

TODA LA PREVENCIÓN SE DESPLIEGA EN LA TERCERA EDAD

María de los Ángeles Mestorino
Oscar Alfredo Ojea

“Se tiene, pues, no solo la edad de las arterias, como defendían los clásicos, sino la de las neuronas, glándulas endócrinas, fibra muscular, bronquioalvéolos y demás órganos que nos constituyen...”

(Rozman, 1988:1147)

1.- El envejecimiento es un proceso normal y que estructura a las poblaciones

El envejecimiento humano se caracteriza por el enlentecimiento y la desaparición de algunas funciones, el decrecimiento de la vitalidad, el aumento de la vulnerabilidad, y la mayor incidencia de enfermedades y achaques. Se corresponde con una edad avanzada cronológicamente, que dentro de los parámetros biológicos, constituye grupos con mortalidad que supera el 60%.

A los 30 años de vida el ser humano, genéticamente programado, que ya ha finalizado sus procesos de maduración, se encuentra en condiciones biológicas óptimas en relación con el medio. Se estima que el término de vida humana estaría prefijado con un máximo de 120 años, pero el envejecimiento no es un fenómeno genéticamente programado.

No hay criterios biológicos estrictos para definir la ancianidad; suelen utilizarse pautas de política laboral y jubilatoria para hacerlo. La pérdida de bienestar a cualquier edad y el desencadenamiento de enfermedades, desvían los procesos naturales de envejecimiento fisiológico a uno fisiopatológico.

El envejecimiento prematuro (cuyo caso límite sería la progeria) es patológico, pero hay procesos causales de envejecimiento precoz en grupos humanos. Las causales pueden ser de origen externo: procesos infecciosos, accidentes, características laborales, influencias climáticas o estilos de vida; o causas internas; procesos biológicos, metabólicos, patologías vasculares, del colágeno u otras, o bien su confluencia.

Las contingencias de salud de las personas y de las poblaciones consumen tiempo biológico

En la planificación de salud importa el estudio de las causas de envejecimiento comparativo entre las poblaciones. La incidencia de algunas enfermedades es condicionante de envejecimiento: diabetes 2, osteoporosis así como cambios en los parámetros biológicos-bioquímicos: alteraciones de los niveles de proteínas, ácido úrico, metabolitos de hormonas; índice de masa corporal o mediciones antropométricas. Todos ellos señalan un perfil epidemiológico y demográfico al que se debe sumar el perfil sociológico y de comportamiento individual en la relación del hombre y el medio.

La Tercera Edad (TE) comienza a los 65 años, jalón prototipo del retiro laboral, y la ancianidad a los 75. Se considera “población envejecida” la de un área en que el 10% tiene más de 65 años. En el mundo esa proporción es de 6% (2002). En América Latina, Argentina, Chile, Cuba y Uruguay sobrepasan esa proporción. Argentina tenía un 13% de mayores de 65 años en el 2000 y se calcula un 16% para el 2025. Las NBI marcan que el 25% de los mayores de 60 años del Gran Buenos Aires (1998) está pauperizada (Jáuregui y Estremero, cit en Rubinstein, 2001:545). La tendencia a la pauperización es propia de la tercera edad ya que sobreviven a “sus recursos de vida” y los sistemas previsionales -para quienes los tienen- no responden con eficacia.

El envejecimiento poblacional se genera por la confluencia de la baja de la natalidad y el aumento de la Expectativa de Vida. La Asamblea de las Naciones Unidas celebrada en Viena en 1982, estudió el envejecimiento y señaló el cambio demográfico (Banco Mundial, 2000:88) [Cuadro 1].

Expectativa de cambios demográficos relacionados con el envejecimiento

| Población en millones y % | 1975 | 2025 |
|--|-------------|-------------|
| Población general | 4.100 | 8.200 |
| % Incremento | ----- | 102 |
| Mayores de 60 años | 350 | 1.100 |
| % Incremento (Banco Mundial, 2000:88) | ----- | 224 |

Cuadro 1

Simone de Beauvoir escribió su obra sobre la vejez para “quebrar la conspiración del silencio” tejida como para negar esa etapa de la vida (1970:8). Etapa diferente de las otras, con éstas entre ellas, tiene su propio equilibrio y armonía, deja abiertas posibilidades al individuo y la comunidad. “La cultura es lo que queda cuando se ha olvidado todo”, decía Harriot y ella ofrece no sólo las lagunas de la memoria sino el río de la sabiduría que permite juicios y síntesis inaccesibles a los más jóvenes (Simone de Beauvoir, 1970:457).

