo de perder su capacidad para desempeñarse por sí solos en la vida diaria. (Mesa & Parra 2011)

Es un instrumento “predicador de pérdida de funcionalidad “de la persona mayor. La aplicación del EFAM permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. (Figueroa 2013)

32. **Empatía:** La empatía es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales. (Balart 2003)
33. **Ética:** Es la reflexión filosófica que busca dar razón sobre la acción humana en sus aspectos susceptibles de ser calificados de buenos o malos, correctos o incorrectos. (García 2016)
34. **Edadismo:** Conjunto de comportamientos, actitudes, prejuicios y prácticas discriminatorias que adopta la sociedad en torno a una persona en función de su edad. (Miranda 2017)
35. **Empoderamiento:** Proceso a través del cual las personas, familias o comunidades se apropian de su existencia, adquiriendo poder y dominio sobre sus vidas. (Gómez 2016)
36. **Entorno:** Es donde se desenvuelve la persona y constará de: un medio interno, un espacio físico-ambiental, un medio organizativo y un medio social. (Gómez 2006)

- 37. Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) o Residencia Colectivas de Larga Estadía para Adultos Mayores:** Son parte del Programa Vivienda Protegidas de SENAMA, se financia con recursos ministeriales, lo cual permite su construcción y posterior operación. Estos establecimientos están orientados a Adultos Mayores vulnerables que presentan algún grado de dependencia. (SENAMA, 2017)
- 38. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)** El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la funcionalidad. El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, hace de este indicador su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que deben ser incorporados en el Plan de Salud, para actuar sobre ellos. (Programa de Salud del Adulto Mayor 2013)
- 39. Enfermedad de Parkinson:** Enfermedad neurológica degenerativa y progresiva caracterizada por temblor el cual es máximo durante el reposo, retropulsión (tendencia a caerse hacia atrás), rigidez, postura estática, lentitud de los movimientos voluntarios y expresión facial en máscara. (Somaza 2008)
- 40. Envejecimiento:** Proceso deletéreo, dinámico, complejo, irreversible, progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética de este y su medio ambiente. Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (Miranda, 2017)

41. **Envejecimiento Activo:** Proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo. (OMS 2011)
42. **Envejecimiento de la población:** Modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de esta población, que da un paso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes. La causa esencial del envejecimiento reside en el descenso de la natalidad, y mortalidad infantil, y el aumento de la esperanza de vida. (Díaz 2015)
43. **Envejecimiento positivo:** palabra clave en la actual política de envejecimiento en Chile. Es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Como política, su esencia busca que las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. (Política pública de envejecimiento positivo 2012 – 2025)
44. **Envejecimiento saludable:** Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. (Política pública de envejecimiento positivo 2012 – 2025)

45. **Envejecimiento exitoso:** Se define por la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a esta enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional, y un activo compromiso con la vida. (Castillo 2009)
46. **Envejecimiento normal:** Cambios derivados del propio paso del tiempo. (Barraza & Castillo 2006)
47. **Envejecimiento patológico:** caracterizado por la presencia de la enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento. (Barraza & Castillo 2006)
48. **Esperanza libre de discapacidad:** Número de años que la persona vive de manera independiente. (SENAMA 2014)
49. **Funciones cognitivas:** Las funciones cognitivas son aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. Entre estas funciones destacan: la atención, la percepción, la memoria, la orientación y el juicio. (Arenas 2002).
50. **Fondo Nacional de Salud (FONASA)** es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarios y es la alternativa pública al sistema privado de salud, representado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). (Chile Atiende 2016)
51. **Fondo Nacional del Adulto mayor:** Apoya a las personas mayores a través del financiamiento de iniciativas presentadas por organizaciones de los propios

mayores o instituciones que trabajan con ellos, a través de un fondo Autogestionado, Ejecutores Intermedios y Convenios Institucionales (Fondo Directo). (SENAMA 2016)

52. **Fragilidad:** síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones psicológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte” (Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L 2016)
53. **Género:** Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. (OMS. 2017).
54. **Gerogogía :** El Arte y la ciencia de enseñar a los mayores (Miranda 2017)
55. **Geriatría:** Rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. (Residente. 2010).
56. **Gerontología:** Ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales), pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento. (Gerontología Social, 2000).

- 57. Gerontología biológica:** Es también llamada del envejecimiento. Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por dos fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones deductivas, y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías. (Rodríguez, 2017).
- 58. Gerontología Social:** Se preocupa del estudio de las redes sociales, formas de relación, estructuras sociales, envejecimiento de la población y sus implicancias socioculturales. (Rodríguez, 2017).
- 59. Habilidades blandas:** Las habilidades blandas se entienden como *“el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a los demás, entre otras, que hacen a una persona dada a relacionarse y comunicarse de manera efectiva con otros”* (Solar, 2016). Es por tanto, un componente muy apreciado en la actualidad, pues posibilita el buen funcionamiento de las instituciones y de los equipos de trabajo. (Educrea. 1999).
- 60. Hipoacusia:** es la disminución de la sensibilidad auditiva. Puede presentarse en forma unilateral, cuando afecta a un solo oído, o ser bilateral cuando ambos oídos lo están. En personas de la tercera edad, es bastante frecuente la pérdida auditiva como consecuencia del envejecimiento; la presbiacusia (MAH. 2017).
- 61. Hospitalización:** Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico. (Herrera 2014)

62. **latrogenia:** es un daño producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, que el médico administra o realiza dentro una indicación correcta (Starfield, B. 2012).
63. **Inclusión:** Es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades (Unesco 2011)
64. **Incontinencia urinaria:** Condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. Esta pérdida puede ser por vía uretral o extrauretral. (Chiang M., Susaeta C., Valdevenito S., Rosenfeld V., Finsterbusch R. (2013).
65. **Independencia:** capacidad de un individuo para participar en ocupaciones necesarias y preferidas de una forma satisfactoria independientemente de la cantidad o tipo de asistencia externa deseada o requerida. (Ávila, A. Martínez, R. Matilla, R. et Alt. 2010).
66. **Institución:** Se define institución como aquella categoría social aparecida para atender alguna necesidad básica de la sociedad, adquiere carácter orgánico y permanente y, a menudo, posterior reglamentación jurídica (Gómez, 2006).
67. **Institucionalización:** Proceso de incorporación de una persona mayor a un establecimiento de larga estadía, las atenciones son provistas por

cuidadores formales en un contexto estandarizado de servicios. (SENAMA 2015)

68. Jubilación: Proceso por el cual se pone fin a la vida laboral activa de una persona. Implica un cambio global de la situación vital (individual, social, económica y legal) de la persona que se retira de la vida laboral. La transición del trabajo a la jubilación implica el inicio de una nueva etapa vital, con diferencias respecto a lo anterior en lo personal y colectivo. En lo personal implica un cambio de sus hábitos diarios, de su nivel de vida. En lo social supone una pérdida de su estatus de trabajador activo económica y socialmente. (Moragas, R. 2001)

En Chile la jubilación comienza a los 65 años para los hombres y los 60 años para las mujeres

69. Jubilación anticipada: Cuando se produce antes de los 65 años debido a varias causas: -incapacidad física, -situación especial del colectivo y -decisión del propio interesado/a. (Velázquez Clavijo, 1999).

70. Jubilación forzosa: Cuando se impone al trabajador sin alternativa posible por las siguientes razones: -haber cumplido edad reglamentaria, -reestructuración sectorial, traslado, cierre de empresa, quiebra. (Velázquez Clavijo. 1999).

71. Jubilación normal: Fijada a los 65 años para hombres y 60 años para las mujeres. (Velázquez Clavijo. 1999).

72. Jubilación retrasada: Cuando el propio trabajador/a o la empresa dilata/n el momento de la jubilación por razones mutuas. (Velázquez Clavijo. 1999).

73. Jubilación voluntaria: Cuando la persona decide el momento que se ha de producir. Esta decisión suele estar condicionada por: la antigüedad a la

cotización de la seguridad social, las expectativas de otras personas después de la jubilación, -la influencia familiar, el ejemplo de colegas jubilados anteriormente. (Velázquez Clavijo. 1999).

74. Longevidad: Potencial biológico de la duración de la vida. Extensión máxima de la duración de la vida humana. Esta duración parece ser del orden de 110 a los 115 años. (Lozano, J. 2002).

75. Maltrato: Acción u omisión que produce daño a un adulto mayor (no solo a AM) y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. Este puede ser intencionado como por desconocimiento de la persona que lo produce. Puede ser de carácter físico, psicológico y/o patrimonial (económico). (SENAMA. 2015).

75.1 Maltrato Físico: referido al uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente, y en casos extremos, la muerte. Ejemplo de esto son: zamarreos, empujones, puñetes, patadas, pellizcones, entre otros. (SENAMA. 2015).

75.2 Maltrato Psicológico: Acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona mayor. Ejemplos: insultos, amenazas de abandono, humillaciones, infantilización etc. (SENAMA. 2015).

75.3 Abuso Sexual: Cualquier acción de carácter, significación o connotación sexual con una persona mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico. Entre

los que se pueden nombrar insinuaciones, gestos, palabras, violación entre otros. (SENAMA. 2015).

75.4 Maltrato patrimonial o económico: Mal uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio. Por ejemplo: actos ilegales, firma de documentos, donaciones o testamentos. (SENAMA. 2015).

75.5 Maltrato estructural: Normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes hacia las personas mayores. (SENAMA 2015)

76 Memoria: Proceso mental o función cognitiva que hace referencia al almacenamiento y recuperación de la información. Es fundamentalmente una serie de sistemas interconectados organizados de forma secuencial con diferentes objetivos y características. (Sevilla, L. 2014).

77 Naturalización Fenómeno que lleva a las personas a atribuir, equívocamente, a causas naturales los hechos sociales. (Herrera 2014)

78 Negligencia: se refiere al incumplimiento por deserción (abandono) o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de una persona mayor (higiene, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos). Se categorizan tres tipos de negligencia: activa, pasiva y auto-negligencia (Herrera 2014).

- 78.1 **Negligencia activa:** sucede cuando el cuidador o encargado del adulto mayor (AM) por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Se da de manera intencional. (Herrera 2014)
- 78.2 **Negligencia pasiva:** Ocurre cuando el cuidador o encargado de la PM no provee los cuidados necesarios. Ocurre por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario. (Herrera 2014)
- 78.3 **Auto-negligencia:** Comportamiento de una persona mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación. .(Herrera 2014)
- 79 **Órtesis:** Constituye un aparato ortopédico que tiene diversas funciones. Puede servir para sostener una articulación o un músculo o para reemplazar una función corporal que presenta un déficit o un problema, también permite inmovilizar una parte del cuerpo para facilitar su recuperación. También el Minsal ocupa este nombre para referirse a las ayudas técnicas (CCM. 2017).
- 80 **PACAM:** Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, permite acceder a la entrega de alimentos fortificados con micronutrientes, para mantener y mejorar el estado nutricional de los beneficiados, con el fin de mejorar su calidad de vida. Se vincula también con otras actividades de medicina preventiva y curativa: promoción del envejecimiento saludable, mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y psíquica. (MINSAL, 2013).

- 81 **Pensión:** Monto de dinero que el Estado paga a una persona cuando se jubila, enviuda o queda incapacitada. Dicho dinero se entrega de manera periódica, ya que durante un lapso de tiempo o de forma permanente. (Pérez, J. Merino, M. 2013).
- 82 **Política pública** Es la respuesta y toma de posición por parte del Estado respecto de determinados asuntos que concitan atención e interés público, así como movilización de muchos actores en la sociedad. (SENAMA, 2012)
- 83 **Política Integral de Envejecimiento Positivo:** política pública implementada en Chile, la que busca entre los años 2012-2025, ofrecer una respuesta a los desafíos de la vejez, cuenta con 3 objetivos generales y 13 específicos, entre los primeros se pueden nombrar:
- Proteger la salud funcional de los adultos mayores
 - Mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad
 - Incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. (SENAMA, 2003)
- 84 **Polifarmacia:** La polifarmacia es considerada un síndrome geriátrico. Según la OMS polifarmacia es el consumo de más de tres medicamentos simultáneamente. En términos generales se acepta más extensamente el diagnóstico de la OMS, no obstante, sin embargo al igual que para el caso del número de caídas para definir caída frecuente; basta un solo medicamento mal indicado y se está frente a una potencial iatrogenia, y por ende se pone en riesgo al adulto mayor que lo recibe, dándole un estatus de fragilidad, incluso aunque los medicamentos estén bien indicados (OMS 2017)
- 85 **Psicogerontología:** Se refiere al estudio sobre los cambios y/o estabilidad que el proceso de envejecimiento produce en las funciones cognitivas como

memoria, atención, percepción, aprendizaje, afectividad, personalidad, etc. (Arriagada, L. 2016).

- 86 **Principio de Beneficencia:** Se refiere al deber de hacer el bien, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de una persona considerándola en su totalidad corporal, psicológica y espiritual. Sería prioritario y anterior a los otros principios de Justicia y Autonomía. (García 2016)
- 87 **Principio de No Maleficiencia** Es más que solamente no dañar; ésta alude a la obligación de hacer activamente el bien y también de prevenir el mal. (García 2016)
- 88 **Principio de Autonomía** Destaca el valor de la capacidad de la persona de auto-determinarse a un bien objetivo. Proviene después de la Beneficencia y antes de la Justicia (García 2016)
- 89 **Principio de Justicia:** En general, lo refieren a equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes, y de igualdad de oportunidades de acceso a éstos. La justicia, entendida como equidad, en una sociedad donde los recursos deben de ser distribuidos equitativamente entre los miembros de esa sociedad, requiere que a iguales se les dé igual y a desiguales, se les dé desigual. (García 2016)
- 90 **Principio de defensa de la vida física o inviolabilidad de la vida humana:** El respeto a la vida, su defensa y promoción representan el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y con los demás. Existe la obligación moral de promover la salud para todos los seres humanos en proporción a sus necesidades. Se trata del derecho a los medios y a los cuidados

indispensables para la defensa y promoción de la salud, como lo plantea la OMS. El derecho a la vida es anterior al derecho a la salud (García 2016).

- 91 **Régimen de garantías explícitas:** En base a la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas, desde 2005 establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. En su cobertura, se ha definido una serie de problemas de salud priorizados, se han incorporado gradualmente desde 2005 y que representan más de 70% de la carga de enfermedad del país. (OCHISAP. 2017).

- 92 **Satisfacción vital:** La valoración o respuesta de tipo cognitivo que sobre su propia vida realizan las personas, o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia existencia basada en la comparación entre las aspiraciones y los logros conseguidos. La satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y disminuye cuando se alejan. (Cabaño, M. Martínez, M., & Cabrero, J. 2004).

- 93 **Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA:** Servicio público creado por medio de la promulgación de la Ley N°19.828, el 17 de Septiembre de 2002. Comenzó sus funciones en enero de 2003. Tiene por misión: Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas (SENAMA. 2002).

- 94 **Síndromes geriátricos:** Son aquellas condiciones o enfermedades producidas por múltiples causas y que afectan la funcionalidad en los ámbitos físico, mental y social. Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son, en definitiva, un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales. (Herrera 2014)
- 95 **Síndrome post caída:** Es el temor a caerse nuevamente y, en consecuencia, padecer una menor movilidad y muchas veces depresión secundaria (Herrera 2014)
- 96 **Síndrome de Inmovilidad:** Es uno de los grandes síndromes geriátricos. Es el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. (Dinamarca, M. 2012).
- 97 **Síndrome de la abuela esclava:** “Enfermedad” grave, que afecta a mujeres maduras y mayores sometidas a una sobrecarga física y emocional y que origina graves y progresivos desequilibrios, tanto somáticos como psíquicos (García 2016).
- 98 **Sistema de Protección Social :** Conjunto de políticas públicas que persiguen un acceso oportuno y equitativo a los servicios y programas para aquellos grupos que han sido definidos como vulnerables, los cuales son establecidos por ley. (Acuña 2010)
- 99 **Sistema de Cuidados :** Conjunto de acciones públicas y privadas intersectoriales que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y apoyar a las familias en el cuidado de los miembros del hogar. (Acuña 2010)

- 100 **Soledad:** Convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.(Rodríguez, M. 2008).
- 101 **Trombosis venosa profunda (TVP):** Se produce por coágulos que tapan una vena profunda, impidiendo la circulación de la sangre que no irriga, por ejemplo, una pierna. Si no se trata pueden morir los tejidos, produciendo gran dolor y hasta la muerte. (Herrera 2014).
- 102 **Trastorno del ánimo:** Es una categoría en salud mental que los profesionales de la salud usan de manera amplia para describir todos los tipos de depresión y trastornos bipolares. Los niños, los adolescentes y los adultos pueden tener trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, los niños y los adolescentes no siempre tienen los mismos síntomas que los adultos. (Health library, 2017).
- 103 **Úlceras por presión (UPP):** Definidas como una lesión cutánea causada por una alteración del aporte sanguíneo a la zona, normalmente causada por presión, rotura o fricción. Se pueden categorizar en 4 etapas según grado de severidad: 0,1,2,3. Se producen en decúbito lateral, prono o supino en postración y en silla de ruedas. Sus áreas más comunes son: sacro, talones, codos, entre otros. (Ministerio de salud. 2015)
- 104 **Valoración Geriátrica Integral (VGI):** Es un proceso de diagnóstico multidisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas funcionales, cognitivos y sociales que presenta la persona mayor, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos

problemas. Es una herramienta fundamental para la práctica clínica que nos permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico. Los beneficios derivados de la aplicación de la VGI son la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, la estratificación de los problemas de salud y el análisis de dependencia funcional que le permiten llevar a cabo el diseño de estrategias de intervención coordinada entre los distintos profesionales. (Herrera, 2014).

105 **Vejez:** Etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales. Etapa de la vida (Ucha, F., 2010).

106 **Viejismo:** Discriminación por edad, también conocido como edadismo. (Acuña 2010)

107 **Vicios de Refracción:** Es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía y astigmatismo. La presbicia es la disminución de la capacidad de ver nítido de cerca y, se corrige con lentes. (GES, 2017).

108 **Viudez:** El fallecimiento del cónyuge es otro acontecimiento dentro de la familia, que generalmente tiene una connotación negativa y provoca vivencias similares a las que se producen por el cese del vínculo laboral. Genera depresión familiar, y exige del miembro de la pareja presente, una adaptación al rol de viudez. (Pérez, C., Infante, N. agosto, 2005).

109 Violencia de género: Violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género.

Algunas siglas:

- Pcte CLOTE: Paciente consciente, lúcido, orientado, témporo-espacialmente.
- Pcte BEG: Paciente en buen estado general
- OH: alcoholismo
- CA: cáncer
- HTA: hipertensión arterial
- TBC: tuberculosis
- RND: registro nacional de discapacidad
- DM: diabetes mellitus
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Bibliografía

- Acuña, I. Rojas, M. Sibaja, J. et alt.. (2010). Ayudas Técnicas. Junio 10, 2017, de ayudas técnicas uned Sitio web: <http://ayudastecnicasuned.blogspot.cl/2010/08/definicion-de-ayudas-tecnicas.html>
- Alberti, D.(2016). valoración geriátrica integral. junio 10, 2017, de universidad de Chile Sitio web:<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Dr.-Dante-Alberti-Evaluación-Gerontol%C3%B3gica-integral.pdf>
- Arenas, M. (2002). Documento interno SENAMA. Aspectos Biopsicosociales del Adulto Mayor.
- Arias, C. (2012). Síndrome de dismovilidad en el adulto mayor. junio 10, 2017, de scribd Sitio web: <https://es.scribd.com/doc/118405730/sindorme-de-dismovilidad>
- Arriagada, L. (2016). Síndromes Geriátricos "Polifarmacia". junio 10, 2017, de universidad Andrés Bello Sitio web: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e5b7b5221abc50e4e04001016401207a.pdf>
- Ávila, A. Martínez, R. Matilla, R. et Alt. (2010). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Junio 10, 2017, de Revista TOG Sitio web: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Balart, M (2003). La empatía: La clave para conectar con los demás. CLAVES DEL PODER PERSONAL, 23, 12. Sitio web: http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf
- Barraza R., Castillo P. (2006). El Envejecimiento. 2010, de Universidad Austral De Chile Sitio web: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/EI_envejecimiento.pdf

- Bounot, D. (2001) en Apuntes Diplomado de Geriatría y Gerontología. INTA U. Chile
- Bruno, F. J. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. (1997).Barcelona. Paidós Studio.
- Cabaño, M, Martínez, M., & Cabrero, J. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. junio 10, 2017, de Copyright Sitio web: <http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>
- Caldera, J. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. España: Valinch.
- Capsal, S. (2013). Deterioro cognitivo. junio 09, 2017, de Capsal adulto mayor Sitio web: <http://capsal.cl/index.php?op=9-18>
- Capsal. (2017). Glosario.Sitio web: <http://www.capsal.cl/index.php?op=9>
- Castillo, S. (2009). Envejecimiento exitoso. 16-02-09, de [REV. MED. CLIN. CONDES Sitio web: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_2/04ENVEJECIMIENTO.pdf
- CCM. (2017). Órtesis definición. Junio 10, 2017, de SaludCCM Sitio web: <http://salud.ccm.net/faq/14936-ortesis-definicion#definicion>
- Chile Atiende. (2016)¿Qué significa estar en FONASA? Junio 10, 2017, de Chile Atiende Sitio web: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/37853>
- Perez, Nildamary Infante. (agosto, 2005). La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Scielo, 3, 4.
- Del Pilar, M. (2010). La Asistencia al Adulto Mayor. Horizonte Médico, 10, 1. <http://www.redalyc.org/html/3716/371637119001/>
- Dinamarca, M. (2012). DISMOVILIDAD EN GERIATRÍA: Una década definiendo un concepto clínico. junio 10, 2017, de Geriatra, Programa de Ortogeriatría, Servicio de Ortopedia y Traumatología Adultos, Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile (HGF Sitio web:

http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf

- Díaz, M. (2015). Informe de un instrumento jurídico universal para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad. junio 8, 2017, de Chile Sitio web: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/Chile.pdf>
- Dr. Humberto Chiang M., Dr. Ricardo Susaeta C., Dr. Raul Valdevenito S., Dr. Rodolfo Rosenfeld V., Dr Carlos Finsterbusch R. (2013). Incontinencia Urinaria. Revista Medica clinica las condes, 24(2), 219-227.)
- Educrea. (1999)¿Qué son las habilidades blandas y cómo se aprenden? Educrea, 3, 1. <https://educra.cl/que-son-las-habilidades-blandas-y-como-se-aprenden/>
- Fabre (2000) Consideraciones en torno al concepto de exclusión social. Junio 10, 2017, de Unizar Sitio Web: [http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/11_AIS/AIS_11\(03\).pdf](http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/11_AIS/AIS_11(03).pdf)
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Evaluación psicológica. Conceptos, Métodos y Estudio de Casos. Madrid: Pirámide
- Figueroa, L. (2013). Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor. Junio 10, 2017, de Ministerio de Salud, Chile Sitio web: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dabae0cf6bec16bde040010165017df1.pdf>
- Fundación Caser. (2016). Definición de cuidador. Junio 10, 2017, de Caser fundación Sitio web:<http://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/definicion-de-cuidador-familiar>
- Gerontología Social, 2000. Editorial Pirámides, Madrid

- GES. (2017). Vicios de refracción en personas de 65 años y más. Junio 10, 2017, de Superintendencia de Salud Sitio web: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-603.html#accordion_0
- Gomez, S. (2006). institucionalización y dependencia. Serie dependencia, 99, 6. Sitio web: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>
- Gratacós, M. (2011). Memoria Sensorial: Características, Funciones y Tipos. junio 8, 2017, de Lifeder Sitio web: <https://www.lifeder.com/memoria-sensorial/>
- Guzmán, D. (2009). Memoria a corto plazo. Habilidad cognitiva. Neuropsicología. junio 10, 2017, de CogniFit Sitio web: <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/memoria-a-corto-plazo>
- Guzmán, D. (2009). Memoria a corto plazo. Habilidad cognitiva. Neuropsicología. junio 10, 2017, de CogniFit Sitio web: <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/memoria-a-corto-plazo>
- Guzmán, D. (2009). Memoria a corto plazo. Habilidad cognitiva. Neuropsicología. junio 10, 2017, de CogniFit Sitio web: <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/memoria-a-corto-plazo>
- Glosario gerontológico SENAMA disponible en www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf
- Health library. (2017) ¿Qué son los trastornos del estado de ánimo? junio 10, 2017, de Health university of utah Sitio web: <https://healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=85&id=P03852>
- Valdivia. (Abril 2003). Síndromes Geriátricos: Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. Diagnóstico, 42, 2.
- Lillo, M. (2012). Afectividad. junio 10, 2017, de blogspot Sitio web: <http://psicomaterias.blogspot.cl/2012/09/afectividad.html>

- MAH. (2017) ¿Que es la Hipoacusia? Junio 10, 2017, de Mutualidad Argentina de Hipoacúsicos Sitio web: <https://www.mah.org.ar/que-es-la-hipoacusia>
- Velázquez Clavijo. (1999). La jubilación activa. Dialnet, 20, 3. Dialnet- LaJubilacionActiva-195860.pdf
- Marta Rodriguez. (abril. 2008). La soledad en el anciano. Scielo, 3, 5.
- Maximina Rodríguez. (2017). GERONTOLOGÍA: LA CIENCIA DE LA VEJEZ. de Psicología Online Sitio web: <http://www.psicologia-online.com/monografias/4/gerontologia.shtml>
- Medline Plus. (2015). Menopausia. junio 7, 2017, de Biblioteca nacional de los E.E.U.U. Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000894.htm>
- MedlinePlus. (2017). Neumonía. Junio 10, 2017, de MedlinePlus Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>
- Mesa, M., Parra, P. (2011). Funcionalidad del Adulto Mayor que asiste a servicio de atención primaria de la comuna de Melipilla. junio 8, 2017, de Universidad de Chile Sitio web: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114900/Seminario%20%282%29.pdf?sequence=1>
- Miranda C. (2017) *Alteraciones Cognitivas, Conductuales y Psicológicas en la Enfermedad de Alzheimer*. Diplomado en Demencias Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Ministerio de salud. (2015). Úlceras por presión. Prevención, tratamientos y cuidados de enfermería. ., de Minsal Sitio web: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/ULCERAS-POR-PRESION-MINISTERIO.pdf>
- MINSAL. (2013). Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). Junio 10, 2017, de Chile atiende Sitio web: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/15622>

- MINSAL. (2014). Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores. junio 10, 2017, de Ministerio de salud Sitio web: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Moragas, R. (2001) La jubilación una oportunidad vital. Editorial Herder, Barcelona.
- Lozano, J. (2002). Longevidad humana ¿Existe un límite? junio 8, 2017, de Ciencia y salud Sitio web: http://cienciaysalud.laverdad.es/4_4_21.html
- OCHISAP. (2017). Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Junio 10, 2017, de Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile Sitio web: <http://www.ochisap.cl/index.php/proteccion-social-y-aseguramiento-de-salud/regimen-de-garantias-explicitas-en-salud-ges>.
- OMS. (2011). Qué es el envejecimiento activo. Junio 10, 2017, de Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional 2012 Sitio web: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>
- OMS. (2017). Género. Junio 10, 2017, de Organización mundial de la salud Sitio web: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- OMS. (2017). Discapacidades. Junio 10, 2017, de Organización mundial de la salud Sitio web: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OMS. (2017). Derechos humanos. Derechos humanos, 3, 1. Sitio web: http://www.who.int/topics/human_rights/es/
- Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
- Pérez, J. Merino, M. (2013). Definición de pensión. Junio 10, 2017, de Definiciones Sitio web: <http://definicion.de/pension/>

- Pisa, H. (2010). Soledad, depresión y aislamiento. *Psicogeriatría*, 3, 3. Sitio web: <https://www.psicogeriatria.net/2011/05/16/soledad-depresi%C3%B3n-y-aislamiento/>
- Pinazo S. (2017) *Psicología de la Salud en la vejez: evaluación y diagnóstico*. Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona Complemento Formativo. Universidad Internacional de Valencia.
- Política integral de envejecimiento activo para CHILE 2012-2025, SENAMA. Sitio web: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
- Portugal, M. (2007). Concepto de cultura. Junio 10, 2017, de Promonegocios Sitio web: <https://www.promonegocios.net/mercadotecnia/cultura-concepto.html>
- Programa de Salud del Adulto Mayor. (2013). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Junio 10, 2017, de Gobierno de Chile Sitio web: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- Ramos, G. & Llibre, J. (2004, Julio-Agosto). Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 N°4.
- Residente. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. 12.12.12, de Mediographic .Literatura Biomédica Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24798>
- Ribera, J. M.; (2003). Cátedra Geriatría. Universidad Complutense de Madrid. Editorial Glosa Barcelona.
- Rowe y Khan (1997), tomado de *Vivir con Vitalidad* (2002) Vol. I. Envejecer bien. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Rubio, E.,Díaz, J. (2016). Disfunciones Sexuales. junio 10, 2017, de Amssac Asociación Sitio web: <http://www.amssac.org/biblioteca/disfunciones-sexuales/>

- Ruiz, D. Cárdenas, C.. (2012). ¿Qué es una política pública?. Junio 10, 2017, de IUS Revista Juridica Sitio web: http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm#_edn4
- Romano, M., Nissen, M., Del huerto, N., & Parquet, C. (2007, Noviembre). Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. , N°175, 12.
- Saludalia. (2012). Tipos de ayudas técnicas. Junio 10, 2017, de Saludalia Sitio web: <https://www.saludalia.com/rehabilitacion/ayudas-tecnicas>
- Saludalia. (2017) ¿Que es geriatría? De Saludalia Sitio web: <https://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>
- Sebastián Gomez. (2006). institucionalización y dependencia. Serie dependencia, 99, 15. <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>
- SENADIS. (2015). Vida independiente. junio 10, 2017, de Gobierno de Chile Sitio web: <http://www.senadis.gob.cl/pag/159/1225/descripcion>
- SENAMA Sitio web: <http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf>
- SENAMA. (2002). Quienes somos. Sitio web: <http://www.senama.cl/QuienesSomos.html>
- SENAMA. (2002). Quienes somos. Sitio web: <http://www.senama.cl/QuienesSomos.html>
- SENAMA. (2003). Extraído de : <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
- SENAMA. (2005). Definición y tipificación del maltrato al adulto mayor, en Chile. ., de
- SENAMA. (2014). Glosario gerontológico. Junio 10, 2017, de SENAMA Sitio web: http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf

- SENAMA. (2016). Fondo Nacional del Adulto Mayor. Junio 10, 2017, de Servicio Nacional del Adulto Mayor Sitio web: <http://www.senama.cl/FondoNacional.htm>
- SENAMA. (2017). Participación y Vejez. Junio10, 2017, de Servicio Nacional del Adulto Mayor Sitio web: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
- SENAMA. (2017). Residencias Senama. Junio 10, 2017, de Servicio Nacional del Adulto Mayor Sitio web: <http://www.senama.cl/residenciasSENAMA.html>.
- SENAMA (2017). Política integral de envejecimiento activo para CHILE 2012-2025, SENAMA.Sitio web: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
- -Sevilla, L. (2014). Integración comunitaria III promocionar cuidado de enfermería en forma integral al adulto mayor y la tercera edad. Junio 10, 2017, de Blogger Sitio web: <http://liderger.blogspot.cl/2014/01/integracomunitarialey-unerg-unidad-iii.html>
- Somaza, S. (2008). Parkinson en Venezuela. junio 10, 2017, de Doctor Salvador Sitio web: <http://www.parkinsonenvenezuela.com/preguntas.htm>
- Starfield, B. (2012). ¿Qué es la Iatrogenia? Junio 10, 2017, de Contrainfo.com Sitio web: <http://www.contrainfo.com/1670/que-es-la-iatrogenia/>
- Trejo, C. (2015). LA VALORACIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ EN CHILE EN PERIODO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. junio 10, 2017, de universidad de Chile Sitio web: <http://clubdebatesantiago.blogspot.cl/2015/10/blog-post.html>
- Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo

de enfermedades crónicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2)328-34.doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2207

- Ucha, F. (2010). Vejez. junio 10, 2017, de gerontología Sitio web: <https://www.definicionabc.com/general/vejez.php>
- Unesco (2011) ¿.Qué es Inclusión? Junio 10, 2017, de KitPaPaz Sitio web: http://inclusion.redpapaz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=75
- Zapiola, G. (2006). CAPACIDAD, HABILIDAD Y COMPETENCIA. La muralla, 3, 1.

