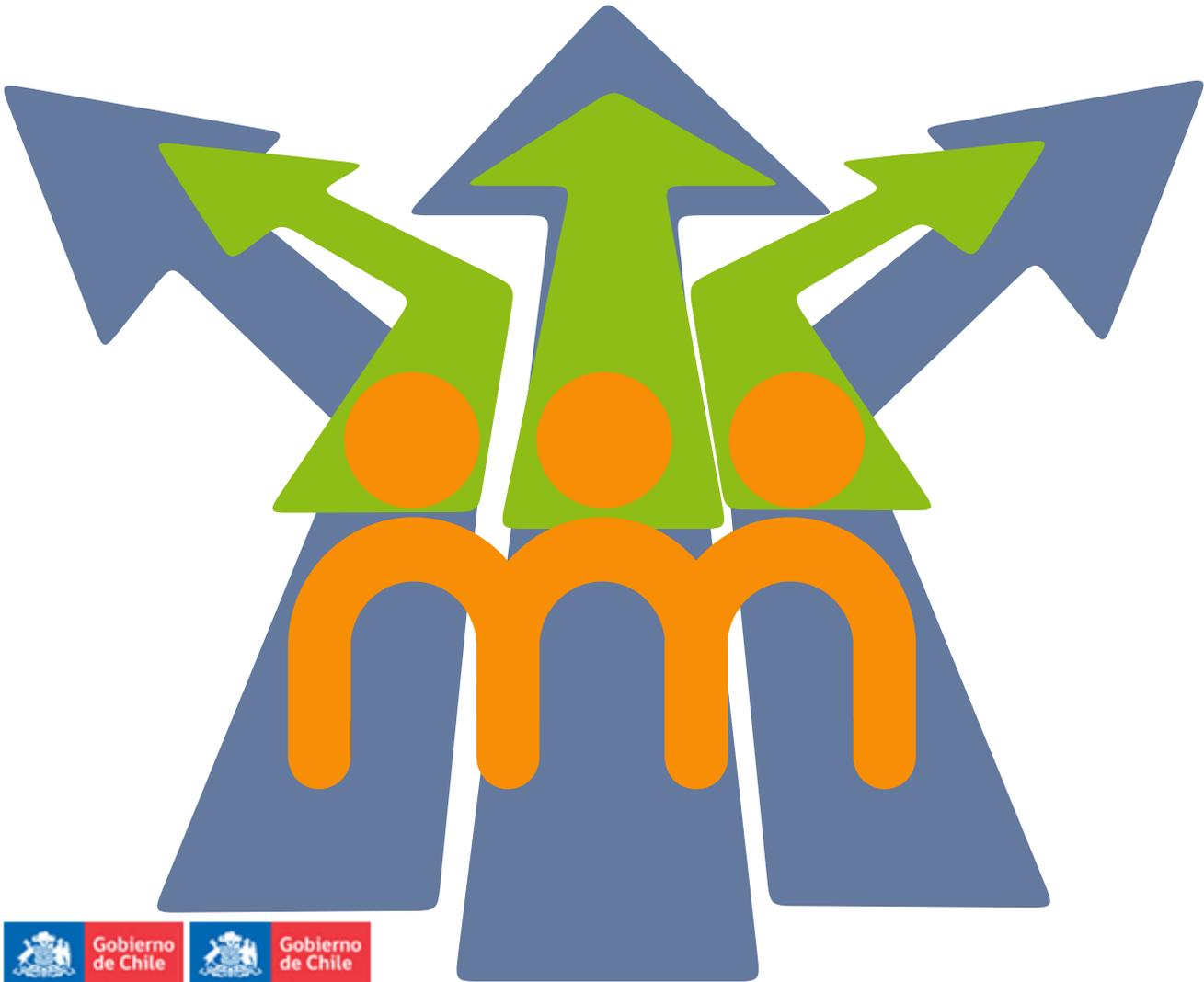




# Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia



# **Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia**

Autor

Alicia Villalobos Courtin



# Índice

<b>Presentación</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>Conceptos de la Gestión de Casos</b> .....	<b>9</b>
<b>Orígenes de la Gestión de Casos</b> .....	<b>10</b>
<b>Funciones fundamentales en la gestión de casos</b> .....	<b>12</b>
<b>Perfil profesional del gestor de caso</b> .....	<b>15</b>
<b>La Funcionalidad como Indicador de Salud</b> .....	<b>17</b>
<b>Algoritmos de manejo de las patologías más frecuentes en Adultos Mayores en riesgo de dependencia</b> .....	<b>28</b>
– Adulto Mayor Frágil.....	<b>28</b>
– Manejo de Caídas.....	<b>31</b>
– Depresión .....	<b>34</b>
– Trastorno Cognitivo y Demencia .....	<b>36</b>
– Ansiedad.....	<b>40</b>
– Trastorno del Sueño .....	<b>42</b>
– Artrosis leve y moderada de Rodilla y Cadera.....	<b>44</b>
– Enfermedad de Parkinson .....	<b>46</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>47</b>



## Presentación

Hasta el año 1995 no existía un programa diferenciado para el adulto mayor en APS. Las personas sólo eran vistas en esa instancia, desde sus cronicidades. Estaba claro que no existía un enfoque preventivo dirigido al adulto mayor.

Dado los avances de la gerontología y geriatría, que habían consolidado la noción que el indicador de salud más representativo del adulto mayor es la funcionalidad, el reto consistía en crear un modelo de atención en el nivel primario, centrado en la detección anticipada de factores de riesgo que pudieran comprometer la funcionalidad física, psíquica y social de la población adulta mayor sana, residente en la comunidad.

Es así como durante los años 1996-1998, se trabajaría en dos líneas paralelas, por un lado el desarrollo del proyecto piloto Control Sano del Adulto Mayor en tres comunas de la Región Metropolitana, y por el otro se llevará a cabo una investigación para crear un instrumento de screening, predictor de pérdida de funcionalidad.

El año 1999 se inicia el proceso de universalización del control sano del adulto mayor con la valoración geriátrica integral. EFAM es incorporado al Control Sano, y constituye el nudo central de la valoración geriátrica integral en la comunidad.

Podemos afirmar que a partir del año 1999, comienza a aplicarse un enfoque preventivo y anticipatorio con los adultos mayores del país. La aplicación universal de EFAM a partir de los 65 años, nos permite detectar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad de los individuos.

El actual Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), establecido como garantía AUGE el año 2007, hereda todo los avances delineados anteriormente. EMPAM pone al centro la aplicación de EFAM, sumándole otras mediciones de factores de riesgos.

EFAM no sólo nos permite detectar los factores de riesgo individual, sino que además nos permite clasificar a nuestra población según funcionalidad.

Es así como actualmente el DEIS, que consolida la información de funcionalidad del país mensualmente, nos entrega una información de gran utilidad respecto a los adultos mayores de nuestro país. Según esta información, un 68% de los adultos mayores es autovalente, un 21% está en riesgo de dependencia, un 5% dependiente leve, un 3% dependiente moderado y un 3% dependiente severo.

Habiéndose detectado los niveles de funcionalidad de la población adulta mayor, corresponde ahora elaborar e implementar estrategias para las distintas realidades, apuntando a prevenir y retardar la dependencia.

El grupo autovalente (68%) requiere de acciones de promoción. Dentro de la evidencia en esta línea destacan, alimentación saludable, práctica regular de ejercicio y participación social.

El grupo de adultos mayores en riesgo de dependencia (21%), aquel que más usa los servicios de salud, que más se hospitaliza, sufriendo de pluripatologías, caídas frecuentes, muertes precoces, polifarmacia, constituye el mayor desafío para el sistema de salud, a mediano y largo plazo.

La literatura ha demostrado que este grupo requiere de la continuidad del cuidado. En consecuencia, este año el Programa de Salud del Adulto Mayor, ha iniciado la formación de gestores de caso: enfermera y asistente social, que tendrán por tarea, la asesoría y seguimiento del adulto mayor detectado en riesgo de dependencia. La fragmentación de los servicios de la red, resulta muchas veces en la expulsión del adulto mayor necesitado de cuidado. El adulto mayor en estado de fragilidad, muchas veces resulta abandonando el sistema, por cansancio o incomprensión del proceso. Un trato personalizado y cercano, de conocimiento de su situación, de su particularidad, tendrá un positivo efecto inmediato. Estamos seguros que esto permitirá retardar o evitar la dependencia.

También para este grupo, el Programa ha capacitado a los profesionales y técnicos para que realicen educación y talleres con los adultos mayores detectados en riesgo de caída., además de entregar un manual y video a cada establecimiento.

En el caso de los adultos mayores dependientes (6% moderado y severo), el eje central está constituido por el apoyo al cuidador. Por lo tanto se ha entregado un material, manual y video, para que el equipo capacite a los cuidadores.

## Introducción

El sentido actual de una administración pública moderna consiste en ofertar servicios fundamentados en tres pilares básicos: eficacia (resolver los problemas de los ciudadanos con habilidad y con un nivel de éxito razonable), eficiencia (resolver los problemas y demandas sin malgastar el presupuesto público) y calidad (funcionamiento óptimo de todos los elementos del sistema que ofrece el servicio, tanto los directos como los indirectos, para que el índice de satisfacción de los ciudadanos que consumen el producto sea el máximo posible).

Las sociedades modernas occidentales disponen de mayores recursos económicos y sociales, y poseen un amplio abanico de recursos, medidas legales y servicios; pero también presentan una multiplicación de servicios y funciones, con frecuente opacidad social y descoordinación intra e intersistemas de protección. La amplitud de la oferta no es sinónimo de garantía de acceso a los dispositivos sociales, ni de su disfrute. Tampoco garantiza la participación de los ciudadanos afectados en los recursos sociales, ni la adecuación de estos a sus necesidades y características. La oferta asistencial se convierte en el “Laberinto de Ariadna.” La garantía de derechos sociales y civiles a los ciudadanos queda en entredicho. Frecuentemente el laberinto asistencial se caracteriza por la repetición de unos servicios, de funciones, así como por la ausencia de otros. La descoordinación entre servicios de un mismo sistema asistencial (el social o el sanitario, por ejemplo) y también entre dispositivos de diferentes sistemas (entre el social y el judicial, o entre el sanitario y el social, por ejemplo) es otro de los elementos del complejo asistencial actual.

Ante estas circunstancias, la gestión de caso se concibe como una orientación y un método de consejo y ayuda profesional para caminar más eficazmente por los vericuetos laberínticos de los sistemas asistenciales, a fin de conseguir los objetivos acordes con las necesidades e intereses de los ciudadanos atendidos.

La Case Management Society of America (CMSA) define la gestión de caso como “un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso (facilitación) y defensa de las opciones y servicios, para encontrar las mejores opciones a las necesidades de salud de los individuos, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de promover la calidad y la eficacia de costes en los resultados.”

La National Association of Social Work (NASW) lo entiende como “un método de provisión de servicios por parte de un profesional que valora las necesidades del cliente y de la familia del cliente, en colaboración con él, y aconseja, articula, coordina, monitoriza, evalúa y defiende las necesidades y los intereses de sus clientes y propone un paquete de medidas y/o servicios acorde a las necesidades variantes del cliente.”

La gestión de caso es un enfoque de proximidad, no solo porque se aproxima al espacio personal del cliente y trabaja conjuntamente con él, sino también porque trabaja (visualiza,

coordina, informa, media...) con el sistema local asistencial de protección (social, sanitario, judicial, asegurador...).

En la gestión de casos, los profesionales de la salud especialmente entrenados, como enfermeras y asistentes sociales, ayudan a los pacientes a gestionar afecciones crónicas a largo plazo. Los gestores de casos tienen muchas de las funciones de asesoría y seguimiento de pacientes.

Una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones de los servicios sociosanitarios.

Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los clientes. El presente artículo se propone explicar este modelo centrándose en una población concreta, la de las personas en situación de dependencia funcional.

Tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, provincial, regional, departamental y estatal) se rige por sus propias normas, que, la mayoría de las veces, no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada estamento asistencial es concebido como un mundo en sí mismo, ajeno a lo que pase fuera de él. Así, una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano.