Hemingway, en “El viejo y el mar”, exaltó la capacidad del viejo pescador defendiendo solo su presa de los tiburones. Dice: “Un hombre puede ser destruido, pero no vencido”.

La dignidad de la vejez no se apoya sólo en el recuerdo agradecido sino en la serena convivencia con quien ha encontrado el sentido de la vida, del bien y de la verdad sencilla, y lo irradia a pesar de sus achaques y dependencia. Así esta dignidad, que es inalienable como la de todo ser humano, se patentiza cuando el anciano ha construido su vida y su pequeña comunidad aprecia los valores de la vejez. No siempre es así pero compete a esta comunidad y a la sociedad suplir los defectos, ayudar al anciano a ocupar su lugar y a transformar sus recuerdos y experiencia en enseñanza. Así también a sostenerla cuando la enfermedad, en especial la mental, lo derrumba.

Guardini describe los problemas y las virtudes de esta etapa de la vida y, desde una perspectiva cristiana, la preparación para la muerte en la esperanza de la eternidad dice “En esa proximidad sale a la superficie la roca viva de la existencia... El núcleo de la vida del anciano sólo puede ser la oración, cualquiera que sea la forma que tome” (1970:116).

2.- La expectativa de vida (EV) aumenta aceleradamente

La EV aumenta en función del desarrollo humano. Relacionado con el PBI per cápita se estimó que los países con menos de U\$A 1.000 (1979), alcanzarían el 2000 con alrededor del 7% de población de 60 años y más, mientras aquellos que superaban los U\$A 14.000 en 1979 tendrían el 18% de su población en esa franja etaria (Braunwald, 2001:1145).

Si bien el proceso de envejecimiento de las poblaciones es global, se verifica más en los países desarrollados y en algunos países de Asia Oriental y América Latina [Cuadro 2.a].

Población de Tercera Edad (%)*. Países seleccionados. Secuencia 1990-2025

| País | 1990 | 2025 |
|-------------|-------------|-------------|
| EEUU | 12,5 | 18,7 |
| Japón | 11,8 | 26,7 |
| China | 6,0 | 13,3 |
| Corea | 5,0 | 15,0 |
| Argentina | 13,0** | 16,0 |

*Mayores de 65 años; ** 2000
(Banco Mundial, 2000:35)

Cuadro 2.a

Gompertz comparó la mortalidad en distintas edades y en diversas especies. Para la humana mostró que a medida que se envejece el ritmo de mortalidad aumenta logarítmicamente en función de la acumulación de “situaciones insuperables que confrontan” (Rozman, 1988:1146).

En EEUU la esperanza de vida subió de 47 años en 1900 a 75 en 1990, triplicándose la proporción de mayores de 65 años de 4% a más del 12% (Braunwald, 2001:19). En 90 años se verificó un aumento de 28 años equivalente al logrado desde la edad de bronce, hace 5000 años en que la EV era de 21 a 22 años.

Este cambio del siglo XX se debe al control de la mortalidad materno-infantil por enfermedades nutricionales e infecciones y a la reducción por enfermedades degenerativas después de los 65 años. El control de las enfermedades cardiovasculares aumentaría 10 años y el del cáncer 2 años de promedio de vida.

Si se analiza la expectativa de vida a diferentes edades desde los 65 años en adelante, la misión de la Geriátrica se abre a una amplia tarea social y médica, para sostenerla, prolongarla y promover una buena calidad de vida [Cuadro 2.b].

EE.UU. Expectativa de vida. Promedios

| Edad | Expectativa de vida (años) |
|-------------|-----------------------------------|
| 65 | 17 |
| 75 | 11 |
| 85 | 6 |
| 90 | 4 |
| 100 | 2 |

(Braunwald, 2001:45)

Cuadro 2.b

Las mujeres viven en promedio alrededor de 8 años más que los hombres, aun cuando se ha extendido en ellas el hábito del cigarrillo y el desempeño de tareas estresantes.