Tema N°2. “Demografía y Envejecimiento”

Demografía

La palabra demografía proviene de los vocablos griegos *demos* – que significa pueblo y *grafía* (acción de escribir), significando así “descripción de la población”. Por lo tanto, demografía se entiende por el estudio del tamaño, composición y distribución de la población en el mundo, sus variaciones y las causas que las producen. En la práctica, la demografía se limita al estudio estadístico de la vida del hombre que vive en una determinada comunidad y sobre el que inciden circunstancias familiares, económicas y sociales específicas. La demografía se basa en el análisis de factores tales como los índices de natalidad, fecundidad, nupcialidad, fecundidad, mortalidad, migraciones, o la tasa de crecimiento en un determinado lugar y período. (Zabala de Cosío, 1992)

Los cambios demográficos de los últimos decenios se insertan en el denominado proceso de transición demográfica. Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta -siempre vigente- de explicación de la dinámica demográfica a la luz de sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y culturales (Zabala de Cosío, 1992).

La transición demográfica se define como *“un proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la mortalidad y natalidad”* y ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro,

final, de bajo crecimiento, pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (Chesnais, 1986). Desde esta perspectiva, América Latina se encuentra, como señalaron Chackiel y Martínez (1993), transitando la fase de disminución de la fecundidad, que se ha producido en forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso.

La transición demográfica es, sin embargo, un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como respecto a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas, tales como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, las conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar.

Dentro de cada país, el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones influyen en el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos. De estos tres factores, la fecundidad es la variable que mayor influencia ha tenido en este proceso de cambios, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones, efecto que se traslada con los años a los diferentes grupos de edades. Por ejemplo, en países europeos, se ha observado que el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de sus miembros puede dar lugar, no sólo a una disminución del crecimiento, sino incluso a una disminución absoluta de sus efectivos y a una inversión de la pirámide de edades. En América Latina,

con la excepción de Cuba, la mayoría de los países se encuentran actualmente en alguna etapa del proceso de transición demográfica. (Viveros 2001).

Identificar situaciones similares en diferentes países permite realizar agrupaciones y obtener una visión de conjunto de la situación de la región y de sus perspectivas futuras. Por su contribución para comprender la situación de América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada en CELADE, que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países. En esta tipología se han usado como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, las que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. De esta forma la transición demográfica se puede agrupar de la siguiente forma, según lo planteado por Viveros (2001):

- a. **Grupo I. Transición incipiente.** Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%. Los países de este grupo son Bolivia y Haití que, por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.
- b. **Grupo II. Transición moderada.** Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. Los países de este grupo son El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. El descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.
- c. **Grupo III. En plena transición.** Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Los países de este grupo son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago. Como el descenso de la fecundidad es reciente, la estructura por edades se

mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.

d. Grupo IV. Transición avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Los países de este grupo son: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Entre éstos se pueden distinguir dos subgrupos: los que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo período (Argentina, Uruguay y, en menor medida, Cuba) y que, por lo tanto, tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de países desarrollados, y los que, si bien recientemente han alcanzado tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad, tienen aún tasas de crecimiento más elevadas debido a su población relativamente joven.

A cada uno de estos grupos le corresponde también un patrón diferente de estructura por edades. Los países de los grupos I y II tienen una estructura por edades "joven", con una proporción superior al 50% por debajo de los 15 años; los países del grupo III, tienen una estructura que podría denominarse "en transición", con proporciones que van del 32 al 36% de la población por debajo de los 15 años. Finalmente, los países del grupo IV, se caracterizan ya por una estructura por edades "madura", con menos del 30% de su población en el grupo de edades menores. Cabe mencionar, que no se encuentran en la región, países con poblaciones que se podrían llamar "envejecidas", como las de Alemania, Italia, Japón, Reino Unido, Suecia, con menos del 20% de su población por debajo de los 15 años aunque se transita en poco tiempo hacia allá. (Viveros, 2001)

Envejecimiento

El fenómeno del envejecimiento es un tema de preocupación entre los organismos internacionales, tanto públicos como privados, organizaciones de la sociedad civil

y especialistas de la comunidad académica de todo el mundo. La constatación de que la población está dejando atrás una larga etapa, caracterizada por altos índices de natalidad y mortalidad para avanzar hacia un escenario marcado por niveles cada vez más reducidos de natalidad y mortalidad, y que resulta finalmente en un importante aumento de las personas mayores. Si bien esta transición presenta diferencias entre los países, su velocidad y profundidad son rasgos inéditos en la historia, por lo que involucran complejos retos sociales, políticos, económicos y culturales. (Naciones Unidas, 2001)

Estos antecedentes objetivos (información y conocimiento) y las opiniones de los expertos coinciden en que la humanidad está frente a una profunda transformación demográfica, que, —en parte a raíz de los avances de la ciencia y la tecnología,— continuará en el futuro, como lo muestran las siguientes antecedentes en el ámbito mundial: (Naciones Unidas (2001) y HelpAge International (2000)).

- a) En 2000, una de cada 10 personas tiene 60 y más años y para 2050, se espera que una de cada 5 personas estará en esa condición.
- b) Las personas de 80 y más años que en 2000 son el 11% del grupo de edad de 60 y más años, en 2050 representarán el 19%. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y acciones de la sociedad.
- c) Las personas centenarias (de 100 o más años) suman aproximadamente 145 000 individuos en 2000 y se estima que serán 2.2 millones en 2050.
- d) La mayoría de las personas de edad son mujeres (55% del total) y su proporción es aún más entre los más mayores (alcanza aproximadamente a 65%).

- e) La mayoría de las personas de edad (51%) vive actualmente en áreas urbanas; para el año 2025 se espera que esta cifra aumente a 62%.
- f) Durante la última mitad del siglo XX, la esperanza de vida de la población mundial se incrementó en 20 años y su promedio actual es de 66 años.

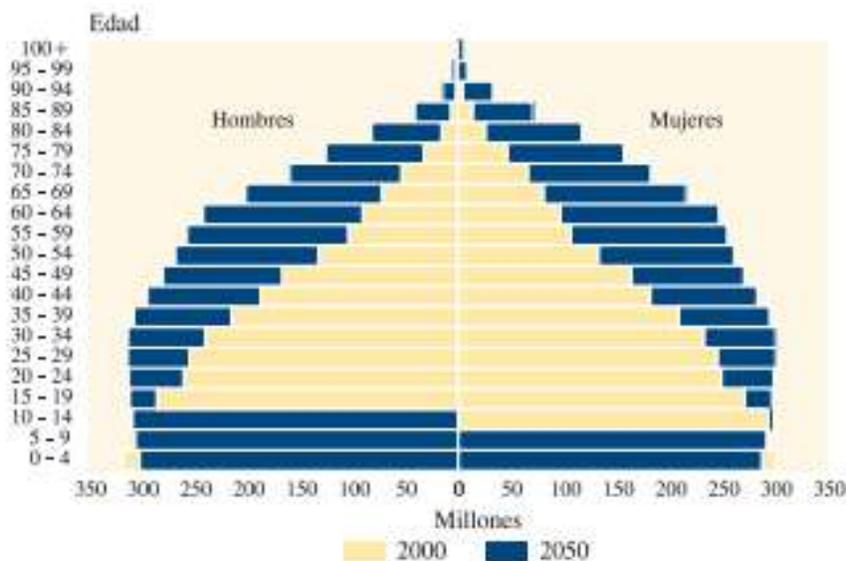
Sin embargo, la diferencia en el crecimiento demográfico entre regiones resulta significativa. En la actualidad, uno de cada 5 europeos y uno de cada 20 africanos tienen 60 y más años. De igual manera, y como el ritmo de envejecimiento en los países en desarrollo es más rápido que en los países desarrollados, los primeros (por ejemplo, los de América Latina y el Caribe) tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población. Estas consecuencias serán múltiples; así, el impacto del envejecimiento de la población es cada vez más evidente en el índice de dependencia de las personas mayores (número de personas de 60 y más años en relación con las que están en edad de trabajar). De esta manera el impacto socioeconómico que puede resultar de un creciente índice de dependencia deben sumarse las consecuencias sociopolíticas y socioculturales que suponen estos cambios. Esta mayor presencia relativa de personas mayores respecto de otros grupos etarios, y las manifestaciones y consecuencias múltiples del proceso de envejecimiento, constituyen temas centrales y urgentes del desarrollo social a escala mundial. (Naciones Unidas 2001)

Según datos de la revisión de 2017 del informe «*Perspectivas de la Población Mundial*», se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100, considerándose a nivel mundial que este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes. (Naciones Unidas, 2001).

En 2017, se calculó que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del 3 por ciento. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25 por ciento. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. Ya para 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo (Naciones Unidas, 2001).

En relación con las personas que superan los 80 años, se calcula que se triplicará en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100, según se puede evidenciar en la siguiente pirámide poblacional (Naciones Unidas, 2001)

Pirámide de la Población Mundial 2000-2050



Fuente: Naciones Unidas 2001

Realidad de Chile

A partir de la información mostrada por la ONU (2017) se puede observar que Chile es un país que ha tenido un crecimiento en su población sostenido desde el año 1950, pasando de ser 6 millones de personas a ser 18 millones de personas para el año 2017, y se proyecta que para el año 2050 esta cantidad podría alcanzar los 20 millones de personas.

En el censo realizado en Chile en el año 1992 podíamos encontrar una relación de dos personas mayores (65 años o más) por cada diez menores de 15 años, esta cifra aumento a tres personas mayores en el año 2002 y en el reciente censo realizado el año 2017 se pudo determinar una relación de seis personas mayores (65 años o más) por cada diez menores de 15 años. (Ministerio de Salud de Chile 2018)

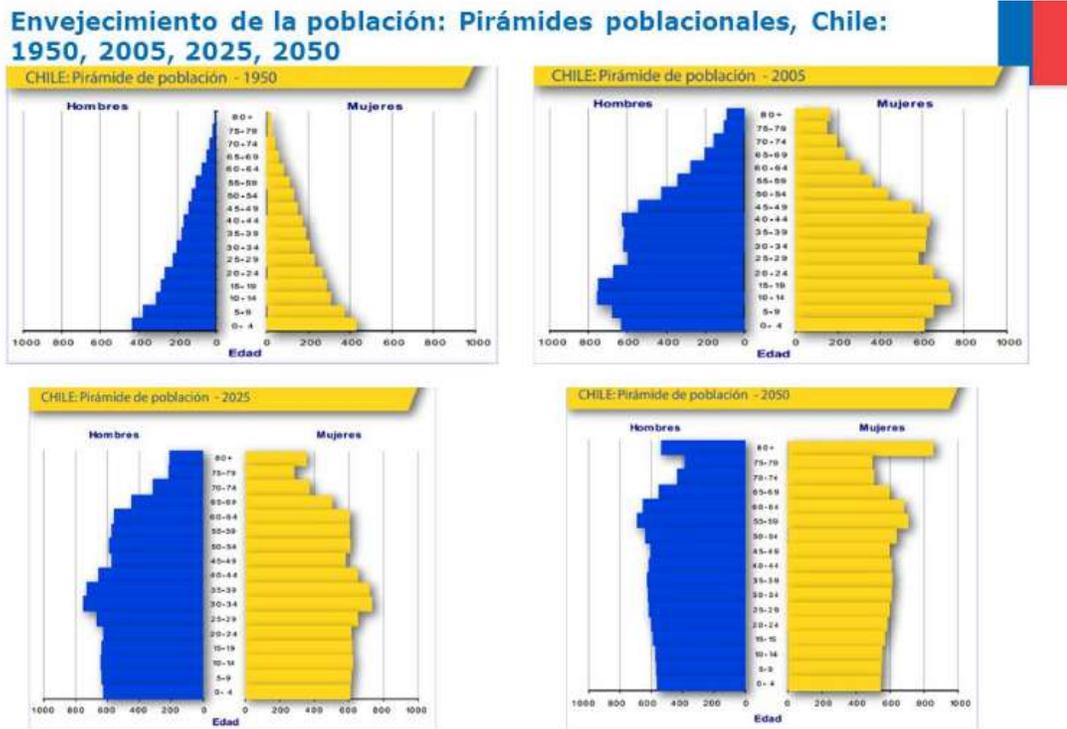
Actualmente, en Chile la población de personas mayores, de 65 años o más, asciende a 2.003.256, correspondiendo a un 11,4% de la población total. Si incorporamos el quinquenio de 60 a 64 años, la población de personas de 60 años o más sería de 2.850.171 quedando una relación porcentual con la población total del 16.2%. Se proyecta que el grupo de 65 años y más aumente hasta alcanzar y sobrepasar el grupo etario entre 0 a 14 años (INE, 2017).

Este aumento en la población tiene su explicación en que las políticas públicas en Chile han estado orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas y su esperanza de vida, además de una baja en la mortalidad infantil en menores de cinco años (ONU 2017). Es interesante destacar que en el contexto sudamericano Chile es el país que ha tenido mejores resultados en la disminución de la tasa de mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida.

En esta pirámide de población, se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Es también evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor. Estas diferencias ya se aprecian en 2000, pero se acentuarán en el futuro como se aprecia en la pirámide de 2050..

Estos datos y proyecciones realizados por el Instituto Nacional de Estadísticas (Ministerio de salud 2018) plantean nuevos desafíos para el país, ya que Chile se encuentra en un proceso de transición avanzada hacia el envejecimiento demográfico de su población, al igual que países como Costa Rica, Argentina y Brasil. Para 2025 habrá cien adultos mayores por cada cien menores de 15 años. Y a partir de ese momento, la pirámide se invertirá, alcanzando los estándares que tienen actualmente Japón y los países de Europa Occidental, según se puede evidenciar en las siguientes pirámides poblacionales:

Pirámide de la Población Chilena 1950-2050



Fuente: Ministerio de Salud /Proyecciones INE 2005

Desde aquí se puede decir que, en el Chile de 1950, uno de cada tres chilenos era menor de quince años, en 2050 serán menos de la mitad: sólo el 16,6%. Y los mayores de 80 años vivirán un proceso inverso. De ser apenas el 0,5%, llegarán al 4,2% a mediados del siglo XXI.

Bibliografía.

- Ministerio de salud (2005) Proyecciones de Población, INE
- Ministerio de salud (2018) Orientación Técnica de Atención Integral Para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas De Agudos (UGA)
- Naciones Unidas (2001) *Asuntos que nos importan Envejecimiento*. Recuperado el 11 de noviembre del 2017 de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Demencia: Nota descriptiva. Recuperado de <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Viveros (2001) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE población y desarrollo. *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad* Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Santiago de Chile
- Zabala de Cosío, (1992), LA TRANSICION DEMOGRAFICA EN AMERICA LATINA Y EN EUROPA disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12947/NP56-01_es.pdf?sequence=1

Tema N°3. “Epistemología del envejecimiento y la vejez”

Comprender la vejez y el envejecimiento no es algo tan sencillo, ya que existen diferentes formas de ver, vivir, expresar y soñar esta etapa de la vida.

Según lo que plantea Huenchuan (1998) la llamada tercera edad – y en actualidad la cuarta edad- se ha visto viciada por una serie de prejuicios que, transmitidos y generalizados por procesos de socialización, ven a esta etapa como un proceso negativo y sin sentido, a la cual nos negamos a llegar y no la valoramos como una etapa valiosa del desarrollo del ser humano.

Dado lo anterior es necesario comprender y aclarar el concepto de edad según lo planteado por Cepal 2011:

- ❖ **La edad cronológica** o de calendario. Se refiere a la edad en años. Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”. Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios —sobre todo aquellos asociados al empleo— dependen de la edad cronológica (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998).
- ❖ **La edad fisiológica** se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se

produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998)

- ❖ Por último, la **edad social** alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn, 1995). Esto significa que la edad de la vejez —al igual que el género— es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural otorga a los procesos biológicos que la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, relacionada tanto con las percepciones subjetivas —lo mayor que la persona se siente— como con la edad imputada —los años que los demás le atribuyen al sujeto— (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998). Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona, está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, las tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad (Fericgla, 1992 citado en Huenchuan 1998). Una expresión ligada a la edad social es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Para Huenchuan 1998, este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente, llena de satisfacción. Esta noción constituye un estereotipo que se acerca mucho al de la “*edad dorada*”, luego del retiro de la actividad laboral, que supone que las personas mayores tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión. Para otros autores no es más que un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, que es considerada un estigma y que se emplea para alejar la idea de la muerte que se le asocia (Romieux, 1998 y Fericgla, 1992 citado en Huenchuan 1998).

Como se aprecia, aunque la edad de la vejez posee un componente biológico y cronológico, desde el punto de vista de los derechos humanos lo más importante es su construcción social. En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas de edad y sus problemas, parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales (Huenchuan, Cepal, Celade, 2011, Pinazo 2017)

Además el culto que se le rinde a la etapa de la juventud, donde esta etapa es vista como la más esplendorosa y la “única” etapa donde se puede alcanzar el éxito, la felicidad y ser un real aporte a la sociedad. (García 2016).

Se hace entonces necesario reflexionar y discutir acerca de esta percepción negativa que prevalece acerca de la vejez. Por esto es importante, que exista una imagen sobre las personas mayores que entregue la cara real de la vejez y no sólo sus limitaciones problemas o enfermedades. Se deben construir imágenes más realistas que den cuenta de las diversas maneras de experimentar la vejez.

Es por esto que existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales, como se ha mencionado.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada, aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy vinculada con la edad fisiológica.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las

personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad.

Tradicionalmente, la concepción predominante a nivel programático ha sido la construcción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo según lo planteado por Pinazo (2017), carencias de tipo económicas, físicas y sociales, las primeras expresadas en problemas de ingresos; las segundas en falta de autonomía y las terceras, en ausencia de roles sociales que desempeñar.

Desde esta perspectiva, se han descritos una serie de estereotipos concebidos como “falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. Son inexactos y generalmente despectivos, y pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias” (Carbajo C. 2009).

Desde este punto de vista las interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez, que son las más comunes, inciden en el deterioro de la persona mayor desde diversas perspectivas como la cronológica, la biológica o de salud, la psicológica o personal y la sociológica o comunitaria, como se describe a continuación. (Rodríguez Domínguez, 1989 citado en Carbajo C. 2009).

- **El estereotipo “cronológico”** este estereotipo nace a partir desde lo se espera que realice la persona en función de su edad. A pesar de que muchas personas mayores se encuentran tanto física como psíquicamente bien, se produce una discriminación por la edad que puede impedir a las personas mayores alcanzar la felicidad y productividad total.
- **El estereotipo “biológico”** o consideración médica sobre la vejez que ha incidido en la concepción del envejecimiento como involución y senilidad. La equiparación de vejez y persona mayor con senilidad contribuye injustamente a concebir la vejez como etapa vital cargada de dolencias

físicas, enfermedades y trastornos psicofisiológicos y, por lo tanto, como etapa necesitada de permanente asistencia médica en hospitales y residencias de personas mayores, desde la perspectiva de la cercanía de la muerte.

- **El estereotipo “psicológico”** de la vejez ha acentuado el concepto de deterioro y declive de los recursos psicológicos y cognitivos como de atención, memoria, concentración, aptitudinales o de habilidades, de personalidad, de carácter, etc., potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de aislamiento, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas.
- **El estereotipo “sociológico”** o social negativista de la vejez que ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales comunitarios. Más recientemente, la equiparación de vejez con etapa de la jubilación, generalmente deficitaria en recursos económicos, ha acentuado la imagen aún más negativa que suele rodear a la figura de la persona mayor, asociando la vejez con pobreza, abandono y soledad.

En la mayoría de los casos se podría decir que el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, la que tiene por consecuencia obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. (Huenchuan 1998) Además, las personas mayores están expuestas a sufrir la pobreza, la invisibilización o la fragilización, con sus particulares expresiones en esta etapa de la vida. La promoción de los derechos de las personas mayores requiere acompañarse con un énfasis especial en los aspectos de discriminación

(Ageism) y prejuicio que existen en esta etapa, para así contribuir en al cambio de paradigma que requiere la vejez.

Desde esta perspectiva, un enfoque de derechos humanos aplicado a los asuntos del envejecimiento es fundamental, ya que es necesario enfrentar esta perspectiva desde un marco conceptual que permita darle una visión más amplia y justa a las problemáticas y necesidades de nuestros adultos mayores. Como refiere Palacios (2008)

Un enfoque de derechos debe ser capaz de ofrecer un sistema acorde a los principios y reglas en el ámbito de las políticas públicas, lo que implica la existencia de mecanismos de responsabilidad, la promoción de la igualdad y la no discriminación, la participación y empoderamiento de grupos excluidos y la realización progresiva de los derechos.

El Enfoque de Derecho conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios o sujeto de “caridad”, y que, por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Por lo anterior, es que se hace importante “cambiar la cara de la vejez”, debemos como sociedad ser más abiertos y tolerantes, darnos el tiempo de conocer cuál es la verdadera realidad de nuestras PM y poco a poco cambiar esta visión que tenemos de ellos. Por otro lado, cada Persona mayor debe buscar un rol significativo, buscar las tareas que sean más valiosas para él, y que contribuyan a

Paradigma tradicional	Paradigma emergente
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social.	Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho.
Se reproducen prácticas heterónomas.	Se impulsan procesos de autonomía.
Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos.	Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad.
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad puede dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

generar una identidad positiva para garantizar un quehacer que fortalezca sus capacidades y habilidades, en favor de su salud física y mental.

Es por esto necesario cambiar el paradigma Tradicional de la vejez por un emergente que haga valer los derechos de las personas mayores, según se refiere en el siguiente cuadro:

Fuente: Huenchuán Navarro; Cepal; CELADE (2011);

De acuerdo a la anterior, debemos construir como sociedad una nueva conceptualización de la vejez entendiendo que esta etapa está influida por múltiples y diversos factores tanto internos como externos. No es posible hablar de la existencia de una vejez, sino de muchas, construidas desde la experiencia particular de lo que ha sido el proceso de envejecimiento de la persona mayor, el

contexto histórico y las condicionantes psicosociales que le han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades determinantes en la configuración de esta etapa y en la percepción de la misma.

Bibliografía

- Carbajo C. (2009). “Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante”, en ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, N° 24, disponible en <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.
- García M. (2016) Aspectos éticos en el trabajo con personas mayores diplomado de gerontología social. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2016. Material digital
- Huenchuán Navarro (1998). Vejez, género y etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Material digital
- Huenchuán Navarro; Cepal; CELADE (2011); Los derechos de las personas mayores Materiales de estudio y divulgación. Modulo I Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Material digital.
- Palacios A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Grupo editorial CINCA. Madrid.
- Pinazo S. (2017) Psicología de la Salud en la vejez: evaluación y diagnóstico. Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona Complemento Formativo. Universidad Internacional de Valencia.
- Servicio Nacional del adulto mayor (2016) Guía de prevención del maltrato a las personas mayores www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf

Tema N°4. “Teorías del envejecimiento”

Se desconoce el motivo exacto por el que las personas experimentan diversos cambios a medida que envejecen. Sin embargo, por la gran cantidad de cambios; se han propuesto numerosas teorías para explicar este proceso. (Viveros 2011)

Casado, Vegas y Ruiz en el año 2010, refieren que existen numerosas teorías que intentan explicar el envejecimiento, no obstante, ninguna explica por sí sola dicho proceso. Existen más de 300 teorías del envejecimiento y el número sigue aumentando con el paso de los años. Esto es la consecuencia natural del progreso rápido de nuestra comprensión de los fenómenos biológicos y de la aplicación a la investigación gerontológica de muchos enfoques y métodos nuevos (Miquel, 2006).

Debido a lo anterior y para un mejor entendimiento se hará una clasificación de estas teorías según son consideradas mayormente relevantes:

1. Teorías Biológicas: Teorías Estocásticas y no estocásticas
2. Teorías Psicosociales: Teoría de la desvinculación, teoría de la actividad y Teoría del Yo de Erickson
3. Teorías sociales: Teoría de la dependencia estructurada, Teoría económico política, Teoría Funcionalista sobre el envejecimiento.

1. Teorías Biológicas

Actualmente, existen varios sistemas para clasificar estas teorías, donde uno de ellos es el modelo clásico que las divide en teorías estocásticas o ambientales y teorías no estocásticas o genéticas.

En las teorías estocásticas, los procesos que determinan el envejecimiento ocurrirían aleatoriamente y se irían acumulando en el transcurso del tiempo debido a la acumulación de agresiones procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida. Dentro de estas Teorías encontramos las siguientes: (Durante y Pedro 2010)

a) Teoría del error catastrófico:

Propone que en la síntesis de proteínas se produce una acumulación de errores que conducen a un trastorno de la función celular determinando cambios en ella que facilitan su envejecimiento y su muerte. Esta teoría predice una acumulación de proteínas anormales en las células envejecidas.

Otra propuesta plantea, que con la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales (Arias, 2007).

Barraza & Castillo (2006) plantean que, si bien existe conocimiento sobre la producción de errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo.

b) Teoría del entrecruzamiento (Hoyl, 2000) o enlaces cruzados Casado, Vegas y Ruiz, (2006).

Se basa en los cambios moleculares producidos extra e intracelularmente y que afectan a la información contenida en el ADN y ARN. Con la edad aumenta la frecuencia de enlaces covalentes o de bandas de hidrógeno entre macromoléculas, que, si bien inicialmente pueden ser reversibles, a la larga determinan fenómenos de agregación e inmovilización que convierten a estas moléculas en inertes o malfuncionantes. Según esta teoría, la alteración

generada en el ADN da lugar a una mutación en la célula y, posteriormente, su muerte.

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad (Barraza & Castillo, 2006).

c) Teoría del desgaste:

Esta teoría postula que las células somáticas sufren un desgaste como efecto secundario de su trabajo fisiológico (Miquel, 2006).

Otra definición de esta teoría radica en que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal y a su vez se envejece debido al uso continuo (Barraza & Castillo, 2006).

Esta teoría propone, que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales podría llevar a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

d) Teoría de los radicales libres:

Enunciada en 1956 por Denham Harman (citado en Arias, 2007) postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a los tejidos por reacciones de radicales libres.

Hoyl (2000) propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente

reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas (Barraza & Castillo, 2006).

Por otra parte, Hoyl (2000) describe las *teorías no estocásticas* las cuales postulan que el envejecimiento estaría predeterminado (Casado et al., 2006). Dentro de estas encontramos las siguientes:

a) Teoría del marcapasos:

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían marcadores intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. Según Burnet (1970) esto hace alusión al "Reloj del envejecimiento" (Hoyle, 2000).

b) Teoría genética:

Todas parten del supuesto de que la longevidad de una especie y de sus individuos se haya en gran parte determinada por mecanismos genéticos. El individuo nacería con una secuencia de envejecimiento programada en su genoma que le adjudicaría una máxima extensión de vida. Esta potencial supervivencia se vería modificada por fenómenos ambientales, que limitarían en mayor o menor medida esa programación. Son teorías genéticas la teoría de la programación genética, la del error genético y la de la mutación somática. Ninguna de ellas explica el fenómeno del envejecimiento por sí sola (Casado et al., 2006).

