

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

VOLUMEN 16 NÚMERO 2 ABRIL - JUNIO DE 2002

Editorial

Originales

Cuidadores formales de personas mayores de setenta años, pertenecientes a centros geriátricos y la salud mental: depresión

Enunciado sucinto de bases, principios y delineamientos generales para desarrollar un proyecto gerontológico moderno

Características de morbilidad en una población de ancianos consultantes al Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas, Risaralda

Actualizaciones

Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos

Eventos de la especialidad

ISSN: 0122 - 6916

Tarifa Postal Reducida No. 487. Vence diciembre de 2002

Dirección para correspondencia
Carrera 14 No. 98 - 95 oficina 106
Bogotá - Colombia



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 2 abril - junio de 2002

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva 2000 - 2002

Presidente	René Alejandro Manzur Calderón
Vicepresidente	Francisco Javier Tamayo Giraldo
Secretaria	Leonor Luna Torres
Tesorera	Leonilde Morelo Negrete
Vocales	José Fernando Gómez Montes Nidia Aristizábal - Vallejo Bartolomé Bacci Miranda Javier Antonio Arias Salazar

Comité Editorial

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Geriatra

Álvaro Ruiz Morales

Internista - Epidemiólogo Clínico

Enrique Ardila Ardila

Endocrinólogo - Epidemiólogo Clínico

Germán Mauricio Guevara Farfán

Geriatra Clínico

Nidia Aristizábal - Vallejo

Psicóloga, Gerontóloga

Felipe Marulanda Mejía

Geriatra Clínico

Francisco Javier Tamayo Giraldo

Geriatra Clínico



Adpostal

Llegamos a todo el mundo!
CAMBIAMOS PARA SERVIRLE MEJOR
A COLOMBIA Y AL MUNDO



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 2 abril - junio de 2002

CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	IV
EDITORIAL _____	VII
TRABAJOS ORIGINALES	
Cuidadores formales de personas mayores de setenta años, pertenecientes a cuatro centros geriátricos de la ciudad de Bogotá y a tres del municipio de Chía y la salud mental: depresión Aristizábal-Vallejo, Nidia; Ortiz, Luisa _____	347
Enunciado sucinto de bases, principios y delineamientos generales para desarrollar un proyecto gerontológico moderno Tito Vega Restrepo _____	354
Características de morbilidad en una población de ancianos consultantes al Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas, Risaralda Rafael P. Alarcón, Luis Hernando García, Mónica Sánchez, Sabina Bello y José Fernando Ochoa _____	359
ACTUALIZACIONES	
Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos Dairo Javier Marín Zuluaga _____	363
EVENTOS _____	369
DIRECTORIO DE RECURSOS GERONTOLÓGICOS EN INTERNET _____	370



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 2 abril - junio de 2002

INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, publica artículos de las áreas relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.

La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en la revista, requerirá de la autorización del Comité Editorial.

3. Los trabajos deben ser remitidos a la dirección anotada en CORRESPONDENCIA, en original, copia y disquete de alta densidad (HD). Las copias en papel deben ser en tamaño carta a doble espacio y guardando un margen izquierdo de cuatro cms. El disquete debe grabarse en un PC; evitando traer consigo virus.

El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

4. Se deben seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés

(opcional), agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras. Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del comité de ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975. No mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.

Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.

6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.

8. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio:

a. En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son

más de seis puede escribirse, después de los tres primeros, “y cols.”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Jones HR, Siekert RG, Geraci JE. Neurological manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; 71:21-28.

- b.** En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1966:56.

- c.** En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores, editores del libro, título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Drayer BP, Poser CM. Enfermedad en inclusión citomegálica del SNC. En: Toro G, Vergara I, Sarabia J, Poser CM, eds. *Infecciones del Sistema Nervioso Central*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978: 172-175.

- 9.** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábica de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Los originales de las fotografías deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste

suficientes para lograr una buena reproducción. Si son gráficas o dibujos deben identificarse con su número de orden en la parte inferior.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.

- 10.** Los editoriales se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
- 11.** Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la Gerontología o Geriatria.
- 12.** Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para el área. Puede incluir una revisión del tema.
- 13.** Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de 8 páginas a doble espacio y se acepta un máximo de 5 ilustraciones.
- 14.** Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
- 15.** La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
- 16.** Para citas de referencia la abreviatura de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria es:
Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.



Visítenos en Internet

www.acgg.org.co

E-mail: acgg@acgg.org.co

Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento

A principios del mes del abril se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial del envejecimiento de las Naciones Unidas, en la ciudad de Madrid, España. Dicho acontecimiento se realizó en conmemoración de los 20 años de la primera Asamblea y con el propósito de revisar si se cumplieron las metas planteadas y consolidar un nuevo Plan de Acción Internacional, para una sociedad mucho más envejecida y que busca un espacio para todas las edades.

El cumplimiento de las recomendaciones dadas por la entidad gestora hace 20 años, ha sido desigual. Si bien es cierto que los países industrializados lograron en gran parte cumplir sus tareas, posiblemente como consecuencia de haber logrado un desarrollo, los que pertenecemos a la franja del “tercer mundo”, quedamos en deuda con la humanidad y con nuestros propios ancianos. El porqué no se ha logrado llegar a las metas planteadas, ha sido parte de un amplio debate, en donde se conjugan múltiples factores (subdesarrollo, ausencia de compromiso de los países desarrollados, falta de interés político y gubernamental de las propias naciones, corrupción, etc.).

Independiente de los resultados obtenidos por cada país (Colombia indudablemente se “rajó”), se busca implementar un nuevo Plan de Acción Internacional, en donde todos los miembros de las Naciones Unidas se comprometan a colaborar. Este documento plantea unos ejes temáticos que incluyen aspectos tales como un desarrollo sostenido, un entorno propio y favorable para los ancianos, fomento de la salud en todos sus aspectos preventivos y de promoción, bienestar integral como política de intervención y, finalmente, el punto que más nos compromete en nuestra Asociación, cual es el referente a la investigación, la capacitación y la educación. Sin estos aspectos no podremos nuevamente llegar a las metas planteadas en el nuevo milenio, caracterizado por la globalización y en donde aquellos que no se unan a las normas internacionales, se quedarán inexorablemente en el olvido.

Uno de los temas que más controversia generó en esta Asamblea, se refería a cómo las Naciones Industrializadas se podrían unir a un plan de Cooperación internacional. Se postuló incluso disminuir la deuda externa de nuestros países, con la condición de invertir esos recursos en programas específicos para la población anciana. Una comisión mixta entre los dos grupos que representan a los “ricos y a los pobres” quedó encargada de buscar una salida a este conflictivo punto.

Grupo ALMA

En torno a la misma Asamblea Mundial de Envejecimiento, se presentó en sociedad la Academia Latinoamericana de Medicina del Anciano (ALMA). El objetivo de ésta es buscar la excelencia en la formación de los profesores de Geriátrica, con el suficiente liderazgo para preparar el recurso humano de su propio país. El programa persigue mejorar las competencias científicas, clínicas, educativas y administrativas en medicina geriátrica, con particular énfasis en la geriatría clínica, en la docencia y en la epidemiología clínica. Colombia quedó representada por la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de Caldas. Su primer acto académico se llevará a cabo en la ciudad de Santiago de Chile, en el próximo mes de agosto y esperamos que las dos universidades puedan cumplir su misión, pues ello redundará en beneficio de la geriatría en el campo académico.

Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Editor

CUIDADORES FORMALES DE PERSONAS MAYORES DE SESENTA AÑOS, PERTENECIENTES A CUATRO CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y A TRES DEL MUNICIPIO DE CHÍA Y LA SALUD MENTAL: DEPRESIÓN

Nidia Aristizábal-Vallejo

Profesor asociado Facultad de Psicología
Universidad El Bosque.
Psicóloga con maestría en Gerontología Social
E-mail: navallejo@hotmail.com

Luisa Ortiz

Estudiante de X de Psicología
Universidad El Bosque.

Resumen

El objetivo de esta investigación, fue llevar a cabo un estudio descriptivo sobre la salud mental: depresión, en un grupo de cuidadores de personas mayores de sesenta años. La muestra elegida intencionalmente la conformaron 50 cuidadores formales que laboraban en siete centros geriátricos, 3 del Municipio de Chía y 4 de la ciudad de Bogotá. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery). De acuerdo a los resultados, se encontró que el 42% de los cuidadores presentaba algún grado de depresión, lo cual indicó que su Salud Mental se encontraba afectada. Los resultados demostraron la necesidad de implementar programas encaminados al manejo adecuado de la depresión en los cuidadores formales. Es importante continuar realizando estudios complementarios que permitan indagar más acerca de esta investigación.