Se estima que la tasa de Mortalidad se duplica cada 8 años después de la pubertad (Bennett, 1997:14).

3.- La fisiopatogenia del envejecimiento tiene características propias

Una característica fisiológica general del envejecimiento es la disminución progresiva de las reservas homeostáticas de todos los sistemas, órganos y tejidos, la que se ha llamado homeosteneosis, y que se iniciaría en la 3ª década de la vida (Braunwald, 2001:45). Este es un proceso progresivo funcional del 1%/año (Jáuregui y Estremero, cit. en Rubenstein, 2001:45).

La homeosteneosis, o declive general de la reserva homeostática, no se expresa en síntomas ni restringe las actividades normales de la edad. El anciano sin enfermedades es sano. No obstante ese mismo declive lo hace más vulnerable a las agresiones internas o del medio.

La presentación de enfermedad suele ser diferente, con signos frustrados: meningitis sin rigidez de nuca, hipertiroidismo sólo con taquicardia y fibrilación auricular, neumonías sin fiebre, IAM o peritonitis con poco dolor. Los procesos patológicos suelen tener síntomas comunes, a diferencia del adulto medio en que son más específicos. Aún con cierta inespecificidad los síntomas suelen ser más precoces en el anciano por la reducción de reservas. Hay signos que no necesariamente denuncian patología, tal una eritrosedimentación algo elevada y aislada, o una radiografía de tórax con aorta desenrollada. Así como el niño es extremadamente sensible al dolor y llora, el anciano lo siente y exterioriza poco.

Si bien los ancianos padecen las mismas enfermedades que el resto de los adultos varían en su frecuencia y presentación. Hay órganos más expuestos al trastorno: cerebro, vías urinarias inferiores, sistema cardiovascular y músculos esqueléticos. Algunas de sus manifestaciones son confusión aguda, depresión, incontinencia, caídas y síncope.

El **reposo absoluto** puede producir efectos adversos como neumopatías y escaras. También una pérdida del 5% de la fuerza y masa muscular (Beers y Berrow, 1999:2512).

La **hipotermia accidental** se produce por deterioro del sistema autónomo, descenso del flujo sanguíneo periférico y falta de reacción de vasoconstricción al frío, con hipotensión ortostática. La provocan exposiciones cortas a temperaturas de menos de 18°C, contribuyen una reducción de la percepción del frío y de la capacidad de conservación del calor. La favorecen algunos fármacos como la fenotiazina, sedantes, hipnóticos y el alcohol. También la favorecen la insuficiencia cardíaca, la cetoacidosis, el hipotiroidismo y la inmovilidad. Se presenta con cuadros similares al ictus, o a la somnolencia y la confusión. La temperatura corporal baja hasta 35°C y puede continuar descendiendo. Entre los 29°C y los 24°C se produce la fibrilación ventricular o el paro cardíaco (Beers y Berrow, 1999:2513).

Los problemas frecuentes en ancianos, en especial de más de 80 años, no clasificables como enfermedades prototipo, han sido llamados los **Cuatro Gigantes de la Geriatría**, entre los más comunes se encuentran:

1. Inmovilidad
2. Incontinencia urinaria
3. Inestabilidad postural
4. Deterioro intelectual

Enfermedades frecuentes de la tercera edad son:

- enfisema
- osteoporosis con fracturas
- cáncer de próstata
- cáncer de piel (epiteliomas)
- enfermedad de Paget
- arterioesclerosis cerebral
- insuficiencia renal

El anciano tolera por varios años enfermedades graves como el cáncer de próstata, el de vejiga, el de mama y la leucemia linfocítica crónica.

Por otra parte hay dolencias que suelen agruparse conformando una **POLIPATOLOGÍA**. No siempre se aplica en el anciano el principio de unicidad mórbida. Se estima que en las personas de 65-74 años coexisten, en promedio, 4,6 alteraciones de salud y en las mayores de 75 años 5,8, entre los más comunes (Rubinstein, 2001:546):

- prostatismo con infección urinaria y pielonefritis
- bronquitis crónica con enfisema pulmonar
- diabetes mellitus
- insuficiencia cardíaca con isquemia coronaria y cerebral
- osteoporosis combinada con osteomalacia
- anemia

- cataratas y oteoclerosis
- artrosis

Frente a la polipatología hay dos actitudes médicas extremas: el fatalismo con nihilismo terapéutico y la polifarmacia. Suele recomendarse para ellos “pocas drogas y muchos cuidados” si están respaldadas en exámenes clínicos cuidadosos y criteriosos.