## Conceptos de la Gestión de Casos

Según Intagliata (1982), la gestión de casos es “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”

Geron y Chassler (1994) la definen como “un servicio que vincula y coordina la asistencia tanto procedente de proveedores de servicios pagados como de familiares y amigos que actúan a título gratuito, que permite a los consumidores obtener el máximo nivel de independencia coherente con sus capacidades y sus referencias de apoyo/cuidado”

Libassi (1988) afirma que la gestión de casos “por encima de cualquier función específica, es integradora, racional, proactiva e individualizada”

Austin (1983) afirma que “la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios [...] para garantizar [...] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual”

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de EE.UU. define la gestión de casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del trabajo social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organiza, coordina, monitoriza, evalúa y apoya (media) un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico. La gestión de casos en trabajo social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema”

## Orígenes de la Gestión de Casos

Las raíces de la gestión de casos se remontan a los inicios del trabajo social y al acento que Mary Richmond ponía en la importancia de los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y la cooperación entre agencias. Ya en 1901, ella identificó algunos problemas asociados a la expansión de los servicios, en especial la ausencia de una adecuada coordinación y comunicación entre agencias. Su enfoque era multifacético e incluía la identificación de fuerzas en varios planos: personal, familiar, vecinal, ciudadano, de la beneficencia privada y de la asistencia pública. Su modelo anticipa conceptos actuales, como los de 'persona en un contexto' y el enfoque dual (del cliente y del sistema), propios de la gestión de casos.

Los orígenes de la gestión de casos propiamente dicha se hallan en el Acta Estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. Para ello, se implantaron una serie de proyectos piloto de mecanismos de coordinación, principalmente a escala local, que incluían el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de gestión de casos.

### Objetivos de la Gestión de Casos

Según Austin y en referencia al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, los objetivos pueden ser de dos tipos:

#### a) Orientados hacia el cliente

- q Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese cliente específico.
- q Supervisar las condiciones del cliente para garantizar la adecuación de los servicios.
- q Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- q Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- q Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del cliente.
- q Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.

## b) Orientados hacia el sistema

- q Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- q Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- q Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- q Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- q Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- q Controlar los costos mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

## Funciones fundamentales en la gestión de casos

A pesar de las diversas formas de implementación de los servicios de gestión de casos, existe consenso profesional sobre sus funciones fundamentales, que aparecen, de una u otra manera, en los programas de gestión de casos independientemente de su aplicación práctica específica. De hecho, la gestión de casos consiste en el desarrollo secuencial de las siguientes tareas:

**Definición del ámbito:** es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados. Ello requiere una definición precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos. Para nosotros la población objetivo es el adulto mayor en riesgo de dependencia.

**Valoración integral:** se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Debe tener tres enfoques: sobre los problemas, sobre las necesidades o sobre las fortalezas.

**Planificación del caso:** es el proceso mediante el cual la información recogida durante el proceso de valoración se toma como base para recomendar un ‘paquete’ de servicios. Sirve como proceso de asignación de recursos por medio del cual se prescriben determinados servicios para un cliente. Normalmente, el modelo de financiación del programa perfila la naturaleza del proceso de planificación del caso, y existe el riesgo, que debe ser tenido en cuenta, de enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del cliente y su plan de atención adecuado. En este sentido, el gestor de casos ha de ser lo más creativo posible y buscar las alternativas que mejor se adecuen al perfil del cliente.

**Implementación del plan y concertación de servicios:** es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. Normalmente, implica negociaciones con los proveedores de los distintos servicios. De hecho, no es posible implementar con éxito el plan de atención si la comunidad no tiene suficiente oferta de servicios, cuestión que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar el plan. Una función que algunos autores añaden, complementaria a ésta, es la de la de defensa de los intereses del cliente frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática, para que ponga en marcha los servicios necesarios.

**Seguimiento:** es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al

gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del cliente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del cliente, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se está dispensando. El grado de reacción a los cambios en las necesidades del cliente puede tener un fuerte impacto en el coste de los servicios.

**Re-valoración:** puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del cliente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las re-valoraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los clientes hacia las metas establecidas en el plan. Moxley (1989) añade otra función que considera fundamental:

**Implicación:** significa el establecimiento de una relación de apoyo del gestor de caso con sus clientes, en función de las necesidades y los deseos de dichos clientes.

## Desgaste impredecible

La alta rotación de los gestores de caso, en ocasiones superiores al 50% anual, causa inquietud, porque afecta a los clientes y porque formar y entrenar a nuevos profesionales supone un gasto elevado. Como causas del desgaste que conduce a la alta rotación, se han citado la falta de una preparación sólida y adecuada, que incluya períodos de tutoría al inicio del ejercicio profesional; la escasez de grupos de supervisión y debate de casos.

## Cambios en la visión del cliente

Trasformar al receptor de usuario – o paciente – a consumidor ha provocado en muchos casos un cambio en los propios receptores, que reclaman sus derechos de forma asertiva y no se conforman con ser receptores pasivos de los servicios que se les ‘recetan’. Por ello, en los últimos tiempos ha emergido una perspectiva en la que los deseos y elecciones de los clientes son elemento fundamental en la propuesta de intervención. Y en este sentido, los gestores de caos se ven enfrentados a otros grupos profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos o terapeutas) de mayor estatus y con una visión más tradicional y directiva de la relación con el usuario.

En este sentido, algunos autores proponen que los ‘especialistas’ deben asumir que la finalidad de la gestión de casos no es trabajar ‘para’, sino ‘con’ las personas, y que las funciones de los profesionales de apoyo son más el debate que la imposición, la negociación más que la prescripción.

## Dilemas éticos y profesionales

En ocasiones, los gestores de caso se preguntan si su intervención está siendo excesiva, si hacen demasiadas cosas por el cliente, o si lo hacen excesivamente dependiente. Para valorarlo, se pueden usar los siguientes criterios:

- q Trabajar con los clientes como colaboradores.
- q Trabajar en el seno de la comunidad.

- q Se deben reconocer las capacidades, los deseos, los conocimientos, las creencias culturales y los talentos de los consumidores, independientemente de su diagnóstico, historia y limitaciones funcionales.
- q La agenda debe ser una decisión compartida y no una imposición profesional.
- q La gestión de casos debe estar dirigida por las nociones de individualidad y ciudadanía más que por las de 'paciente' y clientelismo.
- q La finalidad no es curar las disfunciones o limitaciones funcionales, sino ayudar a la gente a descubrir opciones y a realizar elecciones.
- q Otro dilema ético es el que plantea la capacidad de autodeterminación del cliente. Muchos de los documentos consultados expresan la preocupación de los profesionales acerca de las situaciones en que el derecho a la decisión por parte del cliente se ve contrapesado por los riesgos que implican esas decisiones.
- q La visión general es que, en cualquier caso, deben ser respetados la voluntad y los deseos del cliente, a no ser que se detecten indicios racionales de falta de capacidad, en cuyo caso se debe promover (o hacer promover a la familia) un proceso de incapacidad judicial. En el caso específico del trabajo con menores.
- q También se debe ser consciente del límite entre persuasión y manipulación, especialmente con los clientes con menor capacidad de decisión. La ética profesional exige que se informe al cliente de forma veraz y completa de todos los servicios disponibles, de sus ventajas y sus inconvenientes, y que se tengan en cuenta sus principios y creencias a la hora de realizar el proceso de asesoramiento.

## Perfil profesional del gestor de caso

La realización de estas tareas requiere una amplia preparación por parte del gestor de casos. Es preciso un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos y de la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa.

### Destrezas fundamentales

**De valoración:** debe ser presencial e incluir a todos los individuos significativos de la vida del cliente, para garantizar que se exploran todos los factores incidentes y todas las fortalezas existentes. Se trata de identificar fortalezas y debilidades a través de una evaluación sistemática en todas las áreas pertinentes de cada caso concreto. La interrelación entre los factores físicos, contextuales, comportamentales, psicológicos, económicos y sociales debe ser tomada en cuenta y se debe hacer una valoración de los apoyos formales e informales, las relaciones sociales, los aspectos económicos y de vivienda, y los factores culturales e ideológicos (incluidos los religiosos).

**De gestión:** es clave en la gestión de casos la relación interpersonal, por lo que es preciso contar con habilidades de comunicación y empatía, capacidad de aceptar las diferencias (de edad, de raza, de principios o creencias) y con facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (empresas proveedoras de servicios, profesionales de otros sistemas o ramas, entidades de voluntariado).

**Confidencialidad:** aunque éste es un principio básico en el trabajo social y en muchas otras disciplinas que trabajan con las personas, que supone una garantía para los ciudadanos, la literatura al respecto (puesto que surge en países donde es posible que no existan precisiones legales tan estrictas) establece la confidencialidad como un principio básico de la gestión de casos. Puesto que este método se maneja en un entorno de cooperación y coordinación entre agencias y servicios, se establece la necesidad de explicitar a los clientes y sus familias cuáles son sus derechos respecto a la confidencialidad, y establecer acuerdos concretos que la garanticen.

**De apoyo:** el gestor de caso establece con el cliente y/o su familia una relación de apoyo y confianza que se prolonga a lo largo del tiempo. Aun a pesar de dejar claros los límites de la relación, el gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre empatía y objetividad, debe ser capaz de implicarse sin involucrarse.

## Formación y entrenamiento

La gestión de casos no es una profesión, es un método. Los gestores de caso provienen de distintas disciplinas: trabajo social, psicología, mediación, educación o enfermería. Y son principalmente los trabajadores sociales y los enfermeros los que reivindican para sí la gestión de casos.

La ejecución del método de gestión de casos requiere el desarrollo de unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con numerosos interlocutores –públicos, empresariales y privados –, y de lidiar con el sistema burocrático. El gestor de caso actúa como consejero, asesor, mediador, facilitador, defensor, administrador y evaluador, y es necesaria una formación específica en todas esas tareas.

En última instancia, y apoyando lo que mantienen muchos de los autores analizados, la gestión de casos no puede servir como mero cambio de nombre de la atención que actualmente se dispensa desde los servicios sociales, sino que es un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencie la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que haga accesibles recursos coordinados que respondan a las necesidades integrales de los clientes.

## La Funcionalidad como Indicador de Salud

La Conferencia de Alma–Ata en 1978 significó para la OMS el comienzo de un cambio en su orientación filosófica, un cambio de énfasis desde lo curativo a lo preventivo y promocional.

En esta mirada preventiva y promocional estarían incluidos tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales, es decir, se incorporaba la mirada integral a la salud.

La importancia de esta mirada integral se hace más patente con el aumento de las enfermedades y de las muertes causadas por enfermedades crónicas.

Sabemos que el comportamiento humano está en el origen de muchas enfermedades crónicas. Sabemos por ejemplo, que la conducta respecto a la alimentación, fumar, consumir alcohol, no hacer ejercicio físico, tendrá un efecto directo en nuestro estado de salud-enfermedad. Podemos afirmar entonces que existen conductas de riesgo frente a nuestro estado de salud/ enfermedad.

Será tarea primordial de las entidades de salud actuar hacia el cumplimiento del objetivo de modificar las conductas de riesgo.

### ¿Cuáles serían los pasos para lograr esa meta?

En primer lugar, ser capaces de detectar las señales de riesgo y, en segundo lugar, transmitir correctamente la información. Por transmisión correcta de la información entendemos un diálogo entre los agentes de salud y el sujeto, entendido este último como un legítimo 'otro', es decir una persona con un bagaje cultural propio y no un recipiente vacío pronto a adquirir información.

El detectar señales de alarma y el comunicar esta información al sujeto, constituyen la base de una política de salud tendiente a modificar conductas de riesgo. Vemos que la información de cómo mi conducta afecta mi estado de salud/enfermedad constituye un componente importante.

### ¿Cómo construimos esa información?

Para construir la información debemos contar con instrumentos que detecten el riesgo.

Si pensamos ahora en el envejecimiento poblacional nos daremos cuenta que aumenta la importancia de lo que hemos planteado anteriormente, ya que se acentúa la tendencia al aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas.

El enfrentamiento de una vejez saludable, justamente pasa por una mirada preventiva a través del curso de vida.

Ya instalada la vejez la consideración de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, es decir la mirada integral, se hace inevitable para cualquier intervención desde el área de salud. Y es precisamente el estado de la funcionalidad física, psíquica y social, el concepto clave de la calidad de vida en la vejez.

El reto es entonces prevenir. Prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor.

El reto en términos de políticas de salud para el siglo 21 es precisamente éste: mantener a la población mayor funcionalmente sana, comprimiendo la morbilidad aguda a un tiempo muy corto y al final de la vida.