Abstract

The objective of this research was to realize a descriptive study about the mental status of a group of caregivers of persons older than 60 years. Fifty formal caregivers in 7 geriatric centers were selected. Three in the Municipio de Chía and 4 Bogotá. The Beck Depression Inventory was applied (Beck, Rush, Shaw y Emery). The results show that 42% of the care-givers presented some kind of depression, indicating that their mental health was affected. The necessity to implement

programs to control this factor and the need for more studies related to this subject is emphasized.

Palabras clave: envejecimiento, gerontología, adulto mayor, cuidadores formales, salud mental, depresión.

El envejecimiento poblacional es un indicador importante del avance o mejoramiento en la calidad de vida de las personas, así como un reto para el siglo XXI, por las implicaciones en lo económico, la salud, la seguridad social, lo espiritual, la política, la comunidad y la ocupación del tiempo, entre otros, tanto a nivel individual como social.

“Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital, reconoce que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad y que las personas mayores no son un grupo homogéneo. Las intervenciones que creen ambientes que ayudan a las personas y que fomenten la toma de decisiones saludables son importantes en todas las etapas de la vida” (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001 p.4).

En Colombia la esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2000-2005 es de 67,36 para hombres y de 73,26 para mujeres y la esperanza de vida para los que ya son mayores de 60 años es de 18,79 para hombres y 21,63 para las mujeres, lo que daría en números reales 78,79 para los hombres y 81,63 para

las mujeres, indicando así la mayor sobrevivencia del género femenino.

Es importante resaltar que en la década del 2010 a 2020 la tasa de crecimiento de personas mayores de sesenta años será del 4.46% con respecto a la tasa total que será del 1.3% (DANE, 1995).

La vejez no es sinónimo de dependencia, aunque el ser mayor de 80 años aumenta el riesgo a serlo, ya que en esta época pueden hacerse más evidentes las consecuencias de las enfermedades crónicas y degenerativas de quienes las padecen.

“La conducta dependiente se define como pedir o aceptar, activa o pasivamente, la ayuda de otros para satisfacer las necesidades físicas o psicológicas más allá del nivel necesario y se caracteriza por ser multidimensional, multicausal y multifuncional ” (Horgas, Wahl y Baltes, 1996, citado por Montorio, Yanguas, Diaz y Vega 1999).

La dependencia de los mayores de 60 años o incluso de otros grupos etáreos puede conducir a que se institucionalicen en centros de larga estancia donde es primordial, mejorar la calidad de vida mediante la atención y satisfacción de las necesidades biopsicosociales del usuario, proporcionadas por los cuidadores formales – se presupone que es personal capacitado-, con funciones, horarios y salarios establecidos por la institución donde laboran y que se espera tengan buena salud tanto física como mental, para que ello se refleje en la atención prestada. Desafortunadamente en la literatura no se reportan estudios o investigaciones sobre cuidadores formales.

En 1995, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), presentó una gran investigación acerca del servicio que prestan los cuidadores informales en España. En dicha investigación encontraron una serie de aspectos relacionados con los efectos del cuidado en la vida del cuidador familiar: 1. La mayoría de los cuidadores padecían problemas de salud física y psíquica, debido esto a los esfuerzos físicos y la tensión emocional que conlleva la relación de ayuda. Se encontró que los cuidadores más jóvenes no estaban afectados en su salud y 2. Los problemas psíquicos (estrés, nerviosismo, depresión, insomnio), afectan con mayor intensidad a quienes atienden pacientes con proble-

mas con demencia. Las depresiones se debieron a los sentimientos de soledad.

En el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado en Colombia en 1997, se encontró que: “La percepción de cada individuo, sobre su estado psicológico, tiene una gran importancia en la evaluación de la calidad de vida. Los resultados mostraron que de cada 100 personas, 73 informaron sentirse tranquilos, teniendo ello

una interpretación de que gozan de bienestar. Llama la atención, la gran homogeneidad presentada en las respuestas para los dos géneros. De las 27 personas restantes, el 14% manifestó sentir preocupaciones por diferentes causas, que les interfieren en su bienestar, se sienten preocupados y casi un 10%, se definió deprimido o angustiado” (p. 60-61). Con relación a la consulta por causas psicológicas se encontró que el 13,6% del total de la población estudiada sintió la necesidad de consultar por problemas relacionados con su salud mental, sin presentar diferencias de sexo. De los que recibieron atención el 19.1% la obtuvo de psicólogos y el 21.8% del servicio de psiquiatría; es importante destacar que el 32.5% del total de la población que sintió la necesidad de consultar no tuvo accesibilidad a esos servicios. (Ministerio de Salud, 1998).

“La salud mental es un componente integral de la salud, por medio de la cual una persona aprovecha su potencial cognoscitivo y afectivo, así como su capacidad para relacionarse. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés, realizar un trabajo fructífero y efectuar un aporte positivo a la comunidad”. “La salud mental es parte fundamental del desarrollo humano; hay que reconocer los problemas de salud mental como una realidad inseparable de la vida, pero una realidad a la que se puede hacer frente”. (OMS, 2001 p.3).

Mientras que la mayoría de las personas experimentan episodios periódicos de tristeza, dependiendo de su personalidad y estilo adaptativo, la depresión clínica es la de mayor severidad y duración de estos episodios transitorios. Algunos pacientes pueden presentar síntomas neurovegetativos de modo predominante sin sentirse tristes o decaídos, otros pueden quejarse inicialmente de angustia existencial y posteriormente admiten otros síntomas. Los deprimidos tienden a distorsionar sus ex-

perencias en forma peculiar. Interpretan equívocamente sucesos irrelevantes, como rechazos, privación o fracasos personales (Revé, 1997).

“Los trastornos depresivos son ya la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad, y se prevé que para el 2020 figurarán en el segundo puesto, por detrás de la cardiopatía isquémica, pero por delante de todas las demás enfermedades” (OMS, 2001 p.2).

De acuerdo con Pichot, Lopez y Valdez (1998) tanto en varones como en mujeres la depresión es más alta en el grupo de edades comprendidas entre 25 y 44 años, mientras que las personas mayores de 65 años de ambos géneros tienen tasas más bajas.

Según Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga (1999) el cuidado de personas mayores de 60 años dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos o eventos normativos que más estrés puede producir en la vida del cuidador.

Como lo menciona la OMS (2001), del afrontamiento al estrés va a depender tanto el desempeño laboral, como del relacionamiento y aporte social; siendo por ello de gran relevancia estudiar en los cuidadores formales aspectos de su salud mental como la depresión, encontrando que los estudios e investigaciones realizados hasta la fecha se han centrado en el cuidador familiar o informal.

Las consecuencias comúnmente más identificadas que se producen a diversos niveles en los cuidadores de personas mayores dependientes son: emocionales, relacionales, económicos, de reducción del tiempo libre, a nivel laboral etc. (Zarit, 1996, citado por Yanguas, Leturia, 2000).

Según el estudio Europeo JANI-LE BRISH (p. 79) citado por INSERSO (1995), son fieles compañeros de los cuidadores la fatiga general, los dolores dorsales, el agotamiento físico y mental, el debilitamiento de las fuerzas y resistencias, el nerviosismo, la irritabilidad, la ansiedad así como el insomnio y los estados depresivos. A medida que avanza en edad, el cuidador se ve más expuesto, y en el caso de las mujeres, aumenta el riesgo que padezcan costes emocionales, tales como sensación de culpabilidad, pérdida de identidad, angustia, depresión, alteraciones psicósomáticas, etc.

Existen algunas variables que afectan necesariamente al psiquismo del cuidador, poniendo en peligro su equilibrio y su bienestar psicofísico, dentro de los cuales se encuentran: la tensión constante de lo que va a ocurrir, la tensión que se origina en el cuidado del anciano, la gran cantidad que origina la atención al mayor, las restricciones en la vida social, en el estado de salud, el tiempo libre, en las aficiones y en la intimidad (Flórez, Adeva, García, y Gómez, 1997).