2. Teorías Psicosociales. ¹

Esta perspectiva tiene como unidad de análisis el individuo y su forma de enfrentar el paso del tiempo. El énfasis analítico se pone en la forma en que los individuos

¹ Huenchuán N (1998). Vejez, género y etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Material digital

enfrentan las condiciones personales que les toca vivir y responden a ellas, buscando solución a los problemas que tienen, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables, para seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Comisión Nacional para el Adulto Mayor, 1995). Este enfoque es criticado porque pone énfasis en la búsqueda de generalizaciones a partir de ciertas características que se supone son propias de todas las personas que pasan por determinados estadios de su ciclo vital (Redondo, 1990), y porque, al no tomar en cuenta debidamente las dimensiones sociales del envejecimiento, desarrolla una perspectiva que define a las personas mayores como un grupo homogéneo, con necesidades, habilidades y comportamientos comunes. Dentro de este enfoque se encuentra la noción de envejecimiento satisfactorio, introducida por John Rowe en 1987, que sería el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos (Vellas, 1996).

a) Teoría de la actividad. Esta teoría plantea que cuanto más activa se mantenga la población de edad avanzada, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Papalia y Wendkos, 1998). No obstante, cabe hacer notar que, tal como lo señalan Arber y Ginn (1995), la perspectiva que visualiza a las personas mayores dedicadas únicamente a su desarrollo personal, al consumo y a la práctica de estilos de vida juveniles constituye una opción fuera del alcance de una mayoría que dispone de rentas más bajas o padece de mala salud.

b) teoría de la desvinculación. Según esta propuesta, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo. La persona mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la

segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento (Papalia y Wendkos, 1998).

c) Teoría de Erikson (1985), que asocia a esta etapa de la vida la octava crisis en el desarrollo psicosocial del yo: *“integridad versus desesperación”*. La integridad permite la emergencia de la sabiduría, descrita por como una especie de preocupación informada y desapegada por la vida frente a la muerte. En contrapartida aparece la desesperación, como reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo. Redondo (1990), tomando como base la teoría psicosocial de Erickson, afirma que el estilo predominante de las sociedades industrializadas favorece el dominio de la desesperanza, antes que la integridad y la sabiduría

3. Teorías sociales ²

Las aproximaciones teóricas que se han elaborado dentro de esta perspectiva de análisis son, principalmente, *la teoría funcionalista sobre el envejecimiento, la economía política del envejecimiento y la teoría de la dependencia estructurada.*

a) La teoría funcionalista del envejecimiento tuvo su auge en los años sesenta y setenta del siglo pasado. Considera a la vejez como una forma

² Huenchúan N (1998). Vejez, género y etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Material digital

de ruptura social, y como una pérdida progresiva de funciones (teoría del rol). Sus críticos apuntan, por una parte, que esta forma de concebir el envejecimiento constituye una herramienta ideológica que justifica los argumentos sobre el carácter problemático de una población que envejece, y que considera a las personas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad. Por la otra, hacen notar la insistencia en la importancia de la adaptación personal del sujeto, con la que se corre el riesgo de que se desarrolle un egocentrismo y un aislamiento progresivo en esta etapa (Bury, 1995).

b) Teoría economía política de la vejez, la cuestión principal para comprender la situación de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas es que la calidad de vida durante esta etapa está directamente influenciada por la posición en el mercado de trabajo al momento de la jubilación (Estes, 1986). Sus críticos sostienen que, aun cuando esta aproximación resulte útil, debe convenirse que la continuidad pre y post jubilatoria no existe en la esfera económica —el nivel de ingreso— o en el plano de las relaciones sociales —entendidas como relaciones de producción—, y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, caracterizada por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social (Redondo, 1990).

c) La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general, en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social (Mouzelis, 1991).

La posición de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas mayores, a la vez que funciona como un correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento (Bury, 1995). Sin embargo, tal como señala McMullin (1995), todas estas teorías no cuestionan los supuestos que subyacen a la corriente dominante, y examinan la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, por lo que el ideal respecto al que se juzga a las personas mayores es la vida productiva y reproductiva de las generaciones jóvenes, lo que resulta completamente insuficiente para entender la vejez.

Según lo planteado por Huenchuán (1998) los modelos para comprender la situación y posición de las personas mayores en la sociedad se han basado en explicaciones biomédicas y sociales habitualmente ancladas en el pasado y que, en general, han construido a este grupo como un problema para sus familias y la sociedad, y al envejecimiento como un obstáculo para el desarrollo. Esta forma de entender la vejez y el envejecimiento se utiliza tanto para apartar a las personas mayores como para mantenerlas en ese estado.

De esta manera, el mundo del trabajo, de la familia o de la interacción social por ejemplo, se establecen en gran medida en relación con la norma dominante, en este caso, la de las personas en edad productiva. Como normalmente no se prevén adaptaciones para las diferencias respecto de la norma arbitrariamente elegida, esa diferencia sirve como base para la exclusión (Quinn y Deneger, 2002 citado en Huenchuán N 1998.). Desde esta perspectiva, la edad cronológica constituye la principal fuente de los problemas físicos, del deterioro funcional, las dificultades económicas o la falta de consideración de roles para la vejez. Por lo tanto, la integración de las personas mayores se concibe como un problema radicado en el sujeto, y no en la sociedad. Sólo a partir de la década de

1980, gracias al impulso de las Naciones Unidas, el análisis de los problemas de las personas de edad y sus soluciones se empezaron a contextualizar necesariamente dentro del debate sobre el sector público y la naturaleza del Estado social. Evidencia de ello es que la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de 1982, cambió su nombre —antes se denominaba Asamblea Mundial sobre las personas de edad— “*en vista de las interrelaciones existentes entre las cuestiones relativas al envejecimiento de los individuos y el envejecimiento de las poblaciones*” (Naciones Unidas, 1980).

Bibliografía

- Arias, 2007. Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. Revista Médica de Risaralda.
- Barraza, A., & Castillo, M. (2006). El envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Recuperado de: [http://medicina.uach.cl/salud pública/diplomado/contenido/trabajos/1/La% 20Serena, 202006](http://medicina.uach.cl/salud_pública/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena,202006).
- Durante y Pedro (2010) Terapia Ocupacional en Geriatría. Principios y práctica. Elsevier España. Editorial Masson
- Casado, J. R., Vegas, A. M., & Ruiz, M. R. (2006). Conceptos esenciales del envejecimiento. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 9(62), 4003-4010.
- Huenchuán Navarro (1998). Vejez, género y etnia. Grandes temas para el siglo XXI. Material digital

- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Revista española de geriatría y gerontología, 41(1), 55-63
- Viveros (2011) Los derechos de las personas mayores Materiales de estudio y divulgación. Modulo I Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Material digital.

Tema N°5. “Bioética y habilidades blandas para el trabajo con Persona mayor”

Ética y bioética

Al considerar los aspectos éticos para el trabajo con personas mayores, es relevante definir qué entenderemos por ética. *Ética es la reflexión filosófica que busca dar razón sobre la acción humana en sus aspectos susceptibles de ser calificados de buenos o malos, correctos o incorrectos. (García, 2016).* Para fundamentar cualquier decisión se utilizan los principios éticos que están involucrados en los actos humanos. Es importante tener claro que éstos dan indicaciones de qué hacer, pero es el valor ético de la búsqueda del bien de la persona como fin último que se debe alcanzar, lo que se traduce en el sentido último de la acción.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU (1948) es importante reconocer la consideración de la dignidad de la persona humana como un principio de carácter universal y anterior a todos los otros. La dignidad humana es aquel valor intrínseco que posee la persona por el hecho de ser persona. Esta dignidad le imprime al ser humano la calidad de ser valorado, honrado, respetado. No es enajenable, es decir, no se le puede quitar a nadie ya que es inherente al ser persona independiente de las circunstancias. Al ser una propiedad de la estructura ontológica de la persona, la dignidad es inherente a ésta; por ende, su inviolabilidad es un valor objetivo y universal (García, 2016). En el caso concreto de las personas mayores, ésta se mantiene hasta el último momento y es independiente de cómo sean sus condiciones.

En este contexto, en 1970, Potter, acuña el nombre de **bioética** para designar la necesidad de hacer un puente entre saberes humanísticos y científicos para que el ser humano y el ecosistema perduren. Este término se refiere al “*estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales*” (García, 2016). La nueva disciplina surge, desde sus inicios necesariamente con un carácter interdisciplinario, cuyo objetivo es enseñar a cómo usar el conocimiento científico de modo que **no todo lo que se puede hacer, se debe hacer.**

Principios éticos involucrados en el trabajo con la persona mayor

En general, se postulan como principios los denominados bioéticos: la beneficencia, no maleficencia, autonomía, y justicia.

Desde una filosofía personalista que tiene en consideración la dignidad humana como valor fundamental, implica reconocer a la persona mayor como persona única, con su profundidad y totalidad. En este sentido, existe un valor objetivo, que la razón reconoce como correspondiente a la naturaleza humana: la dignidad intrínseca, que justamente es lo que lo hace sujeto de derechos.

En este contexto, el principio de Beneficencia, es entendida como tener que hacer el bien a otros y evitar el mal, sería anterior a los otros principios de Justicia y Autonomía según lo planteado por García (2016). Así, se busca que las acciones que se realicen causen un bien a la persona mayor, es decir, que sea respetado en todas sus dimensiones. Entonces, por ejemplo, sería prioritario restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de una persona mayor, considerándola en su totalidad corporal, cognitiva, emocional y espiritual. Aunque la persona mayor esté en situación de postración o con demencia, se le debe considerar y respetar por su valor en sí misma –su dignidad- y no solamente por sus circunstancias. Así, más que la No Maleficiencia, entendida como solamente no dañar; ésta alude a la obligación de hacer activamente el bien y también, prevenir el mal.

La Justicia, que puede ser vista desde múltiples aristas y teorías, en general, se refiere a equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes, y de igualdad de oportunidades de acceso a éstos. Se aplica más en el ámbito social y de políticas públicas. En esta línea, aparecen los programas de participación ciudadana referidos a las formas de integración de este grupo etario: educación, centros de adultos mayores, talleres, deportes, viajes, etc. y así incluirlos activamente en la sociedad a la que pertenecen.

Por su parte, la Autonomía es entendida como la capacidad de actuar con conocimiento de causa, sin coacción externa y dirigida hacia la búsqueda del bien. Así, este principio proviene después de la Beneficiencia y destaca el valor de la persona de autodeterminarse a un bien objetivo. En este marco, lleva a la valoración de la **competencia de la persona**. En el ámbito de la salud, esta es la determinación clínica de la capacidad de una persona para tomar decisiones acerca de intervenciones terapéuticas u otras relacionadas con su salud y así obtener su consentimiento. La persona debe tener la opción de pensar, analizar y

discutir con sus familiares, si quisiera, antes de decidir; por ejemplo, aceptar o negarse a la institucionalización.

Para evaluar la competencia se han establecido ciertos criterios y así no caer en apreciaciones personales. Estos son:

- a) Capacidad de comprender y retener la información ofrecida.
- b) Capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias.
- c) Capacidad de procesar racionalmente la información.
- d) Habilidad para comunicar decisiones.

Estos aspectos son necesarios para ejercer la autonomía, e influyen factores tanto cognitivos como afectivos. Por lo tanto, se deben diferenciar y evaluar claramente para respetar las decisiones de la persona mayor y sólo si éstos están limitados, se debe recurrir a otras personas, generalmente a un familiar.

El profesional que trabaja con personas mayores no tiene sobre éste otros derechos superiores a los que la persona tiene consigo misma. En un extremo, si considera que sus deseos no son éticamente aceptables, puede derivar su responsabilidad a otro profesional. Así por ejemplo, en el ámbito de la salud, la persona decide si recibe o no determinado tratamiento, estando previamente informado tanto de los pro como de los contra. Ni la conciencia de la persona mayor puede ser violentada por el médico, ni la del médico forzada por el paciente. Esto también se aplica para los familiares(García 2016).

Desde esta perspectiva los principios bioéticos, Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia persiguen la búsqueda del bien de la persona como fin último que se debe alcanzar. Por lo mismo, la trayectoria de la vida y los adelantos científicos y tecnológicos hacen imperativo realizar una reflexión más amplia e

integral frente a la capacidad y el conocimiento adquirido por el hombre para saber qué está bien o mal; o cuándo o cómo debe aplicarse de manera responsable.

Desarrollo de habilidades blandas en quienes entregan servicios socio-sanitarios a personas mayores

Las habilidades blandas (*softs skills*), corresponden a un conjunto de capacidades relacionales y comunicacionales que mejoran el desempeño laboral y social, y se consideran complementarias a las habilidades duras (*hard skills*). Estas son particularmente importantes en el desempeño laboral asociado al trabajo directo con personas y equipos, en particular, en la atención socio-sanitaria (García, 2016).

Las habilidades blandas corresponden a un conjunto de capacidades que le permiten a una persona desenvolverse de mejor forma en su ámbito de acción, siendo de particular importancia para su desempeño laboral. Corresponden a una serie de habilidades que le permiten a un profesional o técnico interactuar y relacionarse con otras personas de manera efectiva en su espacio laboral (Bermejo, 2014 citado en Solar 2016).

Desde el punto de vista anterior, las habilidades blandas son el resultado de una combinación de habilidades emocionales y sociales, que involucran desde la autoestima hasta los estilos personales de comunicación, resolución de conflictos y liderazgo. Incluye, asimismo, aspectos propiamente éticos del ejercicio laboral como la responsabilidad, integridad y compromiso. Algunas otras habilidades blandas que han sido descritas son la proactividad, flexibilidad, valoración de la diversidad, credibilidad, participación, preocupación por los demás, empoderamiento, planificación, autorregulación, empatía, conciencia social, decisión y motivación, entre otras. (Bermejo, 2014; Bradberry, 2009 citado en Garcia 2016). Un grupo importante de las habilidades blandas se relacionan directamente con la inteligencia emocional –respecto de sus componentes personales y sociales–, dado que la relación y comunicación efectiva se ve afectada, principalmente, por la capacidad de reconocer y comprender las

emociones propias y de otras personas; así como la capacidad para usar este conocimiento en el manejo de sí mismo y en las relaciones con los demás. (Bradberry, 2009 citado en García 2016). Las habilidades blandas resultan principalmente importantes en el trabajo directo con personas. Cuando este trabajo consiste en proporcionar cuidado a otros, los impactos de la presencia o ausencia de estas competencias se hacen aún más relevantes desde una perspectiva técnica y ética.

Por ejemplo, en el ámbito de la atención en salud, se ha observado que la capacitación a profesionales en habilidades comunicacionales produce mejoras directas en la comunicación con los usuarios, incremento en los conocimientos, eficacia personal, toma de decisiones, adherencia a tratamientos, autocuidado en las personas y mejoras en su calidad de vida y bienestar (Levinson et cols, 2010 citado en García 2016).

Habilidades relacionales y de comunicación

Las habilidades relacionales que se requieren para fortalecer la atención hacia las personas mayores, se manifiestan potenciando adecuados procesos de comunicación y para que dicha comunicación resulte efectiva, debe incorporar determinados elementos y cumplir con ciertos requisitos.

Habilidades blandas como la congruencia o la integridad participan de los procesos de comunicación para hacerlos efectivos, ya que son una base fundamental que permite establecer relaciones de confianza con las personas. La integridad, la congruencia y la autenticidad en las comunicaciones de los profesionales y técnicos, permitirán que la base de la relación que se establece sea sólida y fundamentada en la verdad. Desde este punto de vista, resulta relevante señalar la importancia de respetar a las personas entregando información ajustada a la realidad, en un lenguaje familiar y simple.

Otro elemento crucial, guarda relación con la coherencia entre el lenguaje verbal y el no verbal. La falta de autenticidad se hace evidente a través de las discrepancias entre ambos sistemas comunicacionales. Sin embargo, la coherencia debe ser resuelta potenciando la autenticidad interna, dado que el lenguaje no verbal es muy difícil de manejar de manera voluntaria y actúa de manera más bien automática o inconsciente.

Respecto de los estilos y condiciones de comunicación que mejor expresan la manifestación de habilidades blandas en la atención de personas mayores, cabe destacar el concepto de *comunicación empática*.

La comunicación empática, se inicia con la comprensión del marco y situación de la persona mayor y, desde este punto, se realiza lo que se denomina “*parafraseo del contenido y reflejo del sentimiento*”(Solar, 2016), donde el profesional o técnico refleja con sus propias palabras lo que escuchó en la comunicación. Eso incluye los aspectos explícitos del contenido verbal, pero también los sentimientos que fueron observados en asociación a estos contenidos. El valor fundamental de esta comunicación, radica en el efecto que genera en el receptor –en este caso la persona mayor– que es la vivencia de ser escuchado. Esta vivencia resulta fundamental en las comunicaciones efectivas y generan el establecimiento de una relación de confianza con la persona. El desarrollo del vínculo comunicativo se manifiesta con episodios sucesivos de escucha empática y respuestas de parafraseo de contenido y reflejo emocional, que permiten profundizar esta experiencia (Covey, 2014, citado en Solar 2016).

Por otro lado, la *comunicación asertiva* es la capacidad de expresar ideas, opiniones, sentimientos y deseos de una forma adecuada a la situación social que se presenta, considerando las características y necesidades de la otra persona y del contexto, con respeto de los derechos propios y de los demás.(Solar 2016)

Se opone a los estilos agresivos y pasivos de comunicación, en los que se privilegian los derechos propios o del otro (respectivamente) y uno de los dos miembros de la relación queda en situación de desventaja o desmedro.

Empatía y calidad en el trato

Desde una perspectiva ética, el ejercicio de la habilidad de la empatía a lo largo de todos los procesos que vinculan a los profesionales o técnicos con las personas mayores se constituye como un valor esencial que ayuda a prevenir los impactos del viejismo o *edadismo³ en la atención de las personas mayores. Las representaciones sociales negativas de la vejez y los prejuicios están presentes en las personas y, cuando se manifiestan en la prestación de servicios, generan grandes daños y errores profundos, los cuales afectan el estado integral de las personas así como en una atención de calidad afectan tanto el estado integral de las personas como la atención de calidad. La empatía como habilidad blanda en la prestación de servicios previene estos impactos negativos, en la medida que se recupera la noción de estar frente a una persona completa, íntegra y a un sujeto de derechos, aun en los procesos de atención o ayuda. Si las personas que atienden a personas mayores ejercitan la capacidad de ponerse en el lugar de ellos(as), serán capaces de trascender los prejuicios y lograr una comprensión multidimensional de la persona, en la que el “pre-juicio” pierde valor ante el juicio honesto y auténtico que se hace de la persona real que está al frente. El ejercicio empático permite, además, tomar contacto con las emociones del otro, sus temores, creencias y perspectivas. Desde esa mirada, se logra otorgar un servicio mucho más preciso y acorde a las necesidades y particularidades que se presentan, permitiendo una calidad de trato y atención personalizada potenciada.

³ Conceptos descritos en el glosario incorporado.

Además de la autenticidad y la empatía, recién mencionadas, se ha descrito otro eje necesario para el establecimiento de relaciones de ayuda: la *aceptación incondicional*. Tal como el término lo refiere, este rasgo implica la acogida incondicional de la persona mayor, sin juicios morales y con plena aceptación del mundo de sus sentimientos, de manera incondicional. Asimismo, incluye la consideración positiva que representa un valor fundamental en la relación de ayuda, consideración de los recursos personales y sociales de las personas mayores y no puramente de sus dificultades. La consideración positiva, asume que todas las personas cuentan con recursos propios para enfrentar las situaciones por las que pasan; este mensaje es transmitido con claridad a las personas mayores bajo la lógica de la confianza en ellas y en sus capacidades (creer en el otro) (Bermejo, 2014 citado en Solar 2016). Bajo esta lógica, nuevamente el vínculo entre la persona mayor y quien le otorga los servicios adopta una dinámica distinta a la tradicional, sin paternalismos y bajo la consideración que los protagonistas de los procesos son las propias personas mayores. Se aceptan, por lo tanto, las perspectivas y sentimientos de las personas mayores respecto a sus propios procesos y se valora el ejercicio y despliegue de sus recursos personales, tales como su autonomía y el respeto por ella. A continuación, se entregan algunas recomendaciones que le ayudarán a mejorar su comunicación con la persona mayor (Solar 2016):

Lenguaje verbal

- Es importante el uso de un lenguaje simple, claro y directo. Evite el uso de tecnicismos y palabras que la persona no va a entender .
- Evitar el uso de palabras como “abuelito”, “viejito”; ya que connotan un trato infantilizado (como el uso de diminutivos), o de cualquier concepto que aluda a representaciones sociales de la vejez negativas
- Estar atento a las necesidades de información y de respuestas desde la persona mayor. Hacer preguntas, chequear la comprensión adecuada y sondear la necesidad de abordar temas, para dar adecuada respuesta a los contenidos que la persona necesita tratar.
- Respetar las fases de todo encuentro comunicativo: inicio, desarrollo y cierre. Es importante saludar adecuadamente y preguntar el nombre desde el principio. Tratar a la persona por su nombre (sin apodos ni diminutivos) y nombrarla a lo largo de la comunicación. Recordar cerrar adecuadamente las conversaciones y despedirse.
- Cerciorarse de la audición y preguntar si escucha bien. Modular adecuadamente y hablar en un tono acorde con las necesidades auditivas de la persona mayor.
- Evitar los escritorios o los muebles que puedan “separar y distanciar “la comunicación.

Lenguaje no verbal

- Establecer contacto con la mirada desde el primer momento con la persona. Mirar a los ojos y **evitar el exceso de anotaciones** y otros elementos que desconectan del contacto no verbal con la persona
- Manifestar cercanía en el vínculo a través de la distancia física que se establece entre el profesional o técnico y la persona mayor. Un exceso de distancia genera incomodidad y transmite frialdad en el trato; un exceso de

cercanía produce la sensación de invasión en el espacio íntimo. La distancia adecuada se logra considerando las claves no verbales de las propias personas y puede irse modificando a medida que la relación de comunicación se va desplegando y se van produciendo diversos momentos. Estos exigirán cambios en la distancia para mantener una comunicación cómoda y cercana. Por ejemplo, si en algún momento la persona se emociona, un acercamiento puede ser conveniente para manifestar apoyo.

- Administrar adecuadamente el contacto físico con la persona. Para ello también debe prestarse atención a las señales de las propias personas, dado que algunas necesitan más contacto, mientras que otras pueden manifestar incomodidad. Ello también debe respetar los estilos personales del profesional o técnico, sin forzar procesos comunicativos que no son propios. Explicitar las señales no verbales de escucha en la comunicación, que buscan manifestar al otro que la comunicación y escucha se está produciendo, como asentir o guardar sintonía emocional con lo que la persona está manifestando.
- Prestar atención y responder a las necesidades que emergen en la persona mayor y que se manifiestan de manera no verbal. Ello incluye su comodidad física, la emergencia y sucesión de estados emocionales, la necesidad de espacios de silencio y pausas, etc.

Bibliografía

- García M. (2016) Aspectos éticos en el trabajo con personas mayores. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2016. Material digital
- Solar X. (2016) Desarrollo de habilidades blandas en quienes entregan servicios sociosanitarios a personas mayores. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2016. Material digital

Tema N°6. “ introducción a la Valoración Geriátrica Integral”

El envejecimiento es determinado, principalmente, por factores ambientales (estilo de vida, hábitos, estrés, comorbilidad) y, en menor porcentaje, de la carga genética del individuo. Esto tiene como consecuencia fundamental una disminución de la reserva funcional, una menor capacidad de adaptación frente a los cambios y una mayor predisposición a eventos adversos. Cuando esta menor reserva funcional se presenta en forma acelerada o más severa se habla de fragilidad. (Sanjoaquín, Fernández, Mesa, García-Arilla (2014))

Es importante destacar que es la enfermedad, y no la edad, la principal causa de dependencia. Por tanto, el adecuado y oportuno reconocimiento y manejo de las enfermedades y síndromes geriátricos es una oportunidad de prevenir la pérdida progresiva de funcionalidad y mayor dependencia, situación más temida en relación al envejecer (Herrera 2014). En esto se especializa la medicina geriátrica y lo hace a través del instrumento clínico que es la **Valoración Geriátrica Integral** (VGI).

Como principales ventajas de la VGI se presentan: (González Montalvo JI. 2001)

Conocer la situación basal de la persona mayor	Mejorar la precisión diagnóstica	Efectuar un diagnóstico integral cuádruple, que comprende: Estado de salud clínico, funcionalidad física, funcionalidad psíquica y funcionalidad social.	Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales
Seguimiento de la respuesta de tratamiento	Proporcionalidad terapéutica	Estandarizar la información más relevante del estado de salud de la persona, en particular del Adulto Mayor Frágil	Contar con los registros y la documentación adecuada para efectuar el plan de cuidados y asistencia y los futuros controles de salud.
Apoyar el seguimiento y control de la persona en su domicilio y en el nivel primario de atención de salud	Colocar a la persona en el nivel asistencial adecuado para su atención de manera progresiva.	Efectuar un plan terapéutico centrado en cada paciente de acuerdo a sus requerimientos.	Detectar problemas tratables que sin la aplicación de esta técnica no son diagnosticados.
	Situar a la persona en el nivel asistencial correcto, acorde a sus necesidades sanitarias y sociales	Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad	

Los principales beneficios de la VGI: (Sanjoaquín, et al. 2014)

- Disminuye la mortalidad
- Previene el deterioro funcional y cognitivo
- Disminuye la necesidad de hospitalización
- Disminuye el consumo innecesario de medicamentos
- Otorga una red de cuidados y asistencia entre la red personal, comunitaria y asistencial de salud (continuidad)

Por lo tanto, la VGI se puede definir como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los

problemas: **clínicos; funcionales; físicos; psíquicos y sociales**, que provocan alteraciones que con frecuencia llevan a la PM a la incapacidad como son el posible deterioro cognitivo, la presencia de demencia, depresión, insomnio, trastornos del sueño, dismovilidad, el encamamiento progresivo, inestabilidad, caídas, la incontinencia urinaria e incontinencia fecal, deprivación sensorial como pérdida de la vista y disminución de la audición, malnutrición, la iatrogenia favorecida por la polifarmacia como es la reacción adversa a medicamentos, problemas sociales que repercuten en el estado de salud trastornos de la salud y estos a su vez repercuten en el estado de funcionamiento social.

La valoración Geriátrica Integral corresponde a una tecnología de la geriatría en la que se encuentran totalmente ensamblados los cuatro procesos. Estos se encuentran diferenciados pero están interrelacionados y son: (Silva J. 2013).

1. La valoración clínica.
2. La valoración del estado de funcionalidad física.
3. La valoración del estado de funcionalidad psíquica.
4. La valoración del estado de funcionalidad Social.

1. Valoración Clínica

Es uno de los cuatro componentes de la VGI, y es un punto clave dentro de la valoración dado que, de la calidad de su ejecución y aplicación dependerán los otros tres componentes y finalmente la calidad de la formulación de un plan de intervención. La valoración clínica comprende los componentes clásicos de la semiología médica, como la confección de una historia clínica, el examen físico, para llegar a la formulación de diagnósticos clínicos. Sus componentes son:

Antecedentes personales:

Tendrá especial significado el conocer la presencia de enfermedades crónicas ya diagnosticadas y en tratamiento. Buscar si se han efectuado cirugías previas, preguntar por la posible presencia de ciertos síndromes geriátricos y de forma muy importante, conocer que medicamentos está tomando la persona, cuándo y por quien fueron recetados, si existe algún control de su uso, si el paciente los toma o si se le administran y si se conoce que haya presentado alguna reacción adversa a medicamentos.

Antecedentes familiares:

Se busca conocer la presencia de ciertas enfermedades que pueden tener importancia, como es la presencia de posible enfermedad de Alzheimer en padres o hermanos con instalación a temprana edad, entre otros.

Enfermedad actual:

Es necesario diferenciar lo que a la persona le preocupa o la moleste, a veces existen quejas múltiples y habrá que ordenar en importancia de acuerdo a lo que se considere relevante, e incorporar lo que al cuidador o familiar le preocupa, como por ejemplo cuando la persona no duerme.

Anamnesis por aparatos:

Se deberán formular preguntas que le permitan explorar lo relevante de cada órgano o sistema, teniendo en consideración las preguntas que además le permitan detectar ciertos síndromes geriátricos que comprometen más de un órgano o sistema, como las alteraciones de equilibrio. Preguntar en forma dirigida por el ritmo de tránsito intestinal buscando cambios, o encontrar el antecedente de ya haber presentado un fecaloma, se interrogará por cada aparato, cardiovascular, respiratorio, digestivo, locomotor (incorporando preguntas respecto del estado de los pies),

genitourinario, neurológico, evaluación dirigida de los órganos de los sentidos, visión, audición, metabolismo, estado de la piel y nutrición.

Exploración Física:

Debe ser ejecutada en un ambiente con una temperatura confortable como para quitar la ropa, sacar los zapatos dejar los pies descubiertos, observar la ropa (pantalón o vestido mojado en zona genital sospechar incontinencia urinaria), si la persona se puede parar sólo para trasladarse si necesita apoyo, observar el equilibrio, siempre se debe conocer el peso y la talla. Si la persona requiere apoyo, este se le debe entregar con discreción y delicadeza de manera que él o ella no sienta la evidencia de sus limitaciones.

Se explorará: cabeza y cuello y siempre se debe revisar la boca, presencia o no de dentadura propia y el estado de esta, lo mismo de prótesis, explorar los oídos en búsqueda de tapones de cerumen, estado de los audífonos, presencia de hernias, zona genitourinaria, buscando signos de incontinencia como uso de protector o manchas clásicas de orina en la ropa interior o pantalón en el caso de los varones, exploración neurológica básica, exploración dirigida de marcha y equilibrio, búsqueda de temblores, entre otras. En especial se debe explorar las extremidades, estado de los pies que pueden presentar múltiples alteraciones que a veces con un calzado apropiado o plantillas se corrigen. (González Montalvo JI. 2001)

La actitud que el médico y el profesional de la salud tiene en su encuentro con la persona mayor en particular el PM frágil va a ser fundamental y ésta por sí sola puede tener un gran efecto terapéutico favorable o desfavorable.