Al confrontar este reto surge la necesidad de contar con instrumentos de predicción de riesgo de compromiso y pérdida de la funcionalidad. Es así como en Chile, desde el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Geriátría surgió la necesidad de construir un instrumento que pudiera ser aplicado en la Atención Primaria de Salud con el fin de detectar precozmente el riesgo. El resultado fue EFAM-Chile.

## Concepto de Funcionalidad

Chile es hoy en día una sociedad en transición demográfica avanzada. Este proceso es resultado de dos importantes fenómenos, uno el aumento de la expectativa de vida <sup>1</sup> y otro es la baja en las tasas de fecundidad. <sup>2</sup> Este es un proceso que ya se ha producido en los países desarrollados y que hoy día cobra fuerza en los países en desarrollo. De este modo, en nuestro país, el grupo etáreo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4% <sup>3</sup> con 1.717.478 de personas. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14,7% con 250.840 personas. La Esperanza de Vida al nacer en Chile es hoy día de 77,36 años (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres). <sup>4</sup>

Habiéndose logrado agregar años a la vida, corresponde pensar en mejorar la calidad de vida, y aquí es donde los conceptos de independencia y autonomía pasan a ser fundamentales.

**Independencia** entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. <sup>5</sup>

**Autonomía** entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno.

1 La Esperanza de Vida al Nacer: Es el número promedio de años que un recién nacido vivirá si experimenta los riesgos de mortalidad según edad del presente.

La Esperanza de Vida después de los 65 años: mujeres 19,2 años y hombres 16,3 años.

2 En Chile el número de hijos por mujer, bajó de 2,39 en 1992 a 2,26 en 2002 (INE, Censo de Población, 2002)

3 INE, Censo de Población, 2002.

4 Ibidem.

5 OMS, "Envejecimiento activo: un marco político," en: Revista Española de Geriátría y Gerontología, Agosto 2002.

El principal objetivo de la medicina geriátrica hoy en día, por lo tanto, no es aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad.

La discapacidad constituye un proceso gradual que pasa por etapas. Este se inicia con una situación estresante que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social, pasando luego a producir limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria. Culminando en la discapacidad o incapacidad de realizar las acciones del diario vivir por sí mismo.

Lo destacable es que cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se detecta a tiempo y se trata adecuadamente, se puede retrasar, contrarrestar, compensar, y/o recuperar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso o incluso evitar la incapacidad total y dependencia.

Por el contrario, estudios epidemiológicos<sup>6</sup> muestran que la discapacidad, en la medida en que no se actúe conciente y planificadamente en su prevención, es lo que tendremos al final del camino.<sup>7</sup>

## Envejecimiento y Funcionalidad

El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema. Lo que en situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las “capacidades de reserva.”<sup>8</sup>

El proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasis y en la reserva, aumentando la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y degenerativas. Lo que sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

En las primeras etapas del ciclo vital las enfermedades se manifiestan a través de una semiología clásica y definida. En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades. Los síntomas y signos clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes.

En la vejez, la expresión de las enfermedades, suele ser más larvada y los síntomas se modifican, por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el

6 OMS, Serie de Informes técnicos N° 706,

7 OMS, 5 Aplicaciones epidemiológicas al Estudio de los Ancianos, Ginebra, 1984.

8 M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego, “Fisiología del Envejecimiento,” en: Salgado Alba. Manual de Geriatría, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63 - 76.

balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea. Incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso, los signos y síntomas clásicos aparecen normales.

Los Adultos Mayores a los 80 años, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo la co-morbilidad, en el grupo de Adultos Mayores, dificulta establecer diferencia entre el grupo de sanos o enfermos, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa. Lo que en realidad marcará la diferencia es si esta enfermedad u otra condición física, psíquica o social ha favorecido el **Estado de Salud Funcional** o llevado al compromiso del **Estado de Salud Funcional**.

Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce a través de alteraciones de la **funcionalidad**. Esta se constituye, en el signo de alerta más importante. De aquí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor.

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Cuando nuestros cuerpos y mentes son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que nuestra funcionalidad está indemne.

La definición formula que, desde una perspectiva funcional, “**el anciano sano**” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal?”

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades.

Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.

EFAM - Chile surge de la necesidad de contar con un instrumento predictor de pérdida de la funcionalidad en una persona mayor que vive en la comunidad. Un instrumento capaz de pronosticar pérdidas futuras, vale decir, que permite detectar oportunamente a aquellos adultos mayores que estén en riesgo de perder su funcionalidad.

## **La Funcionalidad: principal indicador del estado de salud de la persona mayor**

Sabemos que el proceso de envejecimiento es universal, progresivo, asincrónico e individual.

Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo.

El proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasia y en los sistemas neurológico central, periférico y autónomo, cardiovascular, osteoarticular, respiratorio, renal, etc.

A medida que avanza el proceso de envejecimiento existe mayor probabilidad de que se instalen enfermedades crónicas, degenerativas. Esta mayor probabilidad de enfermedades degenerativas sumada a estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas deprivadas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor esté en una condición de mayor vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad puede transitar desde la autonomía, a la fragilidad, dependencia y finalmente postración.

## **Elaboración de un marco conceptual para la elaboración de EFAM-Chile**

Un marco conceptual es una herramienta analítica que permite comprender una determinada realidad a partir de conceptos e hipótesis de trabajo. Es una guía, una orientación, una forma particular de mirar una realidad que permite identificar los aspectos que influyen, en este caso, en el proceso de pérdida de la funcionalidad entre los adultos mayores. Por ende, permite también determinar el conjunto de dimensiones y variables que es necesario investigar.

El marco conceptual que se expondrá a continuación se construyó a partir de una revisión bibliográfica del conocimiento acumulado sobre el tema y de la consulta y discusión con expertos nacionales e internacionales. Se empezará por revisar qué se entiende como envejecimiento fisiológico o normal en el individuo y desde esta perspectiva mirar cómo se expresa la salud asociada al envejecimiento normal.

La OMS define como envejecimiento del individuo a un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en su relación con el medio. Aunque cabe advertir que los ritmos a que se producen dichos cambios no son iguales ni entre los diversos órganos de un mismo individuo, ni entre los individuos. (OMS, 1974). Esta definición plantea como elemento central del proceso de envejecimiento, la respuesta fisiológica definida como “una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio?” En otras palabras, se produce una mayor dificultad por parte del organismo o del individuo, para responder a los cambios biológicos, psicológicos y sociales. La razón principal de ello es la disminución del número de células que cumplen la función principal de los órganos. Es en esto donde radica la limitación de la adaptabilidad, porque al estar las ca-

pacidades de reserva disminuidas, se origina un mayor riesgo de enfermar o de descompensar una enfermedad crónica durante el proceso en que el organismo está tratando de adaptarse al cambio. Por consiguiente, el envejecimiento favorece una mayor vulnerabilidad.

Una segunda conceptualización es la propuesta posteriormente por la O.P.S., quién al asumir ahora una perspectiva amplia, define el envejecimiento como “un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio. Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar un nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en los medios ambientes socioeconómicos y culturales más amplios. Desde una perspectiva funcional, el anciano sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (O.P.S/O.M.S., 1982).

## Salud en términos de funcionalidad

Una forma usual de abordar el concepto de salud es a través de analizarla indirectamente mediante la pérdida del estado de salud, siendo los dos indicadores más conocidos los de “Morbilidad” y “Mortalidad”.

No obstante, si el objetivo de intervenir es postergar o evitar el compromiso del estado de salud de la población adulta mayor, dichos indicadores son de poca utilidad para este grupo etéreo, dado la alta prevalencia de enfermedades e inevitablemente la alta presencia de defunciones. Consecuentemente, se adoptó como una primera orientación la de conceptualizar la salud en términos de funcionalidad. En otras palabras, lo realmente importante y de gran impacto en el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores es la conservación o la restauración de la independencia. Por esta razón la OMS (1982) propone como el indicador más representativo de salud para este grupo etéreo el estado de independencia funcional.

Fillenbaum, (1984) confirma este criterio al afirmar que la evaluación de salud de los adultos mayores debe ser realizada en términos de status funcional, ya que usualmente ellos padecen de enfermedades crónicas, y por ende, la preocupación no es curarlas sino que mantener<sup>9</sup>, pese a ellas, la independencia funcional.

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Cuando nuestros cuerpos y mentes son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que nuestra funcionalidad está indemne.

Hay diversas escalas para medir las actividades de la vida diaria, habiéndose escogido en esta investigación el OARS (Older Multidimensional Resources and Services, 1978). Allí se distinguen dos tipos de ellas las que a su vez comprenden diversas actividades, a saber:

<sup>9</sup> Por mantener se entiende la planificación de intervenciones y cuidados específicos.

**Las actividades de la vida diaria físicas o básicas (AVD):** son las destinadas al autocuidado, y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades siguientes: comer, vestirse, hacerse cargo de su apariencia física, caminar, levantarse de la cama, bañarse, hacer uso del baño.

**Las actividades instrumentales (AIVD)** son tareas más complejas que al decir de Willis (1996) requieren de competencia cognitiva en la vida cotidiana, entendida esta como la habilidad para desempeñar adecuadamente aquellas tareas cognitivamente complejas que se consideran esenciales para vivir independientemente en la sociedad actual. Otros autores consideran a las AIVD como indicadores de la inteligencia práctica, es decir, de su aplicación a la vida cotidiana. Las AIVD son: usar el teléfono, ir a lugares más allá de una distancia caminable, ir de compras, preparar la comida, hacer las tareas de la casa, responsabilizarse de tomar los medicamentos y manejar el dinero. Siendo estas dos últimas las que numerosos autores señalan como las de mayor pertinencia.

Para evaluar la salud mental se han señalado como las áreas más significativas, en lo relacionado con la pérdida de funcionalidad, las del deterioro cognitivo y la depresión. Midiéndose el deterioro cognitivo con el Minmental State Examiner (MMSE) de Folstein & Folstein (1975), el cual ha sido validado para Chile. Para la depresión en el adulto mayor se ha seleccionado la escala de depresión abreviada de Yessavage (1982).

## **Pérdida de funcionalidad: proceso progresivo**

Los autores (WHO, 1980; Nagi, 1991) conciben el proceso de discapacitarse como algo gradual que pasa por etapas, en las cuales es posible intervenir para evitar, aliviar, retrasar o contrarrestar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso. El proceso se inicia con una patología que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social. Pasando luego a producir limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria. Culminando en la discapacidad o la incapacidad de realizar las acciones del diario vivir por sí mismo.

Lo destacable es que cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se observa a tiempo y se trata adecuadamente, se pueden retrasar, aliviar o incluso evitar la incapacidad total y la dependencia.

## **Factores de riesgo de perder la funcionalidad**

Una segunda forma de estudiar el estado de salud de los adultos mayores es incorporando el concepto de “factor de riesgo” de perder un determinado estado de salud. Por factor de riesgo se entiende “aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición.” La población considerada sana pero que presenta alguno de los llamados “factores de riesgo”, va a tener una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en el curso de los años siguientes. (Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. 1997).

La capacidad funcional de un individuo puede verse alterada, generalmente disminuida, por variados factores de riesgo.

Entre ellos se escogieron las enfermedades crónicas las que por sí solas constituyen un factor de riesgo, es decir, ellas aumentan las probabilidades del adulto mayor de perder la capacidad de funcionar por sí sólo en la vida cotidiana y de morir. Además, implican la posibilidad de producir otros procesos riesgosos debido a las complicaciones asociadas a ellas. En esta investigación se consideraron las enfermedades siguientes: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca, Accidente vascular transitorio, Artritis y Artrosis, Osteoporosis.

Hay datos consistentes para considerar factores de riesgo de discapacidad a los denominados síndromes geriátricos. En esta investigación se consideraron los siguientes: caídas, pérdida del equilibrio, mareos, inestabilidad al caminar, incontinencia urinaria, déficit sensoriales: vista y audición, deformidades en los pies.

Otros factores de riesgos sugeridos por la literatura especializada son: la polifarmacia, y los hábitos de consumo nocivos (cigarrillos y alcohol). Los que fueron también incorporados a la investigación realizada.

## **Factores predictivos del mantenimiento de la funcionalidad**

Un enfoque más novedoso surge a partir de los resultados de los estudios longitudinales que son los que mejor detectan factores con valor predictivo. Al estudiar un conjunto de sujetos a lo largo de un período de tiempo, se descubren mediante cálculos estadísticos los factores asociados a un envejecer saludable y conservando al máximo posible las capacidades físicas y mentales. Estos son los llamados factores protectores, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludable y en posesión de las capacidades físicas y mentales.