No sólo curar al paciente sino cuidarle. Son esenciales las medidas de prevención y de apoyo; evitar el encamamiento injustificado, atender a la nutrición e hidratación, higiene corporal, orientación en la realidad y aspectos sociales imprescindibles.

De parte del paciente se presentan también actitudes extremas: la exhibición excesiva de síntomas o su ocultamiento, la subdemanda a la sobredemanda de AM. A la hora de los remedios se superponen el olvido, la confusión y la equivocación de dosis.

Las modificaciones fisiológicas y patológicas por sistemas u órganos se aprecian en el siguiente cuadro [Cuadro 3]:

**Cambios fisiológicos y patológicos relacionados con el envejecimiento.
Sistemas seleccionados**

| Órgano/sistema | Cambio fisiológico | Consec. fisiológicas | Consec. Patológicas |
|-----------------------|---|--|---|
| S. Cardiovascular | Mayor distensibilidad arterial con aumento de la TA o HVI | Hipotensión en respuesta al aumento de la FC, hipovolemia o pérdida de contracción auricular | Síncope |
| | Mayor reactividad a beta-adrenérgicos | Bajo gasto cardíaco y de respuesta de la FC al estrés | Insuficiencia cardíaca |
| S. Respiratorio | Reducción de la elasticidad pulmonar y aumento de la rigidez torácica | Desequilibrio ventilación /perfusión y reducción de PO ₂ | Disnea, hipoxia |
| S. Digestivo | Reducción de la acidez gástrica. Reducción de la motilidad intestinal | Menor absorción de Ca ⁺⁺ con estómago vacío. Constipación | Osteoporosis, déficit v.B12. Impactación fecal e incontinencia. |
| S. Musculoesquelético | Reducción densidad ósea | Osteoporosis | Fractura de cadera |
| S. Nervioso | Atrofia cerebral | Amnesia benigna | Demencia, delirium |
| | Menor síntesis de catecolaminas | | Depresión |
| | Menor síntesis de dopaminérgicos | Marcha rígida | Enf. de Parkinson |
| | Reducción de fase 4 del sueño | Despertar prematuro, insomnio | Apnea del sueño |
| Sentido visual | Opacificación del cristalino | Mayor sensibilidad a destellos, necesidad de más iluminación | Ceguera |
| Sentido auditivo | Menor agudeza p/ sonidos de alta frecuencia | Dificultad p/ discriminar palabras c/ ruido de fondo | Sordera |
| S. Endócrino | Alteración homeostasis de la glucosa | Aumento de glucemia en enfermedades agudas | Diabetes mellitus |
| S. Hemático | Disminución de reservas de la MO | | Anemia |
| S. Inmunitario | Aumento de auto-anticuerpos | Factor reumatoide falso positivo, anticuerpos antinucleares | Enf. auto-inmunitarias |
| S. Renal | Disminución de la filtración glomerular | Eliminación de algunos fármacos | Aumento de creatinina sérica |
| S. Génito-Urinario | Atrofia de mucosa vagino uretral | Dispareunia, bacteriuria | IVU sintomática |
| | Agrandamiento de la próstata | Aumento del volumen de orina residual | Incontinencia, retención urinaria |

Abreviaturas: TA: tensión arterial; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; FC: frecuencia cardíaca (Braunwald, 2001:46)

Cuadro 3

4.- Las prescripciones médicas requieren criterios y advertencias especiales

Se estima que el 50% de los gerontes no cumplen con la toma de medicación como fuera indicada, ya sea por error, olvido o desinterés. Otras veces por la percepción de efectos secundarios inesperados, desconfianza o falta de comunicación con el médico [Cuadros 4.a y 4.b]

**Hay que procurar que la medicación sea lo más sencilla posible.
Evitar la polifarmacia, tratar de no pasar de 4 medicamentos.**

Cuadro 4.a

La toma insuficiente de un medicamento será causal de inefectividad/ efectividad; así como el exceso puede provocar intoxicación. Siempre se debe consultar al profesional responsable ante dudas en la dosificación o intolerancias.