2. Valoración del Estado de funcionalidad Física

La Valoración Física es uno de los pilares de la Valoración Geriátrica Integral, y como Alarcón (2016) plantea: “Corresponde a la evaluación mediante el examen de su habilidad para su autocuidado, e independencia del medioambiente”, a su vez la OMS lo define como “cualquier restricción o pérdida de la capacidad de realizar actividades en la manera o en el rango considerados normales para el ser humano” (González Montalvo JI. 2001)

La valoración de la función física se realizará a lo menos en tres ámbitos;

- Actividades Básicas de la Vida Diaria: Actividades relacionadas con las funciones esenciales para el autocuidado; comer, vestirse, moverse, asearse, bañarse y continencia de esfínteres.
- Actividades Instrumentales de vida diaria: Corresponden a aquellas actividades de apoyo a las AVD básicas y que son requeridas para adaptarse en forma independiente a su medio ambiente como: leer, escribir, cocinar, limpiar la casa o su entorno, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar sus medicamentos, efectuar las compras, tomar medios de locomoción, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de la casa.
- Actividades Avanzadas de la vida Diaria: Las que no tienen la importancia que las dos anteriores para tener una vida independiente, pero si afectan la calidad de vida. Se considera dentro de estas el poder efectuar viajes, participar en grupos con intereses afines, tener y realizar algunos hobbies, realizar actividades deportivas entre otras.

3. Valoración del Estado de Funcionalidad Psíquica. (Silva J. 2013).

Corresponde a otro de los pilares de la Valoración Geriátrica Integral y requiere contar con los procesos ya abordados dado que mientras se realiza la valoración clínica y funcional, el profesional ya ha ido observando cómo se

encuentran ciertas capacidades del aparato psíquico que serán las que se abordaran que son a lo menos:

a. Evaluación del estado cognitivo: Estará dada por la propia impresión global de la persona y podrá apoyarse por el uso de alguna escalas cognitivas como por ejemplo del Minimental State Examination (MMSE), o Entrevistas al Informador que corresponde a un informador fiable que permitirá evaluar comparativamente la capacidad de actuar del sujeto respecto de una condición previa considerada estable.

b. Trastornos de conducta: Nos pueden entregar información asociadas a la instalación de cuadros demenciantes, los que se evalúan en la persona y también en cómo estos cambios afectan a quien cuida de ella.

c. Trastornos del estado de ánimo: Sintomatología depresiva, siempre se le debe preguntar al paciente respecto de cómo encuentra su estado de ánimo relacionado con 3 o 6 meses previos, también se le debe consultar al acompañante.

4. Valoración de la Funcionalidad Social.

Corresponde al cuarto componente de la Valoración Geriátrica Integral y es el que permitirá al equipo de profesionales finalmente definir e implementar un determinado plan terapéutico, que será diferente si el adulto mayor vive sólo, si esta mentalmente bien o si se tienen claras sospechas de compromiso de sus capacidades cognitivas, al igual de si tiene un cuadro agudo con requerimiento de medicación antibiótica, de si se hospitaliza o no dependerá de la calidad de su cuidador, o del estado de su capacidad cognitivo y física así como de su nivel de ingresos.

Se recomienda incorporar en la valoración social los ámbitos de:

- a. Medición de interacciones sociales. Si cuenta o no con alguna persona que lo pueda apoyar cuando lo requiera.
- b. Evaluación de recursos disponibles; calidad de la vivienda, recursos económicos.
- c. Mediciones de bienestar subjetivo.
- d. Adaptación al entorno.
- e. Detección de problemas ocultos.
- f. Detección de maltrato, lo que constituye un síndrome geriátrico por sí sólo, pero que al menos debería quedar enunciado al realizar la Valoración Geriátrica Integral.

Para la valoración funcional; física, psíquica y social, existen una serie de escalas y test, que pueden apoyar la evaluación, y favorecer la comunicación entre los miembros del equipo respecto de cuál fue el estado en el que se encontró al momento del examen, cómo se estima que estaba en forma previa y cómo se espera que modifique su condición con el tratamiento indicado, como será el apoyo, el seguimiento y control (Silva J. 2013).

El objetivo final de la aplicación de la Valoración Geriátrica integral, es desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas: clínicos, de funcionalidad física, de funcionalidad psíquica y de funcionalidad social. Esto con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población geriátrica y mejorar su calidad de vida, así como lograr la mejor y más eficiente utilización de recursos disponibles. De esta forma, la VGI apoyará la identificación de problemas de salud presentes, que sin la aplicación de este instrumento no serían pesquisados. Definir un plan de tratamiento enfocado a los problemas detectados, realizar acciones de prevención de potenciales alteraciones y efectuar un seguimiento enfocado en los riesgos detectados será fundamental para evitar la dependencia y la discapacidad. (Herrera 2014).

Bibliografía.

- González Montalvo JI. 2001.Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Valoración Geriátrica Integral. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Herrera (2014). Síndromes Geriátricos, Instituto Nacional de Geriatria Santiago de Chile.
- Sanjoaquin, Fernández, Mesa, García-Arilla (2014) Valoración Geriátrica Integral. Material Digital.
- Silva J. (2013). Valoración geriátrica integral en el proceso diagnóstico Instituto Nacional de Geriatria. Santiago de Chile,

Tema N°7. “Envejecimiento normal y patológico parte I”

Generalidades

El envejecimiento es un proceso que reúne cinco características básicas: (Stuart-Hamilton, I. 2002).

1. Es **universal** porque afecta a todos los individuos.
2. Es **intrínseco** porque no depende de factores externos, aunque puede ser modulado por ellos.
3. Es **progresivo**, ya que no ocurre en forma brusca sino paulatina en el tiempo y aumenta de magnitud con la edad.
4. Es **deletéreo**, puesto que los cambios son perjudiciales para la adaptación del individuo.
5. Es **heterogéneo**, es decir, no todos los individuos envejecen de la misma manera.

En los últimos años las temáticas de envejecimiento y vejez se han convertido en el principal foco de atención en los estudios sociodemográficos debido al crecimiento exponencial de este grupo etario con respecto a la población general (Arias, 2007).

Sin duda el incremento en la expectativa de vida de la población genera entre otras cosas, un aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas (Pérez, V. 2005).

Es por esto que desde el punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico”, que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos

físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos etc.; pero los límites entre ambos no son demasiado claros y, a veces, es muy difícil determinar dónde comienza uno y acaba el otro (Pinazo, 2017).

El *envejecimiento normal* permite a la persona llegar hasta una edad avanzada con un pleno uso de sus facultades tanto físicas como mentales, mientras que el envejecimiento patológico no; pero, incluso en el primer caso, se presentan anomalías en la diversidad de habilidades cognitivas y mentales, y, quizás también, funcionales. (Ardila, 2012). Tanto un envejecimiento normal como patológico (independientemente de las causas predisponentes y desencadenantes), hacen referencia a los cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que se producen, con mayor o menor rapidez, a partir de los 50 años de edad, en todas las personas (Salech F, Jara R., Michea L. 2012). Sin embargo, el cómo será el proceso de envejecimiento para el individuo y como se den los cambios en el transcurso del tiempo, depende de numerosos factores, que van desde el tipo de alimentación, la genética, la personalidad, el estilo de vida, el ámbito geográfico, etc. Es desde aquí, entonces, que nace la dificultad de un buen diagnóstico que pueda diferenciar los ***cambios propios de la edad y los cambios producto de algún proceso patológico***.

A medida que aumentan los años, existen una serie de cambios fisiológicos esperados para la edad y que ocurren a todo nivel en los múltiples sistemas del organismo. En términos prácticos; el envejecimiento comienza desde el mismo momento en que nacemos, pero considera las características individuales de la persona, por lo cual no todos envejecemos de la misma forma (Arias, 2017).

Desde esta perspectiva dentro de los principales cambios esperados en el ***envejecimiento normal*** podemos mencionar (Salech, M et al 2012).

Envejecimiento Celular: Disminución de peso y volumen de órganos y tejidos. Retardo en la multiplicación celular. Disminución del N° total de células. Pérdida del agua intracelular. Aumento del tejido adiposo.

Envejecimiento de piel: Pérdida de elasticidad e hidratación. Aparecen arrugas. Atrofia de glándulas sebáceas y del sudor. Menor vascularización. Palidez. Aumento de manchas cutáneas.

Menor crecimiento del cabello: Falta de coloración. Aumento de vello facial. Disminución del vello púbico.

Uñas: Crecimiento más lento. Fragilidad y dureza en especial en los pies. Estrías longitudinales.

Envejecimiento del sistema musculo-esquelético

- ✓ **A nivel óseo:** Disminución y desmineralización ósea. Disminución de la talla corporal. Cifosis dorsal. Reducción de la distancia occipito humeral. Modificación del eje del miembro inferior. Desplazamiento base corporal. Alteración del equilibrio, alineación y marcha corporal.
- ✓ **A nivel muscular:** Pérdida gradual de la fuerza. Disminución de la masa muscular. Redistribución de la grasa corporal. Tensión muscular disminuida.
- ✓ **A nivel articular:** Deterioro de las superficies articulares. Deshidratación del tejido cartilaginoso. Crecimiento óseo irregular en los bordes articulares.

Envejecimiento Sistema Cardíaco y Circulatorio: Disminución del peso y volumen del corazón. Reducción de la elasticidad de los vasos. Aumento de depósitos en las paredes. Aumento del calibre de la aorta. Rigidez valvular. Rigidez de los vasos más pequeños. Insuficiencia del fuelle Aórtico. Aumento de las resistencias periféricas. Disminución de la tensión

venosa. Disminución de la velocidad de circulación. Reducción del gasto cardíaco. Aumento del tiempo de recuperación después del esfuerzo.

Envejecimiento del Sistema Respiratorio: Disminución del peso y volumen. Reducción del número de alvéolos. Dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares. Disminución de la distensión torácica. Alteración del parénquima pulmonar. Disminución de la función respiratoria. Reducción de la actividad ciliar. Disminución del reflejo tusígeno. Disminución del oxígeno en los tejidos. Disminución de la difusión alveolo capilar.

Envejecimiento Sistema Digestivo: Pérdida de piezas dentarias. Deshidratación de las encías. Reducción de la secreción de saliva. Atrofia de la mucosa gástrica. Disminución del tono de la pared abdominal. Aparición de varicosidades. Disminución del tamaño del hígado. Atrofia del intestino grueso. Dificultades en la masticación. Dificultad en la dilución de los alimentos. Disminución de producción de ácido clorhídrico. Disminución de la motilidad gástrica. Lentitud en el vaciado vesicular. Hipo-peristaltismo.

Envejecimiento Sistema Nefrouinario: Disminución de peso y volumen del riñón. Reducción del número de nefronas. Esclerosis de los glomérulos. Dilatación de los túbulos. Aumento del tejido intersticial. Reducción del tono muscular de la vejiga. Disminución del filtrado glomerular. Disminución de la función renal progresiva y mayor tendencia a la producción de cálculos. En los hombres hay crecimiento de la próstata, esto produce obstrucción de la vía urinaria resultando en una dificultad al orinar.

Envejecimiento Genital:

Hombre: Disminución del vello púbico. Distensión de la bolsa escrotal. Disminución del tamaño de testículos. Aumento del tamaño de la próstata. Disminución de la secreción hormonal. Menor respuesta orgánica.

Mujer: Disminución del vello púbico. Atrofia mucosa vaginal. Disminución del tamaño órganos externos. Acortamiento de la vagina. Disminución del tamaño de los ovarios. Disminución de la secreción hormonal.

Envejecimiento del Sistema inmunológico: Reducción de la respuesta frente a los antígenos. Disminución en la producción de anticuerpos. Disminución de las funciones de linfocitos.

Envejecimiento Neurológico: Disminución del peso y tamaño cerebral. Pérdida de neuronas. Enlentecimiento generalizado del movimiento. Reducción del tiempo de conducción nerviosa. Aparición del temblor senil. Cambios en la arquitectura del sueño. Disminución de la sensibilidad

Envejecimiento de los sentidos:

- ✓ Gusto y olfato: Disminución del rojo de los labios. Disminuyen papilas gustativas. Adelgazamiento de las mucosas. Atrofia de la lengua. Fragilidad dental y sequedad de encías. Deterioro de la raíz del diente. Degeneración del nervio olfativo. Aumento del tamaño de la nariz. Aparición de vellos en fosas nasales.
- ✓ Vista: Disminución de la agudeza visual. Disminución del campo visual. Atrofia de la musculatura de los párpados. Pérdida de la elasticidad cutánea. Palidez de las conjuntivas. Disminución del tamaño pupilar. Agrandamiento del cristalino. Disminución de la secreción lacrimal.
- ✓ Oído: Pérdida de la agudeza auditiva. Degeneración del nervio auditivo. Aumento del tamaño del pabellón de la oreja. Engrosamiento del tímpano. Proliferación de pelos. Depósito de cerumen. Alteración de la conducción del sonido que afecta más a tonalidades bajas.

Tomando en cuenta estos cambios **esperables** con la edad, se hace necesario formular los conceptos de “*envejecimiento habitual*” y “*envejecimiento exitoso*”,

según lo que plantea Pinazo (2017), entendiéndolos como estados o procesos **no patológicos**.

El envejecimiento exitoso ha recibido múltiples definiciones a través del tiempo, siendo la más conocida de ellas la propuesta en 1997 por Rowe y Kahn citado en Pérez, V. (2005) y que incluye:

- La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad.
- Alta capacidad cognitiva y funcional.
- Un activo compromiso con la vida, refiriéndose a las relaciones interpersonales y a la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado.

Así, se entiende un éxito en el envejecimiento, el mantener una funcionalidad activa en lo personal, en lo cognitivo y en lo social, más allá del número de enfermedades presentes y/o fármacos que se toman.

En cuanto a los cambios cognitivos⁴ producto de la edad o asociados a un *envejecimiento normal*, la evidencia disponible muestra importantes cambios morfológicos y funcionales asociados a la edad. Los cambios cerebrales que más frecuentemente ocurren en el envejecimiento normal son: disminución del peso y volumen cerebrales, atrofia cortical, pérdida de neuronas corticales y de algunos núcleos subcorticales, aumento de gránulos de lipofuscina en neuronas y glía, cambios hipertróficos en la glía astrocitaria; las estructuras filogenéticas y ortogenéticamente más antiguas son las primeras afectadas. Además, se hace referencia a que durante el envejecimiento se evidencia un declive en el funcionamiento global de las diferentes áreas intelectuales que incluyen el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, pero que no interfieren en la vida cotidiana de la persona (Donoso, Venegas, Villarroel & Vásquez ,2001)

⁴ Estos contenidos se profundizarán en otro capítulo.

Por otra parte Pinazo (2017) agrega:

El envejecimiento normal lleva asociado un declive en el sistema nervioso central y que conlleva cambios neurobiológicos, como la reducción del peso y volumen cerebral y la pérdida de mielina de los axones. También se producen cambios neurofisiológicos, como la ligera modificación del flujo sanguíneo cerebral, reducción del impulso nervioso y del control inhibitorio de estímulos externos. Las áreas cerebrales donde se produce mayor declive son las regiones temporales, frontales y parietales. Las zonas que presentan este proceso de atrofia son el lóbulo occipital y la base del cerebro; además, aparece una disminución de las circunvoluciones cerebrales y un significativo aumento de los ventrículos. A nivel subcortical los cambios que aparecen durante el envejecimiento afectan a la amígdala, hipocampo, ganglios basales locus coeruleus y sustancia negra con reducción del número de neuronas asociadas (pp.8 y 9)

Estos cambios neurobiológicos dan lugar a cambios cognitivos(Normales para la edad) :

- Cambios en la capacidad de atención (deterioro de la capacidad de atención sostenida y a distracciones, pero no en la atención selectiva). Respecto a la atención dividida, durante el envejecimiento se produce una disminución en el rendimiento de tareas duales (Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., & Krawchik, R. 2007).
- Enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información (Salthouse, 1996), en tareas generales aunque afecta más a las tareas complejas, quizás debido a la leucoaraiosis o degeneración de la materia blanca (Migliacci, M. L., Scharovsky, D., & Gonorazky, S. E. 2009).

- Los cambios asociados a la edad, afectan de diferente manera a cada sistema de memoria. Por un lado, existe declive de recuperación de la información almacenada y la codificación, y en velocidad de procesamiento. Además en la memoria de trabajo (asociada a las funciones ejecutivas ya mencionadas) existe deterioro del sistema ejecutivo central (Migliacci, M. L., Scharovsky, D., & Gonorazky, S. E. 2009).
- Las funciones ejecutivas durante el envejecimiento son menores si se han de abordar situaciones complejas, aunque la capacidad de razonamiento se conserva en situaciones cotidianas, con la edad se cometen más errores en situaciones novedosas o complejas. La degeneración de la sustancia blanca y ganglios basales asociada a la edad afecta a todas estas funciones que dependen de la corteza frontal, siendo esta área la primera en sufrir un declive durante el envejecimiento (Junqué y Jurado, 1994). Sin embargo, el **lenguaje** es una capacidad que permanece conservada de manera general durante el envejecimiento normal (sin olvidar que es una variable ligada a factores como el nivel educativo). Autores como Ventura, R. (2004), han descrito una mayor riqueza léxica, de sintaxis y de comprensión, según avanza la edad, aunque sí puede verse afectada la fluidez verbal, que es la capacidad de encontrar la palabra adecuada y la elaboración de un discurso complejo, tarea que está relacionada con la memoria de trabajo, la atención sostenida y el procesamiento de la información.

En resumen, existe una serie de cambios asociados al envejecimiento, tanto a nivel físico como funcional que también afecta a las capacidades cognitivas, especialmente a la memoria de trabajo y a la velocidad de procesamiento, pero son normales y no se asocian a ninguna patología.

Con respecto a lo que se considera como **un envejecimiento patológico**, lo que más ha sido estudiado es lo referente al ámbito cognitivo, siendo importante

diferenciar entre lo que se consideran como dificultades cognitivas propias del envejecimiento, el deterioro cognitivo leve y algún tipo de demencia.

El concepto de deterioro cognitivo (DC) involucra una pérdida o disminución en el rendimiento de por lo menos una de las funciones mentales superiores: memoria, atención, concentración, orientación espacial y temporal, pensamiento abstracto, planificación y ejecución, lenguaje y fluencia verbal, juicio y razonamiento, cálculo, habilidad constructiva y aprendizaje; y supone una baja con respecto al funcionamiento previo de las habilidades y capacidades aprendidas, lo que no siempre es demostrable, ya que en la práctica clínica es difícil documentar el nivel de funcionamiento previo que se tenía de las habilidades; sin embargo existen actualmente varias pruebas que pueden ayudar en el diagnóstico del DC. (Muñoz-Pérez, M, Espinosa-Villaseño D. 2016)

Podemos clasificar al deterioro cognitivo como leve (DCL) y demencia. El deterioro cognitivo leve a diferencia de las demencias, involucra un déficit en la memoria que puede tener o no alteraciones en otras funciones mentales, pero que no afecta de manera importante el desempeño de la persona en su vida diaria, aunque este déficit leve puede evolucionar hacia la demencia; en algunos estudios se calcula que entre 8% y 15% de las personas con DCL evoluciona a la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo leve (DCL) presenta 3 subtipos clínicos: amnésico (DCLa), múltiples dominios (DCLmd) y dominio único no amnésico (DCLduna). (Serrano C, Dillon C, Leis A, Taragano F, Allegri R 2013)

Los criterios para establecer su diagnóstico hacen referencia a una pérdida subjetiva de memoria preferiblemente corroborada por un informador. Además, es necesario objetivar estos problemas de memoria en el sujeto, es decir, que obtenga una puntuación en una prueba validada de memoria por debajo de una desviación y una media en referencia a su grupo de edad. Otro de los criterios es que el resto de las funciones cognitivas se encuentren dentro de la zona de la

normalidad, es decir, que no se trate de un deterioro cognitivo generalizado definitorio de demencia. Por último, se requiere que estos problemas de memoria no interfieran de una forma significativa en las actividades de la vida diaria, como la conducción de vehículos o el manejo del dinero (Ventura, R. 2004).

Por otro lado, la demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos (Miranda 2017).

El deterioro cognitivo debe ser prolongado; por ejemplo, los criterios CIE-10 establecen de forma arbitraria una duración mínima de 6 meses. Aunque este plazo es útil para el diagnóstico diferencial de la demencia con el síndrome confusional agudo, en la práctica clínica habitual resulta excesivo, ya que impide calificar de demencia a los casos de evolución subaguda que alcanzan un intenso deterioro en pocas semanas o meses, como en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). (Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2010)

Conclusiones:

Desde lo anterior, se puede decir que definir qué se considera un envejecimiento normal o patológico, es aún un desafío. Es por esto, que los esfuerzos de investigación se han enfocado en los últimos años en las vinculaciones entre el envejecimiento normal y lo que no es “tan normal” tanto desde el punto de vista clínico como neuropatológico para poder intervenir de la mejor forma y actuar de la manera más oportunamente posible (Pinazo 2017).

Es por esto, que uno de los grandes desafíos en materia de salud con respecto a las personas mayores es; por un lado, la prevención , el diagnóstico, tratamiento y

cuidado de las personas que sufren enfermedades crónicas que podrían desencadenar algún tipo de discapacidad , todo esto desde un abordaje multidisciplinario, que incluya una intervención integral y la participación activa de los múltiples profesionales, así como la familia y la comunidad.

Bibliografía

- Arias, D. G. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13(2).
- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1-20.
- Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
- Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C y Vásquez, C. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(3), 231-238.
- Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., y Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*, 44(12), 733-8.
- Miranda C. (2017) Alteraciones Cognitivas, Conductuales y Psicológicas en la Enfermedad de Alzheimer. Diplomado en Demencias Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Migliacci, M. L., Scharovsky, D., & Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de neurología*, 48(5), 237-241.

- Muñoz-Pérez, M, Espinosa-Villaseño D. 2016, Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. Cognitive impairment and vascular dementia. Revista Mexicana de Neurociencia 85 Revisión. Noviembre-diciembre, 2016; 17(6): 85-96
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Revista cubana de medicina general integral, 21(1-2), 0-0.
- Pinazo S. (2017) *Psicología de la Salud en la vejez: evaluación y diagnóstico*. Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona Complemento Formativo. Universidad Internacional de Valencia.
- Rosselli, M. y Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias, 12(1), 151-162.
- Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. Anales De Psicología, 14(1), 27-43.
- Serrano C, Dillon C, Leis A, Taragano F, Allegri R (2013) Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipo. Actas Esp Psiquiatr 2013;41(6):330-9
- Stuart-Hamilton, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata.
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes, 23(1), 19-29.
- Ventura, R. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. Revista de Psiquiatría y salud Mental, 2, 17-25.

Tema N°8. “Envejecimiento normal y patológico parte II”

Procesos cognitivos

En primer lugar, es relevante desmentir uno de los estereotipos más extendidos sobre las personas mayores, que las asocia con un inevitable declive en su funcionamiento cognitivo e inteligencia. Baltes y Schaie fueron dos de los primeros autores en rechazar la idea de que la vejez llevaba asociada necesariamente deterioro y declive y lo pudieron demostrar gracias al estudio longitudinal de Seattle que se inició en 1956 (Seattle Longitudinal Study). Hasta ese momento, los estudios transversales habían descrito un declive cognitivo significativo y progresivo desde edades muy tempranas hasta el final de la vida, sin tener en cuenta los efectos de cohorte (cambios generacionales en la educación y estilos de vida). Los estudios transversales daban cuenta de una pérdida de las funciones cognitivas mucho mayor y más rápida de la que se han demostrado con los posteriores estudios longitudinales en los cuales se ha encontrado que, si bien es verdad que algunas habilidades declinan con la edad, lo hacen de forma más lenta de lo que se mostraba e, incluso, hay habilidades que se mantienen estables y se desarrollan hasta al menos los 80 años. (Baltes, P. B. y Baltes, M. M. 1990). En esta misma línea un estudio de Llorens-Martín y su equipo recientemente publicado en la revista Nature Medicine (2019), ha demostrado la conservación de la neurogénesis en el hipocampo del cerebro adulto a lo largo de la vida, observándose en edades hasta los 97 años. Si bien aún resulta controversial y se contrapone a estudios anteriores igualmente recientes, reafirma las perspectivas asociadas a la rehabilitación cognitiva y las posibilidades del cerebro a adaptarse según sus nuevas necesidades del entorno hasta edades avanzadas.

Es por esto que se debe hacer especial hincapié en la diferencia entre declive cognitivo y deterioro cognitivo. El primero responde al proceso normal del envejecimiento. Mientras que el segundo responde a una causa neuropatológica, por la presencia de demencias vasculares, demencia tipo Alzheimer u otras como el Parkinson, que también tienen impacto a nivel cognitivo. Éstas últimas están asociadas a la edad, pero no son causa de la edad. (Santacreu M. 2017). Su incidencia aumenta exponencialmente a medida que se cumplen años. Sin embargo, a pesar de la presencia de estos agentes patógenos, cada vez se tiene más claro que el nivel socioeconómico, la educación y los estilos de vida pueden contribuir a una mayor reserva cognitiva que posponga el inicio del deterioro. (Senama 2009)

❖ **La inteligencia**

Diferentes autores están de acuerdo en dividir la inteligencia en dos facetas: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. Durante el envejecimiento ambas siguen dos diferentes trayectorias de desarrollo.

De acuerdo a la Teoría Bifactorial de Horn y Catell (Castell, 1971; Horn, 1991, Horn&Noll 1997) es una de las teorías de la inteligencia de más amplia aceptación dentro de la comunidad científica. Dicha teoría explica que la inteligencia se divide en inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.

- Fluida: corresponde a la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas, por tanto, se sustenta en la dotación biológica, y *no considera la influencia cultural*. Alcanza su nivel más alto en la adolescencia y va declinando con la edad. Se caracteriza por el uso intencionado de diversas operaciones mentales en la resolución de problemas nuevos, incluye la formación de conceptos e inferencias, clasificación, generación y evaluación de hipótesis, identificación de relaciones, comprensión de implicaciones, extrapolación y

transformación de información (McGrew, 2009; McGrew & Evans, 2004; Kane & Gray, 2005).

- **Cristalizada:** permite utilizar de manera práctica el aprendizaje y las experiencias. Por tanto, es el producto de la educación, de los conocimientos adquiridos y de los factores culturales haciendo referencia al conocimiento y la expresión verbal. Se refiere a la riqueza, amplitud y profundidad del conocimiento adquirido (Cattell, 1963, 1971; Horn, 1991). Aumenta durante toda la vida, por lo que las PM obtiene mejores rendimientos que los jóvenes. Su desarrollo es continuo a lo largo de toda la vida, al menos hasta los 80 años.

Las habilidades cognitivas dependientes de la inteligencia fluida declinan desde los 20 años, como las tareas de velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y memoria a largo plazo. En el caso de las habilidades dependientes de inteligencia cristalizada, esencialmente relacionadas con el lenguaje, se observa que mejoran a lo largo de toda la vida y empiezan a declinar lentamente a partir de los 70. Schaie (1977) ya advirtió de que, medir la inteligencia o la memoria bajo los mismos parámetros que se miden en la juventud no era apropiado. Mientras que en la niñez la rapidez juega un papel esencial en la adquisición de nuevos conocimientos, en la edad adulta debería ser más apropiado medir la capacidad para tomar buenas decisiones y resolución de problemas.

❖ **La memoria**

El declive de la memoria asociado a la edad es la creencia más compartida acerca del envejecimiento. Todo el mundo espera que su memoria funcione peor a medida que cumple años. Las propias personas mayores creen que su memoria es peor que la de las personas más jóvenes y consideran que es imposible mejorarla (Vestergren y Nilsson, 2011). Sin embargo, estas quejas de memoria correlacionan más con otras variables (ejemplo: estado de ánimo) que con la

pérdida de memoria objetiva. Las causas por las que se produciría un declive de la memoria son complejas; y que incluye factores tanto biológicos (bajo nivel de inteligencia y pérdida neuronal), como psicosociales (falta de hábito de recordar, falta de motivación, ausencia de roles)

De hecho, sea cual sea la pérdida real de memoria con la edad, lo que se sabe es que sostener este tipo de creencias tiene un impacto negativo sobre su funcionamiento. Por un lado, creer que no se va a recordar algo hace prestar menos atención a la información que se tiene que memorizar y, en consecuencia, aumentan las probabilidades de que no se recuerde; convirtiéndose en una profecía autocumplida. Por otro lado, si las personas piensan que no pueden hacer nada para retrasar o compensar el declive de la memoria, dejan de esforzarse por evitarlo y su funcionamiento empeora.

Por ello, es importante conocer en qué medida es esperable que una persona tenga problemas de memoria y de qué tipo. De esta manera se podrá valorar si las quejas mnésicas se tratan de una percepción de la propia persona mayor o de su entorno. De igual manera es necesario evaluar si se trata de declive de la memoria normal a la que hay que adaptarse y tratar de compensarla en la medida de lo posible o si se trata de la presencia de una enfermedad, para la cual habrá que iniciar un proceso de intervención.