Cabe destacar que los autores de dichas investigaciones proponen un nuevo enfoque, ya que les preocupa, fundamentalmente, detectar factores asociados a un envejecer mejor o más saludable, más que fijarse en los que producen enfermedad.

Lehr (1984), al seguir por 15 años a un grupo de residentes de la ciudad de Bonn, estableció que el mejor predictor de una longevidad saludable era la percepción subjetiva de salud. Esta, a su vez, se correlacionaba con: ser más activo, tener un ánimo más positivo y tener relaciones sociales más allá del ámbito de la familia. Por consiguiente, se incorporaron al cuestionario la percepción de salud, el nivel de satisfacción y el de distres.

Rowe y Kahn (1997), proponen el concepto de envejecimiento exitoso. Este es un concepto multidimensional que en una primera aproximación incluyó: evitar la enfermedad y la discapacidad y mantener un alto funcionamiento físico y mental. Los resultados de la investigación les permiten detectar factores de riesgo y protectores, ambos de índole predictiva.

En general, los factores de riesgo de perder funcionalidad física son los niveles alterados de glucosa y lípidos, la obesidad y la hipertensión a lo que los autores agregan que los factores protectores que pueden contrarrestar dichos riesgos son los hábitos alimentarios y la actividad física.

**Los predictores del buen funcionamiento cognitivo** – evaluado con test neuropsicológico de lenguaje, memoria no verbal, memoria verbal, conceptualización y habilidades

especiales— son: a) el nivel educacional, que es el mejor protector contra la reducción de la función cognitiva, b) la actividad física, y c) la percepción de autoeficacia, definida como la creencia en la capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para tratar con una situación determinada.

**Los predictores del mantenimiento de un buen funcionamiento físico** – evaluados por movilidad de manos y piernas, por equilibrio y marcha - los categorizan en dos: unos relativos a las características del individuo, siendo los predictores de riesgo: ser viejo y con ingreso escaso, ser obeso y ser hipertenso. Los otros relativos a formas de comportamiento, siendo los predictores de mantener el buen funcionamiento: el realizar actividades productivas, no necesariamente generadoras de ingreso sino que consideradas socialmente valiosas, relacionarse con otros intercambiando apoyo emocional y hacer a lo menos un nivel moderado de ejercicio físico.

Dada la importancia que los autores encontraron que tenían como factores protectores, la mantención de las relaciones interpersonales y la realización de actividades productivas, las englobaron bajo el concepto de compromiso continuado con la vida y lo incluyeron como uno de los tres componentes del envejecimiento exitoso.

Rolwe y Kahn mencionan como un factor protector adicional el modo de respuesta al estrés. Afirmando que los adultos mayores, si se los estudia en forma continua, se los verá moverse entrando y saliendo de lo exitoso así como las personas saludables pueden entrar y salir de las enfermedades. En otras palabras, ya que es usual que se produzcan episodios estresantes, lo más importante es mejorar la capacidad del adulto mayor para enfrentarlos.

Resumiendo, los siete factores considerados protectores son: el nivel educacional; cuatro modalidades de comportamiento, a saber: el ejercicio mental y físico, los hábitos alimentarios, realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo; y la posesión de dos atributos psicosociales: la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar las situaciones estresantes, de modo que ellas tengan el menor impacto posible en el nivel de bienestar y en la capacidad de desempeñar por sí mismo las actividades de la vida diaria. Todos estos factores se incorporaron como preguntas del cuestionario.

El estudio de la Universidad de Harvard (Vaillant y Mukamal, 2001), iniciado y proseguido durante 60 años es el estudio continuado más extenso que se conoce sobre salud mental y física. Con el objetivo de detectar las variables que inciden en una vejez feliz y saludable, contrastaron el estado mental y físico de dos muestras de jóvenes – una compuesta por 268 universitarios y otra de 456 adolescentes en precaria situación social. Mediante exámenes corporales y síquicos, realizados respectivamente cada cinco y cada dos años, evaluaron a cada individuo en seis áreas: salud física objetiva (impedimentos físicos), salud física subjetiva (apreciación personal de sus capacidades motrices), extensión de su vida activa (años sin impedimentos físicos previo a los ochenta), salud mental objetiva (competencia laboral y relaciones humanas), satisfacción personal con la vida (en el matrimonio, el trabajo y los hijos), y, soporte social o amistades. Los resultados identifican siete factores que permiten predecir una vida larga y saludable. Ellos son: el consumo moderado de alcohol, la abstinencia de tabaco, la estabilidad de pareja, el ejercicio físico, mantener un peso adecuado, tener una actitud positiva ante los problemas y alcanzar un buen nivel de estudios. Plantean que todos ellos, hasta cierto punto,

están dentro del control personal. Agregando que si estas variables son efectivamente controladas, la única amenaza importante para tener una buena vejez es el sufrir una depresión, variable que escapa ya del control personal.

El proyecto hizo suyos todos estos conceptos y proposiciones al plantearlas como hipótesis de trabajo e incorporarlas como variables a medir con el cuestionario aplicado a los adultos mayores.

Recapitulando, en el proyecto de investigación realizado se estimó conveniente distinguir entre lo que constituye la capacidad física y mental de los individuos de desempeñarse en la vida diaria, las que son medidas por el OARS, el Minimental y la Escala de Depresión de Yesavage, y lo que se consideran factores capaces de pronosticar pérdidas futuras. Ello llevó a incorporar la medición de los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad para desempeñarse autónomamente en la vida diaria y los factores protectores o que aumenten la probabilidad de mantener la funcionalidad.

Antes de concluir la exposición del marco conceptual conviene recalcar las ventajas del enfoque desarrollado hasta aquí.

- 1° Darse cuenta que el proceso de pérdida de la capacidad física tiende a acentuarse, lo que permite afirmar la importancia del OARS como instrumento predictor de una mayor pérdida de la independencia funcional.
- 2° Enfatizar la necesidad de combinar el esfuerzo por estudiar la influencia que tienen en el proceso de pérdida de la capacidad funcional, no sólo los factores de riesgo sino que también los protectores. Subrayando, la importancia de alterar estos factores protectores a fin de conseguir un envejecer mejor. Vale decir, se pasa de un enfoque reactivo frente a la presencia de anomalías a un enfoque proactivo de promover un “envejecimiento exitoso o saludable?”
- 3° Yendo más allá de los objetivos concretos del proyecto, conviene señalar que la presencia de los factores protectores se puede lograr mediante la acción combinada, por una parte, de una política social que incentive en los ciudadanos la realización de los comportamientos asociados a un mejor envejecer y que conjuntamente cree las instancias y los servicios que los favorezcan. Esto es fácil de decir pero complicado de llevar a la práctica, pues requiere de adoptar una concepción de política más integral hacia el grupo objetivo de los adultos mayores, en vez de la de tipo sectorial que se ha venido implementando. Por otra parte, de un comportamiento adecuado de los adultos mayores, lo cual requiere de un sostenido esfuerzo por combatir el desánimo, por contrarrestar la falta de oportunidades sociales, y como se dice en el cuento “Alicia en el país de las maravillas,” por correr mucho para permanecer en el mismo lugar.

**La población objetivo del gestor de caso será aquella que al aplicar EFAM obtiene 42 o menos es decir esta en riesgo de dependencia o es fragilidad que “es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte”**<sup>10</sup>

10 \*Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol*, 2001; 56 A(3):146-56.

Es importante señalar que el estrés no solo se refiere a injurias biomédicas (infecciones, deshidratación, constipación, etc.) sino que también se refiere al estrés social y mental (soledad, violencia, mal trato etc.), como también frente al estrés funcional (por ejemplo, necesidad urgente de subir a un bus o una escalera).

Estudios <sup>11</sup> muestran que el Índice de Fragilidad:

**Es mayor:**

- q En adultas mayores mujeres que en hombres.
- q En adultas mayores a menor nivel educacional.
- q En adultas mayores a menor ingreso mensual.
- q En adultas mayores con bajos niveles de actividad física (sarcopenia).
- q En adultas mayores con pasado de ingesta alcohólica (hombres).

**Es menor:**

- q En adultos mayores con buena red de apoyo social (parientes, amigos, comunidad, religión).
- q En adultos mayores con dietas con alta ingesta de frutas y verduras.

A través de toda la vida se van generando procesos fisiológicos que llevan a la fragilidad. Si realizamos acciones que nos permitan detectar a tiempo estos procesos que se van lentamente instalando, impediremos o retardaremos, la fragilidad, y posteriormente la dependencia. Estas condiciones clínicas, prevenidas, detectadas precozmente y tratadas, producirán un resultado muy diferente que si no lo hacemos. Este es el sentido profundo de toda acción de promoción y prevención dirigida a los adultos y adultos mayores. En otras palabras, si hacemos promoción y prevención, haremos uso de las ventanas de tiempo en la cuál nuestro accionar tendrá mayores beneficios. De estas acciones de promoción, hay dos que constituyen piedra angular, ellas son la nutrición y el ejercicio. Estas acciones, tienen un costo beneficio enorme. Si pensamos en los costos monetarios de la dependencia, además del sufrimiento que conlleva, no dudaremos en poner todos los esfuerzos en promoción y prevención.

## Frecuencia

Al contrario de la creencia popular, no todos los adultos mayores son frágiles, sólo 3- 7% entre 65 y 75 años son frágiles. La prevalencia de fragilidad aumenta con la edad, llegando a más de un 32% en los adultos mayores con más de 90 años. Según estudios, el 7% de adultos mayores frágiles no tiene enfermedad, 25% tiene sólo una comorbilidad. Si se excluyen los adultos mayores con condiciones médicas agudas y crónicas, un 7% de los >65 años y un 20% de los >80 años son frágiles. <sup>12</sup>

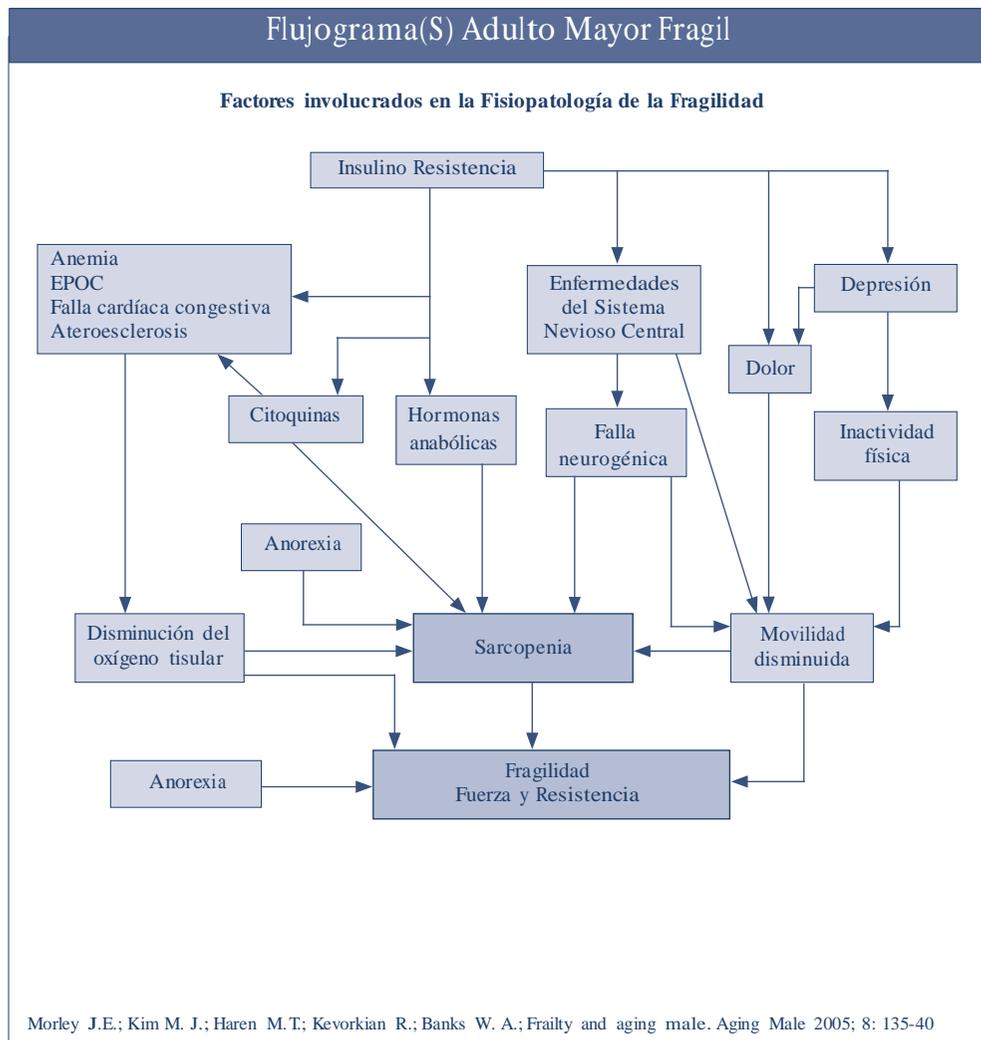
Así mismo estudios canadienses y japoneses demostraron que es el grupo que más utiliza los servicio de salud con baja eficiencia y baja satisfacción usuaria.