Como se puede observar, el cuidar formalmente a personas mayores de 60 años ha sido un tema poco explorado dentro de la investigación; de este gran vacío surge la necesidad de realizar un estudio descriptivo sobre la salud mental (depresión) de un grupo de cuidadores formales de diferentes instituciones cerradas o de larga estancia de Bogotá y Chía; mediante la aplicación de algunos instrumentos y la sistematización de los resultados, se va a obtener un perfil mental del grupo de cuidadores formales estudiado y de acuerdo a él se podrán brindar alternativas para mantener o fortalecer su salud mental en equilibrio.

Método

Tipo de investigación: Estudio descriptivo.

Participantes: Cincuenta personas de sexo femenino, con edades comprendidas entre 26 y 66 años, que tienen a su cuidado adultos mayores de 60 años, institucionalizados, donde su servicio es remunerado, cumpliendo con unas horas y funciones de cuidado preestablecidas por la institución en la cual laboran.

Es importante hacer una breve descripción de las instituciones en las cuales laboran los cuidadores participantes en esta investigación.

Institución 1

-Estrato socioeconómico del hogar:	2
-Número de cuidadores:	9
-Edades de los cuidadores:	26 - 60

Institución 2

-Estrato socioeconómico del hogar:	6
-Número de cuidadores:	12
-Edades de los cuidadores:	27 - 52

Institución 3

-Estrato socioeconómico del hogar:	4
-Número de cuidadores:	13
-Edades de los cuidadores:	30 - 47

Institución 4

-Estrato socioeconómico del hogar:	4
-Número de cuidadores :	3
-Edades de los cuidadores:	33 - 58

Institución 5

-Estrato socioeconómico del hogar:	5
-Número de cuidadores:	3
-Edades de los cuidadores:	33 - 51

Institución 6

-Estrato socioeconómico del hogar:	4
-Número de cuidadores:	4
-Edades de los cuidadores:	30 - 66

Institución 7

-Estrato socioeconómico del hogar:	5
-Número de cuidadores:	6
-Edades de los cuidadores:	36 - 53

Instrumentos: Para medir la salud mental de los cuidadores se utilizó el **Inventario de Depresión** de Beck.

Procedimiento: Para desarrollar esta investigación, se llevaron a cabo las siguientes fases:

- Recopilación de marco conceptual
- Caracterización y escogencia de la población de cuidadores evaluados
- Selección de las pruebas psicométricas pertinentes
- Aplicación de las pruebas psicométricas
- Tabulación y análisis de resultados
- Conclusiones

Resultados

Teniendo en cuenta tanto el tipo de estudio como el tamaño de la muestra, es necesario enfatizar que los resultados encontrados son válidos para ese grupo y que por tanto no se pueden generalizar para el total de cuidadores formales de personas mayores de 60 años.

Para mayor claridad de las figuras que a continuación se mencionan se definen los siguientes términos:

AD = Ausencia de Depresión; DL = Depresión Leve; DM = Depresión Moderada; DG = Depresión Grave.

En la institución 1, ubicada en el Municipio de Chía y con 9 cuidadores, se observó que los participantes llevaban poco tiempo cuidando adultos mayores (1 a 5 años). En cuanto al grado de escolaridad, casi la mitad de la población (44.44%) tenía estudios primarios y los restantes (55%) culminaron el bachillerato. Respecto a la edad, la mayoría de la población estaba dentro de los rangos de 37 a 46 años (33.33%) y de 47 a 56 años (33.33%). En este grupo el 66.66% tuvo ausencia de depresión.

Dentro de la institución 2, ubicada en el Municipio de Chía, con una totalidad de 12 cuidadores, a nivel general se observó que los participantes llevaban poco tiempo cuidando adultos mayores (1 a 5 años). En cuanto al grado de escolaridad, más de la mitad de la población (58.33%) realizó estudios técnicos. Respecto a la edad, la mayoría de la población (58.33%) se encontró dentro del rango de 26 a 36 años. El 58.32% sufre de depresión, con un 16.66% de leve y un 41,66% de moderada; en esta institución se sugirió una urgente intervención individual y grupal para los cuidadores que están afectados.

Dentro de la institución 3, ubicada en el Municipio de Chía, con una totalidad de 9 cuidadores, a nivel general se observó que la mayor proporción de participantes (46%) llevaba un corto periodo de tiempo cuidando adultos mayores (1 a 5 años). En cuanto al grado de escolaridad, aunque más de la mitad de la población (53.84%) realizó únicamente estudios primarios, se observó una proporción bastante alta (46.15%) que culminó sus estudios universitarios. Respecto a la edad, la mayoría de la población (61.53%) se encontró dentro del rango de 37 a 46 años. Más del 50% de la población mostró ausencia de depresión, y es importante tener en cuenta que un 23.07% presentó depresión moderada. Para este grupo de personas, se sugirió llevar a cabo intervención individual que les permitiese adquirir herramientas para disminuir esta alteración emocional.

Dentro de la institución 4, ubicada en la ciudad de Bogotá, con una totalidad de 3 cuidadores, se observó que llevaban bastante tiempo cuidando adultos mayores (11 a 15 años). En cuanto al grado de escolaridad, la mayoría de los participantes (75%) culminó sus es-

tudios universitarios. Respecto a la edad, se dio gran variedad respecto a ésta, teniendo en cuenta que el 33.33% se encontró dentro del rango de edad de los 26 a 36 años, el 33.33% estuvo entre 47 y 56 años, y el 33.33% estuvo entre los 57 y 66 años. Hubo ausencia de depresión en el (75%) de las personas.

En la institución 5, ubicada en la ciudad de Bogotá, con una totalidad de 3 cuidadores, se observó que llevaban cuidando adultos mayores entre 11 y 15 años. En cuanto al grado de escolaridad, la mayoría de los participantes (75%) culminó sus estudios técnicos. Respecto a la edad, se dio gran variedad respecto a ésta, teniendo en cuenta que el 33.33% se encontró dentro del rango de edad de los 26 a 36 años, el 33.33% entre 37 y 46 años, y el 33.33% entre los 47 y 56 años. El 75% de los cuidadores no sufre de depresión.

Dentro de la institución 6, ubicada en la ciudad de Bogotá, con una totalidad de 4 cuidadores, se encontró que han cuidado personas mayores por más de once años (11 a 15 años). En cuanto al grado de escolaridad, la mitad de los participantes (50%) cursó estudios técnicos, 25% culminó el bachillerato y el otro 25% culminó sus estudios universitarios. Respecto a la edad, se dio gran variedad respecto a ésta, teniendo en cuenta que el 25% se encontró dentro del rango de edad de los 26 a 36 años, 25% entre los 37 a los 46, 25% entre 47 y 56 años, y el 25% restante se encontró entre los 57 y 66 años. El 50% de cuidadores presentó ausencia de depresión y el otro 50% presentó depresión leve, lo cual es un indicador para implementar talleres de prevención de esta alteración emocional.

Dentro de la institución 7, ubicada en la ciudad de Bogotá, con una totalidad de 6 cuidadores, a nivel general se observó que la mayor proporción de participantes llevaba cuidando adultos mayores por más de quince años (16 a 20 años). Es importante resaltar que este fue el centro con cuidadores con más antigüedad laboral. En cuanto al grado de escolaridad, más de la mitad de la población (66.66%) culminó únicamente los estudios primarios y el 33.33% los estudios técnicos. Respecto a la edad, la mitad de la población se encontró entre los 37 y 46 años, y es importante resaltar que el 33.33% estuvo entre los 47 y 56 años. El 33% de los cuidadores presenta depresión leve y el 66.66% ausencia de ella.

De acuerdo al análisis general de los resultados según la edad de los cuidadores de todas las instituciones, en la prueba de depresión, los participantes con edades entre 26 y 36 años, presentaron depresión leve el 41.17% y el 17.64% depresión moderada, lo cual demuestra y corrobora lo dicho por Pichot, López, Ibor y Miyar, (1998), quienes afirman que la cultura puede influenciar la comunicación de la depresión; en este caso se enfocaría en la cultura de gente joven y tanto en hombres como en mujeres las tasas de depresión son más altas en los grupos de edad comprendidas entre los 25 y los 44 años.

Dentro de los sujetos con edades entre 37 y 46 años, el 25% de este grupo presentó depresión moderada. En este grupo se encontró el índice de depresión moderada más alto, por tanto debería recibir asesoría psicológica que le permita adquirir las herramientas necesarias para afrontar de manera adecuada los eventos generadores de este tipo de alteración emocional.