El estudio de la memoria en la vejez es complejo en varios sentidos. En primer lugar, por la variabilidad de procesos implicados en la memoria y los distintos tipos de memoria que existen, sobre los que todavía hoy no existe consenso. Lo que sí parece cierto, es que los distintos procesos implicados se desarrollan de forma diferente a lo largo de la vida, unos declinan, otros se mantienen y algunos mejoran hasta edades muy avanzadas. En segundo lugar, una vez más, lo que mejor caracteriza al desarrollo de la memoria en la vejez es su gran variabilidad, como destacan Nyberg y colaboradores (2012), en base a varios estudios poblacionales que demuestran diferencias significativas interindividuales en los

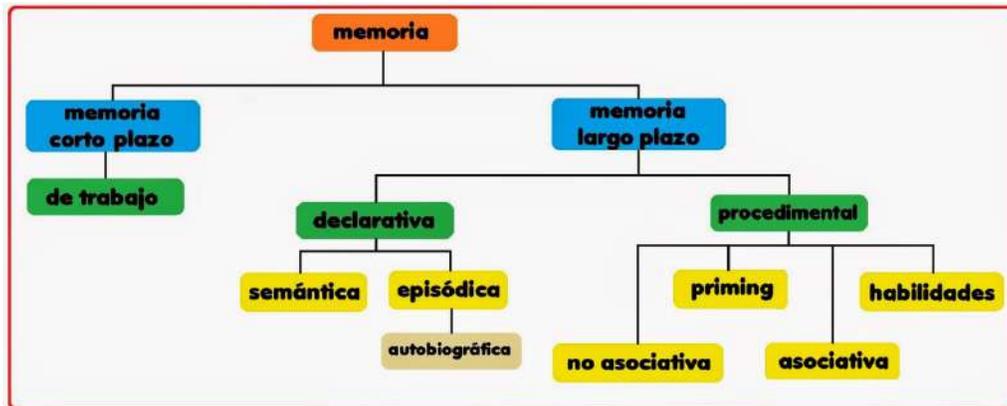
cambios que acontecen en la memoria durante la vejez. A continuación, se hará una breve revisión de los tipos de memoria

- Memoria semántica (Cree & McRae, 2003; Tulving, 1972). Esta memoria almacena, procesa y recupera información con respecto al significado de las palabras, objetos y conceptos, así como también del mundo y su significado (Hodges & Patterson, 1997; Patterson & Hodges, 1995, Tulving 1972). Es un sistema de memoria que nos permite elaborar una representación interna del mundo que nos rodea (Tulving, 1972). Este conocimiento hace referencia a, por ejemplo, nombres de presidentes, hechos históricos o vocabulario. Si bien es verdad que esta información permanece almacenada, parece que hay más dificultad en recuperarla. Es decir, la sensación de “tener algo en la punta de la lengua” se hace más frecuente en las personas mayores, que tienen el conocimiento almacenado, pero tardan más en recuperarlo.
- La memoria procedimental se mantiene estable hasta edades muy avanzadas. Es un tipo de memoria que nos permite aprender a andar en bicicleta, a patinar o a jugar algún deporte. El hecho de que una persona pueda hacer alguna actividad (afeitarse, peinarse) sin mirarse al espejo también tiene que ver con la memoria procedimental: con el tiempo, sin que seamos conscientes de ello, el recuerdo del encadenamiento de gestos se fija en determinadas zonas del cerebro completamente distintas a las zonas que rigen la memoria declarativa. En resumen, esta memoria consiste en hábitos, destrezas y habilidades motoras que el sistema motor adquiere e incorpora a su vida. Para que se adquiriera este tipo de memoria es necesario varios ensayos que permitan que la habilidad se vaya automatizando. Lo que notan las personas mayores, es que a medida que a medida que envejecen más tienen más dificultades para hacer

consciente esta información, es decir, sienten que les cuesta más enumerar los pasos de un procedimiento, por ejemplo, cocinar.

- La memoria episódica o memoria cotidiana, es la que nos permite recordar todas las vivencias, situaciones y sucesos que experimentamos a lo largo de la vida. Se relaciona con sucesos autobiográficos como momentos, lugares y emociones asociadas a dichas situaciones. Puede abarcar el pasado reciente (unos minutos, unas horas o unos días antes) como pasados lejanos (meses y años antes). Sus características principales son la temporalidad, la información del contexto y el recuerdo consciente. Este tipo de memoria hace referencia tanto a elementos que se hicieron en el pasado (retrospectiva), como a elementos que se tienen que recordar en el futuro (prospectiva), por ejemplo, recordar ir al médico o juntarse con una amiga. Dentro de la memoria prospectiva, las actividades que tienen que ser iniciadas por el propio sujeto, por ejemplo, acudir a una cita o llamar a alguien a una hora determinada, son más proclives a no ser realizadas a medida que se envejece.
- La memoria de trabajo es la que utilizamos a nivel temporal y que nos permite almacenar y manipular información a corto plazo o, dicho de otra forma, es la capacidad que nos permite memorizar información durante unos pocos segundos. Así mismo, la información no sólo se almacena, también se crea, se transforma y se manipula. Esta capacidad de retener elementos mientras se están realizando operaciones, se deteriora con la edad. Se asocia tanto con las pérdidas en la velocidad de procesamiento, como con la dificultad para diferenciar entre la información relevante e irrelevante.

Tipos de memoria



Cuadro extraído de García J. recuperado de <http://info-tea.blogspot.de/2013/12/fundamental-las-funciones-ejecutivas-y.html>

Criterio de clasificación	Tipos de memoria
Tiempo de almacenamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata • Reciente • remota
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • sensorial • corto plazo • operativa • largo plazo
En relación con la vivencia de un suceso generalmente traumático	<ul style="list-style-type: none"> • anterógrada • retrograda
Modalidad de los estímulos	<ul style="list-style-type: none"> • verbal • visual
En relación con la memoria a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Declarativa <ul style="list-style-type: none"> - episódica - semántica • Procedimental • Explícita versus implícita
Memoria cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios temporales <ul style="list-style-type: none"> - Prospectiva - Retrospectiva • Otros tipos

	<ul style="list-style-type: none">- Espacial- De caras- De nombres
--	--

Polonio B. (2010).

❖ **Percepción**

La percepción se define como la capacidad a través de la cual se adquiere conocimiento del mundo sensorial del mundo interior y del que nos rodea

Según refiere Jerez (2014), el envejecimiento se asocia con una serie de cambios sensoriales y perceptuales distintivos. La agudeza visual y auditiva disminuye. Un alto porcentaje de personas mayores de 65 años presentan pérdida de la visión cercana ya que el endurecimiento del cristalino impide la proyección nítida de las imágenes visuales sobre la retina. Igualmente presentan dificultades para adaptarse a la oscuridad y para discriminar diferentes niveles de iluminación, ya que la pupila disminuye de tamaño con la edad. Requieren de niveles altos de iluminación para ver bien. Las cataratas, con mayor frecuencia observadas en personas mayores, constituyen otra causa de disminución de la agudeza visual. La hipoacusia, especialmente la dificultad para discriminar frecuencias altas es también usual en edad avanzada. Posterior a los 70 años, se pueden observar alteraciones en la percepción, por la disminución de procesamiento de información (Jerez J. 2014).

❖ **Orientación**

La orientación es la función que nos permite el conocimiento de nuestro entorno espacial y temporal en el que nos desenvolvemos. Está relacionado con la capacidad de identificar una situación en un tiempo y espacio determinado y está altamente vinculada con la ATENCION.

Desde esta perspectiva los tipos de orientación se pueden clasificar en (Jerez J, 2014):

- Temporal, permite la noción del tiempo transcurrido.
- Espacial, permite saber en qué lugar topográfico ocurren nuestras vivencias.
- Autopsíquica, permite la percepción de sí mismo
- Alopsíquica, permite la percepción diferenciada de sí mismo de lo demás.

❖ **Atención**

Es la capacidad de orientar nuestra realidad psíquica hacia algo que se experimenta, permitiendo así vivenciarlo. Lo que se experimenta, pueden ser situaciones internas o externas, y el estímulo se acepta indiscriminadamente en forma pasiva y sin esfuerzos. De esta forma se puede clasificación la atención en: *Espontánea*, la dirección de la atención no está orientada a estímulos y *Voluntaria*, la dirección de la atención está dirigida activamente hacia un estímulo.

Otra clasificación aceptada, de acuerdo a los tipos de atención (Jerez,2014):

- *Selectiva o focalizada*, permite responder a un solo estímulo o tarea, e inhibir otros. Con la edad se mantiene.
- *Sostenida*, permite mantener la atención focalizada de modo persistente, a pesar del aburrimiento y frustración. Con la edad, los períodos de atención sostenida se acortan, especialmente con estímulos irrelevantes.
- *Dividida*, permite focalizar la atención en dos o más estímulos alternativamente. Con la edad, se mantiene la visual, en cambio, disminuye la auditiva.

En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

❖ **Lenguaje**

El lenguaje es la capacidad para denominar los objetos o cosas, formar frases, comprender ordenes simples, semi complejas o complejas. Además se relaciona con la capacidad mantener lenguaje espontáneo, fluidez, nominación, repetición, comprensión y lectoescriturata con lo oral como lo escrito. (González R., Hornauer-Hughes A. 2014)

Componentes del lenguaje:

- Fonética: capacidad para usar y combinar los sonidos. Este componente se mantiene bien preservado con la edad.
- Léxico, corresponde al nombre convencional de los objetos. Al igual que el anterior se mantiene.
- Sintaxis, capacidad para combinar las palabras de modo que adquieran un significado determinado. Tampoco se ve afectado con la edad.
- Semántica, corresponde al significado de las palabras. Con la edad se observan dificultades en la evocación de las palabras

❖ **Aprendizaje**

Es la capacidad que nos permite adquirir nuevos conocimientos y aprender de las experiencias cotidianas. Según Ardila, A. (2012). el aprendizaje se puede dar a cualquier edad, aunque el rendimiento disminuye, lo cual no es sustancial hasta pasados los 70 años. Por lo tanto, es erróneo pensar que las personas mayores no aprenden cosas nuevas si no que la PM requiere de mayor tiempo y estímulos motivacionales adecuados para obtener un aprendizaje efectivo. (Jerez J, 2014).

❖ **Razonamiento**

Es el proceso mental que permite integrar de modo ordenado la información que entra a través de la percepción y el aprendizaje. Básicamente, consiste en la diferenciación y categorización de la información en conceptos que se almacenan. La capacidad en la formación de conceptos puede disminuir con la edad (Jerez J (2014)

❖ Funciones ejecutivas

“La función ejecutiva se refiere a la función directiva, gerencial y rectora del cerebro. Es el cerebro del cerebro. Es un conjunto de funciones directivas que incluyen aspectos muy variados de la programación y ejecución de las actividades cerebrales” Lopera J. (2008)

Son las habilidades cognitivas superiores para el desempeño de nuevas acciones y conductas con intención e incluye los procesos mentales mediante los cuales resolvemos problemas internos y externos de una manera eficaz y adecuada para la persona y la sociedad. (Grieve J, Gnanasekaran L. 2009). Por tanto involucra habilidades vinculadas a la planificación, flexibilidad mental, autorregulación y al pensamiento abstracto. Con la edad se observa una disminución, por ejemplo, como lo es la Capacidad de resolución de problemas donde se produce un declive leve, por lo que NO se transforma en un obstáculo para una vida cotidiana. Se evidencia una mayor repetición de preguntas, una menor capacidad de discriminar entre hechos relevantes de los irrelevantes y en el mayor tiempo para reconocer factores claves (Jerez J (2014).

Bibliografía

- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 12(1), 1-20.

- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: a model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Nueva York: Cambridge University Press.
- Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C., & Vásquez, C. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 39(3), 231-238.
- Grieve J, Gnanasekaran L. (2009) Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Cognición en el desempeño ocupacional. Editorial Medica Panamericana 3 edición.
- González, R., Hornauer-Hughes A. (2014) Afasia: una perspectiva clínica. Departamento de Neurología y Neurocirugía, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile.
- Jerez, J (2014) Envejecimiento Psicológico. Instituto Nacional de Geriatría.
- López, M. (2011). Memoria de trabajo y aprendizaje: aportes de la neuropsicología. Cuad. Neuropsicol. Vol. 5 N° 1.
- Lopera J. (2008) Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, ISSN-e 0124-1265, Vol. 8, N° 1, págs. 59-76
- Mías, C. D., Sassi, M., Masih, M. E., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Neurol, 44(12), 733-8.
- Migliacci, M. L., Scharovsky, D., & Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. Revista de neurología, 48(5), 237-241.
- Polonio B. (2010). Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. Editorial Medica Panamericana

- Rosselli, M. y Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*, 12(1), 151-162.
- Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales De Psicología*, 14(1), 27-43.
- Santacreu M. (2017). Bases Psicosociales del Envejecimiento. Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona Complemento Formativo. Universidad Internacional de Valencia.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009) Estudio nacional de dependencia.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Vestergren, P., y Nilsson, L. G. (2011). Perceived causes of everyday memory problems in a population-based sample aged 39–99. *Applied Cognitive Psychology*, 25(4), 641-646

Tema N°9. “Envejecimiento normal y patológico parte III ”

Aspectos sociales y emocionales

Aspectos sociales

El contacto social, es una de las necesidades básicas del ser humano. Por ello, el ámbito de relaciones sociales en el marco de la gerontología ha sido ampliamente estudiado. Se ha prestado especial atención a la evolución de las relaciones sociales a medida que se envejece y al efecto de las relaciones sociales en la forma de envejecer. Parece que hay una relación bidireccional, en la cual las relaciones sociales afectan a las condiciones en las que uno envejece y la forma en la que uno envejece afecta a como se relaciona con otras personas.

En cuanto al desarrollo del funcionamiento social de las personas mayores, y como ocurre en el resto de áreas vitales, la variabilidad es también la máxima que prevalece; es decir, que no existe una tendencia general que defina cómo se relacionan las personas a medida que envejecen, ni cambios característicos causados por la edad. Lo que se observa a lo largo de la vida de un sujeto, es que su funcionamiento social suele permanecer estable a medida que envejece y tiende a seguir una trayectoria similar a lo largo de la vida (Charles y Carstensen, 2010). Así, el que solía comportarse tímidamente y relacionarse con poca gente de joven probablemente lo siga haciendo de mayor, el que tenía muchas relaciones sociales y se comportaba de forma extrovertida probablemente lo seguirá haciendo así, y el que solía ser muy generoso e implicado socialmente, lo más probable es que continúe del mismo modo. Por tanto, no hay un patrón de funcionamiento social que sea generalizable a la gente mayor. Las personas no se hacen más hurañas, menos sociables o se aíslan porque se hagan mayores, aunque es verdad que hay ciertas circunstancias

asociadas a la edad que precipitan que puedan ocurrir ciertos cambios en esta dirección, o que al menos se perciba así (Santacreu 2017).

Santacreu (2017), nos pone dos ejemplos para entender por qué las personas pueden empezar a percibirse como personas que se aíslan:

Imaginemos una persona que empieza a perder audición, queda con algunos amigos para tomar café en una cafetería. Hay bastante ruido ambiental y durante la conversación, a veces hay varias personas hablando a la vez. La persona empieza a percibir que no entiende lo que dicen y cuando empieza a identificar de lo que hablan, ya han pasado a otra cosa y no entiende muy bien por qué. Empieza a preferir no ir a cafeterías o sitios ruidosos donde no puede escuchar bien de la conversación. Le ocurre parecido en el cine, o viendo la televisión. Progresivamente le pasa en cualquier reunión social y prefiere no salir, o bien cuando está en grupo, simplemente se desconecta de la conversación. Ahora, imaginemos una persona de entre 70 y 80 años que en los últimos cinco años ha perdido a algunos de sus mejores amigos y/o a su cónyuge. Puede que en el transcurso de ese tiempo se siga relacionando con otros conocidos, conozca a gente nueva en eventos en los que se esfuerza por participar y que se implique altamente en el cuidado de sus hijos y nietos, en el caso en el que le dejen, pero... probablemente no será lo mismo y la persona tiende cada vez más a quedarse en casa.

De acuerdo a lo anterior, son diversos los eventos sociales que son frecuentes a medida que se cumplen años, como la pérdida de seres queridos y el deterioro físico y/o cognitivo que hacen que encontremos algunas tendencias comunes en las personas mayores en cuanto a su funcionamiento social (Charles y Carstensen, 2010). Estas autoras, señalan que ambos tipos de eventos facilitan una tendencia general a que las redes sociales se reduzcan. Sin embargo, aunque se reduce el número de personas con las que se mantiene contacto, aumenta la implicación con las personas que resultan significativas y persisten en el

tiempo. En definitiva, parece que a medida que se envejece, lo importante no es estar con gente, sino estar con gente importante. Por otro lado, el declive en el funcionamiento físico precipita que algunas actividades sociales se vean comprometidas; por ejemplo, la falta de independencia en el desplazamiento dificulta que las personas puedan asistir a reuniones sociales fuera del hogar y tengan que esperar a ser visitadas. Además, como veíamos en el ejemplo, el deterioro sensorial con frecuencia puede afectar a la participación en conversaciones y actividades sociales; las pérdidas de vista y audición, que a edades avanzadas son más difíciles de compensar, hacen que se dejen de hacer muchas actividades.

Desde este aspecto, otro de los puntos importantes en el estudio de las relaciones sociales en gerontología es conocer cómo diferentes tipos de funcionamiento social afectan al envejecimiento. Es decir, qué características del funcionamiento social, actuales o pasadas, predicen que las personas mantengan un buen envejecimiento, qué aspectos favorecen un mejor estado físico, cognitivo y emocional. En este sentido, numerosos estudios muestran que, tanto aspectos estructurales (el tamaño y el tipo de la red social), como funcionales (el apoyo que proporcionan esas redes) son elementos importantes que contribuyen al bienestar de las personas en varios sentidos (Charles y Carstensen, 2010).

Uno de los aspectos que ha tenido mayor relevancia es cómo las relaciones sociales afectan al funcionamiento cognitivo. Los resultados señalan que tanto la cantidad como la calidad de relaciones sociales que tienen las personas mayores ayudan a prevenir el deterioro cognitivo, así como a mejorar su funcionamiento. Algunos hallazgos, por ejemplo, reportan que vivir acompañado lleva asociado un mejor funcionamiento cognitivo que vivir solo (ej.: van Gelder et al., 2006). Además, existe evidencia de que las relaciones sociales positivas pueden ser un factor protector del deterioro cognitivo (Fratiglioni, Wang,

Ericsson, Maytan, y Winblad, 2000); y que la participación en actividades sociales puede mejorar el rendimiento en tareas cognitivas con respecto a aquellas que realizan actividades solitarias (Manoux, Richards, y Marmot, 2003).

Numerosos estudios señalan la satisfacción con las relaciones sociales como uno de los puntos clave que contribuye a mantener o mejorar el funcionamiento cognitivo (Blanchard-Fields, Horhota, y Mienaltowski, 2008); así como lo contrario, las personas que señalan tener relaciones sociales menos satisfactorias tienden a presentar más deterioro cognitivo pasado un tiempo (Hughes, Andel, Small, Borenstein, y Mortimer, 2008). Aunque no se pueden establecer relaciones causales entre ambas variables, satisfacción con las redes sociales y funcionamiento cognitivo, el numeroso apoyo empírico que muestra la asociación entre ellas hace relevante tener este aspecto muy en cuenta.

La calidad y cantidad de relaciones sociales también se ha relacionado con un mejor funcionamiento físico, mejor salud y menor mortalidad (Ryff y Singer, 2001); así como lo contrario, las relaciones sociales insatisfactorias están asociadas a peor salud (Newsom, Mahan, Rook, y Krause, 2008). Por ejemplo, en un estudio encontraron que un mayor número de relaciones sociales en los días posteriores a haber sufrido un infarto cerebral puede facilitar una recuperación más rápida (Glymour, Weuve, Fay, Glass, y Berkman, 2008). En otro caso, observaron como una red de apoyo significativa predecía menor mortalidad (Pressman y Cohen, 2005).

En resumen, parece que existe una gran evidencia empírica que pone en relación tanto la cantidad y, sobre todo, la calidad de las relaciones sociales con el funcionamiento cognitivo y físico de las personas mayores. Estos resultados son importantes de cara a cómo mantener y promover la participación social para facilitar un buen envejecimiento.

Sin embargo, como ponen de manifiesto Charles y Carstensen (2010), aunque es importante estudiar cómo se relaciona el funcionamiento social concurrente con

las formas de envejecer, no parece suficiente para entender la compleja influencia de las relaciones sociales en el envejecimiento. El funcionamiento social permanece relativamente estable a lo largo del ciclo vital. Por ello, tiene sentido esperar que las condiciones sociales durante la infancia influyan en el funcionamiento social a lo largo del resto de la vida y, por ende, sus características tengan mayor poder explicativo sobre la forma de envejecer. Por ejemplo, Antonucci, Akiyama y Takahashi (2004) encontraron cómo las relaciones sociales tempranas tenían un efecto en el funcionamiento social, emocional y social de las personas durante su vida adulta. Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987) mostraron como mejores relaciones paterno-filiales durante la infancia estaban asociadas a relaciones más satisfactorias en la vejez. Y también se ha encontrado lo contrario, unas condiciones sociales adversas en la infancia, están asociadas a peores condiciones de salud durante la vejez (Consedine y Magai, 2003).

Aspectos emocionales

Las emociones son respuestas adaptativas del individuo que interactúan y median en el resto de áreas de funcionamiento de las personas (comportamiento, cognición, área social y salud) y son vitales para la motivación y preparan para la acción. En este sentido parece que la experiencia se convierte en un grado y, a diferencia del declive asociado a la edad en los aspectos biológicos y cognitivos, el funcionamiento emocional parece que mejora con la edad o, al menos, se mantiene. (Santacreu 2017)

El interés por el funcionamiento emocional en la vejez ha ido en aumento a lo largo de los últimos 30 años. Las primeras descripciones que se hicieron del funcionamiento emocional de las personas mayores eran bastante desalentadora, dado que a medida que se cumplen años aumenta la probabilidad de experimentar ciertos eventos vitales negativos, como pérdida de seres

queridos, enfermedades crónicas y pérdida de funcionalidad, que cabría esperar que generaran emociones negativas.

Aunque los datos que arrojan los estudios sobre las emociones de las personas mayores resultan en muchas ocasiones contradictorios, sí coinciden en resaltar la alta complejidad de su sistema emocional, la gran variabilidad que les caracteriza y algunas tendencias generales sobre su funcionamiento (Consedine y Magai, 2006).

Entre otras cosas, una de las principales fuentes de variación en los datos sobre el estudio de las emociones de las personas mayores, es la metodología con que se recogen los datos. La gran mayoría de los estudios, utilizan como técnica de evaluación los autoinformes de las propias personas mayores, que aunque resulta una forma de recogida de información imprescindible en el estudio de las emociones, sus debilidades metodológicas son destacables. (Fernández-Ballesteros, 2004)

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se ha avanzado bastante en el estudio del desarrollo emocional en la vejez y en términos generales se han encontrado en el funcionamiento emocional de las personas mayores las siguientes características.

Emoción y cognición

Otro de los aspectos fundamentales en el estudio de las emociones es cómo éstas afectan a las habilidades cognitivas, como el procesamiento de la información, la memoria y las funciones ejecutivas.

Existe acuerdo, en que el recuerdo se ve más afectado por la emoción en personas mayores que en adultos jóvenes. Sin embargo, no existen resultados claros sobre si las personas mayores recuerdan mejor eventos cuando éstos evocan emociones positivas o negativas. Parece que para procesar y recordar información las personas mayores ponen más énfasis en aspectos subjetivos y emocionales que, en ocasiones, pueden impactar negativamente en la calidad del

recuerdo y explicaría algunos fallos de memoria. En consonancia con los estudios de balance y regulación emocional, parece que los mayores reevalúan el carácter de los eventos negativos de forma más positiva y, por tanto, recuerdan los sentimientos negativos como menos frecuentes, intensos y sin tantos detalles Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2001).

En general, la intensidad emocional, independientemente de su carácter positivo o negativo, afecta negativamente al funcionamiento de las funciones ejecutivas, pero su efecto es mayor en PM que en jóvenes. En concreto, parece que afecta a la memoria de trabajo y en la planificación para resolver una tarea.

Teniendo en cuenta que, por un lado, sabemos que la memoria de trabajo puede declinar con la edad y, por otro, que la regulación emocional mejora, la combinación de ambos resulta la compensación óptima del declive. Y, por ello, la mejora en la regulación emocional se presenta como uno de los factores protectores del declive cognitivo.

Bibliografía

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.
- Antonucci, T., Akiyama, H., y Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment y human development*, 6(4), 353-370.
- Blanchard-Fields, F., Horhota, M., y Mienaltowski, A. (2008). Social context and cognition. *Handbook of cognitive aging: Interdisciplinary perspectives*, 614-28.
- Consedine, NS.; Magai, C. (2006). Emotional development in adulthood: A developmental functionalist review and critique. En C. Hoare (Ed.).

Handbook of adult development and learning. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 123-148.

- Charles, S., y Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual review of psychology*, 61, 383.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., y Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355(9212), 1315-1319.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). (2004). *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide
- Glymour, M. M., Weuve, J., Fay, M. E., Glass, T., y Berkman, L. F. (2008). Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience?. *Neuroepidemiology*, 31(1), 10-20. Han y Richardson (2015)
- Hughes, T. F., Andel, R., Small, B. J., Borenstein, A. R., y Mortimer, J. A. (2008). The association between social resources and cognitive change in older adults: Evidence from the Charlotte County Healthy Aging Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), P241-P244.
- Manoux, A., Richards, M., y Marmot, M. (2003). Leisure activities and cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11), 907-913.
- Newsom, J. T., Mahan, T. L., Rook, K. S., y Krause, N. (2008). Stable negative social exchanges and health. *Health Psychology*, 27(1), 78.
- Pressman, S. D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925.
- Ryff, C. D., y Singer, B. H. (Eds.). (2001). *Emotion, social relationships, and health*. Oxford University Press.

- Santacreu M. (2017). Bases Psicosociales del Envejecimiento. Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona Complemento Formativo. Universidad Internacional de Valencia.

Tema N°10 “Política Pública de envejecimiento positivo”⁵

“Una política pública es un comportamiento propositivo, intencional, planeado y causal, una respuesta y toma de posición desde el Estado respecto de determinados asuntos que concitan atención, interés y movilización de muchos actores en la sociedad (Miranda P, Caro S, 2016). Representa el concepto de sociedad que el Estado desea construir, y la estrategia a través de la cual lo hará, construyendo un marco de referencia, en el cual “los actores van a redefinir sus problemas y experimentar soluciones; por lo tanto, hacer una política pública no es resolver un problema, sino construir una nueva representación de los problemas” (Roth, 2006, p. 54).

Envejecimiento Positivo como pilar de la política Pública chilena

El envejecimiento positivo es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, pero no tiene un término claro (Miranda P, Caro S, (2016).

Como política, la esencia del envejecimiento positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca que las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten

⁵ Guía de estudio construida en base a Extracto textuales de Política Pública de Envejecimiento Positivo 2012-2025.

niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. Así formulada, es una Política para todo Chile, porque todos estamos envejeciendo y a todos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica.

Como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismo, las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos. Para evitar interpretaciones equivocadas, es importante aclarar que el envejecimiento positivo no implica desconocer que la experiencia de ser persona mayor puede ser ambivalente y estar marcada simultáneamente por aspectos positivos (como la expectativa de permanecer activo, dejando atrás las obligaciones y los deberes) y negativos (como los problemas de salud y el temor a depender de otros). El envejecimiento positivo no tiene la pretensión ilusa de eliminar por completo los aspectos negativos, pero sí busca incrementar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la experiencia de envejecer y llegar a ser persona mayor.

Fundamentos y objetivos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012-2025⁶

La Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile ofrece una respuesta particular a los desafíos del envejecimiento. Hablamos de “política” para referirnos a un conjunto de orientaciones y acciones del Estado. Esta política es “integral” en tanto considera los aportes que pueden realizar distintos Ministerios y Servicios Públicos en colaboración con otros actores sociales. La política es de “envejecimiento” porque responde a procesos dinámicos que ocurren a lo largo del curso de la vida y la historia, y no solamente a la condición estática de ser persona mayor. La política es de envejecimiento “positivo” porque no se limita a solucionar problemas sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las

⁶ Extracto de política pública de envejecimiento positivo 2012-2025 pág. 35

personas mayores sean saludables, integradas y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. La política es “para Chile” porque a todos los chilenos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica se repite esta frase, aparece en el último párrafo de la segunda hoja y todos envejecemos desde el momento en que nacemos. Y la política tiene un plazo “2012-2025” porque se propone objetivos a trabajar desde el presente hasta el 2025, año en que las personas mayores serán tantas como los jóvenes y en que la vejez habrá envejecido.

Desde esta perspectiva los objetivos generales que se plantea esta política son tres:

Funcionalidad

- Proteger la salud funcional de las Persona Mayor (PM)

Participación

- Mejorar la integración y participación de la PM en los distintos ámbitos de la sociedad

Bienestar

- Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las PM.

El primer objetivo general, busca que las personas mayores sean autovalentes, pero sin desconocer la importancia del apoyo a personas mayores que desarrollen dependencia. El segundo objetivo general, busca construir una sociedad para todos, donde las personas mayores mejoren su integración y participación en el ámbito social, económico, cultural y espacial. El tercer objetivo es de tipo transversal y busca que la Política Integral de Envejecimiento Positivo, en cada una de sus etapas, contribuya a que las personas mayores evalúen la calidad de su vida de forma favorable y positiva.

Ciertamente el Estado tendrá un rol central para transformar estos objetivos en una realidad, pero las mismas personas mayores, sus familias, organizaciones

sociales, el sector privado, las universidades y otros actores sociales también cumplen un rol fundamental. Las contribuciones de todos estos actores permitirán asegurar que el envejecimiento sea una experiencia positiva para todos los chilenos. Envejecer de forma positiva significa que como personas podremos disfrutar la vida y como país enfrentaremos con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica. Por lo tanto, es envejecimiento positivo para toda la población y no solamente para las personas mayores.

Para lograr los tres objetivos generales, la política propone 13 objetivos específicos:

1. Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores.
2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas.
5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.
6. Proteger la seguridad económica de las personas mayores.
7. Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.
9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.
10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios Estatales de atención de consultas y difusión de información relacionada a personas mayores.