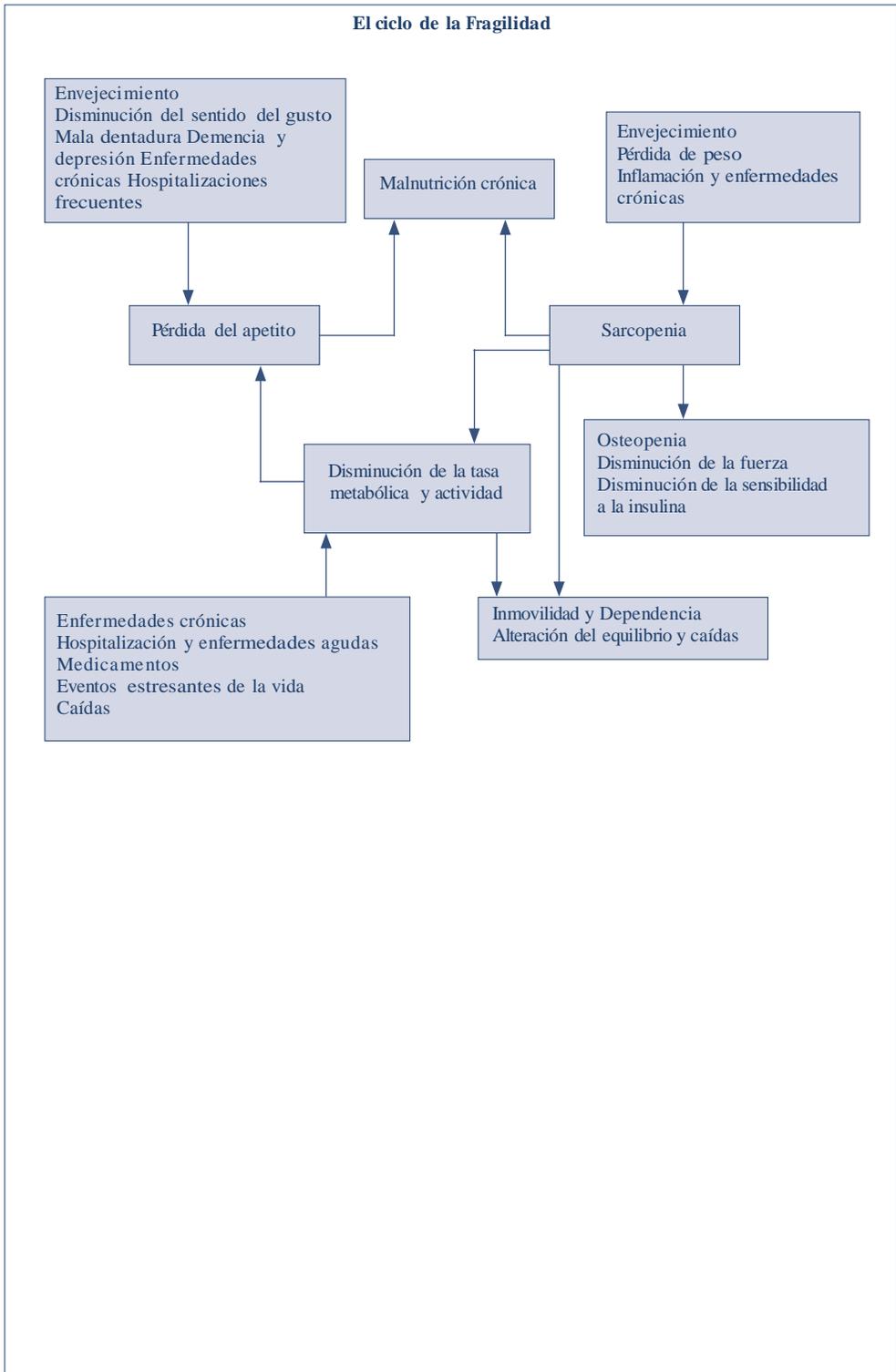
<sup>11</sup> Woo J., Goggins W., Sham A., S.C.Ho. Social Determinants of Frailty Gerontology 2005;51:402-408.

<sup>12</sup> Ahmed N., Mandel R., Fain M. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. Am J Med. 2007 Sep; 120 (9):748-753.

# Algoritmos de manejo de las patologías más frecuentes en Adultos Mayores en riesgo de dependencia

Para enfrentar el desafío de prevenir o contener la dependencia a través de la estrategia de Gestor de Casos de Adultos Mayores en Riesgo de Dependencia o Frágiles los Gestores de caso deben tener un sólido conocimiento de los esquemas de tratamiento de las patologías más frecuentes del adulto mayor frágil, a continuación se describen los algoritmos de tratamiento y las recomendaciones claves de las patologías más frecuentes de este grupo.





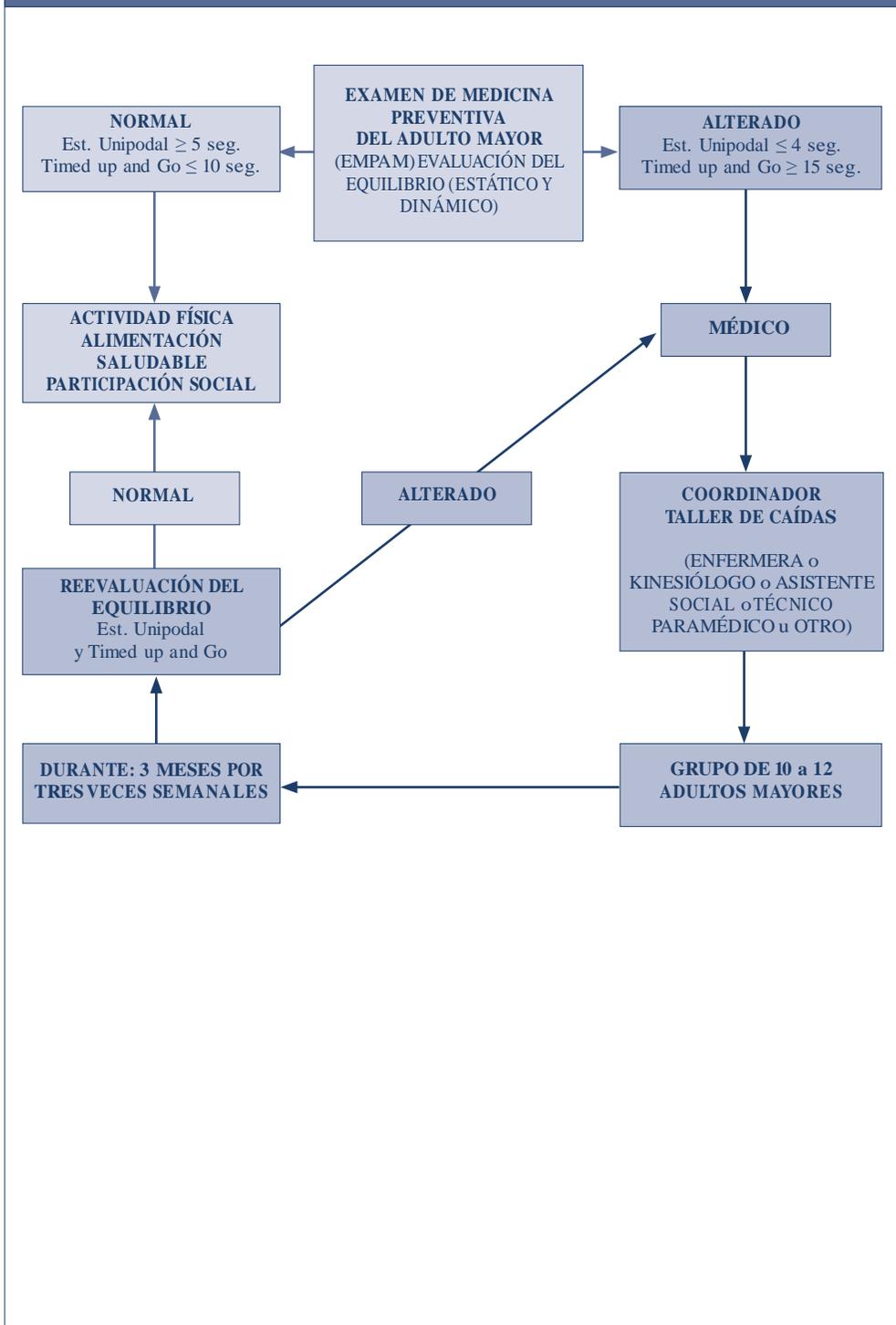
## Recomendaciones Clave

- q La fragilidad se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés.
- q Implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro.
- q Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores.
- q Su manejo se basa en la respuesta “Geriátrica” que incluye la evaluación geriátrica completa y el manejo basado en problemas por un equipo multidisciplinario.
- q Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado a la fecha, son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisados.
- q Los equipos de APS deben realizar acciones de prevención para impedir la instalación de factores de riesgo que pueden generar fragilidad en el adulto mayor.

Entre los modificables están:

- SEDENTARISMO.
  - BAJA DE PESO.
  - Trastorno de la marcha.
  - Trastorno del ánimo.
  - Trastorno leve de memoria.
  - Incontinencia ocasional.
  - Polifarmacia.
  - Soledad, pero con redes.
  - Constipación crónica.
- q Los siguientes elementos clínicos nos pueden hacer sospechar la presencia de fragilidad en un adulto mayor:
- Caída frecuente.
  - Depresión.
  - Trastorno moderado de memoria.
  - Incontinencia franca.
  - Disminución de las actividades instrumentales de la vida diaria y de traslado.
  - Falla de visión.
  - Falla de audición.

## Algoritmo de Manejo de Caídas en Adultos Mayores



## Recomendaciones Clave

La literatura señala que tienen **mayor riesgo de caída**

- q Las personas de 65 y más años con signos de deterioro cognitivo.
- q Los adultos mayores que presentan múltiples problemas médicos, especialmente en la esfera neurológica, locomotora, visión y cardiovascular.
- q Las personas mayores que toman múltiples medicamentos.
- q Los adultos mayores que presentan deterioro de la capacidad funcional, en especial por problemas en la mantención del equilibrio estático y dinámico.
- q Adultos mayores sedentarios.
- q Las personas de 65 años y más con alteraciones visuales.

Entre las principales complicaciones de las caídas podemos destacar:

- q Lesiones de tejidos blandos.
- q Fracturas (cadera, fémur, húmero, muñeca, costillas).
- q Hematoma subdural.
- q Hospitalización (complicaciones de la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas).
- q Discapacidad (limitación de la movilidad por lesión física, restricción de la deambulación por temor).
- q Riesgo de institucionalización.
- q Muerte.

Las caídas son el resultado de múltiples causas que se clasifican en factores intrínsecos y extrínsecos. Sin embargo la mayoría de las veces las causales son la suma de ambos tipos de factores, y no pocas veces difíciles de dilucidar causales únicas.

### Factores Intrínsecos

- q Historia previa de caídas.
- q Alteraciones de la marcha (historia de fracturas, debilidad muscular, deformidades de rodilla, caderas y pies, miopatías).
- q Alteraciones del equilibrio y la postura.
- q Anormalidades musculares, articulares y alteraciones de los pies.
- q Desacondicionamiento físico o sedentarismo.
- q Trastornos y disminución de la visión, audición.
- q Alteraciones neurológicas (enfermedad vascular cerebral, mielopatías, neuropatías, Parkinson, trastornos laberínticos, hidrocefalia normotensiva, tumores).
- q Alteraciones cardiovasculares (arritmias, hipotensión ortostática, ataques isquémicos, transitorios, crisis hipertensivas).
- q Enfermedades psiquiátricas y psicológicas, depresión, delirium, alteraciones cognitivas, distracción, trastorno de la atención.
- q Rechazo al uso de ayudas técnicas (marcha, auditivo, visual), confianza exagerada en sí mismo.