Cuadro 4.b

Hay cambios fisiológicos en la TE que condicionan la biodisponibilidad de los medicamentos. Tales son:

- a. cambios en la acidez gástrica;
- b. vaciamiento gástrico más lento;
- c. menor absorción intestinal;
- d. disminución de la función renal;
- e. metabolismo general más lento;
- f. menor capacidad funcional de depuración de los medicamentos.

Hay fármacos que retrasan el vaciamiento gástrico: (antiácidos, antiparkinsonianos). Otros disminuyen la absorción de vitaminas, calcio, hierro, fósforo. Los laxantes disminuyen la absorción intestinal de alimentos y de medicamentos.

Siendo el hígado el órgano principal de depuración de medicamentos, hay que proceder con mucho cuidado en pacientes con enfermedades hepáticas.

Siendo los riñones los órganos encargados de la eliminación de buena parte de los medicamentos ingeridos, hay que controlar la diuresis, la concentración de la orina y la función renal. La falla en la excreción de las distintas drogas, hace que las mismas permanezcan circulantes, pudiendo con dosis normales provocar síntomas de intoxicación.

Son medicamentos de uso frecuente en la TE:

- a.- Antidiabéticos orales: drogas: glibenclamida; glipicida (NC comunes: Daonil, Euglucón, Minodiab).
En los pacientes diabéticos es imprescindible controlar las cifras de glucemia, y la Hemoglobina glucosilada, prestar especial atención en procesos infecciosos y/o febriles, identificar posibles hipoglucemias (coma hipoglucémico) o hiperglucemias y acidosis (coma diabético).
- b.- Aspirinas: ácido acetilsalicílico: (NC: AAS, Bayaspirina). Son antiagregantes; tienen acción sinérgica con medicación anticoagulante. El agregado de aspirina en forma casual debe ser autorizado por el médico.
- c.- Antiinflamatorios: no deben automedicarse. Son factor de riesgo de irritación y hemorragias del tubo digestivo así como deterioro de la función renal.

- d.- Corticoides: indicación y dosificación exclusiva a cargo del profesional por sus múltiples efectos adversos.
- e.- Hipnóticos: benzodiacepinas (NC: Rohypnol, Primum, Trapax) Tienen vida media de 20 hs. en el adulto y 80 hs. en el anciano.
No benzodiacepinas: (NC: Somit, Durnit, Insomnium).
La duración de los efectos de estas drogas puede prolongarse provocando somnolencia diurna aun más si se agregan otros psicofármacos al desayuno. La obnubilación puede ser causa de caídas, pérdida de equilibrio, desubicación.
- f.- Laxantes: a-formadores de masa fecal: (vg.: agar, metilcelulosa, salvado, fibras); lubricantes: vaselina; glicerina (líquida o supositorios); irritantes por acción de contacto: (vg.: sen; cáscara sagrada; fenofaleína).
Es de buena práctica investigar la causa del estreñimiento en los ancianos, prescribiendo según la misma. La adopción de una dieta rica en fibras, vegetales y frutas, favorecen un tránsito intestinal regular. Se debe evitar el exceso de laxantes, especialmente los irritantes, ya que en general agravan un ciclo de estreñimiento- diarrea.
- g.- La medicación que el profesional indique en relación con el aparato cardiovascular o sistema nervioso, deberá ser escrupulosamente respetada. La observación de intolerancias no autoriza a cambios en la dosificación. Sólo el médico responsable debe hacerla: a quien hay que consultar precozmente.

5.- La geriatría tiene objetivos prioritarios

Los objetivos prioritarios de la geriatría comprenden:

- 1.- Valoración de todos los ancianos, sanos o enfermos en el área propuesta para conocer sus necesidades y proporcionarles asistencia integral sobre la base de las prioridades que se seleccionen.
- 2.- Movilización de los recursos posibles para mantener en familia o con independencia al mayor número de ancianos con calidad de vida digna.
- 3.- Hacer posible la asistencia a crónicos o minusválidos en forma continua, en su domicilio o en residencias con equipo multidisciplinario.
- 4.- Capacitar a profesionales y auxiliares de salud.
- 5.- Promover la investigación clínica y de gestión.