Entre los sujetos con edades entre 57 y 66 años, el 66.66% de este grupo tuvo depresión leve. El hecho de que más de la mitad de la población dentro de este rango de edad tenga depresión leve, confirma lo dicho por JANI-LE BRISH (p79) citado por INSERSO 1995, quien afirma que a medida que avanza la edad, el cuidador se ve más expuesto, y en el caso de las mujeres, aumenta el riesgo que padezcan costes emocionales, como angustia y depresión, entre otros.

En cuanto a los resultados obtenidos por la muestra de personas según nivel de escolaridad en la prueba de Depresión de Beck, dentro del grupo que culminó estudios primarios, el 33.3% presentó depresión leve y el 16.66% depresión moderada.

Dentro de los que culminaron bachillerato, el 50% presentó depresión leve y el 12.5% depresión grave.

Estos resultados demuestran que el nivel de escolaridad no es un factor que determinó la predisposición de padecer de depresión en el grupo de cuidadores evaluados; se debe lograr preparar a los cuidadores independientemente de su nivel de escolaridad, para que adquieran herramientas que les permitan el adecuado manejo emocional de los diferentes eventos que viven a diario dentro de su rol como cuidadores.

Los resultados obtenidos por la muestra de personas con estudios técnicos en la prueba de depresión, comparado con los otros grupos de nivel de escolaridad, muestran que la mayor proporción de depresión moderada se encontró dentro de este grupo, lo que confirma lo expuesto por el INSERSO (1995) quienes hacen referencia a las dudas razonables de la profesionalización de los servicios formales en el sentido que ésta sea la adecuada y especializada, lo que permitirá un mejor afrontamiento en su labor, el cual de acuerdo al grado de escolarización que tiene (estudios técnicos), debería tener una menor proporción de este fenómeno.

En relación al tiempo de cuidado se pudo observar que las personas que llevaban cuidando ancianos entre 11 y 15 años, y entre 16 y 20 años, presentaron los grados más altos de depresión moderada, 27.27% y 28.28% respectivamente comparado con los demás grupos.

En general, en tres grupos, a excepción del de 6 a 10 años de tiempo de cuidado, la mitad de la población de éstos, presentó ausencia de depresión, y la otra mitad presentó algún grado de depresión. Estos resultados apoyan lo dicho por Flórez, Adeva, García, y Gómez. (1999), quienes encontraron que un porcentaje muy alto de cuidadores (80%) dedica al menos cuatro horas diarias durante la semana al cuidado, y al mismo tiempo un elevado número de casos (20%) manifiesta no haber tenido descanso en los últimos 5 años. Esta situación de estrés repercute en el equilibrio del sueño y en la capacidad de la interacción social, hasta tal punto que, al final, aparecen problemas como neurosis, agresividad, ansiedad y depresión.

Discusión

Como bien lo afirma la Organización Mundial de la Salud (2001), "El prevenir y tratar los trastornos de la Salud Mental, despejan el camino para el pleno aprovechamiento del potencial individual y por ende aprovechar el potencial cognoscitivo y afectivo de las personas así como de su capacidad para relacionarse, de realizar un trabajo fructífero y efectuar un aporte positivo a la comunidad" (p.2). Es así que en la medida en que la salud mental de los cuidadores evaluados se encuentre en buen estado, lograrán elevar su calidad de vida, tanto en su entorno familiar, social y laboral evidenciando un mejor cuidado a los mayores.

Existen otras variables que afectan el contexto del cuidado, como lo son los sentimientos de compromiso y obligación de los cuidadores, los cuales influyen sobre la duración del cuidado. Los resultados que obtuvieron tres de los cuatro grupos evaluados de acuerdo al tiempo de cuidado, mostraron que la mitad de la población presentó algún grado de depresión. El tiempo de cuidado, el cual se podría entender como una herramienta de conocimiento entre los cuidadores, y que sin duda lo es, en este caso también se pudo visualizar como un estresor importante.

Otra variable que afecta el contexto del cuidado, son los niveles de escolarización; en relación a la Depresión se confirmó que aquellos cuidadores que tenían nivel de escolaridad técnico o universitario no necesariamente contaban con las suficientes estrategias de afrontamiento, ya que se encontró que en todos los grupos se dieron índices leves y moderados de depresión, reafirmando lo dicho por Aristizábal-Vallejo (1999), quien hace referencia a la insuficiencia de formación gerontológica en la Universidad, la cual hace que los profesionales no puedan brindar alternativas propias y acordes a las necesidades e idiosincrasia de los adultos mayores.

En relación a la edad, el grupo de cuidadores entre 26 y 36 años, más del 50% presentó depresión leve o moderada, al igual que en el grupo de edad de 57 a 66 años, lo cual demuestra que la edad no es la única variable que predispone a la persona a sufrir de depresión, sino lo es más la situación de cuidado la que incrementa el riesgo de padecer de depresión.

El investigar acerca de la Salud Mental (depresión) del grupo de Cuidadores Formales, de tres centros Geriátricos del Municipio de Chía, y de cuatro de la ciudad de Bogotá, de personas mayores de sesenta años, y el analizar las cifras estadísticas arrojadas por las prueba psicométrica aplicada, evidenció la necesidad de preparar a quienes se encargan de cuidar adultos mayores, e igualmente que se deben iniciar programas para evitar los problemas de salud mental que en un momento dado pueden presentar los cuidadores de personas mayores de sesenta años. Estos programas deben estar dirigidos al afrontamiento de las situaciones generadoras de los niveles de estrés y depresión que se puedan dar en un momento dado. Se debe brindar toda la información al rededor de la situación

del cuidado del adulto mayor, especificando quiénes deben ser las personas que presten el servicio, determinando cuáles son las situaciones de cuidado. El cuidar ancianos, requiere de unas fases de adaptación, y el cuidador formal debe tener conocimiento de éstas. Igualmente debe tener conocimiento de las consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.

Teniendo en cuenta las consecuencias en la salud del cuidador, se debe trabajar en aspectos tales como el saber cuidarse, darse cuenta de los aspectos que debe cambiar para un mejor desempeño, debe aprender a pedir ayuda cuando la requiera, poner límites entre él y el anciano, e igualmente cuidar su salud física y mental realizando ejercicio físico y aprendiendo estrategias de relajación. Es importante enseñar estrategias de comunicación, para que se logre de esta forma hacer y recibir críticas al igual que expresar sentimientos positivos como negativos. Otro factor relevante, es enseñar a reconocer y controlar sentimientos, combatir las preocupaciones. Por último se debe entrenar para enfrentar los sentimientos de culpa, el enfado, el resentimiento, los sentimientos de autocompasión y la organización del tiempo de trabajo.

Es relevante resaltar que se debe profundizar en la problemática de la salud mental, y empezar a enfatizar que además de ser responsabilidad de la persona misma, es responsabilidad de las entidades prestadoras del servicio, del gobierno y de la sociedad misma. Quienes afirman que la cultura puede influenciar la comuni-

cación de la depresión; en este caso se enfocaría en la cultura de gente joven.

Referencias

1. DANE.(1995). Colombia Estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá.
2. INSERSO (1995). Cuidados en la vejez. El apoyo Informal, Madrid.
3. Flórez, Adeva, García, y Gómez, (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Disponible en: sidorenko@un.org.
4. Ministerio de Salud. (1998). Política Nacional de Salud Mental. Bogotá.
5. Montorio, Yanguas y Díaz-Vega (1999). Gerontología Conductual. Madrid. Síntesis.
6. Organización Mundial de la Salud OMS, (2001). Salud y Envejecimiento: Un documento para el debate (versión preliminar).
7. Organización Mundial de la Salud, OMS.(2001). Por la salud mental del mundo. Ginebra, Printed in Spain.
8. Pichot, Lopez y Valdez. (1998). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV. Editorial Masso.
9. Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. McGraw-Hill.

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.

