

ENUNCIADO SUCINTO DE BASES, PRINCIPIOS Y DELINEAMIENTOS GENERALES PARA DESARROLLAR UN PROYECTO GERONTOLÓGICO MODERNO

Tito Vega Restrepo

Médico U. Nacional,

Gerontólogo USCO

Un año Máster Gerontología Social U. Barcelona.

Nada más práctico que una buena teoría.

Albert Einstein

Resumen

En respuesta al incremento global de la esperanza de vida, la Gerontología debe ampliar su espectro de acción a la comunidad general. En la búsqueda de una estrategia gerontológica coherente y global, se enuncian dos aspectos: a. El uso incoordinado de modelos de valoración funcional y b. La necesidad de un marco teórico unificador. Este artículo pretende invitar al debate aportando, en base de discusión, unos principios teóricos sobre los cuales habría de gravitar en consenso el trabajo gerontológico moderno.

Abstract

As a response of the global life expectancy increase, gerontology must broad up its action spectrum to the general community. In the searching of a gerontological coherent and global strategy, two aspects will be listed: a. the use of a non coordinate models of functional assessment and b. the need of an unified theoretical frame. The present article pretends to invite to a debate contributing, base on the discussion, with a theoretical principals upon which modern gerontology develops should incline in consensus.

Introducción

Desde hace varios lustros, la Gerontología ha venido dando un giro en beneficio del énfasis en la valoración y manejo funcional de las personas de la Tercera Edad, restando énfasis en sus deficiencias y manejo medica-

lizado, y más recientemente, preservando sus roles e impidiendo su desarraigo del ámbito doméstico.

La modernización de la Gerontología, en respuesta al incremento global de la esperanza de vida derivado del conocimiento y manejo de diversos factores de riesgo, debe ahora, en mi concepto, actuar en dos sentidos: fomentar decididamente la vinculación de las personas de la Tercera Edad a la vida activa y comunitaria, e incorporar estrategias de mediano y largo plazo para el desarrollo y consolidación de la calidad de vida del individuo en su comunidad a lo largo de toda su existencia, ampliando su espectro de acción mediante el fomento de acciones para que todos y cada uno logren la etapa de la Tercera Edad en la forma más sana posible.

Dos aspectos deben analizarse para este propósito. El uso de técnicas de valoración funcional que den validez y homologación a las investigaciones gerontológicas y protocolos asistenciales. En España, por ejemplo, donde se ha descrito este problema por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, "el 60% de los médicos encuestados usa técnicas específicas de valoración de ancianos en el área funcional, de ellos, el 20% usa la escala de la Cruz Roja, el 54% el índice de Katz, el 47% el índice de Barthel, el 23% el índice de Lawton. En la esfera cognitiva, la de la Cruz Roja la usa el 10% de los médicos, el de Pfeiffer el 38%, el Minimal de Lobo-Folstein el 80%. La evaluación afectiva la hace el 50% de los médicos sin especificar una escala particular

al igual que la valoración social... Lo cierto es que existe escasa implantación de una efectiva coordinación...". En Colombia puede decirse otro tanto.

Además, la necesidad de un marco teórico unificador que se traduzca en indicadores funcionales, gestión y estrategias que conduzcan a un diagnóstico global real manejable y facilite la universalización del pensamiento gerontológico.

En Europa, por ejemplo, el arquitecto con formación gerontológica, aboca la corrección de las barreras arquitectónicas de los ancianos mediante el "diseño para todos". Y, ya lo sabemos, el cada vez más frecuente uso general de medios de comunicación electrónicos en "tiempo real", de poco serviría si no hay consenso en los principios básicos.

Este artículo pretende invitar al debate aportando, en base de discusión, unos principios teóricos sobre los cuales habría de gravitar en consenso el trabajo gerontológico moderno.

Palabras clave: Salud, envejecimiento.

Premisas

Se basa en dos principios teóricos modernos: en la Salud entendida como capacidad funcional y en la Gerontología evolutiva.

Marco teórico

Salud: Entendida como la capacidad del individuo de desarrollar sus potencialidades biosíquicas en su entorno.

Enfermedad: Entidad patológica definida que impide, en diversos grados, el desarrollo de la capacidad funcional del individuo.

Capacidad funcional: Variable continua de medición de la Salud, en rango que se extiende desde la expresión biosíquica normal hasta la pérdida funcional o anatómica.