Los medios para cumplir esos objetivos son:

- 1.- Procurar la **adaptación** del anciano al medio y a las circunstancias en que vive.
- 2.- Actuar sobre el anciano sano en **promoción y protección** de su salud.
- 3.- Prevenir la enfermedad o la **cronicidad** de una enfermedad ya instalada.
- 4.- Actuar sobre el anciano enfermo en **forma integral** (orgánico, funcional, mental y social) para su recuperación y su rehabilitación.
- 5.- Abordar con **equipo multidisciplinario** (médico de familia, geriatra, especialistas de referencia, trabajador social, fisioterapeuta entre otros).
- 6.- **Coordinar el primer nivel de atención** con establecimientos de referencia para la rápida resolución de su asistencia.
- 7.- Organizar la **asistencia domiciliaria** para el diagnóstico, la prevención, seguimiento y contención ante procesos invalidantes.
- 8.- Valorar las **necesidades médico-sociales**.
- 9.- **Detectar precozmente** alteraciones físicas, mentales y sociales.
- 10.- Confeccionar en forma individualizada el **listado de problemas** con sus condicionantes médicos, de enfermería o sociales.
- 11.- Establecer un **plan de cuidados** con seguimiento.

6.- La Atención Primaria de la Salud es esencial en geriatría

“Para ser un organizador de cuidado geriátrico, (es preciso) un coordinador de recursos médico - sanitarios y sociales, un educador, un poco epidemiólogo, psicólogo, sociólogo y sobre todo un competente clínico”. (Brakleburst, 1975)

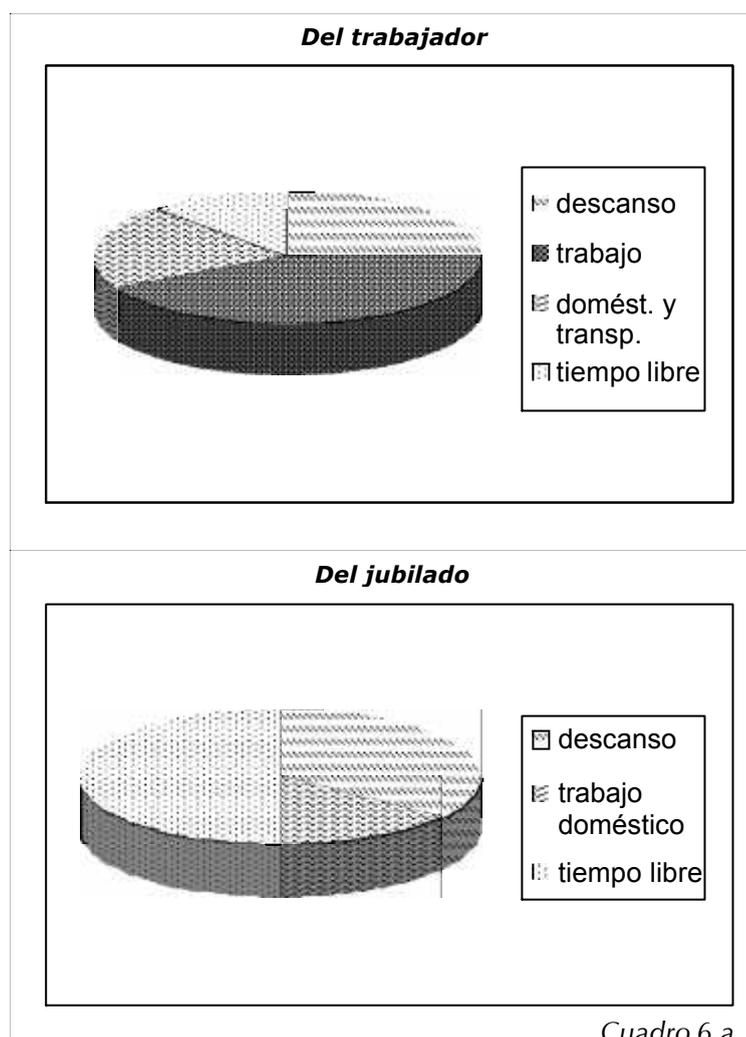
El ejercicio de la Atención Primaria requiere un conocimiento adecuado de la salud de la población, que detecte los problemas que surgen, estos denotan necesidades que en ocasiones no son percibidas o no demandadas. La comunidad misma es quien debe ser responsable de la respuesta, la selección de prioridades y la utilización de los recursos.