CARACTERÍSTICAS DE MORBILIDAD EN UNA POBLACIÓN DE ANCIANOS CONSULTANTES AL HOSPITAL DE SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS-RISARALDA

Rafael P. Alarcón Velandia

Médico Psiquiatra, Master en Salud Pública, Profesor titular*

Luis Hernando García Ortiz

Médico Internista, Geriatra, Profesor*

Mónica Sánchez

Médico Interno*

* Facultad de Medicina de la UTP

Sabina Bello

Psicóloga, Profesora de la Facultad de Psicología
Universidad Católica Popular de Risaralda

José Fernando Ochoa

Antropólogo

Resumen

Se exponen los resultados de un estudio de campo realizado en la consulta externa del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, durante cuatro meses del año 1999 por los profesores de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira. Se incluyeron 124 pacientes mayores de 60 años que consultaron al servicio, a los cuales se les aplicó una serie de instrumentos clínicos, de neuropsicología (Yesavage, MMSE, MCQ) y entrevistas. Se determinan las tendencias de morbilidad de acuerdo a los diagnósticos clínicos realizados.

Abstract

The results of a study realized by the staff of the Pereira's memory clinic in the external consultation of Santa Mónica Hospital in Dosquebradas, during 4 months in the year 1999 are presented. It included 124 patients older than 60 years, who were studied with a series of interviews and clinical and neuropsychological protocols. Morbidity tendencies are determined according to the clinical diagnosis realized in these cases.

Palabras clave: ancianos, morbilidad, geriatría, demencias.

Introducción

En el mes de septiembre del año 1999 se iniciaron las actividades asistenciales en el hospital de Santa Mónica de Dosquebradas, por parte del grupo de profesores de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la UTP.

Las labores se enfocaron a la detección de trastornos orgánicos y mentales, asistencia y orientación a personas mayores de 60 años y a sus familias, que consultaron al servicio de consulta externa del mencionado hospital.

Las actividades hacían parte del desarrollo de los objetivos del grupo, como programas de extensión y de investigación propuestos.

El fundamento era el desconocimiento de la morbilidad de la población mayor de 60 años en la región y la necesidad de obtener datos de su tendencia epidemiológica, para realizar estudios posteriores que condujeran a la implementación de programas que beneficiaran a este grupo etáreo.

Marco conceptual

Las informaciones provenientes del DANE y del Servicio de Salud de Risaralda durante el año de 1999, nos

permiten pensar en un mayor crecimiento de la población adulta mayor y anciana en la región con respecto a otros grupos poblacionales. La población estimada para Risaralda es de 928.196 habitantes y de Dosquebradas de 171.630. La población anciana mayor de 60 años estimada es de 37.128 y 6.865, respectivamente, con tendencia al crecimiento porcentual.

Ello implica una mayor demanda de servicios de seguridad social y asistencial, debido a la fragilidad física y mental de esta población. Sin embargo, los sistemas urbanísticos, de apoyo social y asistenciales son insuficientes, y los pocos existentes realizan actividades parciales, con personal de poca o mediana preparación para atender las demandas. Además las entidades gubernamentales descuidan en sus planes acciones de beneficio. Los sistemas asistenciales y del cuidado de la salud brindados por el hospital, clínicas particulares y las entidades promotoras de salud son muy limitados y en general no están orientados para responder por las patologías de los ancianos o la promoción de su salud.

La necesidad de crear una conciencia sobre aspectos básicos de protección del anciano desde el punto de vista social, educativo y asistencial, promovió la realización de las actividades y la detección de la tendencia de su morbilidad.

Metodología

Se conformó un grupo de cinco profesionales del área de la salud: un médico psiquiatra, un médico geriatra, un médico interno, una psicóloga y un antropólogo. Cada profesional desarrolló un formulario semiestructurado clínico para ser aplicado a los pacientes. Además se aplicaron instrumentos de estudios paraclínicos, de laboratorio como cuadro hemático, extendido periférico, glicemia, pruebas de función tiroidea, pruebas de función hepática y renal.

De acuerdo al análisis clínico se aplicó a los pacientes el test de Yesavage para depresión, el Mini Mental Test y el test de Memoria.

El estudio se realizó durante los meses de septiembre a diciembre de 1999, en el servicio de consulta externa, mediante una programación de consulta de acuerdo a las solicitudes de los pacientes o sus familiares.

No se indicó ningún tipo de especificaciones o limitaciones para los pacientes, a excepción de ser personas mayores de 60 años.

Todos los pacientes fueron examinados por cada profesional, y evaluados por el grupo para decidir la conducta terapéutica a seguir.

La información se registró en las historias clínicas del hospital, en los formularios e instrumentos diseñados, y en el registro especial general de atención y de morbilidad. Los datos se procesaron en un sistema computarizado. Los resultados se analizaron por el grupo.

Los resultados básicos fueron:

Tendencia de la morbilidad del grupo de ancianos consultantes	
No. de ancianos examinados = 124	
Patología	Porcentaje
1- Hipertensión arterial	52.15
2- Trastornos depresivos	34.25
3- Diabetes Mellitus	29.1%
4- Síndrome demencial	27.2%
5- Trastornos de ansiedad	21.3%
6- Patología de tiroides	5.3%
7- Otras patologías mentales y orgánicas	30.4%

Tabla 1

Además se detectó una serie de problemas a nivel social, familiar y personal que deterioraban la calidad de vida de los ancianos. Estas dificultades no eran mutuamente excluyentes, y por el contrario, se presentaban combinadas en los ancianos con un gran impacto psicoemocional. Nos limitamos a relacionar los conflictos y problemas básicos encontrados (tabla No. 2).

Conflictos y problemas básicos detectados en los ancianos	
No. de ancianos examinados = 124	
1-	Abandono familiar
2-	Maltrato físico y psicoemocional
3-	Discriminación
4-	Pérdida de la capacidad laboral
5-	Consumo de alcohol y drogas
6-	Polifarmacia
7-	Pérdida de la autoestima y la minusvalía
8-	Pérdida del estado funcional
9-	Pérdida de la independencia
10-	Desadaptación social
11-	Falta de actividades recreativas
12-	Trastornos mentales: depresión, angustia, psicosis, demencias
13-	Trastornos físicos: hipertensión arterial, diabetes, osteoarticulares, cardiovasculares y metabólicos.
14-	Desprotección en Seguridad Social
15-	Ausencia de programas de atención asistencial en las instituciones de salud
16-	Falta de programas de fomento de la salud y prevención de enfermedades
Nota: no se determinaron los porcentajes de estos factores por dificultades en el diseño de los instrumentos; sin embargo se relacionan por ser detallados en las historias clínicas de los ancianos examinados.	

Tabla 2

Comentarios y conclusiones

Cinco patologías se constituyen en las principales causas de morbilidad de los ancianos examinados: hipertensión arterial, trastornos depresivos, diabetes mellitus, síndrome demencial y trastornos de ansiedad. La comorbilidad orgánica y mental es la tendencia básica de este grupo de ancianos. La mayoría de los diagnósticos ya habían sido realizados (73%) por médicos del hospital en consultas previas, por lo cual los investigadores los ratificaron en sus estudios clínicos. El 27% de los diagnósticos fue realizado por los investigadores por ser pacientes de primera vez. Todos los pacientes con hipertensión arterial y diabetes tenían tratamiento médico y controles permanentes, además de pertenecer a grupos de apoyo; sin embargo, menos del 20% tenía tratamiento para sus trastornos depresivos o ansiosos concomitantes, y la mayoría no tenía diagnósticos de psicopatología, la cual fue detectada por los investigadores: 29% con depresión, 27% con síndrome demencial y 21% con trastornos de ansiedad.

Las observaciones y los diagnósticos realizados no detallaron los diversos tipos de cada una de las patologías, de acuerdo a las clasificaciones internacionales de enfermedades aceptadas como la CIE-9, DSM-IV, sino que se registró la patología como el diagnóstico global. Se espera que en un próximo estudio en su diseño especifique más detalladamente cada uno de los tipos patológicos de acuerdo a las clasificaciones reconocidas y aceptadas internacionalmente.

Este estudio descriptivo tampoco determinó las características de los tratamientos recibidos por los ancianos.

Se requiere diseñar estudios prospectivos que involucren mayor número de personas ancianas, con instrumentos que permitan valorar en forma más precisa, con mayor confiabilidad y validez la patología orgánica y mental.

Como se aprecia, los problemas psicoemocionales, de apoyo familiar y social en el anciano pueden constituirse en la base de una serie de factores de riesgo de morbilidad. La necesidad de orientar programas de fomento de la salud y prevención de patologías mentales y orgánicas se hace imperiosa tanto para los ancianos como para sus familias y cuidadores.