- q Uso de fármacos, reacciones a fármacos.
- q Otros: mareos, deshidratación, enfermedades agudas y subagudas, hipoglucemia, incontinencia de esfínteres.

### **Factores Extrínsecos**

- q Entorno sociocultural.
- q Entorno arquitectónico, mobiliario inestable, mala iluminación, pisos resbaladizos, calzado inapropiado, escaleras inseguras, camas e inodoros de alturas inadecuadas, falta de disponibilidad de barras de sujeción, escalones irregulares y barandas inadecuadas, alfombras, tapetes gastados, cordones y cables sueltos.
- q Accesorios personales inseguros.
- q Inadecuado uso de ayudas técnicas para la deambulación.
- q Ejecución de acciones riesgosas.
- q Aislamiento, sobreprotección, rechazo y agresión familiar o social.
- q Mala integración social.
- q Sociales: problemas con consumo de alcohol.

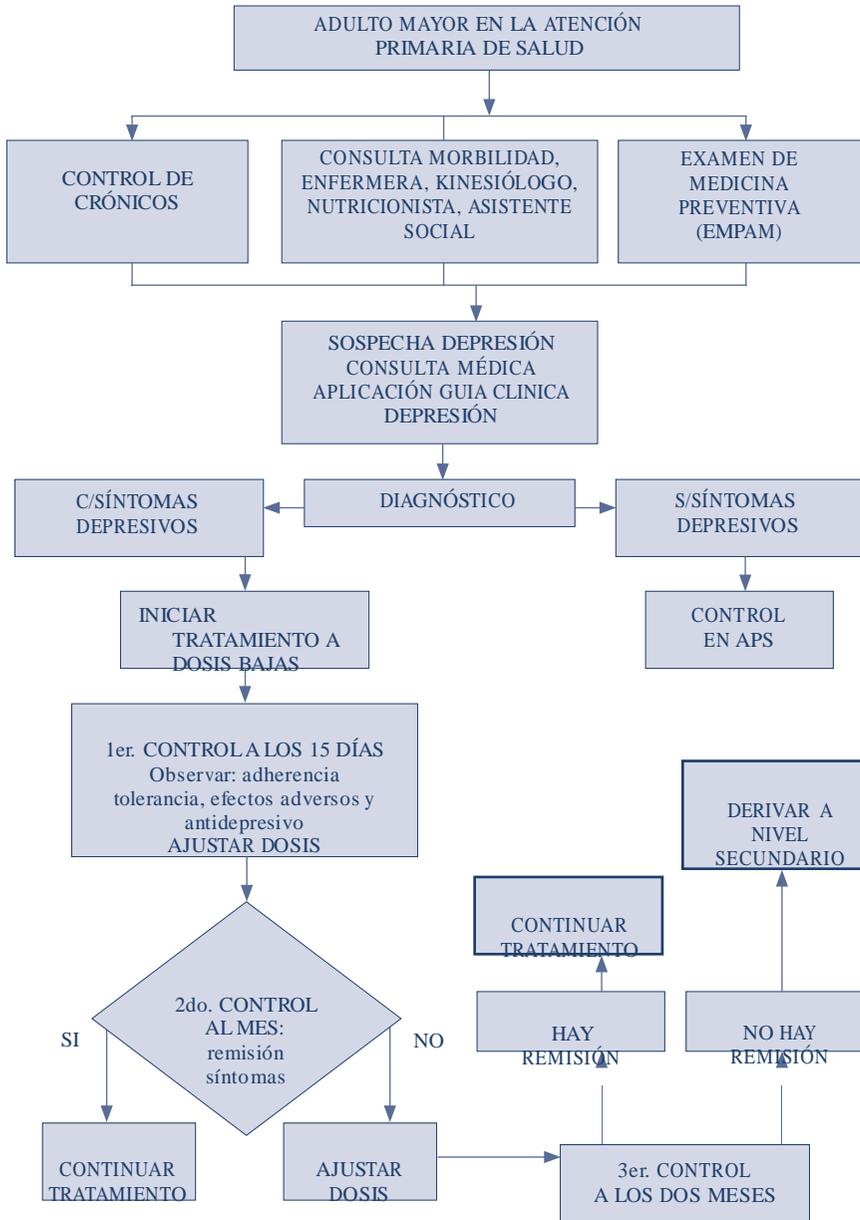
### **Cambios asociados al envejecimiento que predisponen a las caídas**

- q Cambios en el control postural: La edad avanzada se relaciona con menores estímulos propioceptivos, reflejos correctivos más lentos, menor fuerza en los músculos importantes para el mantenimiento de la postura, menor tono muscular, aumento de la oscilación postural e hipotensión ortostática.
- q Cambios en la marcha: Las personas mayores tienden a levantar menos los pies al caminar, lo cual aumenta la probabilidad de tropezar; los varones desarrollan una postura flectada y una marcha de pasos cortos y base amplia y las mujeres tienden a desarrollar una marcha de pato con base angosta.
- q Alteraciones de la salud: Las personas mayores presentan una mayor prevalencia de alteraciones relacionadas con la estabilidad.

### **Criterios de exclusión para derivar a taller de prevención de caídas**

- Aquellos que padecieron compromisos de conciencia pre o post caída.
- Aquellos con antecedentes de riesgo cardiovascular con síntomas: angor, disnea.
- Aquellos que definitivamente tuvieron un cuadro anginoso, o Infarto cardíaco reciente, no enviar antes del mes.
- Aquellos con sospecha de Neumonía o TEP (disnea sin causa cardíaca).
- Aquellos con falla cardíaca descompensada. I Cardíaca CF IV a VI.
- Aquellos con arritmia franca y sin tratamiento. Enviar con tratamiento y asintomático.
- Aquellos con fiebre o sospecha de infección sin tratamiento.
- Aquellos ya tratados por infección esperar 10 a 15 días post tratamiento.
- Aquellos con sospecha de fracturas no estudiadas.
- Aquellos con fractura reciente esperar alta del traumatólogo.
- Aquellos con historia de LCFA que estén con síntomas actuales.
- Los que presenten dolor articular severo, con inflamación local aún
- Aquellos con TEC complicado reciente, esperar el alta por neurólogo.

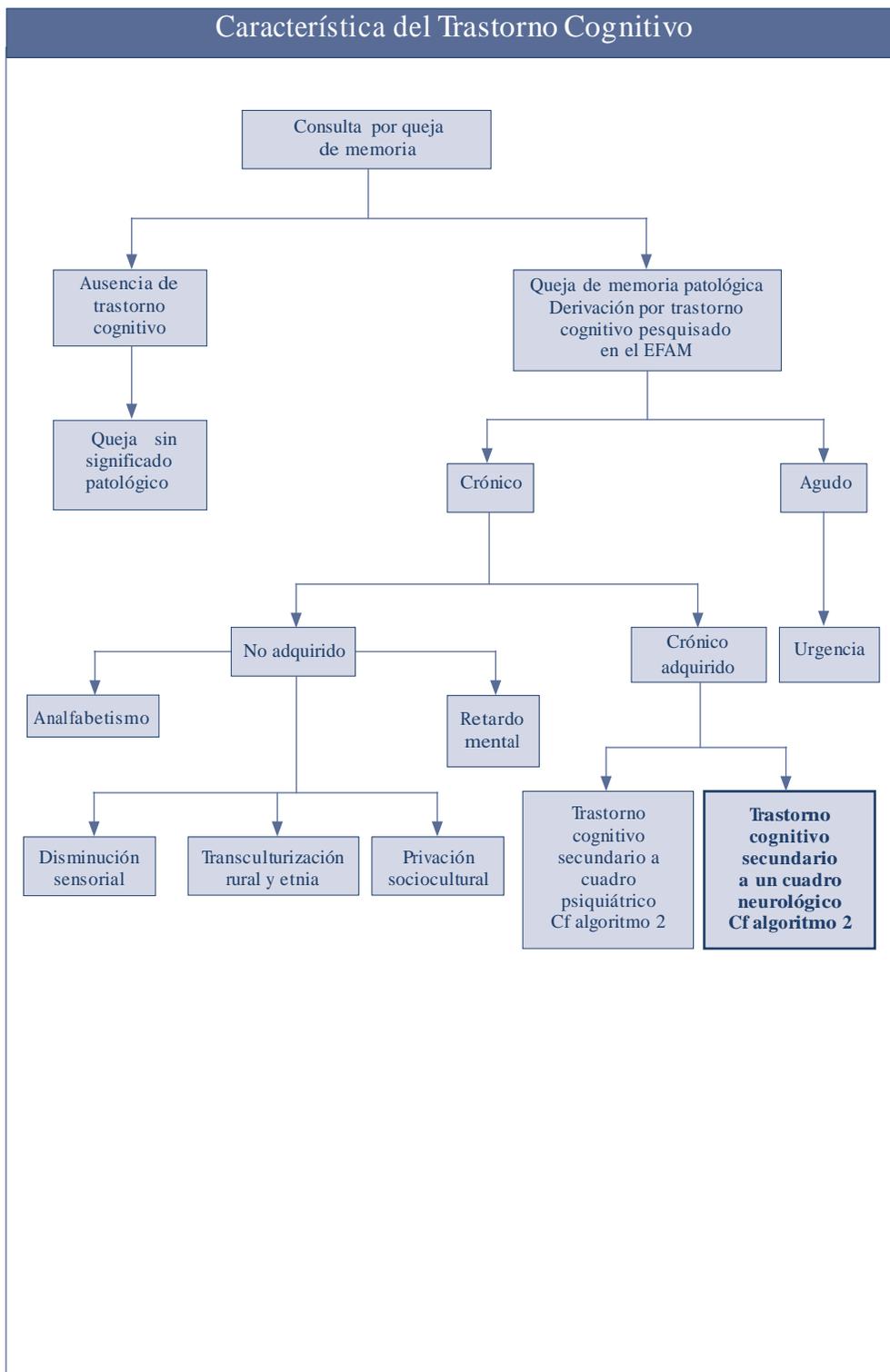
## Flujograma de Manejo del Adulto Mayor con Depresión