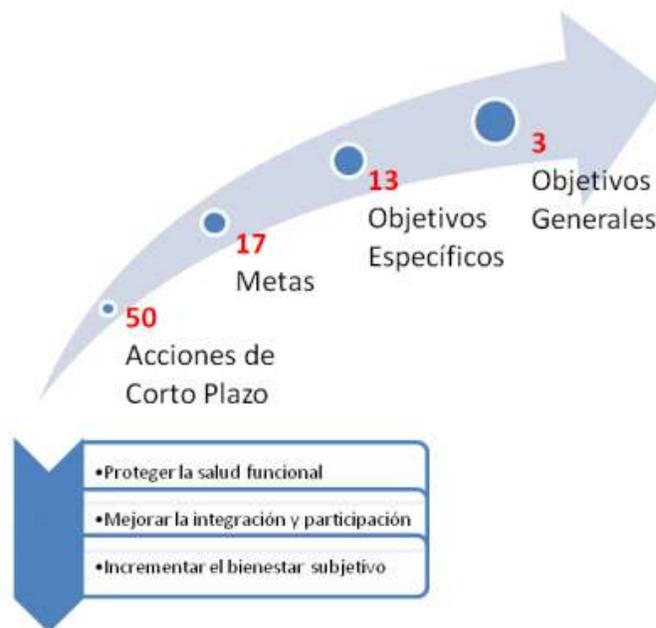
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.
13. Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores.

La mayoría de los objetivos específicos conducen a más de un objetivo general. Sin embargo, es posible atribuir cada objetivo específico a un objetivo general prioritario. Los primeros dos objetivos específicos, conducen prioritariamente al objetivo de salud, mientras que el último objetivo específico conduce prioritariamente al objetivo de bienestar subjetivo. Los otros objetivos específicos conducen, prioritariamente, al objetivo de integración.

Los objetivos específicos 1 al 3 se orientan a promover el envejecimiento saludable, 4 al 7 se orientan a promover el envejecimiento activo y 8 al 13 se orientan más directamente a promover el envejecimiento positivo. Por este motivo es posible sostener que la Política Integral de Envejecimiento Positivo contiene en ella los principios del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos.

El tercer objetivo general, que busca incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores, es de tipo transversal. Para cumplir con este objetivo no es suficiente garantizar un piso de condiciones objetivamente mínimas de vida, sino que es importante considerar la subjetividad de las personas mayores en las políticas de envejecimiento. Para avanzar en esta dirección, la Política Integral de Envejecimiento Positivo utilizará, en cada una de las etapas de su ciclo, los datos y evidencia disponible sobre bienestar subjetivo y felicidad de las personas mayores: en el diagnóstico para identificar y priorizar las necesidades de las personas mayores, en la formulación de propuestas y diseño de nuevas

políticas de envejecimiento para justificar la acción, en la implementación de las políticas aquí propuestas para guiar el proceso en todo momento hacia un impacto beneficioso en el bienestar subjetivo y la felicidad, y en la revisión y evaluación de las mismas políticas para estimar y comparar su impacto.



Fuente: Elaboración de SENAMA.

Bibliografía

- Miranda P, Caro S, (2016) Políticas Públicas Dirigidas a Personas Mayores en Chile. Gerontología Social. Programa Adulto Mayor UC. Instituto De Sociología. Pontificia Universidad Católica De Chile
- Política Pública de Envejecimiento Positivo 2012-2025. Disponible en <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2016/05/Pol-tica-Integral-de-Envejecimiento-Activo.pdf>

- Roth, A (2006) Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.

Tema N°11. “Determinantes de un Envejecimiento Activo”.

¿Qué es un envejecimiento activo (EA)?

Al preguntar a personas mayores de Chile, Latinoamérica, Europa, Norteamérica y Japón ¿qué es envejecer bien?, existe un amplio consenso, más del 80% de las personas consultadas, refiere que significa tener buena salud, poder valerse por sí mismo, sentirse satisfecho con la vida y poder contar con la familia y amigos (Fernández-Ballesteros et al., 2008).

En la literatura científica, envejecer bien aparece en los años 60 bajo distintos términos como: “saludable”, “con éxito”, “óptimo” y “productivo”. Y recién en 2002, envejecimiento activo es definido por la Organización Mundial de la Salud como el *“proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a la mejora del bienestar y la calidad de vida según la gente envejece”* (OMS, 2002, p.21).

Con esto, la OMS pretende ampliar el concepto de salud a otras condiciones tales como la participación e, incluyendo también, condiciones externas al individuo como es la seguridad. Todos estos términos son utilizados prácticamente en forma “intercambiable” y, en su mayor parte, aluden a condiciones coincidentes con lo que las personas entienden por envejecer bien.

El envejecimiento activo y la calidad de vida son dos nuevos conceptos que tienen historias paralelas y comparten algunas características: son complejos, no bien definidos y son multidisciplinarios.

Envejecimiento activo aparece en la literatura en 2002 con motivo del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) y del documento editado por la Organización Mundial de la Salud “Envejecimiento activo. Un marco político” (OMS, 2002), revisado por el International Longevity Center Brasil (ILCE-BR, 2015) y extendido poblacionalmente por Naciones Unidas con evaluaciones del Active Ageing Index por país (UNECE, 2014).

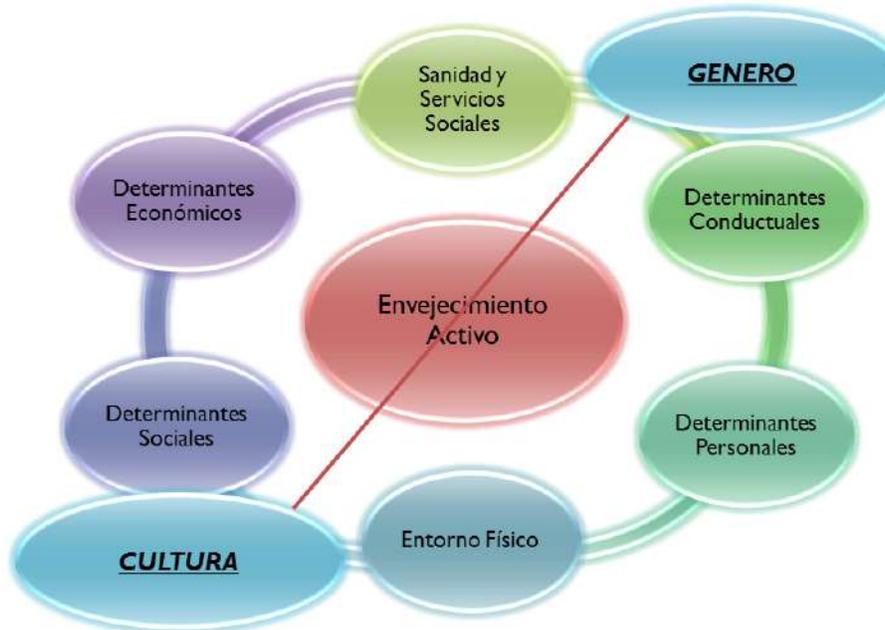
El envejecimiento activo es sinónimo de lo que comúnmente se entiende por “envejecer bien” y, por tanto, el “sujeto” de ese concepto es el individuo. Muchas veces se tiende a confundir con el concepto de calidad de vida. Si bien, ambos conceptos están relacionados, no son sinónimos: el envejecimiento activo tiene como protagonista esencialmente al individuo, mientras que la calidad de vida se refiere a la “vida” y, por tanto, hace referencia a condiciones tanto personales como contextuales.

Desde esta perspectiva, existen dos ideas predominantes en la promoción del envejecimiento activo, por un lado, las formas de envejecer no ocurren al azar y que el individuo puede hacer mucho para envejecer bien.

Determinantes de un envejecimiento activo (EA)

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones. Comprender estos determinantes es fundamental ya que esto facilitará la comprensión para diseñar políticas y programas enfocados en la prevención y rehabilitación.

Como determinantes de un envejecimiento activo se consideran:



Fuente: Elaboración Propia

Determinantes transversales: la cultura y el género.

La cultura es un determinante transversal incluido dentro del marco de comprensión del envejecimiento activo. La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo.

Los valores y las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento. Cuando las sociedades son más proclives a atribuir los síntomas de enfermedad al proceso de envejecimiento, es menos probable que proporcionen servicios de prevención, de detección precoz y de tratamiento apropiado. Los factores culturales también influyen en las conductas que promueven la salud.

En cuanto al *género* en muchas sociedades, las mujeres tienen una situación social de inferioridad y un menor acceso a la educación, a un trabajo gratificante y a los servicios sanitarios. El papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia, también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la vejez. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras. Otras nunca tienen acceso a un empleo remunerado porque durante toda la jornada desempeñan tareas como cuidadoras sin remuneración, ocupándose de los niños, los padres, los esposos que están enfermos y los nietos. Al mismo tiempo, los hombres son más propensos a padecer lesiones debilitantes o a morir a causa de la violencia, los riesgos laborales y el suicidio. También se involucran en conductas de mayor riesgo, como fumar, consumir alcohol y drogas y exponerse innecesariamente al riesgo de herirse.

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.

Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas de salud tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.

Los sistemas de salud y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados y ser efectivos, e integrados. No debe existir discriminación por causa de la edad al facilitar los servicios y los profesionales de la salud han de tratar a las personas de todas las edades con dignidad y respeto.

Desde este punto de vista diferentes aristas se desprenden en cuanto a estos determinantes:

- *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades:* La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su

salud. La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles, las caídas etc. La prevención se refiere tanto a la prevención «primaria» (por ejemplo, evitar el tabaquismo) como a la prevención «secundaria» (por ejemplo, la detección selectiva precoz de las enfermedades crónicas), o a la prevención «terciaria», por ejemplo, el tratamiento clínico apropiado de las enfermedades. Todo esto contribuye a reducir el riesgo de discapacidades.

- *Servicios curativos:* Aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas se ven expuestas a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen. Por consiguiente, acceder a los servicios curativos se hace indispensable. Como la inmensa mayoría de las personas mayores de un país determinado viven en la comunidad, la atención primaria de salud (APS) debe ofrecer la mayoría de los servicios curativos, considerándose la puerta de entrada a los sistemas de salud y desde el cual se debe a las personas a los niveles de asistencia secundaria y terciaria, donde se proporciona la mayor parte de la atención de emergencia y de casos graves.
- *Asistencia de larga duración:* La OMS ha definido la asistencia de larga duración como «el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana» (OMS, 2000). Por tanto, la asistencia de larga duración incluye ambos sistemas de apoyo: informal y formal, estos últimos pueden incluir una amplia gama de servicios comunitarios (p.ej., salud pública, atención primaria, asistencia domiciliaria,

servicios de rehabilitación y cuidados paliativos) así como asistencia institucional en residencias y centros de cuidados paliativos asistidos. También se refiere a tratamientos para detener o retrasar el curso de la enfermedad y la discapacidad.

- *Servicios de salud mental:* Los servicios de salud mental, que desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo, deben formar parte integral de la asistencia de larga duración. Es necesario prestar especial atención al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo la depresión y las demencias) y a los índices de suicidio entre las personas mayores (OMS, 2001).

Determinantes conductuales.

La adopción de estilos de vida saludables y la participación en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del ciclo vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable, sin embargo, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez, puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

- *El tabaquismo:* El consumo de tabaco, es el factor de riesgo modificable más importante para las enfermedades no transmisibles (ENT), tanto en los jóvenes como en las PM y una importante causa de muerte prematura que se puede evitar. Las ventajas de dejar de fumar son muy amplias y aplicables a cualquier grupo de edad. Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. Por ejemplo, el riesgo de accidente cerebrovascular se reduce después de dos años de abstenerse de fumar cigarrillos y, después de

cinco años, llega a ser igual que para las personas que nunca han fumado (Fernández-Ballesteros R. (2016). Fumar puede interferir en el efecto de los medicamentos necesarios. La exposición pasiva al humo del tabaco también puede tener un efecto negativo sobre la salud de las personas mayores, especialmente si están aquejadas de asma u otros problemas respiratorios.

- La actividad física: La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas tanto en las PM sanos como en aquellos que sufren enfermedades crónicas. Por ejemplo, la actividad física moderada regular reduce el riesgo de muerte cardíaca del 20 al 25 % entre las personas con una enfermedad cardíaca probada (Merz y Forrester, 1997 citado en Organización Mundial de la Salud (2002). También puede reducir sustancialmente la gravedad de las discapacidades asociadas con enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas.
- La alimentación sana: Los problemas de alimentación y seguridad alimentaria en todas las edades incluyen tanto la desnutrición (de forma especial, aunque no exclusiva, en los países menos desarrollados) como el consumo excesivo de calorías. En las personas mayores, la malnutrición puede estar causada por el acceso limitado a los alimentos, las carencias socioeconómicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, la incorrecta elección de los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de los dientes, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, las situaciones de emergencia y la falta de actividad física.

Por ejemplo una cantidad insuficiente de calcio y vitamina D provoca la pérdida de la densidad ósea en la vejez y, por consiguiente, un aumento de las fracturas óseas que resultan dolorosas, costosas y debilitantes, sobre todo en las mujeres mayores. En poblaciones con una elevada incidencia de fracturas, el riesgo se puede reducir asegurando un consumo adecuado de calcio y vitamina D. (Arias, D. G. (2007).

- Salud bucal: Una mala salud bucal, especialmente la caries dental, las enfermedades periodontales, la pérdida de los dientes y el cáncer bucal, produce problemas de salud generalizados dado que generan una carga financiera para las personas y la sociedad y pueden reducir la autoconfianza y la calidad de vida además de una mala salud bucal se asocia a la desnutrición y, en consecuencia, aumenta los riesgos de contraer diferentes enfermedades no transmisibles. Arias, D. G. (2007).
- El alcohol: Aunque las personas mayores tienden a beber menos que las jóvenes, los cambios metabólicos que acompañan al envejecimiento aumentan su predisposición a las enfermedades relacionadas con el alcohol, entre las que se incluyen la desnutrición y las enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas. Las personas mayores también presentan un mayor riesgo de caídas y lesiones relacionadas con el alcohol, así como posibles peligros relacionados con la mezcla de alcohol y medicamentos.
- Los medicamentos: Puesto que las personas mayores tienen habitualmente problemas de salud crónicos, tienen una mayor probabilidad que la gente joven de necesitar y usar medicamentos (tradicionales, sin receta y con receta). En la mayoría de los países, las personas mayores con pocos ingresos tienen pocas posibilidades de acceder a un seguro médico que les proporcione medicamentos. En consecuencia, muchos han de prescindir de ellos o se gasta una proporción muy elevada de sus ingresos en fármacos.

. Las caídas y los efectos adversos que se asocian a los fármacos (en especial los medicamentos para dormir y tranquilizantes) son importantes motivos de sufrimiento personal e ingresos hospitalarios costosos que podrían evitarse (Gurwitz y Avorn, 1991).

- La iatrogenia: los problemas de salud provocados por el uso de fármacos resultan común entre las personas mayores, debido a las interacciones farmacológicas, a una dosificación inadecuada y a una mayor frecuencia de reacciones imprevisibles a través de mecanismos desconocidos.

Cumplimiento terapéutico: El acceso a los medicamentos necesarios no es suficiente en sí mismo a no ser que también se alcancen cotas elevadas de cumplimiento terapéutico a largo plazo en las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento. El cumplimiento terapéutico implica adoptar y mantener una amplia gama de conductas (por ejemplo, una dieta sana, la actividad física, no fumar), así como tomar los medicamentos bajo la dirección de un profesional.

Determinantes relacionados con los factores personales

- Biología y Genética: La biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996). En otras palabras, la razón principal de que las PM enfermen con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un período más largo que el de las personas más jóvenes. Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna.

- **Factores psicológicos:** Los factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva (por ejemplo, la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas), son potentes predictores de envejecimiento activo y la longevidad (Smits et al, 1999 citado en Organización mundial de la salud 2002). Durante el envejecimiento normal, algunas capacidades cognitivas (como la velocidad de aprendizaje y la memoria) disminuyen de forma natural con la edad. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. A menudo el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso (falta de práctica), la enfermedad (depresión), los factores conductuales (consumo de alcohol y medicamentos), los factores psicológicos (falta de motivación, bajas expectativas y falta de confianza) y los factores sociales (soledad y aislamiento), más que por el envejecimiento per se. (Ardila, A. (2012).

La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina lo bien que las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades).

Los hombres y las mujeres que se preparan para la vejez, se adaptan a los cambios, se ajustan mejor a la vida después de los 60 años. Muchas personas siguen teniendo capacidad de resistencia a medida que envejecen y, por lo general, las PM no se diferencian de los jóvenes, de modo significativo, en su capacidad de enfrentarse a la adversidad.

Determinantes relacionados con el entorno físico

- **Entornos físicos:** Unos entornos físicos que tengan en cuenta a las personas mayores pueden establecer la diferencia entre independencia y dependencia para todas las personas, pero son de especial importancia

para las que están envejeciendo. Por ejemplo, las PM que viven en un entorno inseguro o en zonas con múltiples barreras físicas son menos proclives a salir y, por tanto, son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad.

- La seguridad de la vivienda: Una vivienda y un vecindario seguros y adecuados, son esenciales para el bienestar tanto de los jóvenes como de las personas mayores. Para estas últimas, la ubicación, teniendo en cuenta la proximidad a los miembros de la familia, los servicios y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento. Es preciso que las ordenanzas de edificación tengan en cuenta las necesidades de seguridad y de salud de las personas mayores. Los peligros domésticos que aumenten el riesgo de sufrir caídas deben ser solucionados o eliminados.

Es un hecho que las personas mayores tienden cada vez más a vivir solas a sobre todo mujeres mayores independientes, (Organización mundial de la salud 2002) que en la mayoría de los casos son viudas y a menudo pobres, incluso en los países desarrollados. Otras pueden verse obligadas a vivir de una manera que no han elegido, por ejemplo con familiares en hogares con muchas más personas.

- Las caídas: Las caídas de las personas mayores son una importante y creciente causa de lesiones, gastos de tratamiento y muerte. Los peligros del entorno que aumentan el riesgo de caerse son la mala iluminación, suelos resbaladizos o irregulares y la ausencia de barras de seguridad donde apoyarse. Con mucha frecuencia, estas caídas se producen en el entorno doméstico y pueden evitarse. Las consecuencias de las lesiones sufridas por los AM son más graves que las de los jóvenes. Frente a lesiones de la misma gravedad, las personas mayores padecen más

discapacidad, estancias hospitalarias más prolongadas, amplios períodos de rehabilitación y mayores riesgos de dependencia y fallecimiento.(Arias, D. G. (2007).

Determinantes relacionados con el entorno social

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen. La soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores. (Organización Mundial de la Salud 2002)

El apoyo social

Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

- ***Los ingresos:*** Es necesario que las políticas de envejecimiento activo se entrecrucen con planes más amplios para reducir la pobreza en todas las edades. Aunque las personas pobres de todas las edades se enfrentan a un riesgo creciente de mala salud y discapacidades, las PM son particularmente vulnerables. Muchas personas mayores, sobre todo mujeres que viven solas o en zonas rurales, no tienen suficientes ingresos garantizados. Esto afecta seriamente a su acceso a alimentos nutritivos, a una vivienda adecuada y a la atención en salud. De hecho, los estudios han mostrado que las PM con ingresos bajos tienen sólo un tercio de probabilidades de mantener un nivel elevado de funcionalidad que los que tienen ingresos elevados (Guralnick y Kaplan, 1989 citado en Organización Mundial de la Salud 2002).

- La protección social: En todos los países del mundo, las familias proporcionan la mayor parte del apoyo a las PM que necesitan ayuda. Sin embargo, a medida que las sociedades se desarrollan y comienza a decaer la tradición de que las generaciones vivan juntas, los países recurren cada vez más al desarrollo de mecanismos que proporcionen protección social a las personas de edad avanzada que no pueden ganarse la vida y están solas y son vulnerables.
- El trabajo : En todo el mundo, si un mayor número de personas disfrutaran de la oportunidad de tener un trabajo digno (apropiadamente remunerado, en entornos adecuados, protegido contra los riesgos) desde la juventud, se llegaría a la vejez siendo capaz de seguir participando en la fuerza laboral.. En todo el mundo cada vez es mayor el reconocimiento de la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan aportar y de hecho aportan tanto en el trabajo formal como informal, en la realización de actividades domésticas sin remunerar y en empleos voluntarios. (OMS 2002)

Desafíos para un envejecimiento activo⁷

La necesidad de un nuevo paradigma

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma no reflejan la realidad. No cabe duda de que la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos, incluso siendo mayores. Sobre todo en los países en vías de desarrollo,

⁷ Extracto de OMS 2002

muchas personas de más de 60 años continúan participando en el mercado de trabajo.

El nuevo paradigma desafía también la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es un asunto de niños y jóvenes, el trabajo de adultos y la jubilación es un problema de la vejez. El nuevo paradigma debe enfocarse en programas que apoyen el aprendizaje a todas las edades y permita a la gente entrar o salir del mercado laboral para asumir papeles de cuidadores en distintas épocas de su vida. Los propios AM y los medios de comunicación deben tomar la iniciativa para darle una imagen nueva y más positiva del envejecimiento. Educar a los jóvenes con respecto al envejecimiento y prestar una cuidadosa atención al mantenimiento de los derechos de las personas de edad ayudará a reducir y eliminar la discriminación y el abuso.

La economía de una población que envejece

Posiblemente lo que más temen los responsables políticos es que el rápido envejecimiento de la población produzca una explosión en la asistencia sanitaria y en los costos de la seguridad social que escape a cualquier control. Aunque no hay ninguna duda de que las poblaciones al envejecer aumentarán sus demandas en estos ámbitos, también existe la evidencia de que la innovación, la cooperación de todos los sectores, la planificación anticipada y basada en evidencias empíricas y las opciones políticas culturalmente apropiadas permitirán a los países gestionar con éxito la economía de una población que envejece.

En muchos países, la mayor parte de los gastos se dedica a la medicina curativa. La asistencia de las enfermedades crónicas consigue una mejoría de la calidad de vida; sin embargo, siempre es preferible que esas enfermedades se puedan prevenir o retrasar hasta etapas muy tardías de la vida. Por esto se tiene que evaluar si tales resultados pueden lograrse mediante políticas que

tomen en consideración los múltiples factores determinantes del envejecimiento activo, como las intervenciones para prevenir discapacidad, la mejora de las dietas y la actividad física y el aumento de la alfabetización o del empleo.

La doble carga de la enfermedad

El cambio de los modelos de vida y de trabajo va acompañado inevitablemente por un cambio de los patrones de la enfermedad. Los países más afectados por estos cambios son los países en vías de desarrollo. Aunque estos países continúan luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones perinatales, también se enfrentan con el rápido crecimiento de enfermedades no transmisibles (ENT). Esta «doble carga de la enfermedad» lleva los escasos recursos al límite.

El paso de las enfermedades transmisibles a las enfermedades no transmisibles, se está produciendo rápidamente en la mayoría de los países en vías de desarrollo donde enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas, la Diabetes, el cáncer y la depresión, están convirtiéndose con rapidez en las causas principales de morbilidad y discapacidad. Esta tendencia se multiplicará durante las próximas décadas. En 1990, el 51 por ciento de la carga global de enfermedad en los países en desarrollo y en los países recientemente industrializados fue causada por enfermedades no transmisibles, trastornos de salud mental y lesiones. Para 2020, la carga de estas enfermedades se elevará aproximadamente al 78 por ciento.

Mayor riesgo de discapacidad

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, las enfermedades crónicas son causas importantes de discapacidad, resultan costosas y reducen la calidad de vida. La independencia de un AM se ve

amenazada cuando las discapacidades físicas o mentales hacen que le resulte difícil llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

A medida que envejecen, es posible que las personas con discapacidades encuentren barreras adicionales relacionadas con el proceso de envejecimiento. Muchas personas desarrollan discapacidades en épocas tardías de la vida relacionadas con el deterioro del envejecimiento (por ejemplo, artritis) o por la aparición de una enfermedad crónica que podría haberse prevenido en sus inicios (cáncer de pulmón, diabetes y enfermedad vascular periférica) o una enfermedad degenerativa (por ejemplo, demencia). La probabilidad de experimentar graves discapacidades cognitivas y físicas aumenta de forma exponencial en edades muy avanzadas. Es significativo que los adultos de más de 80 años son el grupo de edad de más rápido crecimiento en todo el mundo.

Proporcionar asistencia a las poblaciones que envejecen

A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de las políticas en salud es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). La atención formal incluye tanto la asistencia primaria de salud (prestada básicamente al nivel de la comunidad) como la asistencia institucional (en hospitales o residencias de AM). Aunque está claro que la mayor parte de la necesidad asistencial de las personas se la prestan ellos mismos o sus cuidadores informales, la mayoría de los países asignan sus recursos financieros inversamente, es decir, la mayor parte del gasto se dedica a la asistencia institucional.

La Feminización del envejecimiento

Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todas las partes del mundo. Esto se refleja en la proporción mayor de mujeres que de hombres en los grupos de edad avanzada. Por ejemplo, en 2002, había 678 hombres por cada 1.000 mujeres mayores de 60 años en Europa. En regiones menos desarrolladas, había 879 hombres por 1.000 mujeres. Las mujeres constituyen, aproximadamente, dos tercios de la población mayor de 75 años en Brasil y Suráfrica. Y en Chile esta cifra es similar. (OMS 2002)

Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, tienen más posibilidades de sufrir violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, a los ingresos, a la alimentación, a un trabajo gratificante, a la asistencia sanitaria, a las herencias, a las medidas de protección social y al poder político. Este cúmulo de desventajas implica que las mujeres sean más proclives a sufrir la pobreza y la discapacidad en la vejez. Además, muchas mujeres tienen ingresos muy escasos, o carecen de ellos, debido a tantos años dedicados a los papeles de cuidadoras sin remuneración. El cuidado de la familia se consigue, a menudo, en detrimento de la seguridad económica y la buena salud de la cuidadora en su vejez.

Ética y las desigualdades

A medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas. Están vinculadas con la discriminación en la asignación de los recursos por razones de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una multitud de dilemas asociados con la asistencia de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidades. Los avances científicos y la medicina moderna han planteado muchas preguntas éticas relacionadas con la investigación y la manipulación genética, la biotecnología, la investigación con células madres y el uso de la tecnología para mantener la vida de una forma que compromete, al mismo tiempo, la

calidad de vida. En todas las culturas, los consumidores tienen que ser completamente informados sobre las falsas afirmaciones de productos «antienvejecimiento» y sobre los programas que resultan ineficaces o dañinos. Necesitan protección frente al marketing y los planes de financiación fraudulentos, sobre todo a medida que se envejece.

Bibliografía

- Arias, D. G. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13(2).
- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1-20.
- Fernández-Ballesteros R. (2016). Envejecimiento Activo: Su Promoción. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Material Digital.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relationship between aging y adverse drug reactions. *Annals of Internal Medicine* 1991;114:956-66.
- Guralnick JM, Kaplan G. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 1989;79:703-8.
- Merz CN, Forrester JS. The secondary prevention of coronary heart disease. *American Journal of Medicine* 1997;102:573-80.
- Organización Mundial de la Salud (2002) Envejecimiento activo: un marco político* Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. American Journal Epidemiology 1999;150(:978-86.

Tema N°12. “Aspectos sociales del envejecimiento”

Como se ha revisado en los temas anteriores el envejecimiento es un fenómeno cuyas causas se conocen bien, pero sus consecuencias lamentablemente aún no son suficientemente estudiadas. Desde aquí resulta interesante conocer algunos aspectos sociales en relación al envejecimiento. En este apartado se le dará mayor relevancia a Red de apoyo bidireccional: la familia, los aspectos relacionados con la jubilación, la muerte y la viudez y las relaciones de pareja en la vejez.

La familia

La familia es la red de apoyo más importante de las personas mayores y una de las variables claves en su calidad de vida. La intervención social en el ámbito gerontológico, debiera entonces asumir un enfoque familiar, de modo de lograr una atención integral, contribuyendo a un envejecimiento satisfactorio.

Sin embargo, la tradicional función de cuidado que realiza la familia se está dificultando por transformaciones demográficas y socioculturales, disminuyendo los potenciales cuidadores. No hay garantía de que las generaciones jóvenes tengan la disponibilidad de cuidar a sus familiares envejecidos, por lo que se hace necesario motivar propuestas de intervención innovadoras que fortalezcan las relaciones intergeneracionales y amplíen redes de las familias.

En la intervención intergeneracional, es fundamental observar la calidad de los vínculos, la forma en que se establecen y los principios que los guían, sin olvidar que ellos transitan en un continuo entre afecto y obligación. Estos intercambios son bidireccionales, y sus contenidos variables (bienes, servicios, ayuda financiera, apoyo emocional).

Dado que las personas mayores son heterogéneas, así como sus vinculaciones familiares y condiciones de vida, las intervenciones con este grupo etario debieran considerar una oferta especializada, flexible y amplia de programas sociales, sean estos públicos o privados, de financiamiento y/o ejecución mixta, que apoyen los esfuerzos de las familias.

La familia puede ser entendida como un sistema multigeneracional abierto. Una unidad heterogénea y dinámica, que se transforma y construye su historia (Fuentes A. 2014) En la interacción familiar coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia para el bienestar de todas las personas. Se trata de una organización relacional compleja, en la que tres o más generaciones se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en su ciclo de vida familiar. La posibilidad de que la familia trascienda en el tiempo está dada, precisamente, por su condición de sistema multigeneracional que atraviesa fases. Siguiendo a Duval (citado en Fuentes 2014), estas etapas son:

1. Formación de la pareja (aproximadamente 2 años).
2. Crianza inicial de los niños (desde el nacimiento del primer hijo, hasta que este tenga 2 años y medio).

3. Familia con niños preescolares (hasta los 6 años del hijo mayor).
4. Familia con niños escolares (hasta los 13 años del hijo mayor).
5. Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del hijo mayor).
6. Familia plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo abandona la casa).
7. Familia de edad media con hijos que tienen sus propias familias (hasta el fin del período laboral).
8. Familias ancianas (hasta la muerte de ambos miembros de la pareja).

Los intercambios entre generaciones pueden ser de diferente naturaleza: contactos personales, ayuda financiera, ayuda en servicios (tiempo, trabajo no remunerado) y apoyo emocional (Meil, 2007 citado en Fuentes A. (2014)). Las relaciones que se establecen a través de estos intercambios, están “marcadas por las nociones de responsabilidad y obligación, además de sentimientos de amor y afecto, y también por la negociación y el conflicto” (Gomila, 2005, p.508 citado en Fuentes A. (2014)).