Establecer un proyecto asistencial y de rehabilitación coherente, oportuno y continuado sería la oportunidad

de disminuir el impacto de los procesos morbosos del anciano a nivel personal, familiar y asistencial.

La vinculación de otros sectores de educación, salud, ONG, y de gobierno, permitirían el desarrollo de los programas y el beneficio estaría dado por poblaciones ancianas con envejecimiento exitoso y con costos sociales más razonables.

Bibliografía

1. Alarcón R, García L. Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal. Taller sobre el Envejecimiento Normal para profesio-
2. Butler R, Collins E, Katona C, Orrell M. How do General practitioners select antidepressants for depressed Elderly people? *Int. J. Geriatric Psychiatry* 2000 Jul;15(7):610-3.
3. Connie M. Marsh, Psychiatric Presentations of Medical Illness. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 20 Number 1, March 1997.
4. Roose SP. Depression and Comorbid Medical Disorders: A Reversal of Causality, *CNS Spectrums*; 5,8:15, 2000.

nales de la salud de las Unidades Locales de Salud del Depto. de Risaralda, 1999.

INFLUENCIA DE LA BOCA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS

Dairo Javier Marín Zuluaga

Odontólogo, Especialista en Rehabilitación Oral

Universidad Nacional de Colombia

Profesor Facultad de Odontología U.N. (FOUN)

Coordinador Grupo de Odontología Geriátrica (FOUN)

Resumen

La población anciana del mundo aumenta un 1.7% anualmente y Latinoamérica y Colombia no son ajenas a este fenómeno el cual plantea retos de tipo económico, político y social para los estados y para las instituciones formadoras de profesionales de salud. La boca desempeña funciones tanto biológicas como sociales y la alteración de la salud bucal altera estas funciones afectando la calidad de vida de los individuos. Para ofrecer un tratamiento odontológico a un anciano, es necesario tener en cuenta las condiciones normativas (visión profesional) y realistas del paciente (situación funcional, cognitiva, económica) con el fin de garantizar la mejor alternativa para cada persona en particular. La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión Odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.

Abstract

Ancient population increases 1.7% annually and Latin America and Colombia are not absent to this experience which implies certain economic, political and social challenges to the states as well as the health professional formation institutions. Mouth perform either a biological and a social function and a disturbance of the oral health compromises those latter functions fall upon the individual quality of life.

In order to offer an odontological treatment to an older it is necessary to be aware of the normative conditions

(professional view) as well as the realistic patient's condition (functional, cognitive and economic situation) to assure the best alternative to each person. Recuperation and maintenance of oral health and functionality in the older rebound, in a significant way, not just on the hands of the Odontological profession but on all the health professions and particularly on the hands of the family since there will be an adult member.

Introducción

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece el 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1.100.000.000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de Demografía, 82.000.000 estarán en América Latina. El aumento de la población adulta mayor o de tercera edad, se debe entre otros aspectos a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, de fecundidad (pasa de 5.96 en 1960 a 2.84 en el 2000, para Latinoamérica) y al aumento de la expectativa de vida. Al aumentar la proporción de personas de tercera edad, se presentan retos de tipo económico, social y político que exigen a los estados y a las autoridades competentes la generación de políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de población. Este fenómeno de envejecimiento poblacional es más marcado en los países desarrollados, pero el tercer mundo y particularmente Colombia vienen presentando una situación similar aunque menos acentuada. De acuerdo a datos de un estudio realizado por la cámara de comercio de Bogotá, en el año 1991, existían en el país aproximadamente 2.000.000 de personas mayores de sesenta años, equivalentes al 6,2% de la población total; para ese mismo año el promedio de edad de la población era de 22 años, lo que carac-

terizaba nuestra población como adulta joven; el mismo estudio estimó que en el año 2000, las personas de tercera edad o mayores de 60 años equivaldrían al 6,8% de la población, con un promedio de edad para entonces de 25 años lo que coloca al país como un país con una población adulta y para el año 2025 se espera que el 13% de la población colombiana sea mayor de 60 años (1,2,3).

Funciones del sistema estomatognático

Podría decirse que el sistema estomatognático, el cual está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal, tiene dos grandes grupos de funciones: en el primero encontraríamos aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas (incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa, el saborear los alimentos -gusto-, articulación del lenguaje); en el segundo estarían unas funciones fundamentales para todo ser humano que podríamos llamar de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.).

Si se hace una reflexión consciente alrededor de estas funciones, entonces entenderíamos cuál es la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos. Cuando se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, las funciones anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psicosocioafectiva); esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud, pero también de las ciencias humanas y sociales a recontextualizar no solo la cavidad bucal sino su mirada del individuo y de su labor profesional, pero también constituye un llamado a todas las personas para hacerse más conscientes de su boca y de la importancia de su cuidado.

Calidad de vida

Existe un concepto desarrollado por la cultura japonesa denominado *ikigai* (4), el cual se refiere a la calidad de vida de los individuos y que se compone de tres elementos:

1. Calidad objetiva de vida: Este aspecto contempla todos los elementos materiales que determinan

la forma de vida de las personas, midiendo el nivel de satisfacción de necesidades básicas, además de su soporte emocional.

2. Deseo de vivir: Son las ganas que se tienen de vivir o no.

3. Percepción del sentido de la vida: Es el para qué vivir, constituye el norte que cada persona ha definido para su vida, cuál es su función en este mundo.

Los tres elementos al combinarse de forma particular determinan para cada persona de manera singular el **objetivo para vivir y el impulso para conseguirlo**.

Este concepto del *ikigai* constituye una invitación, en este caso particular de la salud bucal, a que los Odontólogos trasciendan en su ejercicio profesional aportando de manera significativa al mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes.

Es poco lo que hoy conocemos acerca de la salud bucal en el anciano, entendiendo ésta no solamente como la presencia o no de patologías bucales, sino además como la percepción que éste tiene sobre su boca. Por tanto **necesitamos saber cómo se sienten los viejos sobre sus dientes y su boca y el impacto de éstos sobre su vida diaria**. Marshall (5) en 1991 decía que condiciones similares generan evaluaciones diferentes porque la interpretación del estado de salud es influenciada por la salud misma y por los valores personales, -podría agregarse además la historia de vida-; esto significa que dos personas ante una condición morbosa no solamente tendrán una percepción diferente de la misma; además ésta se manifestará de forma distinta en cada uno y su actitud ante ella será también distinta, particularmente en la tercera edad donde la carga histórica es mucho mayor y donde existen otros factores como enfermedades sistémicas, situación económica, soporte emocional, que determinan que el anciano en algún momento ponga sus quejas bucales en un segundo lugar.

Mitos acerca de la cavidad bucal

Las generaciones que nos han precedido y que han sido los viejos que hemos conocido tuvieron acceso muy limitado a los servicios de salud, crecieron en épocas de escaso desarrollo científico y tecnológico de la Odontología y cuya práctica estuvo en gran medida en

manos de empíricos; todo lo anterior además de prácticas social y culturalmente arraigadas como la extracción indiscriminada de los dientes para ser reemplazados por prótesis principalmente totales, llevó a que normalmente se llegara a la vejez siendo desdentado. Alrededor de las condiciones de la boca de los viejos se tejió entonces una serie de concepciones e interpretaciones erróneas, las cuales afortunadamente en la actualidad vienen cambiando. Entre éstas pueden ser citadas las siguientes (6):

El proceso de envejecimiento conlleva inevitablemente a la pérdida de los dientes: Desde el año 1995, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, cambió las clínicas de prótesis total que existieron durante más de 50 años, por la Clínica Integral del Geronte, en la cual se da atención exclusivamente a personas mayores de 55 años, en todas las necesidades de salud bucal, esto debido a la percepción hasta ese entonces un poco empírica de un cambio en las características orales de los viejos que se atendían. En una investigación realizada en el año 2000 (7), con pacientes de esa clínica, se verificó que la mayoría de las personas atendidas allí tenían varios dientes naturales remanentes (11 en promedio), lo que está en concordancia con el último estudio nacional de salud bucal (1998). Así, con los cambios en los servicios de salud, mayores posibilidades de acceso a los mismos, la influencia de los medios de comunicación y de las grandes casas comerciales de productos odontológicos y una mayor valoración de la dentición natural, cada vez un mayor número de personas llega a la tercera edad conservando buena parte de su dentadura natural.