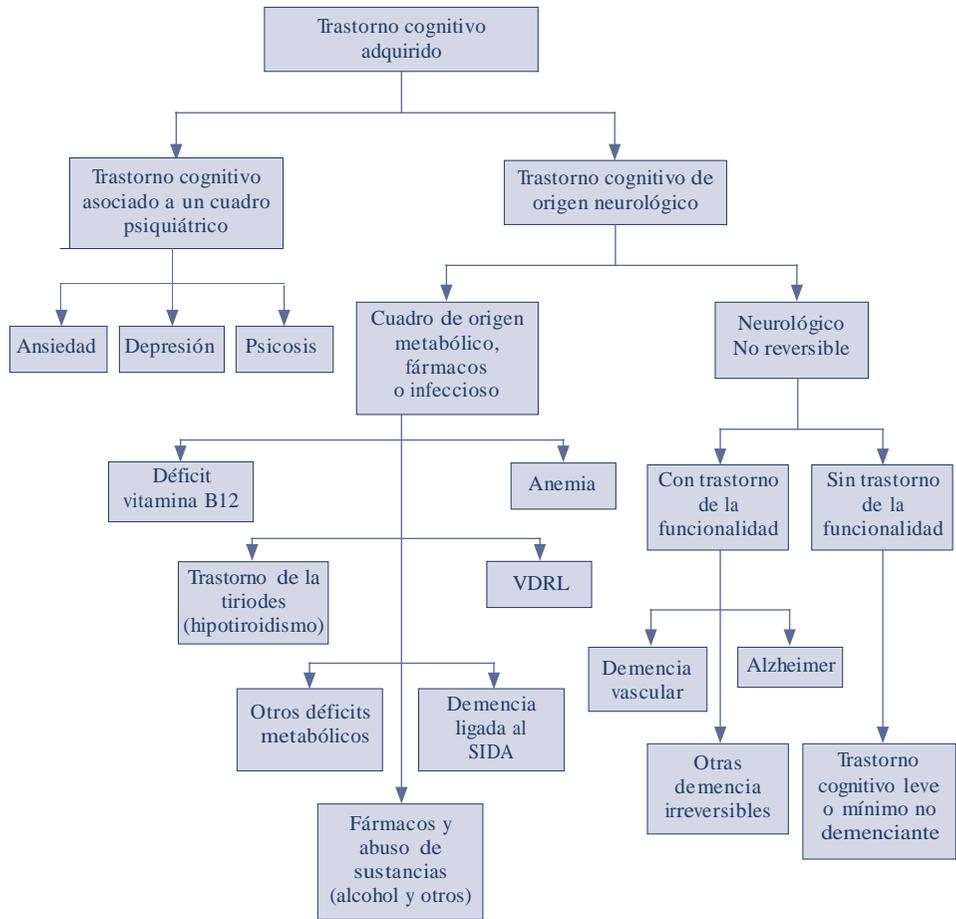
## Recomendaciones Clave

- q La presentación de la depresión en el AM suele ser atípica y heterogénea
- q Generalmente el AM ha vivenciado un acontecimiento vital negativo en el último año.
- q Frecuentemente la depresión se asocia a enfermedades físicas concurrentes, a dolor crónico y al consumo de fármacos.
- q La depresión en el AM puede seguir un curso crónico si no se detecta y trata oportunamente.
- q Ante un primer episodio de depresión en el AM se debe descartar una enfermedad orgánica.
- q El tratamiento actual de la depresión considera; fármacos antidepresivos, apoyo psicosocial y medidas de rehabilitación social cuando sea necesario.
- q Iniciar tratamiento con dosis mínimas.
- q Control médico a los 15 días de iniciado el tratamiento.
  - Evaluar adherencia.
  - Evaluar tolerancia.
  - Evaluar efectos secundario.
  - Evaluar efecto antidepresivo.
- q Duración del tratamiento:
  1. Agudo: 1 a 3 meses el objetivo es lograr la remisión de los síntomas.
  2. Tratamiento de continuación de 6 a 12 meses el objetivo es evitar las recaídas antes del año.
  3. Tratamiento de mantenimiento hasta tres años indicado cuando el paciente ha presentado episodios depresivos previos o existe historia familiar de depresión.
- q La adherencia al tratamiento y la educación para el autocuidado es fundamental.
- q La continuidad de los cuidados es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención de la persona mayor con depresión.

## Característica del Trastorno Cognitivo



## Características del Trastorno Cognitivo Adquirido



## Recomendaciones Clave

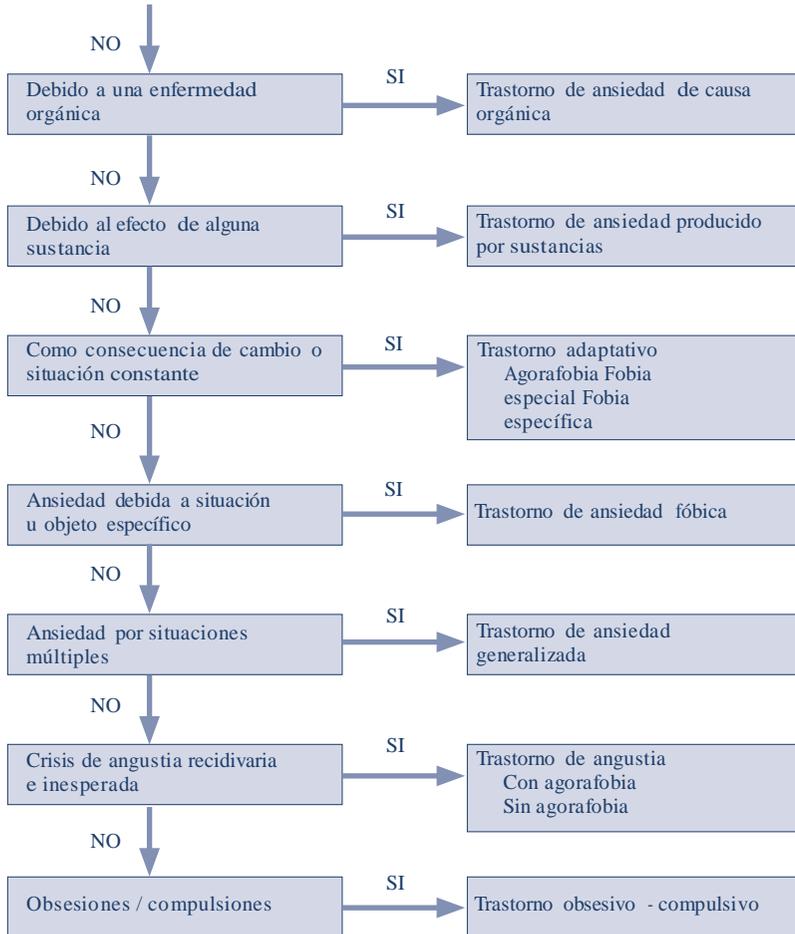
- q La demencia es una de las patologías que generan más costo directo en atención de salud, e indirecto por su repercusión sobre la capacidad económica del núcleo familiar
- q La HTA es el factor de riesgo modificable de mayor prevalencia que daña, entre otras, a las arterias cerebrales. Su adecuado control en etapas tempranas de la vida reeditarán en beneficios tardíamente, disminuyendo no sólo el riesgo de accidente vascular encefálico, sino también trastorno cognitivo, demencia vascular y enfermedad de Alzheimer.
- q El screening que se realiza en el Examen de Medicina Preventiva es muy importante ya que el diagnóstico precoz del trastorno cognitivo y demencia permite: Iniciar tratamiento precoz, educar a la familia para un adecuado manejo de los pacientes con demencias, lo que permitirá atenuar los conflictos interpersonales, trastornos conductuales y eventos derivados de la propia demencia, tales como accidentes, errores financieros y legales, extravíos etc.
- q La evaluación clínica incluye un interrogatorio al paciente y sus familiares por separado, sobre las dificultades actuales, estableciéndose fecha aproximada de inicio, forma de presentación (insidiosa o aguda) y progresión de los síntomas en el tiempo, semi dependencia o dependencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria, presencia o no de alteraciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, insomnio, vagabundeo, agresividad, delirios), signos de focalización neurológica.
- q Múltiples factores pueden causar dificultades cognitivas y de memoria. Para que una información sea registrada y evocada adecuadamente, es decir, para que funcione la memoria, es necesario que otras funciones cognitivas estén intactas. Así los trastornos del estado de alerta, el lenguaje, la comunicación y las motivaciones pueden dificultar el funcionamiento de la memoria sin que esta función en sí misma esté afectada.
- q Un aumento repentino de la confusión puede ser consecuencia de una enfermedad somática por ejemplo una enfermedad infecciosa aguda: Infecciones respiratorias, Infecciones urinarias o de la toxicidad de un fármaco algunos medicamentos prescritos pueden afectar a la memoria y la capacidad de orientación (ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos, anticonvulsivantes), la incorporación de nuevos fármacos, interacciones, cambio de dosis, privación, estreñimiento e impactación fecal, dolor (fracturas, abdomen agudo, glaucoma,), descompensación de una patología previa, cambios en las rutinas. En la mayoría de los casos, tratada la causa de base, el deterioro cognitivo se resuelve.
- q En la Enfermedad de Alzheimer se distinguen 3 etapas: Fase inicial, Fase de deterioro moderado. Fase avanzada o de deterioro grave.
- q En la primera fase las manifestaciones pueden ser poco precisas: quejas somáticas de carácter inespecífico o cambiantes o síntomas psiquiátricos como irritabilidad, apatía, síntomas depresivos atípicos y pasar desapercibido para la familia, además de presentar un deterioro de las funciones sociales como un descuido de la higiene y presentación personal o conductas desajustadas. Es importante que el equipo tome en cuenta estos signos y no los atribuya a estereotipos negativos del envejecimiento. El paciente también puede no quejarse de falla de memoria. En esta fase se afectan las actividades instrumentales de la vida diaria, haciéndose semi dependiente en ellas.

- q En la segunda fase se hacen evidentes las alteraciones cognitivas siendo más frecuentes los trastornos del pensamiento y de la conducta, junto con los trastornos del ritmo del sueño. En esta fase se manifiesta la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y semi-dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que la familia minimice o niegue el estado del paciente atribuyendo el déficit a características de la personalidad.
- q En la tercera fase y final la alteración de memoria es profunda, apraxia, agnosia y desintegración de la personalidad, llegando a no reconocer a la familia lo cual desestabiliza a la familia emocionalmente. En esta fase aparecen los signos y síntomas neurológicos como la incontinencia, inmovilidad, trastornos de la deglución y en ocasiones convulsiones. En esta fase la dependencia es severa o total requiriendo cuidados las veinte y cuatro horas del día.
- q Numerosos estudios señalan que las manifestaciones neuropsiquiátricas, más que los trastornos cognitivos, motivan la consulta inicial de los pacientes con demencia y es la primera causa de institucionalización.
- q El diagnóstico temprano y seguro evitará el uso de recursos médicos costosos, y permitirá a los pacientes y restantes miembros de la familia, tiempo para prepararse para los cambios futuros en los aspectos médicos, financieros y legales.
- q La atención al enfermo en la comunidad reporta beneficios al paciente, a la familia y al sistema de salud. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad de vida del sujeto demente respecto a la institucionalización, y reduce de una manera sensible los costos para los servicios públicos sociales y sanitarios.
- q La piedra angular en el tratamiento de las demencias y la enfermedad de Alzheimer, lo constituye lograr la confianza y la participación de la familia.
- q Interpretar el grado de sobrecarga o estrés del familiar resultante del cuidado es fundamental.
- q Cuidar a una persona con la enfermedad de Alzheimer puede ser una experiencia intensa y muy significativa. También puede ser una tarea física y emocionalmente agotadora, abrumadora y extenuante.
- q Los cuidadores presentan múltiples problemas de salud: trastornos del sueño (46%), trastornos de ansiedad (37%), depresión (36%) y lumbago crónico (60%).

## Flujograma(S) de Manejo del Adulto Mayor con Ansiedad

### Algoritmo de Ayuda Diagnóstica

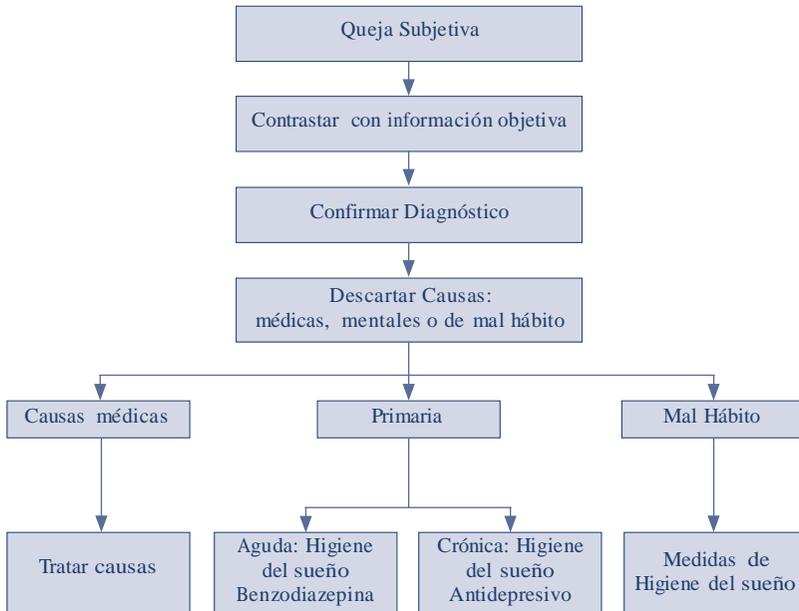
#### Síntomas de ansiedad, miedo, evitación o actividad excesiva



## Recomendaciones Clave

- q La ansiedad es un sentimiento normal.
- q Cuando la ansiedad sobrepasa ciertos límites se constituye en enfermedad.
- q Las características de los síntomas permiten clasificar los síndromes.
- q Si los síntomas son severos estará indicado el tratamiento farmacológico, seleccionado considerando los efectos secundarios y las interacciones.
- q Las intervenciones de soporte son útiles y ayudan a optimizar el tratamiento con metas realistas.
- q Los cambios neurodegenerativos del envejecimiento favorecen la presentación de los síndromes ansiosos.
- q Para el diagnóstico es importante la historia detallada y la exploración del estado físico y mental.
- q En los Adultos Mayores, la depresión y demencia son las causas principales de ansiedad.
- q Frente a un síndrome de ansiedad debemos valorar si es una respuesta a una situación estresante, si hay una enfermedad médica o psiquiátrica de base, ingesta o suspensión de medicamentos o sustancias.
- q **Nunca decirle al paciente: no tiene nada**
- q Precauciones en el uso de las benzodiazepinas:
  1. Utilizar preferentemente benzodiazepinas de tiempo de vida media corto.
  2. Evitar estos medicamentos cuando el paciente tiene adicción al alcohol o esté consumiendo otros sedantes.
  3. Ajustar siempre dosis eficaces mínimas para evitar la aparición de reacciones adversas y sobre todo en los pacientes con hepatopatías.
  4. Retirar gradualmente el fármaco a lo largo de un mes.
  5. Se recomienda actualmente hacer uso de estos medicamentos por no más de dos meses, proponer pautas breves y si es posible intermitentes.
  6. Advertir al paciente que evite la automedicación por el peligro de dependencia y tolerancia.
  7. Vigilar el efecto hipotensor, y consiguiente riesgo de caídas y fractura de cadera
  8. Educar al paciente y/o cuidadores sobre la importancia de un cumplimiento terapéutico estricta y supervisar la misma.