Promoción de la Salud: Acciones destinadas a favorecer y permitir el normal desarrollo y aplicación de

las capacidades biosíquicas del individuo en su entorno.

Prevención de la enfermedad: Acciones destinadas a detectar y controlar los factores de riesgo de enfermedad, impedir el contacto de éstos con el individuo y adelantar las acciones de rehabilitación pertinentes.

Derecho a la Salud: Entendido como el derecho fundamental e inalienable al ejercicio de las capacidades funcionales biosíquicas del individuo en su entorno.

Derecho subsidiario a la Salud: Derecho de acceso a los recursos sanitarios

Trabajo: Aplicación de las capacidades funcionales del individuo en su entorno.

Ocupación: Trabajo productivo, psíquica o económicamente.

Empleo: Aplicación de las capacidades funcionales del individuo en el contexto de un contrato de trabajo.

Gerontología clásica: Estudio científico y aplicado de las condiciones biológicas, sociales y ambientales de las personas de la Tercera Edad.

Gerontología evolutiva: Estudio científico y aplicado de las condiciones biológicas, sociales y ambientales del envejecimiento del individuo.

Esperanza de vida: Cálculo actuarial del número de años que un individuo vivirá en su comunidad.

Tercera Edad: Consensual y administrativamente desde los 60 años.

Cuarta Edad: Período de edad que supera la esperanza de vida.

Quinta Edad: Período de edad que supera la esperanza de vida tardía (mediante cálculo actuarial del número de años que un individuo sobrevivirá a la esperanza de vida).

Aprendizaje: Proceso de adecuación de la capacidad funcional del individuo a su entorno.

Envejecimiento: Característica fisiológica normal.

Longevidad: Característica genética de sobrevivencia preservada por la promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.

Experiencia: Habilidad racional (ensayo-error) en el manejo de la capacidad funcional aprendida.

Calidad de vida: Se entiende, en el contexto de valores socioculturales y espirituales, como la percepción o juicio de valor subjetivo de las capacidades funcionales, del resultado de su aplicación y del entorno del individuo. Objetivamente en referencia a determinados indicadores prevalentes.

Bienestar: Percepción subjetiva aceptable de calidad de vida.

Tiempo laboral: El comprometido formalmente consigo mismo o con terceros.

Tiempo libre: El no comprometido laboralmente.

Descanso: Tiempo reparativo.

Ocio: Tiempo anómico o sin normas.

Recreación: Su propósito central es el mejoramiento del bienestar y autoestima del individuo. En Tercera Edad es frecuente constatar que una rica fuente de bienestar lo constituye la aplicación de las capacidades funcionales del individuo en su entorno y entre los mejores apoyos de la autoestima, la valoración positiva de sus resultados.

Marco jurídico

Artículo 46 de la Constitución Política de Colombia: integración a la vida activa y comunitaria a las personas de la Tercera Edad.

Artículo 16 de la Constitución Política de Colombia: derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Decreto 692 / 95 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: "Manual único para la calificación de invalidez".

Recomendaciones de la OMS en Tercera Edad: Hincapié en las capacidades funcionales y no sólo en la enfermedad y del manejo en ámbito domiciliario.

Visión

Liderar gestión multidisciplinaria de servicio y apoyo gerontológicos en el contexto del desarrollo humano integral en el ámbito biológico, psicológico, social, ambiental, histórico y cultural del individuo.

Misión

Liderar acciones encaminadas a la promoción de la Salud y prevención de la enfermedad para el desarrollo y consolidación de la calidad de vida del individuo en su comunidad a lo largo de toda su existencia, desde la etapa preconcepcional hasta la senectud.

Objetivos

General: Ocupación productiva, educación sanitaria (hábitos saludables), manejo del tiempo libre-ocio, tamizajes para detección de factores de riesgo, capacitación gerontológica, manejo participativo de la problemática de la Tercera Edad.

Específico: Control de los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, históricos y culturales para su aplicación en el normal desarrollo del envejecimiento del individuo a lo largo de su existencia.

Justificación

Importancia de integración y coordinación interinstitucional de servicios gerontológicos.

Investigación gerontológica integrada y sistemática.

Necesidad de servicios gerontológicos integrados como parte de un plan de política general hacia la consolidación del normal desarrollo y envejecimiento del individuo.

Importancia de un marco teórico validado y estandarizado.

Necesidad de acciones concretas y coordinadas de incorporación del Adulto Mayor a la vida activa y comunitaria como motor de desarrollo y de integrar la experiencia individual y colectiva como patrimonio y valor cultural, histórico, económico y productivo en la búsqueda de identidad social.