Los dientes, naturales o artificiales, son esenciales para la buena nutrición: Si bien el proceso de trituración de los alimentos, de formación del bolo alimenticio y de desdoblamiento de carbohidratos inicia en la cavidad bucal, no debe asociarse la falta de dientes o el uso de prótesis totales en los viejos, con un inadecuado estado nutricional. El deterioro de la salud bucal en el anciano, genera cambios en la composición de su dieta, disminuyendo el consumo de alimentos duros como carne y aumentando el de carbohidratos, lo cual aumenta el riesgo de malnutrición. En una persona con problemas que le impidan el consumo de una dieta balanceada, debe ofrecerse los alimentos en una preparación que le permita su consu-

mo sin inconvenientes, como papillas, sopas, cremas, carne molida, etc.

Quienes usan prótesis totales no requieren ir al odontólogo: En la investigación citada anteriormente se encontró que la mayoría de las lesiones bucales en tejidos blandos (encías, mucosas) estaba asociada al uso de prótesis en malas condiciones (desadaptadas). Con la pérdida de los dientes, el hueso de los maxilares se reabsorbe de manera crónica y progresiva, lo que hace necesario que las prótesis deban cambiarse cada cinco años, lo cual no se presenta en la realidad cuando la mayoría de los usuarios de prótesis totales han tenido las mismas por periodos de tiempo que oscilan entre los 10 y los 45 años; si a esto se le agrega que hacen uso de éstas las 24 horas del día, sin retirarlas durante la noche para permitir a los tejidos su recuperación, se configura un cuadro que favorece la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas. Por tanto aun las personas que no tienen dientes naturales y que usan prótesis totales y/o parciales, deben asistir periódicamente a consulta odontológica.

La sequedad oral -xerostomía- es un cambio propio de la edad: Los primeros estudios en ancianos se realizaron en personas residentes en instituciones geriátricas, los cuales normalmente presentan patologías sistémicas y consumen múltiples medicamentos; esto creó una serie de errores que atribuían cambios o características comunes en estos ancianos institucionalizados como característicos del proceso normal de envejecimiento. La hipofunción de las glándulas salivales, consistente en disminución de la cantidad de saliva producida, conocida normalmente como xerostomía, fue uno de los cambios que inicialmente se tomó como normal en los ancianos. En la actualidad, cuando se cuenta con estudios realizados en ancianos saludables, se sabe que esto no es así: normalmente se debe al efecto colateral de los medicamentos consumidos, pues existen más de 400 de ellos reportados como generadores de xerostomía.

Solamente se necesita ir al odontólogo cuando hay dolor: Es necesario fomentar en la población general, pero particularmente en los ancianos, la costumbre de asistir regularmente a citas de control odontológico; esto haría que patologías de progreso crónico, como por ejemplo la Enfermedad Periodontal, sean diagnosticada-

das y tratadas a tiempo, al igual que el diagnóstico temprano de lesiones malignas o premalignas.

Una lesión indolora en boca no es cáncer: Con el aumento de la edad, se presenta un incremento de las lesiones malignas y el 5% de éstas tienen asiento en la cavidad bucal, de ahí que cualquier lesión en boca, que no sana, con aspecto blanquecino o ulceroso, y que no revierte al adaptar prótesis presentes desadaptadas, debe ser biopsiada para descartar una lesión maligna o premaligna.

Accesorios para la higiene oral

En ocasiones se hace necesario el uso de algunos aditamentos o la adaptación de los mangos de los cepillos dentales, para facilitar la higiene oral en personas ancianas con limitaciones debidas a enfermedades neurodegenerativas, como las demencias, Enfermedad de Parkinson, Artritis Reumatoidea, entre otras.

Hoy se encuentran en el mercado aparatos portadores de seda dental, que facilitan el uso de ésta a personas con limitaciones físicas y/o cognitivas; los enjuagues dentales, particularmente los que contienen clorhexidina, resultan de utilidad también en personas que no pueden realizar una adecuada higiene, debido a su efecto inhibitorio sobre la formación de placa bacteriana; los cepillos eléctricos resultan también una ayuda, al igual que el uso de cepillos interdetales para limpiar prótesis fijas o espacios creados entre dos dientes contiguos; finalmente cuando se tienen dificultades para agarrar el mango del cepillo, su adaptación mediante diferentes materiales que aumenten su grosor (plástico, mangos de goma, etc.), facilita su manejo.

Cambios percibidos en la cavidad bucal

Estos son algunos de los cambios que pueden ser percibidos por los viejos actuales, a medida que han envejecido: disminución en el número de dientes, bien sea a causa de caries dental o Enfermedad Periodontal; dificultad para comer cosas duras lo cual lleva al cambio de su dieta por alimentos más blandos (ricos en carbohidratos); el uso de prótesis por largos periodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada cinco años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dichas prótesis, si esto se suma a su uso durante las

24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias); finalmente, la pérdida de los dientes hace que la función que estos cumplen de estimular el hueso de los maxilares para que se conserve su altura, se pierde, conllevando a la reducción crónica, acumulable y progresiva de la altura y espesor de los maxilares en las zonas que contenían los dientes (rebordes alveolares), produciendo y/o acentuando el deterioro de la apariencia facial.

Así el estado de salud bucal en el anciano será el resultado de la edad, de los hábitos de higiene y cuidado bucal, del sitio de residencia de la persona (en el seno de su familia o en una institución geriátrica), del tiempo de institucionalización y del grado de incapacidad física, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración de la salud bucal (8).

Necesidades y plan de tratamiento

Nordenram y otros (9), plantean la necesidad de mediar entre las necesidades de tratamiento desde el punto de vista del Odontólogo y las del paciente, en particular dadas las condiciones especiales del adulto mayor. Desde el punto de vista del profesional las necesidades de tratamiento son denominadas normativas y son todas aquellas que aplicando el conocimiento y los principios de la profesión, el odontólogo considera necesarias para recuperar la función y salud del sistema estomatognático. Desde el paciente las necesidades son denominadas realistas y son aquellas que surgen de analizar las condiciones físicas, emocionales, económicas, el motivo de la consulta del paciente o de la persona que lo cuida. Ambos grupos de necesidades a su vez tienen categorías de acuerdo a la intensidad de las mismas, dada la presencia de patologías activas y la posibilidad de cooperación por parte del paciente. La mediación entre las necesidades normativas y las realistas permitirá el planteamiento del plan de tratamiento más adecuado para cada individuo en particular y garantizará por tanto un mejor pronóstico del mismo.

Existe sin embargo controversia acerca de brindar o no tratamiento odontológico a pacientes terminales, situación frecuente en ancianos a consecuencia de patologías como cáncer, demencias y Parkinson en sus fases finales, entre otras. Algunos opinan (10) que es-

tos son pacientes débiles que no están en condiciones de recibir el tratamiento, los costos son demasiados en relación con el beneficio, ya que las patologías bucales no ponen normalmente en riesgo la vida de los pacientes y además dadas las condiciones del paciente que le impiden ponerse al frente de su propio cuidado, el tratamiento odontológico resulta agobiador para su cuidador al representar una carga más. De otro lado se encuentran quienes consideran que aun en dichas condiciones debe brindarse atención odontológica (11) a estos pacientes; algunos de sus argumentos son que todo paciente aun en estado terminal debe mantenerse libre de dolor, de infección y limpio; el hecho de existir limitaciones en los tratamientos no significa que deban brindarse tratamientos limitados y el conocimiento de los riesgos inherentes permite que sean manejados y se minimicen, y finalmente la mejor recomendación es que cuando se sabe que una persona presenta una enfermedad que finalmente la postrará y eliminará su capacidad para responder por su autocuidado, la instauración de un tratamiento temprano con un gran énfasis en el componente preventivo, garantizará conservar su cavidad bucal funcional por un mayor tiempo, evitando tratamientos más agresivos en los estadios finales de la patología.