Algunos factores que complejizan la problemática familiar con el envejecimiento son la interacción de varias generaciones que presentan necesidades y demandas diferentes, provenientes de diversos sistemas normativos; el aumento de la carga emocional por la amenaza de la dependencia; la existencia de relaciones interpersonales con conflictos no resueltos y con una larga historia; y la importancia que adquiere el sistema familiar para la persona que envejece (González-Celis A., 2003 citado Fuentes A. 2014).

Cuando la familia incorpora una persona mayor, tanto ésta como el sistema familiar deben adaptarse, adecuando sus normas. Este proceso genera estrés en la persona mayor y en la familia. “De la adaptabilidad de la familia y de cómo resuelvan esta situación, dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y al de sus componentes, o genere una inadaptación que

desemboque en conflictos y quizás en enfermedad” (Buil P. & Díez J., 1999, p.23 citado en Fuentes A. 2014). Mientras menos sean los recursos y fuerzas que tengan las familias, y más sea la pérdida de autonomía de la persona mayor, la posibilidad de que el estrés de la familia aumente se incrementa, acrecentándose los riesgos de institucionalización y maltrato en las personas mayores. En palabras de González, 2003 citado en Fuentes A. (2014) “el vínculo condicionado por la dependencia de la persona mayor se mueve siempre dentro de un delicado equilibrio.”

Las tres últimas etapas familiares, se caracterizan por la vivencia del síndrome del nido vacío, los cambios biológicos, la disminución de la autovalencia, la jubilación, la mayor disponibilidad de tiempo libre, la soledad y la muerte de la pareja. No obstante, estas etapas se han hecho reversibles. En efecto, este modelo del ciclo de vida familiar, construido con la llegada de la sociedad industrial, ha dejado de pensarse de manera lineal.

El aumento de la esperanza de vida extiende la existencia de los individuos en su etapa adulta y avanzada, prolongando el tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), así como a actividades personales, profesionales y de ocio, junto con un retraso de la edad de inicio de la viudez. Esto, en conjunto con una disminución de la fecundidad, se manifiesta en cambios en la estructura familiar. Hay un mayor número de generaciones viviendo juntas, pero con un menor número de miembros por cada generación. Las generaciones de adultos pueden tener más padres y abuelos (generaciones antecesoras) que hijos. Este efecto puede intensificarse por la separación/divorcio y la conformación de una segunda/tercera familia (“los míos”, “los tuyos” y “los nuestros”). Este proceso altera el tiempo invertido en roles familiares específicos y guía al surgimiento de los hijos adultos como una generación puente entre nietos y padres (Servicio Nacional del Adulto Mayor 2002).

En términos generales, la edad media de una familia aumenta, habiendo una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y al incremento de hogares con y de personas mayores. Respecto del sistema de cuidados, no podemos dejar de mencionar que las redes de apoyo de la población mayor también se expresan en forma diferente en hombres y en mujeres. Solo por el hecho de que los hombres tengan una vida más corta, o una menor expectativa de vida que las mujeres, hace que vivan la vejez en compañía. Las mujeres experimentan en una mayor proporción la viudez que los hombres, aunque el matrimonio tiene un efecto diferente para mujeres que para hombres. Además las mujeres solteras o viudas, tienen una red social más extensa que los hombres en la misma condición. (Osorio P., Gómez A., Careaga C. 2000)

Retiro, sistema de pensiones y vejez

Otra institución social importante sobre la cual es fundamental discutir el impacto de la vejez, es el trabajo y el no-trabajo, es decir el retiro laboral y sus concomitantes consecuencias en protección social y en términos económicos (sistema de pensiones y jubilación).

Para la sociedad, el retiro es una institución social consistente en reglas de salida, permisibles y requeridas, de la fuerza laboral basadas en la edad o la duración del servicio y los arreglos financieros para crear y entregar las pensiones del retiro (Bravo D. 2015). En términos individuales, es decir para el trabajador/a, el retiro se definiría idealmente como una transición a una etapa de la vida que no requiere empleo, ya que en ese momento se produciría la salida de la fuerza laboral y el apoyo económico de uno o más pensiones.

Es innegable que la edad y la jubilación están estrechamente unidas puesto que en términos históricos, el aumento del volumen de las personas mayores influye en el desarrollo de los sistemas de pensiones y en el desarrollo de una

jubilación obligatoria. Asimismo la edad –o edades—que se consideran propias para que las personas permanezcan más tiempo o se retiren del mundo del trabajo. Actualmente la edad de jubilación legal en Chile es de 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres.

La creciente población adulta mayor, ejerce fuertes presiones sobre la solvencia y sostenibilidad de los sistemas de jubilación y protección social. Estas presiones se hacen aún más apremiantes considerando el envejecimiento de la vejez, que hace aumentar el número de años transcurridos entre el retiro de la vida laboral activa y la muerte. De hecho, en Chile, el gasto público por persona de edad es mucho mayor al gasto público en niños o jóvenes, lo que tendería a continuar incrementándose por el envejecimiento sostenido de la población. (Bravo D. 2015)

La jubilación generalmente impacta negativamente en la seguridad económica de los adultos mayores, es decir en la capacidad de disponer y usar recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. En América Latina, una parte importante de la protección social se genera por los aportes contributivos de los propios trabajadores, lo que hace depender las condiciones de adquisición de las prestaciones en el momento del retiro, de las condiciones de empleo a lo largo del ciclo vital. En la región se produce la “paradoja de la protección social”: los trabajadores mejor posicionados son los que reciben más y mejor protección. El panorama de la protección de los adultos mayores evidencia esta inequidad: aquellos con mejor protección son los que tuvieron mejores oportunidades y rendimiento durante su vida laboral (Bravo D. 2015)

Estas inequidades se evidencian más entre aquellos que han desarrollado actividades laborales en sectores informales, o que no han cotizado para recibir una jubilación durante su vejez, situación altamente común entre las mujeres. En parte debido a lo anterior, un porcentaje importante de adultos

mayores se mantiene en el mundo laboral. La tendencia en los países latinoamericanos, es que a medida que aumenta la cobertura de pensiones, disminuye la participación de personas mayores de 60 años en la fuerza laboral. (Bravo D. 2015)

La protección que en la actualidad reciben las mujeres adultas mayores, depende principalmente de las pensiones por viudez y las prestaciones no contributivas, que corresponde a las actuales generaciones en las cuales las mujeres no tuvieron una activa participación en el mercado laboral. Con el aumento de la participación femenina en la fuerza laboral esta situación está cambiando rápidamente, por lo que en el futuro se espera que cada vez más ellas reciban prestaciones por contribución propia. Sin embargo, esto no se traduce necesariamente en mejores condiciones. Las desigualdades de género expresadas en condiciones perjudiciales de acceso al trabajo, de salarios más bajos y, en general de segregación ocupacional que afecta a las mujeres, generan una importante brecha de cobertura de los sistemas de pensiones. (Bravo D. 2015)

Viudez y vejez

La viudez conlleva a la construcción de una nueva identidad, la construcción de identidad como viudo o viuda. Dentro de una vida como cónyuge la muerte de uno de los dos significa un hito, un cambio, una transformación y un quiebre de la continuidad biográfica, marca una discontinuidad que abre una gran pregunta: *¿Vivir la viudez o morir también?* Todo, lo anterior nos lleva a construir una nueva identidad como persona mayor.

El miedo a la muerte o a quedarse solo(a) puede movilizar el comportamiento humano o simplemente no movilizarlo dependiendo de la superación del duelo.

Por lo tanto la viudez es algo tan relevante de intervenir dado el gran significado asociado esta etapa de la vida. (Osorio P., Gómez A., Careaga C. 2000)

Las relaciones de pareja en la adultez mayor

En esta etapa, la principal tarea de la pareja es aceptar la historia de vida compartida, integrando lo positivo y negativo de ella, resignificándola con aceptación y amor. Algunas parejas vuelven a encontrarse, luego de que sus hijos son adultos, y se enfrentan al desafío de compartir muchas horas del día y al cambios en sus roles. La pareja debe adaptarse a las restricciones económicas y disminución de los contactos sociales, lo que puede generar tensiones. Viudez y duelo son inherentes a este momento, ello demanda a la pareja preparación y apoyo de su entorno (Undurraga, 2011 citado en Fuentes A. 2014).

Las parejas mayores debieran buscar o reactivar intereses comunes, y dejar espacios para actividades personales o con grupos de amigos. Adecuar la vivienda o cambiarse de domicilio más pequeño, son también tareas que deben enfrentar. En ocasiones, no es posible que ambos integrantes de la pareja continúen viviendo juntos, ya que son acogidos por distintos hijos, o uno de ellos permanece en la casa de la pareja y la otra es ingresada a una residencia de personas mayores.

Es importante que la pareja tenga la oportunidad de vivir plenamente su sexualidad, la cual debiera abordarse de una manera integral, contemplando las dimensiones psicológicas, biológicas y sociales.

Sin embargo, por múltiples factores, esto no siempre es posible. La existencia de prejuicio sociales con pautas culturales rígidas, así como determinadas actitudes sociales y familiares ante la vida sexual de las PM, como la censura, el reproche, el miedo, las risas o los chistes, entre otros prejuicios

y mitos, propician una desinformación permanente de la temática sexual en la edad geriátrica. (Fuentes A 2014) En otras ocasiones, la persona se convierte en destinatario de sus propios prejuicios, y ello funciona como el principal responsable de la desvalorización sexual del AM (Pérez, 2008, p.3 citado en OMS 2002).

Bibliografía

- Bravo D. (2015) Seguridad social y sistema de pensiones en Chile . Diplomado de Geriatría y Gerontología. Universidad de Chile. Material Digital
- Fuentes A. (2014) Impacto social de la vejez. Diplomado de Geriatría y Gerontología. Universidad de Chile.
- Osorio P., Gómez A., Careaga C. (2000) “La muerte del cónyuge en la vejez. Una lectura desde la antropología”
- Organización Mundial de la Salud (2002) Envejecimiento activo: un marco político* Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2002) Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos de la vejez y el envejecimiento. <http://www.senama.cl/CentroDocument.html>

Tema N°13. “Programas para el trabajo con Personas Mayores y oferta programática actual en salud ”

En este contexto, la oferta pública ha ido de manera gradual incorporando cada vez más programas y dispositivos de apoyo y prevención, principalmente para las

personas mayores más vulnerables. Los programas existentes se pueden dividir entre los que trabajan el ámbito de la prevención y promoción de la participación para adultos mayores autovalentes y otros de apoyo para *cuidados de adultos mayores dependientes.

Algunos de estos programas sociales se encuentran todavía en fase piloto y la mayoría cuenta con una reducida cobertura, concentrada principalmente en la zona central, por lo que no es posible asegurar acceso a estas iniciativas en todas las comunas del país. A pesar de lo anterior, la tendencia nos indica que cada año se van incrementando las capacidades para este tipo de iniciativas y se generan nuevos programas sociales especialmente diseñados para las personas mayores. En esta misma línea, se espera fortalecer la red de programas con un *Plan Nacional de Cuidados*, y un *Plan Nacional de Demencias* (que inicia su plan piloto el año 2017) al alero del Sistema de Protección Social que pueda y coordinar iniciativas que aborden las necesidades de apoyo y cuidado de una población envejecida.

Todos estos programas se deben coordinar y complementar con una serie de beneficios y derechos sociales que otorga el Estado a las personas mayores. Entre los más relevantes se pueden mencionar: (Minsal 2014)

1. Pensiones Básicas Solidarias de Vejez e Invalidez, Aporte Previsional Solidario (APS). (Instituto de Previsión Social, IPS)
2. Bono por Hijo (IPS)
3. PACAM (Programa de Alimentación Complementaria). (Ministerio de Salud, MINSAL)
4. Subsidio de agua potable (otorgado y administrado por las municipalidades).
5. Estipendio para Cuidadores. (MINSAL)
6. Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). (MINSAL)

7. Acceso preferente a programas dirigidos a dicha población.
8. Entrega de ayudas específicas según la capacidad de cada municipio. Se prioriza población vulnerable, como es el caso de los adultos mayores. Esta ayuda puede ser permanente, que se entrega en cualquier período del año y responde a la oferta de beneficios de cada municipio, o situacional, referida a ayuda frente a situaciones de emergencia.

La conexión entre los programas sociales descritos y los derechos sociales existentes con las personas mayores es una tarea que realiza cada municipalidad. En cada comuna, a través de las oficinas de atención social o de las oficinas comunales del adulto mayor (*OCAM), se entrega orientación, se realizan derivaciones y se facilita el proceso de postulación a algún programa o beneficio. Las OCAM dependen de cada municipio y cumplen varios objetivos claves para actuar de puente entre las personas mayores de su territorio y los programas y beneficios sociales disponibles. La labor de estas oficinas se centra en los siguientes objetivos principales:

1. Apoyar e incentivar la organización y participación de las personas mayores. Por ejemplo, en clubes de personas mayores, Uniones Comunales de Adultos Mayores (UCAM), etc.
2. Generar instrumentos de focalización de la población mayor, de sus necesidades, y articular con las posibilidades locales de atención en salud, social, legal, etc.
3. Entregar orientación, derivación y apoyo psicosocial a la persona mayor y a su familia, si se contará con ella.
4. Desarrollar actividades socioeducativas, culturales y recreativas, para un envejecimiento activo y saludable. Dentro de este marco se realizan talleres, paseos, charlas, etc.

Lamentablemente, no todos los municipios poseen una OCAM, es decir, no cuentan con oficinas de atención especialmente diseñadas para trabajar y apoyar

las necesidades de las personas mayores de la comuna. La existencia de las OCAM dependerá de los recursos y prioridades de cada municipio, no obstante, las personas mayores igualmente pueden acceder a los programas y beneficios sociales mencionados, ya sea de forma directa o a través de otros departamentos u oficinas de su municipalidad; siempre y cuando el programa tenga presencia en ese territorio.

SENAMA, por su parte, cuenta con el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) que tiene por objetivo entregar información sobre servicios y beneficios dirigidos a las personas mayores, coordinar acciones y derivar a la red local y de gobierno aquellos casos de personas mayores en situación de vulnerabilidad social, proporcionar acceso expedito a la documentación institucional, informar sobre situaciones que vulneren los derechos de los mayores y orientar en la obtención de información sobre temas de envejecimiento y vejez activa, entre otras funciones.

Al SIAC se puede acceder a través del FONO MAYOR 800-4000-35 o desde celulares al +56 2 2585 3535. También mediante el correo oirs@senama.cl o consultando directamente en las coordinaciones regionales del servicio. SENAMA (2012)

A continuación, se presenta un resumen de los planes, programas y servicios para personas mayores en Chile

<i>Política/Programa/Proyecto</i>			<i>Descripción</i>
Política	Integral	de	1.) Proteger la salud funcional de las personas
Envejecimiento	Positivo		

<p>2012-2025</p>	<p>mayores.</p> <p>2) Mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad.</p> <p>3) Incrementar sus niveles de bienestar subjetivo.</p>
<p>Programa Vínculo</p>	<p>Entregar herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares.</p>
<p>Envejecimiento Activo</p>	<p>Diseñar, programar y ejecutar actividades que promuevan el envejecimiento activo en la población adulta mayor, para lo cual divide su quehacer en dos componentes: Fortalecimiento de Habilidades en la Vejez y Espacio Mayor. Ambos componentes buscan contribuir y potenciar la oferta gratuita de servicios a las personas mayores, así como generar una oferta de acuerdo a la realidad territorial, permitiendo el acceso igualitario a los mayores sin otros criterios adicionales a su grupo etario y autovalencia. El programa dispone de infraestructura (Casas de Encuentro del Adulto Mayor) en algunas regiones del país, donde se desarrollan talleres, encuentros y charlas. En aquellas regiones donde no se dispone de inmueble se utiliza la estrategia de articulación con otros servicios públicos e instituciones que permite convocar a una mayor</p>

	cantidad de adultos mayores
Programa Centro de Día	Promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un Centro Diurno, donde se entregan temporalmente servicios socio-sanitarios.
Cuidados Domiciliarios	Un conjunto de servicios de apoyo socio-sanitarios a los/las adultos mayores en situación de dependencia moderada o severa en su domicilio que son otorgados por un/una asistente domiciliario/a capacitado/a para tal efecto. Este programa permite que el adulto mayor permanezca mayor tiempo en su hogar, junto a su familia y sus redes, como también retrasa la institucionalización de la persona, además de otorgar un respiro al cuidador. Todo esto se logra a través del financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios, a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, que cuentan con experiencia de trabajo con adultos mayores dependientes.
Programa por el Buen Trato al Adulto Mayor	Contribuir al reconocimiento, promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención y del maltrato que los afecta mediante la asesoría y coordinación con las redes regionales y locales. Atención, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que

	afecten a las personas mayores, especialmente en violencia intrafamiliar, que ingresan a SENAMA, en coordinación con los dispositivos y actores locales como SERNAM, municipalidades, CESFAM y Programa de Apoyo Víctimas Delitos Violentos, entre otros. El programa cuenta con un abogado en cada capital regional para la atención y orientación judicial, gracias a un convenio con la Corporación de Asistencia Judicial (CAJ).
Turismo Social	Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad acceden a espacios de recreación y esparcimiento que fortalecen sus redes de apoyo.
Voluntariado Seniors Asesores	Entrega voluntaria, por parte de las personas mayores, de apoyo socio-educativo, a niños y niñas de familias en situación de vulnerabilidad del sistema de Protección Social. Los voluntarios entregan sus conocimientos y experiencias para que los estudiantes mejoren su rendimiento escolar y refuercen su autonomía, fomentando hábitos de estudio e involucrando a sus familias en el proceso educacional.
Programa Voluntariado Te Acompaño	Tutoría de mentores adultos mayores sobre adolescentes de 10 a 14 años, más el involucramiento de los adolescentes en actividades comunitarias y el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas. Tiene como población objetivo a estudiantes con presencia de factores de riesgo que pudieran favorecer el involucramiento en el consumo de

<p>Programa de Participación y Formación: Escuela de Formación para dirigentes mayores</p>	<p>sustancias.</p> <p>Promover la información, participación y formación de dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores, a fin de contribuir al ejercicio de su ciudadanía activa.</p>
<p>Condominio de Viviendas Tuteladas</p>	<p>Personas mayores en situación de vulnerabilidad autovalentes, que requieren de una solución habitacional y de servicios de apoyo y/o cuidado, accedan a una solución integral a través de la oferta pública, para lo cual se consideran sus condiciones de funcionalidad y/o niveles de dependencia. El Programa Habitacional para Adultos Mayores considera la construcción de viviendas protegidas, contemplando la construcción de Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT), los que corresponden a conjuntos habitacionales de viviendas, con espacios de uso común como una sede comunitaria, estacionamientos y áreas verdes. Dichos CVT son traspasados a SENAMA en comodato por los SERVIU respectivos. A su vez SENAMA, para la ejecución de este programa, celebra un convenio de operación con Entidades Operadoras Prestadoras de Servicios, quienes implementarán un plan de intervención social y un plan de mantenimiento de las viviendas, con los recursos traspasados por SENAMA a través del</p>

	mencionado convenio.
ELEAM	Proporcionar servicios de cuidados de larga duración, que sean de calidad y especializados, de acuerdo a los niveles de dependencia de los mayores. Para esto, existen residencias donde se provee atención directa a los mayores, tanto en aspectos socio-sanitarios, como en integración socio-comunitaria, promoviendo la participación de los residentes en la red local y en el barrio. SENAMA delega la operación de los establecimientos, a través de licitación pública a entidades sin fines de lucro con experiencia en trabajo y atención a mayores, las que se comprometen a gestionar la residencia de acuerdo al Modelo de Gestión SENAMA.
Fondo Nacional del Adulto Mayor	Favorecer la autonomía, autogestión e independencia de los mayores y además entregar servicios de calidad para la atención de personas en situación de dependencia y/o vulnerabilidad. Consta de dos tipos de fondos: en el Fondo Autogestionado pueden participar organizaciones de mayores con personalidad jurídica. En el de Ejecutores Intermedios, instituciones sin fines de lucro que trabajan con mayores.
Escuela para Funcionarios Públicos	Capacitación para aquellas personas que trabajan con adultos mayores en riesgo de dependencia o en dependencia, con el fin de cuenten con los conocimientos y competencias para desarrollar sus funciones de cuidados especializados y/o

	administración de servicios sociales, entre otros.
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	El programa busca mejorar y/o mantener la condición funcional de los mayores clasificados como autovalentes, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia. Así también, busca entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales. Trabajo en duplas: kine-TO
Aporte Previsional Solidario de Vejez	Proteger a los adultos mayores mediante un complemento a su pensión mensual en dinero.
Modelo de Atención Integral de la Persona Mayor (MINSAL) EMPAM Programa Nacional Adulto Mayor (evaluación funcional, vacunas, morbilidad Chile solidario)	<p>1) Instrumento validado que permite la evaluación funcional de la persona mayor en la comunidad, detectando la pérdida de la funcionalidad en el corto y mediano plazo (EFAM). (Albala, 2007).</p> <p>2) Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), que se encuentra como parte de las garantías GES (MINSAL, 2008).</p> <p>3) Talleres de Prevención de Caídas. (Programa del Adulto Mayor, MINSAL, 2010).</p> <p>4) Capacitación a equipos de salud de APS en atención integral de la persona mayor.</p> <p>5) Gestor de casos, equipo socio sanitario que</p>

favorece la continuidad de los cuidados en la Red de atención de salud de la persona mayor. (Programa Adulto Mayor, MINSAL, 2010).

6) Centros de Rehabilitación Comunitaria, iniciados en el año 2003 cuyo objetivo es insertar el modelo de rehabilitación integral y biopsicosociales que permitan la integración social y autovalencia de las personas mayores.

7) GES para personas 65 y más años: se incorporan 7 patologías GES de relevancia en la salud de las personas mayores.

8) Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).

9) Coordinación directa con el Intersector, en especial con SENAMA.

10) Orientación técnica para la atención en salud en las personas adultas mayores en atención primaria.

Otros:

- Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud
- Compromiso de gestión hospitalaria: Hospital amigo

- Garantías Explícitas en Salud (GES) para las Personas Mayores

Extraído de Miranda P, Caro S, (2016) en base a la información disponible en senama.cl, minsal.cl y chileatiende.cl

OFERTA PROGRAMÁTICA ACTUAL EN SALUD⁸

1. Programa Nacional de Alimentación Complementaria de la persona mayor (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a las personas mayores en los establecimientos de Atención Primaria. El objetivo principal de este programa es mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad física y psíquica de las personas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida.

2. Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

Este programa consta de dos vacunas dirigidas a las personas mayores, por un lado la vacuna anti neumocócica que busca prevenir neumonías e infecciones Neumocócicas severas en éste grupo etario y por otro lado la vacuna contra la Influenza la cual tiene como objetivo prevenir la infección y sus complicaciones, las cuales pueden llegar a ser fatales especialmente en personas con factores de riesgo, tales como personas mayores y enfermos crónicos.

▪ ⁸ Extracto textual de Salud Integral de las Personas Mayores. Seremi de salud Bío Bío.

Estas vacunas se entregan de forma gratuita en todos los centros de salud primaria y postas rurales del país.

3. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una estrategia comunitaria, promocional y preventiva, desarrollada e impulsada desde el nivel central con el objetivo de promover y promocionar la salud de las personas de 60 años y más. Se encuentra presente actualmente en 200 comunas a nivel país, correspondientes a los 29 Servicios de Salud.

Actualmente el programa está presente en 379 establecimientos de salud a través de 417 duplas profesionales, en 200 comunas del país. A nivel regional se aborda en 18 comunas.

4. Plan Nacional de Demencia

Programa de identificación y tratamiento de Demencias, presente en 10 comunas del país. A través de diagnóstico en APS, Centros Diurnos de Apoyo Comunitario y Unidades de Memoria. A nivel regional solo se ha instalado medianamente en Hualpén con centro Kelluwün.

5. Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa (APS)

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud.

La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador

6. Camas sociosanitarias

La implementación de camas sociosanitarias tiene como objetivo ofrecer en los recintos hospitalarios públicos, los cuidados necesarios indicados en el alta médica para aquellos usuarios que no cuentan con la red familiar o social para egresar del centro de salud. Se busca además, reinsertar a estas personas en hogares que le entreguen cuidados necesarios a su condición de riesgo dependencia, y también desbloquear las camas médico quirúrgicas para la atención de pacientes en espera.

Se han instalado en los últimos 4 años un total de 200 camas sociosanitarias.

7. Garantías explícitas en salud (GES) para las personas mayores

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) son un conjunto de 80 patologías curativas y 1 preventiva de salud con garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, para las personas afiliadas a las instituciones de salud tanto pública como privada. Dentro de las 80 patologías existen 55 de uso para personas mayores y 5 específicas sobre los 65 años:

- Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
- Vicios de refracción en personas de 65 años y más.
- Salud oral integral del adulto de 60 años. - Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.
- Ayuda técnicas

8. Rehabilitación y prevención de discapacidad y/o dependencia

A partir del año 2007 se instala el Programa de Rehabilitación Integral, el cual ha tenido un

desarrollo sistemático y progresivo.

La estrategia está desplegada en la Atención Primaria de Salud a través de las salas de rehabilitación en donde el 53% de las comunas del país cuenta con alguna estrategia.

A nivel hospitalario la rehabilitación tiene un enfoque preventivo de discapacidad y dependencia a través de la entrega precoz, intensiva e interdisciplinaria de servicios de rehabilitación, con énfasis en la atención en las unidades de paciente crítico (UPC).

9. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)/Decreto 14

Los ELEAM son establecimientos en que residen personas de 60 años y más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados. Para su funcionamiento, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores deben contar con autorización otorgada por la SEREMI de Salud del lugar en que se encuentra ubicado. Actualmente, existen 916 ELEAM que cuentan con dicha autorización sanitaria, y un número desconocido de ELEAM que funcionan sin autorización sanitaria. Estos establecimientos reciben financiamiento del sector salud para las prestaciones correspondientes, financiadas por FONASA.

A lo anterior se suman 13 ELEAM pertenecientes al Servicio Nacional del Adulto Mayor, que cuentan con 868 plazas. Es importante considerar que están en construcción 8 más a nivel país.

10. Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)

El EMPAM es una evaluación periódica de salud, de carácter voluntaria y gratuita. Permite conocer el estado actual de salud y funcionalidad de la persona mayor, clasificándolo de acuerdo a niveles funcionales.

EXPANSIÓN PROGRAMÁTICA PERIODO 2019-2029 EN SALUD

1. Auge mayor

- I. Facilitar el acceso, oportunidad y calidad atención en salud. Esta iniciativa se basa en facilitar la atención a personas mayores a lo largo de la red pública, tomando en cuenta las barreras de acceso en salud para poder dar una respuesta a estas y propiciando el Buen Trato dentro de la red de salud pública.

Esta iniciativa se basa en la resolutivez de la atención y un trato preferencial a las personas mayores, con filas especiales, ventanillas y centro de llamados para una toma de horas más expedita.

- II. **Auge Mayor Enfermedad de Alzheimer temprana** La iniciativa Auge Mayor Enfermedad de Alzheimer nace considerando las más de 200.000 personas mayores con Demencia que viven en Chile y su entorno de apoyo. Se complementa con el Plan Nacional de Demencias y brinda acceso, oportunidad y calidad de atención para diagnóstico y prestaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas a las personas mayores que viven con Demencia y su familia.

2. Aumentar el Recurso Humano especializado para la atención de personas mayores

- I. Aumentar el número de Geriatras en un 50% : El aumento en el número de especialistas Geriatras en la atención de personas mayores, y la generación de un Modelo de Atención Geronto-geriátrica es una iniciativa para asegurar la calidad de la atención y los conocimientos necesarios para planes de tratamientos individualizados de las personas mayores y sus entornos de apoyo. Con un enfoque centrado en la funcionalidad y prevención de la discapacidad. Actualmente a nivel nacional existen 116 geriatras de los cuales

2 se encuentran en el Hospital Las Higueras de Thno.

- II. Capacitación a profesionales de equipos de salud en el área de la Gerontología: Esta iniciativa tiene una sólida base en la capacitación y certificación de profesionales, pero a la vez busca entregar capacitación y certificación a cuidadores formales e informales. Con un registro de prestadores en cuidados de personas mayores.

3. Implementar Unidades Geriátricas de Agudos - UGA

Iniciativa a instalarse en Hospitales de Alta Complejidad de regiones con altos índices de envejecimiento, y donde las capacidades técnicas lo permitan. Esta iniciativa tiene como objetivo brindar una atención integral, oportuna, segura y continua a las personas mayores frágiles durante su proceso de hospitalización, tratando en forma oportuna y efectiva la condición clínica aguda por la cual es ingresada, con el fin de disminuir el deterioro de la funcionalidad y discapacidad considerando aspectos biomédicos, funcionales, mentales y sociales. Para el logro del objetivo antes mencionado, se considera un equipo profesional interdisciplinario, capacitado en el trabajo con personas mayores, con una infraestructura acorde para la rehabilitación y un trabajo coordinado con el entorno de apoyo familiar y la red asistencial. Se instalarán 11 UGAS a nivel nacional y una de estas estará en Hospital Las Higueras de Thno.

4. Programa de Salud Oral Ríe Mayor

El Programa de Salud Oral Ríe Mayor se basa en el aumento de cobertura y resolutivez en Salud oral Integral de personas mayores dentro de los tramos de edad 60-70 años y con prótesis dentales inferiores implanto-soportadas.