Fuentes de fracaso en servicios a la Tercera Edad	Correctivos
Atención medicalizada Énfasis en las deficiencias Retiro laboral Registro del empeoramiento Desestímulo asistencial Centrado en institución Acción paternalista Dependencia Centrada en el Adulto Mayor	Exploración y atención funcional Énfasis en la capacidad funcional Respeto y preservación de roles Registro de actividad productiva Actividad multidisciplinaria Centrado en domicilio Acción participativa Autonomía Aplicación en la comunidad

Tabla 1

Propósito (frases que lo delimitan)

“El ser humano tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad y la sociedad debe patrocinar el sano desarrollo del individuo”. “Prevenir, más que curar, es vivir”. “Más vale mucho de poco que poco de mucho”. “El propósito esencial de la Gerontología es el conocimiento y manejo integral de la problemática de la Tercera Edad”. “El propósito estratégico de la Gerontología debe ser fomentar acciones para que cada cual logre la etapa de la Tercera Edad en la forma más sana posible”.

Valores

La experiencia: polo de desarrollo personal y social.

La longevidad: objetivo personal y social.

Metodología

1. Valoración, desarrollo de instrumentos de registro, monitoreo y manejo sistemáticos de la capacidad funcional individual y grupal de personas de la Tercera Edad con fines asistenciales, administrativos y ocupacionales.

a. **Capacidad funcional organosíquica:** corresponde a las potencialidades funcionales propias del diseño psicofisiológico del individuo, en referencia no solamen-

te a su capacidad funcional biosíquica normal sino a la capacidad de respuestas y defensas fisiopatológicas frente a la noxa.

- Sistemas morfofuncionales.

b. **Capacidad funcional aprendida o adaptativa:** hace referencia a la forma particular como el individuo adapta su capacidad funcional biosíquica a su entorno, el aprendizaje no sólo cognitivo propiamente tal sino al aprendizaje y adaptación metabólico, neurológico, humoral, inmuno-lógico, etc.

- Capacidad funcional básica (ABC) (desplazamiento, alimentación, aseo, vestido, comunicación).
- Capacidad funcional de la vida diaria (AVD).
- Capacidad funcional instrumental (AVDI).
- Capacidad funcional específica o laboral.
- Capacidad funcional complementaria.

2. Detección y manejo de los valores funcionales y de los factores de riesgo (deficiencias, discapacidad, minusvalía) gerontológicos y su aplicación en la comunidad general para el mejoramiento de la longevidad y calidad de vida.

Algunas líneas de acción

1. Promover acción legislativa que eleve a la SALUD como un derecho fundamental del individuo.

2. Conformación de un Centro piloto interdisciplinario de coordinación, investigación, asesoría y gestión gerontológicas para la formulación y apoyo de proyectos de desarrollo gerontológicos.
3. Reorientación de los programas de “promoción y prevención” (*) de las EPS y capacitación a prestadores del servicio como a usuarios con énfasis en atención domiciliaria.
4. Validación e implementación sistemática de un modelo unificado de evaluación funcional de personas de la Tercera Edad de centros institucionales con propósitos asistenciales, administrativos y ocupacionales.
5. Actualización gerontológica en pregrado en facultades de Ciencias de la Salud

(*) Llamo especialmente la atención en este aspecto puesto que estas Instituciones son las que manejan en el territorio nacional estos programas, y la normatividad que le da vida a estas actividades no hace distinción de estos dos aspectos confundiendo en uno sólo sin distinción de indicadores de gestión, métodos y pre-

supuestos. En aproximadamente 6 años de gestión de estos programas no se ha emitido un solo documento serio que permita elaborar estrategias reales de atención a ningún grupo etéreo o ciclo vital y que sirva de apoyo a líneas de investigación.

Bibliografía

1. “Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España”, GERIATRÍA XXI, Edimsa Editores Médicos S, A, 2000.
2. “Hacia el bienestar de los ancianos”, Publicación científica No. 492, Organización Panamericana de la Salud, 1985, pag. 37-44,
3. “Manual único para la calificación de la invalidez”, decreto 692/95, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social de Colombia.
4. Tito Vega Restrepo, “Evaluación funcional de los ancianos”, Geriátrica, Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología, Alpe Ed. S.A., 1995, Vol. 11, 57-65, 1996, Vol. 12, 31-37.