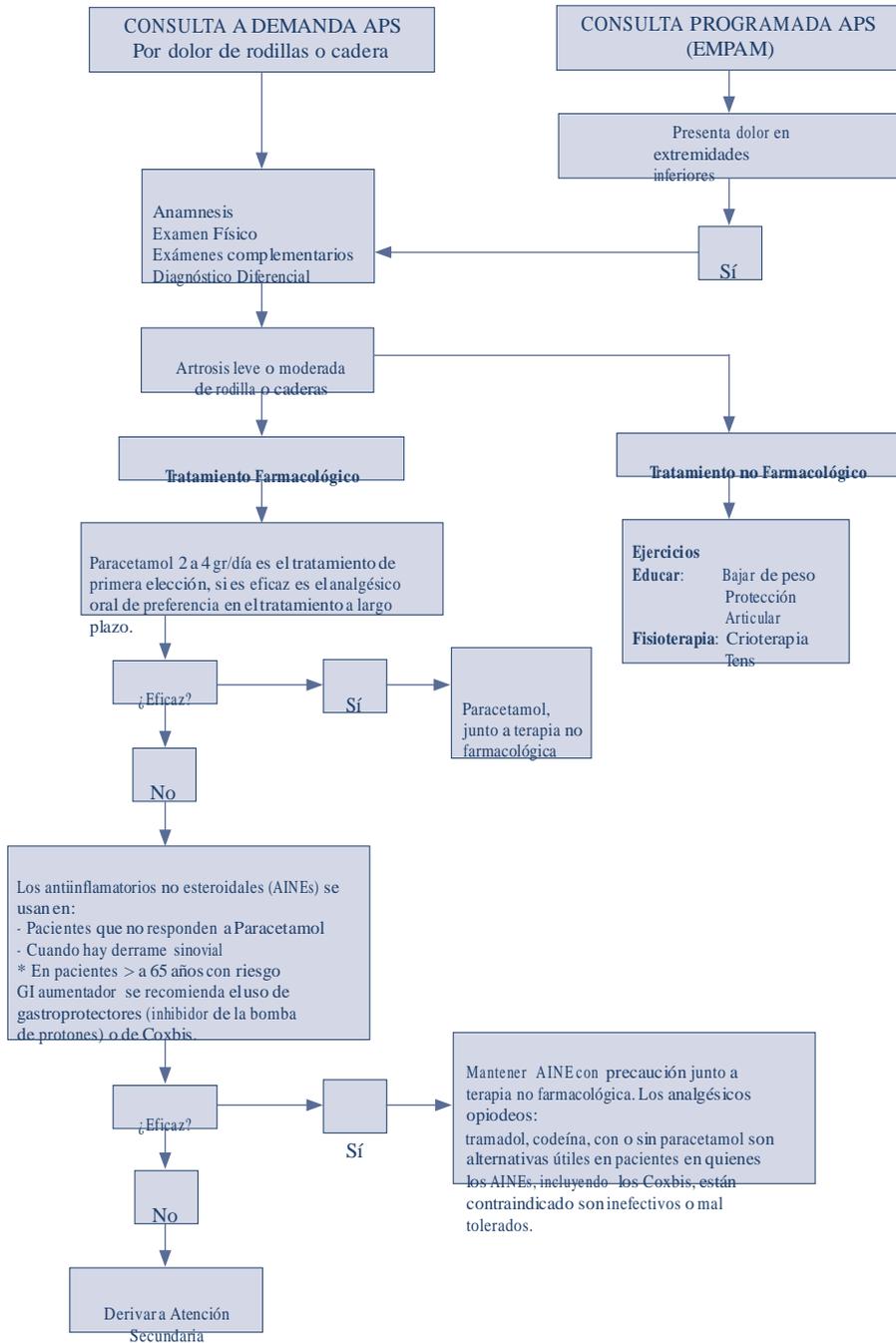
## Flujograma de Manejo del Adulto Mayor con Trastorno del Sueño



## Recomendaciones Clave

- q No interpretar como «normal por la edad» el insomnio en el anciano.
- q Considerar que con el envejecimiento se producen alteraciones en la arquitectura del sueño.
- q No prescribir un hipnótico sin diagnóstico objetivo de insomnio.
- q Recomendar como prevención del insomnio las medidas de higiene del sueño.
- q El médico al momento de hacer el diagnóstico debe contrastar la queja subjetiva del paciente con la información entregada por acompañante, que viva con el paciente.
- q Considerar que situaciones o eventos estresantes agudos van a producir insomnio transitorio.
- q Indicar en insomnio agudo hipnóticos benzodicepinicos y no benzodicepinicos en la dosis mínima y por el menor tiempo posible.
- q En el insomnio crónico preferir utilizar o indicar antidepresivos sedantes.
- q Dado que el tratamiento con benzodicepinas produce dependencia y efectos secundarios, el seguimiento adquiere una relevancia de primer orden.
- q No indicar benzodicepinas de vida media larga, antihistamínicos ni relajantes musculares.

## Flujograma(s) de Manejo médico del paciente de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada



## Recomendaciones Clave

Todo paciente con OA de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal (RECOMENDACIÓN GRADO A).

Todo paciente con OA de rodillas o caderas debiera realizar un programa de ejercicio para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores. Dicho programa de ejercicio puede ser realizado de manera individual o grupal. (RECOMENDACIÓN GRADO A).

A todo paciente con sobrepeso u obeso se le debe recomendar una baja de peso de a lo menos un 5%, lo cual puede ser logrado, entre otros, por una re-educación alimentaría, así como ejercicio adecuado a su condición. (RECOMENDACIÓN GRADO A).

En aquellos pacientes que no tengan una respuesta satisfactoria al uso apropiado de analgésicos simples y/o agentes tópicos, se puede considerar el uso de un AINE por vía oral. La recomendación es usar los AINEs a la menor dosis efectiva y si ello no lograra mejoría sintomática significativa (luego de a lo menos 10 días de uso regular) podrá ser usado en dosis antiinflamatoria tradicional.

## Recomendaciones Clave Enfermedad de Parkinson

- q El tratamiento de la Enfermedad de Parkinson tiene que ser:
  - Precoz.
  - Integral.
  - Actuación de equipo multidisciplinario.
  - Mantenerse a lo largo de la vida.
  - Apoyo familiar y social.
- q El médico en la consulta de morbilidad, la enfermera en el Control de Salud y el kinesiólogo en la Evaluación Funcional Integral en la atención primaria deben observar siempre los síntomas y signos que componen el Síndrome Parkinsoniano.
- q Tiene un comienzo insidioso y sus características son: temblor, bradicinesia, rigidez y alteración de los reflejos posturales, aunque pueden aparecer otros síntomas a lo largo de la enfermedad.
- q El diagnóstico es clínico (existencia de al menos dos de los cuatro síntomas del síndrome parkinsoniano y ausencia de datos incompatibles con su diagnóstico) y las pruebas complementarias estarían indicadas para descartar parkinsonismos secundarios o complicaciones a largo plazo de la enfermedad.
- q El tratamiento farmacológico y no farmacológico deben realizarse de forma individualizada y su objetivo principal será mantener la autonomía e independencia del paciente el mayor tiempo posible.
- q El tratamiento no farmacológico se enfocará a mejorar la situación física y psíquica del paciente y su familia, según el estadio evolutivo de la enfermedad.
- q En el tratamiento farmacológico, la Levodopa sigue siendo el fármaco de elección, aunque debido a los efectos que su uso a largo plazo provoca, es necesario evaluar, teniendo en cuenta la edad del paciente, comenzar con otros grupos farmacológicos o añadirlos a lo largo de la evolución.
- q Tras 5 años de tratamiento con Levodopa, el 59% de los pacientes presentan fluctuaciones motoras y el 41% discinesias. Esto avala que el tratamiento debe precisar de un abordaje específico.
- q Durante la evolución es frecuente la aparición de disfunciones y trastornos neuropsiquiátricos que pueden ser intrínsecos a la EP o como efecto secundario del tratamiento farmacológico.
- q El éxito en el tratamiento de la EP es mayor cuando se aborda con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- q El tratamiento no farmacológico debe estar presente desde los primeros estadios de la enfermedad.
- q La rehabilitación funcional se debe abordar con estrategias individuales y grupales.
- q Los grupos de trabajo para la rehabilitación se deben constituir principalmente según condición funcional y estadio de la enfermedad.
- q Los medicamentos deben ser ingeridos una hora antes o después de las comidas
- q La familia y el cuidador deben ser capacitados sobre la enfermedad y los cuidados
- q La familia y/o cuidador debe ser apoyado psicológicamente.

## Bibliografía

- Abrams, W. y Robert Berkow (1992) “El Manual Merck de Geriátría,” Ediciones Doyma, España.
- Aguera Ortiz, L, M. Martín Carrasco, J. Cervilla Ballesteros, “Psiquiatría Geriátrica”
- Alba, Salgado, Francisco Guillén, Isidoro Ruipérez (2002) “Manual de Geriátría,” MASSDON, Barcelona.
- Bilsky, Janet K. Psicología del Envejecimiento
- Duke University Centre for the Study of Aging (1978) “Older Adults Resources and Services,” O.A.R.S. Rivera Casado, J.M., Gil, Gregorio (1997).
- Fillenbaum Gerda (1984), “The wellbeing of the elderly,” Approaches to multidimensional assessment, Who, Offset Publications, N°84.
- Folstein MF, Folstein SE, (1975), “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician” J. Psychiatres.
- Frontera, Walter R., David Dawson, David M. Slovik (Eds.) (1999), “Exercise in Rehabilitation Medicine,” Chapter 20, USA.
- González Mas, “Rehabilitación Médica”
- Mc Dowell, Ian, Newell Claire (1996), Measuring Health, Oxford, Oxford University Press.
- MINSAL (2000,2003) Guías Clínicas Cardio Vascular.
- MINSAL (2002) Norma Programa de Salud del Adulto Mayor
- O.M.S, (1974) “Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos de la OMS” Serie de informes Técnicos N° 548, Ginebra.
- O.P.S./O.M.S., “Evaluación de la situación y adopción de políticas para la atención de la población de edad avanzada,” en Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentalización de las estrategias regionales, Washington, DC. Documento Oficial N° 179, p.7
- Rowe, John, Kahn, Robert (1997), “Successful Aging,” The Gerontologist,” vol. 37 N°4, pp 433-440.
- Streiner, David L. and Geoffrey R. Norman, (1995) “Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use,” OUP
- Vaillant, George y Mukamal, Kenneth (2001), “Successful Aging,” American Journal of Psychiatry.
- WHO, (1980) International classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva, World Health Organization.
- Willis Sherry (1996), “Everyday cognitive competence in elderly persons: conceptual issues and empirical findings,” The Gerontologist,” vol. 36 N°5, pp 595-601
- Yesavage, Jerome A. (1982), The Geriatric Depression Scale

Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia

Programa de Salud del Adulto Mayor  
**Ministerio de Salud**

Editores:  
**Alicia Villalobos C.**  
Enfermera, Especialista en Gerontología y Geriátría

Tiraje:  
**4.000 ejemplares**

Diseño, diagramación, e impresión:  
**Duplika Ltda.**



**Gestor de Caso  
del Adulto Mayor  
en Riesgo de Dependencia**