5. Identificación de Fragilidad Geriátrica en Atención Primaria en Salud

La Fragilidad Geriátrica es un parámetro para la identificación de personas mayores que se encuentran más vulnerables a las amenazas del ambiente y de salud, dentro

de los cuales aparecen los frágiles sociales, cognitivos y físicos. Dentro de esta Fragilidad aparece la iniciativa de Evaluación de Sarcopenia en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). La Evaluación de Sarcopenia se realiza a través de Dinamometría y con la aplicación herramienta HTSmayor, mediante la cual los profesionales de la salud registran los parámetros de fuerza, velocidad y la marcha, signos vitales, estatura, peso e IMC para después de un plan

Oferta social vigente⁹

Iniciativas Gubernamentales

- Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM): **Esta es una iniciativa pública, proveniente del Ministerio de Desarrollo Social, y ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo que atiende es personas desde los 60 años, que pertenecen al 60% más pobre, que presenten algún grado de dependencia y requieran cuidado especializado. Reciben servicios de apoyo y cuidados de larga duración de calidad y acordes a su nivel de dependencia.**
- Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad. **Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, y ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores en situación de vulnerabilidad que presentan algún grado de dependencia y no cuentan con redes familiares. Se les entrega cuidados especializados durante su permanencia en residencias de larga estadía.**

⁹ Extracto textual de Ministerio Desarrollo Social, Departamento de Monitoreo de Programas Sociales (2018)

- **Fondo de Subsidio ELEAM: Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, y ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y dependencia presentados por las instituciones en el proyecto. El objetivo es mejorar las condiciones de vida de quienes residen en ELEAM sin fines de lucro.**
- **Cuidados Domiciliarios: Esta es una iniciativa pública, originada en el Ministerio de Desarrollo Social, y ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores a 60 años que sean dependientes de nivel moderado o severo que viven solos o que vivan con uno más adultos mayores, que presenten vulnerabilidad económica, dentro del 40% más pobre, y que hayan sido derivados de algún programa de SENAMA. El objetivo es prestar servicios de cuidadores domiciliarios que faciliten la realización de las actividades de la vida diaria de la población objetivo.**
- **Centros Día: Esta es una iniciativa pública, proveniente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores a 60 años, vulnerables, con dependencia leve o moderada, que se encuentren dentro de los tres primeros tramos de calificación socioeconómica en el Registro Social de Hogares. El objetivo es apoyar a las personas del público objetivo en estos centros, sin desarraigarlos de su entorno.**
- **Turismo Social. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores que residen en ELEAM, personas mayores que viven en los Condominios de Viviendas tuteladas de SENAMA, personas mayores que asisten a Centros Diurnos Comunitarios y personas que viven en condiciones de vulnerabilidad dentro del 60% más pobre. El objetivo de esta iniciativa es brindar la oportunidad de acceder a lugares de interés turístico-cultural y espacios de recreación y esparcimiento a aquellas personas**

mayores que no tienen esta posibilidad por sus propios medios económicos.

- **Programa de Envejecimiento Activo. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo son personas de 60 años o más, autovalentes, que estén en situación de vulnerabilidad social y que preferentemente no sean parte de una organización. El objetivo es lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan envejecer activamente, para lo que se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personas, el encuentro, la solidaridad intergeneracional, y la creación de entornos favorables que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia.**
- **Fondo Nacional del Adulto Mayor. Esta es una iniciativa pública, proveniente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro que trabajen en temáticas de adultos mayores o estén constituidas por personas mayores. El objetivo es contribuir a la promoción, protección de los derechos y la participación social de los Adultos Mayores.**
- **Programa Buen Trato al Adulto Mayor. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores de 60 víctimas de todo tipo de maltrato. El objetivo es prevenir el abuso, violencia y maltrato que afecta a este grupo etario.**
- **Programa Condominio de Viviendas Tuteladas: Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutada a través de SENAMA. El público objetivo es personas mayores de 60 autovalentes en situación de vulnerabilidad. El objetivo es contribuir a que estas personas accedan a viviendas adecuadas a sus necesidades y a servicios de apoyo sociocomunitarios.**

- **Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Salud, ejecutada a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El público objetivo es personas con dependencia según índice de Barthel, cuidadores y familia de las personas con dependencia. Se busca entregar atención integral en el domicilio de tipo físico, emocional y social, con el fin de mejorar su calidad de vida y potenciar su recuperación y autonomía.**
- **Programa de Residencias y Hogares Protegidos. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Salud, ejecutada a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El público objetivo son personas con discapacidad psiquiátrica severa, que pertenezcan a FONASA, tengan más de 18 años y que no tengan red de apoyo. Se entrega un apoyo para que personas de población objetivo puedan desarrollar habilidades básicas que les permitan integrarse a la vida en comunidad.**
- **Camas sociosanitarias. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Salud. El público objetivo es personas mayores que no cuenten con una red familiar o social, o estas sean disfuncionales. Se busca entregar un servicio de tratamiento y vivienda temporal. Acceden personas con patología aguda y/o crónica que, al momento del egreso hospitalario, no puede concretarse por no contar con una red de apoyo que lo permita. El programa tiene un componente de atención sociosanitaria, cuyo objetivo es la reinserción del usuario en la familia y/o comunidad. Para ello se realizan visitas domiciliarias, entrevistas, articulación con dispositivos sociales, hogares de larga estadía, entre otros.**
- **Plan Nacional para el Abordaje de las Demencias y Centros de Día para Personas**

con Demencia. **El público objetivo es personas que presentan demencia leve a moderada. El objetivo es implementar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno, desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios y promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencia. Se busca abordar al público objetivo por medio del desarrollo de un plan integral de atención que incluye a los cuidadores, familiares y entorno próximo. Entrega prestaciones de salud física y mental, realiza intervenciones grupales y familiares, visitas domiciliarias y diversas actividades comunitarias.**

- **Subsidio de Discapacidad Mental. Esta es una iniciativa pública, dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, ejecutada a través del Instituto de Previsión Social. El público objetivo es personas con discapacidad mental, menores de 18 años, que no sean afiliadas a ningún sistema previsional y que estén dentro del 20% más vulnerable de la población, según la clasificación socioeconómica del Registro Social de Hogares. Además, deben tener residencia en el país de al menos 3 años. Se otorga un ingreso mensual para cubrir las necesidades de la población objetivo.**
- **Programa Tránsito a la vida independiente: Los bienes y servicios que incluye este programa son los siguientes: i) Servicios de apoyo de cuidado y asistencia (cuidadoras y cuidadores de respiro, asistentes personales para las actividades de la vida diaria, entre otros), ii) Servicios de apoyo de intermediación (intérpretes de lengua de señas para participar en el contexto laboral, entre otros) y iii) Adaptaciones del entorno (modificaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades, de acuerdo a sus características y necesidades). El grupo objetivo lo integran personas entre 18 y 59 años con discapacidad y dependencia. El objetivo del programa**

es que transiten hacia una vida independiente y contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad.

- Programa de residencia para adultos con discapacidad: **Tiene por objetivo contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida, ejercicio de la autonomía e inclusión social de las personas adultas con discapacidad en situación de dependencia funcional. Las personas con discapacidad mayores de 18 años que viven en residencias participan como adultos en la sociedad, mediante la generación de modelos de atención integral con enfoque de derechos humanos.**
 - **Beneficiarios: Adultos con discapacidad institucionalizadas (viven en residencias de la red Sename).**

- Ayudas técnicas: **Financiamiento de ayudas técnicas y tecnologías para la inclusión para personas con discapacidad que no poseen los recursos de apoyo necesarios (ayudas técnicas/tecnologías) que faciliten la superación de barreras del entorno, las que al interactuar con la persona, obstaculizan su plena inclusión social.**
 - **Beneficiarios: Personas con discapacidad y dependencia funcional.**

Iniciativas No Gubernamentales

La principal oferta programática de las organizaciones de la sociedad civil se puede resumir en lo siguiente (se hace presente que esta no constituye toda la oferta programática, pues nos existe un catastro único y fidedigno de todos los programas actuales que están siendo ejecutados por organizaciones de la sociedad

civil):

Residencias de Larga Estadía

a) para Personas Mayores (ELEAM):

Del total de residencias registradas, un 31,5% corresponde a instituciones, fundaciones o congregaciones religiosas sin fines de lucro, un 65,8% a instituciones privadas con fines de lucro y un 2,6% a corporaciones de derecho público, sin embargo, más de la mitad de las plazas corresponden al primer grupo. A continuación presentamos algunos ejemplos de las organizaciones que ofrecen este programa:

- **Fundación Las Rosas:** Actualmente cuenta con 29 hogares a lo largo del país, en los que acogen a 2.200 personas mayores de escasos recursos, y de los cuales el 95% presenta algún grado de dependencia.
- **Hogar de Cristo:** Acogen a personas mayores en situación de pobreza, con alto nivel de dependencia y sin redes de apoyo. Cuentan con 13 residencias que en su total atienden a 619 personas mayores.
- **CONAPRAN:** actualmente cuenta con 13 residencias en las que acoge a más de 400 adultos mayores vulnerables.
- **Fundación San Vicente de Paul:** Atienden a 1300 personas mayores en situación de vulnerabilidad social a lo largo del país, acogidas en 17 residencias.
- **Fundación Villa Padre Hurtado:** Cuentan con una residencia de larga estadía y acogen a más de 200 personas mayores de alta vulnerabilidad social, situación de calle, pobreza y abandono social. De estos residentes, 140 son autovalentes viven en casas individuales o compartidas que funcionan como sistema abierto. También existen dos grupos, los Semi Dependiente (40) y los Dependientes (24) que residen en el sector Intermedio y Normal, respectivamente, de su clínica.
- Existen además un sinnúmero de Congregaciones Religiosas que cuentan con residencias para personas mayores de escasos recursos.

b) Para Personas con Discapacidad : **Oferta cuidado personas con discapacidad en residencias de larga estadía, existen 221 residencias en 65 comunas de país, que se pueden agrupar 4 tipos de administración: Personas naturales Instituciones que se denominaran con el nombre del responsable; Empresas privadas y con fines de lucro Particulares sin vinculación directa a alguna institución pública, con fines de lucro; Corporaciones de derecho público residencias, hogares y otros dispositivos vinculados directamente y administrados por servicios de salud; Instituciones sin fines de lucro residencias, hogares y fundaciones que son entes privados sin fines de lucro, con vinculación cercana pero no directa a instituciones públicas. Podemos destacar las fundaciones más grandes tales como: Cottolengo, Coanil, hermanas hospitalarias, San Ricardo, Rostros Nuevos, Hogar Belén, Cetram, Crescendo, Hogar Don Orione, entre otras. Cabe mencionar que existe un número de Residencias que son informales y que no se han cuantificado.**

Centros Día:

- c) **Centros Diurnos Hogar de Cristo. Su público objetivo son personas con discapacidad mental (psíquica o intelectual). El objetivo de la iniciativa es desarrollar habilidades de acuerdo a sus necesidades que permitan el mejoramiento de sus condiciones de vida, fomentando la autonomía y su permanencia en su entorno familiar, social y/o comunitario. Se realizar talleres y actividades de mantención física y mental, talleres deportivos, recreativos, culturales de promoción de derechos y de participación ciudadana.**
- d) **Fundación San Vicente de Paul: Entregan almuerzo de lunes a viernes, un espacio para encontrarse, compartir y descansar, a personas mayores.**
- e) **Fundación de Beneficencia de los Sagrados Corazones: Por medio del Centro Abierto Del Adulto Mayor Padre Damián Molokai recibe diariamente a**

30 personas mayores que se encuentran solas, sin la atención de sus familias o sin los cuidados que merecen. No solo se les entrega la alimentación adecuada, sino que descubren un espacio donde, además de tener atención integral a sus problemáticas, crean sanas relaciones afectivas que les devuelven la alegría de vivir.

- f) Hay distintas instituciones que ofrecen también atención diurna: Amigos de Jesús, Abrazo Fraternal, Cristo Especial, Cealivi, Chile Fame, Amar, Amigos por Siempre, Cpued, Crescendo, Escúchame, La Semilla, Miradas Compartidas, Misión Batuco, Pather Nostrum, Cetram, Corporación para Ciegos.**

Programas de Atención Domiciliaria:

- g) Hogar de Cristo, Programas de Atención Domiciliaria Especializada: Atienden a personas mayores en situación de pobreza y exclusión social, que presentan niveles de dependencia moderada y grave cuando cuentan con soportes familiares, y dependientes leves cuando no tienen apoyo familiar.**
- h) Cerro Navia Joven: Su programa de acción comunitaria para Personas Mayores Dependientes tiene por objetivo mantener las capacidades de personas mayores con alto nivel de dependencia, a través de una experiencia voluntaria de acompañamiento individual y familiar. Para esto, más de 200 adultos mayores se han capacitado en cuidado y apoyo, quienes acompañados por un equipo de profesionales de la Fundación, visitan y atienden las necesidades de los adultos mayores dependientes en sus hogares, asistiéndolos en su higiene, estimulación cognitiva, masajes, ejercitación física, escucha y contención emocional, así como también a sus cuidadores y cuidadoras.**

Apoyo a residencias:

- i) Fundación Oportunidad Mayor: cuenta con el programa Red ELEAM cuyo objetivo es entregar apoyo a residencias (con y sin resolución sanitaria)**

colaborando en la mejora de su gestión, acceso a recursos y a redes, entre otros.

- j) **Fundación Más:** Por medio de su profesionales senior colaboran con Fundación Oportunidad en la asesoría a residencias para la implementación del Manual de Gestión de Hogares de Larga Estadía.
- k) **Fundación Simón de Cirene:** Junto a Fundación Oportunidad Mayor y Senama, elaboraron Manual de Gestión para residencias, y realizan jornadas de capacitación sobre el mismo a nivel nacional (con el apoyo de Senama).
- l) **Residencia protegida:** Esta es una iniciativa privada, ejecutada por Hogar de Cristo. El público objetivo son personas con discapacidad mental severa (psíquica y/o intelectual) con necesidad de acompañamiento, protección y cuidado las 24 horas del día. El objetivo de esta iniciativa es entregar servicios de atención de salud física y mental, además, de actividades de inserción social.

Oferta cuidado personas con discapacidad en residencias de larga estadía:

- m) **Existen 221 residencias en 65 comunas de país, que se pueden agrupar en 4 tipos de administración:** Personas naturales **Instituciones que se denominaran con el nombre del responsable;** Empresas privadas y con fines de lucro **Particulares sin vinculación directa a alguna institución pública, con fines de lucro;** Corporaciones de derecho público **residencias, hogares y otros dispositivos vinculados directamente y administrados por servicios de salud;** Instituciones sin fines de lucro **residencias, hogares y fundaciones que son entes privados sin fines de lucro, con vinculación cercana pero no directa a instituciones públicas. Podemos destacar las fundaciones más grandes tales como: Cottolengo, Coanil, Hermanas hospitalarias, San Ricardo, Rostros Nuevos, Hogar Belén, Cetram, Crescendo, entre otras.**

Bibliografía

- Miranda P, Caro S, (2016) Políticas Públicas Dirigidas a Personas Mayores en Chile. Gerontología Social. Programa Adulto Mayor UC. Instituto De Sociología. Pontificia Universidad Católica De Chile.
- Servicio Nacional de Adulto Mayor 2012. Políticas Publicas de protección para el Adulto mayor.
- Ministerio De Salud (2014) Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores. Disponible en http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20ProgramaNacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Ministerio Desarrollo Social, Departamento de Monitoreo de Programas Sociales (2018) Formularios para Presentación De Nuevos Lineamientos De Acción Basados En el Mapa De Vulnerabilidad
- Sanchez A (2018) Salud Integral de las Personas Mayores. Seremi de salud Bío Bío.

Tema N°14. “Maltrato en la persona mayor”.

Abuso y maltrato en la persona mayor¹⁰

A pesar que el maltrato en la vejez está cada vez más presente en la discusión, aún no es posible decir que está garantizada la no violencia y maltrato hacia la población adulta mayor.

La Asociación Médica Americana, define el abuso (1987) como "todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana". Esta definición incluye tres categorías esenciales de abuso: maltrato físico, abuso psicológico y abuso económico.

En 2005, en el contexto del Seminario “Maltrato al Adulto Mayor en Chile: Realidad y Desafíos”, el Servicio del Adulto Mayor (SENAMA), redactó un documento que define y tipifica el maltrato hacia el adulto mayor en Chile.

El maltrato se define como: “acción u omisión que produce daño a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona” (SENAMA, 2005, pág. 2). Delimita este daño al aspecto físico, psicológico y/o patrimonial, además de ampliar la intencionalidad del abuso.

Maltrato físico	Uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente y, en casos extremos, la muerte. Ejemplos: empujones o zamarreos, cachetadas, puñetes, patadas, golpes con objetos, pellizcos, quemaduras, entre otras.
Maltrato psicológico	Acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona mayor. Ejemplos: insultos y agresiones verbales, amenazas de

¹⁰ Extracto de Lowick J (2016). Documento diplomado de Gerontología Social PUC.

	aislamiento abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones, infantilización, entre otras.
Abuso sexual	Cualquier acción de carácter, significación o connotación sexual con una persona mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico. Ejemplos: gestos, palabras, insinuaciones, caricias, tocaciones, exhibición de genitales o violación.
Abuso patrimonial	Mal uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio. Ejemplos: firma de documentos, donaciones, testamentos, apropiación de la jubilación o pensión como también de bienes muebles e inmuebles, entre otros.
Abandono	Se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado del adulto mayor o que, habiendo asumido el cuidado o custodia de un adulto mayor, lo desampara de manera voluntaria.
Maltrato estructural o societario	Aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, entre otros.
Negligencia	Es todo comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Comprende también el no proveer las condiciones de supervivencia, teniendo las posibilidades de suplirlas” (Fernández, 2013, pág. 200). A su vez, las

	<p>negligencias pueden ser categorizadas de acuerdo al grado de intencionalidad u omisión del que las comete:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Negligencia activa: <i>“Ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado”.</i> b. Negligencia pasiva: <i>“Cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona mayor. Ocurre por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario”.</i> c. Auto-negligencia: <i>“Comportamiento de una persona mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación”.</i>
--	---

Extraído de Guía Prevención del maltrato a las personas mayores (SENAMA, 2012)

Inequidades de género persisten en la vejez: componente oculto del maltrato estructural.

El maltrato estructural ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes hacia las personas mayores. En este campo, el género e las inequidades que persisten en la vejez, colaboran

profundamente con el maltrato estructural, sin embargo, son débilmente consideradas en el análisis.

Para entender la génesis de las inequidades de género, se requiere tomar en cuenta un conjunto de factores que tienen diferente naturaleza e incidencia. Por un lado, existen factores que forman parte del macro sistema, relacionados con la organización social/sexual, la organización del trabajo, las ideologías de género, los modelos culturales o los estilos de vida. Estos factores encuentran su correspondencia en modelos familiares y de pareja que pertenecen al nivel de microsistema.

La violencia más habitual contra las mujeres transcurre en los entornos domésticos y, en un porcentaje muy amplio, son ejercidas por sus parejas afectivas y luego por sus hijos. Este hecho persiste en la vejez y, desde una perspectiva de género, aparece un tipo de maltrato en la vejez, que por su relevancia será analizado brevemente: *el síndrome de la abuela esclava*.

Síndrome de la abuela esclava: el abuso del rol

La relación abuelos-nietos puede ser considerada como una de las más hermosas, gratificantes y fructíferas experiencias humanas, pero en ocasiones, con el paso de los años, los abuelos asumen responsabilidades y cargas familiares muy superiores a lo que sus capacidades físicas y mentales pueden soportar. Al jubilar, los hombres son más directos al proclamar su incapacidad para asumir cargas excesivas; por el contrario, algunas mujeres, con excesivo sentido de la responsabilidad, el “deber ser” y bajo el precepto de la mujer como cuidadora natural, se obstinan en negar y ocultar su propio agotamiento y se empeñan en seguir haciendo más de lo que pueden, para no molestar o defraudar a sus propios hijos, quienes delegan en ellas demasiadas cargas familiares. El sobreesfuerzo

prolongado puede provocar o agravar diversas enfermedades que no curarán adecuadamente hasta que sus propios hijos sean consecuentes y liberen a la abuela de su “voluntaria esclavitud”.

Este fenómeno es una pandemia del siglo XXI y sus repercusiones han dado origen al “síndrome de la abuela esclava” que fue descrito, publicado y registrado en octubre del 2001 por el Dr. Antonio Guijarro Morales. La OMS también ha reconocido este síndrome como un tipo específico de violencia contra la mujer.

Guijarro (2001), expresa que el síndrome de la abuela esclava es una enfermedad grave que afecta a mujeres maduras sometidas a una sobrecarga física y emocional, que origina graves y progresivos desequilibrios, tanto somáticos como psíquicos. Otros autores manifiestan que la importancia de este síndrome radica en el alto grado de sufrimiento que provoca y el grave deterioro de la calidad de vida de la mujer afectada y de su entorno familiar, pudiendo llegar a ser potencialmente mortal (Guijarro, 2001; Liñan, 2003; Tabuerna, 2006; Núñez, 2008).

El primer estudio para profundizar sobre esta materia es realizado por Escarni Liñan en el 2003, creando el C.S.A.E. “Cuestionario del Síndrome de la Abuela Esclava” y considerando como referencia las siguientes premisas:

- La delegación del cuidado de los hijos en otra mujer de la familia, que suele ser la abuela materna, es una de las estrategias de compatibilización familia-empleo más utilizadas.
- Las formas de delegación son: ocasionalmente, cuando hay que dejar los hijos de forma puntual; esta situación no genera grandes problemas, y o sistemáticamente, donde la abuela es la principal responsable del cuidado de los nietos: Esta situación genera estrés y

sobrecarga y es la que puede originar que las abuelas empiecen a padecer este síndrome.

- Se delega en forma sistemática a las abuelas por no contar con recursos económicos para niñera o guardería, porque existen lazos afectivos, por comodidad y porque es gratis.
- La delegación sistemática aumenta la probabilidad de originar microeventos o pequeños problemas y contrariedades cotidianas y repetitivas en el tiempo, que terminan generando estrés en la abuela porque sus responsabilidades superan sus capacidades y ocasionan situaciones indeseables. Ante esto, la abuela comienza a presentar evidencias físicas, psíquicas, de conducta y consecuencias típicas de respuesta a la que cualquier persona que está sometida a situaciones de estrés.

¿A quién afecta?

Afecta en mayor medida a las abuelas y no a los abuelos, aun cuando se ha observado que va en crecimiento el número de hombres mayores que también asumen tareas de cuidado en las últimas décadas Lowick J (2016). Desde una perspectiva de género, se entiende esto porque se ha configurado una estructura social, cultural y económica donde la mujer es la cuidadora natural. El abuelo, por lo general, tiene otras tareas asociadas relacionadas con los juegos, paseos, lectura de cuentos, etc.

Quienes padecen el síndrome de la abuela esclava, pueden ser aquellas que también pertenecen a una generación “bisagra”, porque pasan del cuidado de los hijos, al cuidado de sus nietos o hijos que retornan al hogar, y/o de sus parejas enfermas y/o de sus padres u otros miembros del hogar más envejecidos. En general, son mujeres que:

- ✓ Cuidan a sus nietos de forma sistemática.
- ✓ Cuidan a familiares enfermos de forma sistemática.

Existen diferentes móviles para no denunciar. Los más reconocidos e identificados por los profesionales son la vergüenza, el miedo a perder afectos o condiciones actuales de vida, la desinformación, la falta de recursos económicos, las malas experiencias previas ante la denuncia. Es también frecuente que la mujer mayor que ha sido víctima de violencia por larga data, su móvil sea la dificultad para auto percibirse como “víctima”.

Quizás los móviles más complejos y menos comprendidos sean “considerar innecesaria la ayuda” y la “naturalización”. El primero, se puede observar en mujeres mayores que han tenido la capacidad de mutar constantemente la forma de enfrentar los episodios de maltrato o violencia de la que son víctimas y han aprendido mecanismos de defensa, cada vez más sofisticados para aminorar sus secuelas y proteger su autoestima, desplazando la culpa hacia quienes el agresor ha declarado sus enemigos o responsables de la situación. De este modo la mujer mayor establece una especie de alianza con su pareja para intentar afrontar, paradójicamente, la violencia. Únicamente se aceptan los aspectos positivos del agresor filtrándose los negativos y considerando innecesaria finalmente cualquier ayuda.

La “naturalización” se observa en mujeres mayores que tienen un vínculo de dependencia psicológica sustentado en el patrón cultural patriarcal en que han sido educadas, donde el “hombre-fuerte-protector” tiene “permiso” para brindar castigo, que lo combina con episodios de afecto, demostración de sentimientos de amor y arrepentimiento y no abriga esperanzas de cambio en su agresor (Lowick-Russell, 1999; Gobierno Vasco, 2010).

Prevención del maltrato activo y pasivo

La comunidad internacional ha planteado el maltrato a los adultos mayores como una cuestión de Derechos Humanos, reconociéndolo como un problema social que afecta a nivel mundial y que tiene profundas repercusiones psicológicas, sociales, médicas, jurídicas y éticas (Organización de Naciones Unidas, ONU, 2002).

En el contexto de atención de salud y según cifras de SENAMA, entre un 20% a un 30% de los adultos mayores chilenos ha sufrido algún tipo de maltrato, no estando determinadas con claridad las causales ni quienes los ejecutan directamente (familiares y/o personal sanitario).

El maltrato es catalogado como una realidad silenciosa, difícil de detectar y condenar. Por tanto, es trabajo de familiares, cuidadores y/o profesionales ligados al área de la gerontología buscar las estrategias necesarias para su prevención.

Actualmente, existen estrategias posibles de adoptar, a modo de favorecer la prevención del maltrato hacia los adultos mayores, así como mecanismos de intervención, desde el aparato gubernamental, por ejemplo: la capacidad de demandar o denunciar por Violencia Intra Familiar (VIF) en Tribunales de Familia para cuando se comprueba un maltrato en proceso.

Algunas medidas de prevención del maltrato

Principales Factores Protectores en la persona mayor:

- Actividad física, tiempo libre y ocio que favorezca la autonomía.
- Apoyo psicológico.
- Reconocimiento de experiencias de maltrato.
- Conciencia de los derechos de las personas mayores.
- Educar en derechos y obligaciones del adulto mayor y nos solo a los afectados sino a sus familiares y cuidadores.

Principales Factores Protectores para la familia:

- Disponibilidad de ayuda para el cuidador principal.
- Formación en el cuidado de las personas mayores.
- Independencia económica del cuidador.
- Empatía y positivas relaciones sociales.
- Autocuidado del cuidador.
- Establecer horarios y turnos para el cuidado del adulto mayor.
- Evitar el aislamiento y favorecer el contacto con diferentes personas, además de fomentar la participación social.
- Facilitar la confianza y establecer una instancia donde la persona mayor pueda relatar sus vivencias y sensaciones del cuidado recibido.
- Proporcionar a la persona mayor un acceso telefónico y los números de una persona de confianza en caso de emergencia.
- Monitorear el comportamiento, debido a que todos pueden ser víctimas o victimarios.
- Corregir y/o denunciar acciones u omisiones que perciba frente al cuidado de una persona mayor.
- Buscar orientación con el personal de salud (médico, trabajador social, psicólogo, abogado) sobre los servicios especializados que existen.
- Autocuidado de los cuidadores en beneficio de su salud biopsicosocial.

En al ámbito institucional:

- Condiciones laborales adecuadas del personal de atención directas.

- Actividades de promoción de la salud.
- Capacitación permanente del personal.
- Infraestructura adecuada.
- Criterios de buenas prácticas.
- Estándares de calidad.
- Trabajo en equipo

En la sociedad:

- Entornos amigables para los adultos mayores.
- Promoción de sus derechos.
- Servicios de voluntariado.
- Viviendas e infraestructuras adecuadas.
- Garantizar el cumplimiento de las leyes y normas.
- Difusión de imágenes positivas de la vejez y el envejecimiento

De acuerdo a lo planteado anteriormente es que en nuestro país durante los últimos años se han registrado avances para prevenir y abordar el maltrato hacia los adultos mayores. Es por esto que el año 2010 se modifica la Ley N° 20.427 que incluyó el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional. Esta se modificó en tres cuerpos normativos:

1. Se modificó la Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar, incluyendo a los adultos mayores como grupo vulnerable. Hasta antes del cambio dicha legislación sólo se refería a mujeres, niños y personas con discapacidad. Se especifica como grupo vulnerable de violencia intrafamiliar el adulto mayor, no quedando relegado a la categoría de ascendiente como se establecía en la antigua legislación.
2. Se incorporó un párrafo a la Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia, dotando de facultades especiales a los tribunales respecto del adulto mayor objeto de abuso patrimonial, (cuando se lo expulse o moleste en el bien raíz que

usa para residir) y además se incorporó el concepto de abandono como “el desamparo que afecta a un adulto mayor que requiere cuidados”.

3. Por último, se realizan modificaciones al Código Penal, proyecto que amplía la protección de los adultos mayores, estableciendo que cuando sean víctimas de abuso patrimonial, serán considerados como sujetos de los delitos de hurto, defraudaciones y daños. Además, tiene facultades para perseguir al responsable de abusar patrimonialmente de la persona mayor a través de estafas, aunque sea pariente cercano de la persona mayor. Por otra parte, lo dota de facultades para derivarlo a un Hogar o Establecimiento reconocido por la autoridad competente.

Todas estas modificaciones a la Ley, permitió al Servicio Nacional del adulto mayor en el año 2012 iniciar el programa contra la violencia y el abuso al adulto mayor, con el cual se pretende contribuir a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores a través de múltiples estrategias que puedan prevenir y sensibilizar contra el maltrato de la persona mayor.

Bibliografía.

- Forttes P., Lowick, J., Neira, R (2010) Acciones para abordar el maltrato a personas mayores en Chile. Nueva ley N.º 20.427 <http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Acciones-para-abordar-el-maltrato-a-personas-mayores-en-Chile.pdf>
- Lowick J (2016). El Maltrato Hacia Las Mujeres Mayores: Análisis Desde La Perspectiva De Género. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Material Digital
- Servicio Nacional del adulto mayor (2016) Guía de prevención del maltrato a las personas mayores www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf



Escuela de Terapia Ocupacional
Geriatría y Gerontología
Docente Leidy Lagos B.