Efectos de la dentición en la calidad de vida

Strauss y Hunt (12), luego de encuestar a más de 1.000 ancianos en Estados Unidos, establecen una serie de aspectos que en orden de importancia según los encuestados se ven afectados positiva o negativamente por el estado de salud o no de su cavidad bucal. Cuando los individuos presentan una buena salud bucal consideran que ésta afecta de manera positiva los siguientes aspectos en orden de importancia:

1. Apariencia: interna y externa
2. Alimentación: disfrute, masticar, morder
3. Sensación de confort
4. Longevidad
5. Autoconfianza
6. Habla
7. Disfrute de la vida
8. Salud general
9. Sonreír y reír
10. Selección de alimentos
11. Felicidad general

12. Vida social
13. *Sex appeal*
14. Éxito laboral
15. Besar
16. Relaciones románticas
17. Gusto, apetito
18. Respiración
19. Peso
20. Genio

Cuando las personas encuestadas no presentaban una adecuada dentición opinaron que esto afectaba de manera negativa los siguientes aspectos:

1. Masticar y morder
2. Alimentación
3. Selección de alimento
4. Disfrute de la comida
5. Confort
6. Aliento
7. Apariencia: interna y externa
8. Hablar
9. Sonreír y reír
10. Gusto
11. Autoconfianza

Con base en estos resultados podría afirmarse que para motivar a un anciano para la realización de un tratamiento odontológico, debiera recalcarse sobre el mejoramiento en la apariencia facial y la alimentación, mientras que no resultaría motivador el recalcar que el tratamiento incidirá en la salud general, la actividad social, el romance y el atractivo sexual.

Conclusión

Como ha quedado planteado anteriormente, la salud bucal forma parte integral de la salud de cualquier individuo; la alteración de ésta no solamente limita sus funciones fisiológicas, sino además las de interacción social resultando particularmente grave en el anciano por su situación de "desplazado social" a la que se ve abocado normalmente en las sociedades occidentales.

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión odontológica sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particular-

mente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.

Bibliografía

1. Cámara de Comercio de Bogotá. Colombia siglo XXI. Junio 1.991.
2. Organización Panamericana de la Salud, 1985.
3. Univerdidade Federal do Rio Grande do Sul. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Vol. 2. 1999.
4. Ikuwa W. Effects of chewing ability on the quality of life in the elderly in Japan. Bull. Tokyo dent. Coll., Vol. 37 No. 1 pp 1-8, 1996
5. Marshall, GN. A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff. J. Pers. Soc. Psychol., Vol. 61 pp 483 – 491, 1991.
6. Multidisciplinary Education in Geriatrics and aging, MEGA. Chapter nine, Yellowitz, J. Texto en internet.
7. Munevar, A; Rojas, J; Marín, D. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la U. N. durante el primer semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. Revista de la Fed. Od Col. Vol. 61 Oct , 2001 – Feb, 2002.
8. Angelillo, et al. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. Com. Dent. Oral Epidemiol, 1995.
9. Nordenram, et al. Dental management of Alzheimer patients. Act. Od. Esc., 1995; 1997.
10. Hilbrunner. Argument against providing dental care for the severely cognitively impaired patient. Gerodontics Vol. 4, 168 – 169, 1988.
11. Gordon, S. Argument in favor of providing dental care for the severely cognitively impaired patient. Gerodontics Vol. 4, 170 - 171, 1988.
12. Strauss, P; Hunt, R. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. JADA, Vol. 124, Jan, 1993.

EVENTOS

Eventos a realizarse en el año 2002

Quinto Congreso Nacional e Internacional de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Hotel Almirante de Cartagena, Colombia, agosto 16 al 19 de 2002. Informes en esta dirección de correo acgg@acgg.org.co telefax (57 1) 6180724 y en Internet www.acgg.org.co

Séptimo Congreso Internacional Francófono de Gerontología, en Bruselas, del 22 al 25 de septiembre de 2002. Idioma: Francés. Información e Inscripciones: www.gerontologie2002.org Prof. Dr. Jean-Pierre Baeyens

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Congreso de la Sociedad Murciana de Geriatria y Gerontología. Murcia 2002. Informes en esta dirección de correo segg@segg.org

The third International Conference on Family Care: Empowerment Through Innovation. October 12-14, 2002. Wasington DC. www.caregiving.org/content/conference2002.html

3rd European Congress of Biogerontology. November 8-12, 2002 Firenze e Montecatini Terme, Italy. Organized by Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Sezione di Biogerontologia, e Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Invecchiamento in collaboration with European Biological Section of International Association of Gerontology. For all information please visit the Congress Websites: www.sigg.it or www.unipi.it/convegni

Eventos a realizarse en los próximos años

Congreso Europeo de Gerontología. Barcelona, España. Junio de 2003. Informes en esta dirección de correo segg@segg.org

Pan American Congress of Gerontology. Buenos Aires, Argentina, abril 30 a mayo 3 de 2003. Informes en estas direcciones de correo electrónico sagg@connmed.com.ar y sagg@intramed.net.ar Web site www.sagg.org.ar las comunicaciones postales y telefónicas serán dirigidas a la S.A.G.G. San Luis 2538 - C1056AAD Buenos Aires Argentina Telefax (54-11) 4961-0070/1042/6814

Congreso Internacional de Geriatria y Gerontología (COMLAT – IAG) Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, Comité Latinoamericano de Geriatria –COMLAT, Asociación Mundial de Gerontología – IAG. 3 – 6 septiembre de 2003 Hotel Crowne Plaza, Santiago – CHILE. Contacto: Tajamar Congresos y Eventos Sra. Luisa Martinez. Mail: lmartinez@tajamar.cl Fono: (56 2) – 336 8165, fax: (56 2) – 233 2996.

DIRECTORIO DE RECURSOS GERONTOLÓGICOS EN INTERNET

Asociaciones Científicas

Asociación Internacional de Gerontología – IAG

www.cas.flinders.edu.au/iag/

Región Europea de la IAG

www.eriag.org/

British Society of Gerontology

www.soc.surrey.ac.uk/bsg/

British Geriatrics Society

www.bgs.org.uk/

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

www.segg.org/

American Geriatrics Society

www.americangeriatrics.org/

The Gerontological Society of America

www.geron.org/

Canadian Association of Gerontology

www.cagacg.ca

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

www.sbgg.com.br/

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

www.sagg.org.ar/

IAG Member Organizations

www.cas.flinders.edu.au/iag/orgs.htm/

Universidades e Institutos de Investigación

Centro de Estudos do Envelhecimento

www.epm.br/medicina/geriatria/

Pontificia Universidad Católica de Chile – Geriatría

<http://escuela.med.puc.cl/udas/Geriatria/Geriatria02.html>

Instituto de Envejecimiento de la Pontificia Universidad

Javeriana de Bogotá

<http://med.javeriana.edu.co/envejecimiento>

Institute on Aging & Environment School of

Architecture and Urban Planning. University of

Wisconsin – Milwaukee

www.uwm.edu/dept/IAE/

Center on Aging. University of California System

www.socrates.berkeley.edu/aging

Center on Aging at the University of Texas Medicine

Branch

www.utmb.edu/aging/

Institute on Aging at the University of Pennsylvania

www.med.upenn.edu/aging/

National Institute on Aging

www.nih.gov/nia

American Federation for Aging Research

www.afar.org/

Administration on Aging

www.aoa.dhhs.gov/

Aging Research Centre

www.arclab.org/

Huffington Center on Aging

www.hcoa.org/

Institute for Advanced Studies in Immunology and Aging

www.iasia.org/index.html

National Policy and Resource Center on Nutrition and

Aging

www.fiu.edu/nutreldr/

Los Angeles Gerontological Research Group

www.grg.org/

Geroweb

[http://iog.wayne.edu/geroweb.html/](http://iog.wayne.edu/geroweb.html)

Canadian Medical Association. Clinical Practice

Guidelines: Geriatric Medicine/ Gériatrie

www.cma.ca/cpgs/index.asp/

British Society for Research on Aging

www.bsra.org.uk/

Università di Modena

www.geriatria.unimo.it/

Biblioteca Centrale dell'Area Biomédica

<http://pacs.unica.it/biblio/geriatr.htm/>

Netherlands Institute of Gerontology

www.nig.nl/

Infoaging

www.infoaging.org/

The German Centre for Research on Ageing

www.dzfa.uni-heidelberg.de/index_e.html

Publicaciones

Revista Española de Geriatría y Gerontología

<http://segg.org/revista.htm>

Geriatrianet

www.geriatrianet.com/

Age and Aging

<http://ageing.oupjournals.org/>

Geriatrics

www.geri.com/

Gerontology

www.karger.com/journals/ger/ger_jh.htm

Journal of Anti - Aging Medicine

www.liebertpub.com/JAA/default1.asp/

Geriatric Nursing

<http://www1.mosby.com/Mosby/Periodicals/Nursing/GN/gn.html/>