Se considera que los Médicos de Familia y Generales, actuando desde los Centros de Salud, llevan a cabo y solucionan el 95% de los problemas de los ancianos de su área; su responsabilidad abarca los ancianos sanos y enfermos y deben cumplir:

- 1- prevención primaria, secundaria y terciaria;
- 2- proveer inmunizaciones;
- 3- prevenir accidentes;
- 4- indicar regímenes de alimentación;
- 5- indicar acerca de hábitos: alcohol, tabaco;
- 6- observar la habituación a drogas y medicamentos;
- 7- controlar oído y vista;
- 8- localizar ancianos en riesgo por trastornos orgánicos, funcionales, mentales o sociales;
- 9- practicar controles periódicos;
- 10- dar seguimiento a los de alto riesgo;
- 11- intervenir en patologías agudas;
- 12- localizar ancianos con patologías crónicas: EPOC, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes y otras y darles seguimiento individualizado;
- 13- seleccionar y controlar tratamientos;
- 14- acompañar situaciones de duelo;
- 15- evitar el desacoplamiento social;
- 16- dar contenidos al tiempo de ocio;
- 17- promover la autoatención y los autocuidados;
- 18- referenciar con otros profesionales: geriatras, especialistas.

Los tiempos en la vida cotidiana de la Tercera Edad cambian respecto a los horarios de las personas en actividad, generando tiempo libre y ambivalencia [Cuadros 6.a y 6.b].

Relojes Vitales Diarios



Cuadro 6.a

Ambivalencia de significados del tiempo libre

| Positivo | Negativo |
|---|--|
| Descanso - recuperación. | Tiempo a llenar. |
| Educación - cultura. | Consumismo. |
| Desarrollo personal - expresividad. | Dirigismo político. |
| Relaciones satisfactorias. | Relaciones conflictivas. |
| Condiciones de los sujetos | |
| Salud - autonomía personal. | Limitaciones físicas y psíquicas. |
| Personalidad positiva. | Personalidad negativa. |
| Intereses amplios. | Intereses restringidos. |
| Madurez activa. | Madurez frustrante. |
| Residencia céntrica. | Residencia aislada. |
| Status económico aceptable, pensión suficiente. | Bajo status económico, pensión insuficiente. |

Cuadro 6.b

7.- La programación de la Atención Primaria de Salud en geriatría tiene sus fases

La actividad de los equipos de salud en relación con la atención geriátrica, debe ser programada. El diseño racional de un programa permite asignar tareas y responsabilidades, evaluar resultados y optimizar la utilización de los recursos. El programa debe resultar el organizador de un proceso

dinámico, que atienda a las variaciones que se producen en una comunidad en relación con circunstancias ambientales.

Las fases del programa son:

I.- Análisis de la comunidad a la que se dirige

- a. **Aspectos demográficos:** elaboración de la pirámide de población local (ver % mayores de 65 años). Analizar la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población y estimar las causas (aumento de longevidad, disminución de la natalidad o de la mortalidad infantil).
- b. **Niveles de salud:** estudio de los indicadores de morbilidad y de mortalidad para los distintos grupos de edades; la morbilidad específica en los mayores de 65 años, la presencia de patologías crónicas, de enfermedades predisponentes y su relación con problemas sociales y económicos.
- c. **Recursos de la comunidad:** estudiar su disponibilidad, organización, accesibilidad y grado de utilización.
- d. **Investigación de la calidad de vida de los mayores de 65 años:** se debe considerar que subjetivamente este grupo reclama por su funcionalidad: querer ver, oír o andar, y solicita permanentemente la consulta a las especialidades respectivas.

La incapacidad progresiva es la principal condicionante de la pérdida de la autonomía de la senilidad.

II.- Priorización de los problemas

Se considera que entre los 65 y los 74 años se debe actuar preponderantemente en la prevención de incapacidades físicas y psíquicas. A partir de los 75 años, las actividades de mayor peso se refieren a la prevención de accidentes, mantenimiento clínico-alimentario y de actividades con soporte social. Esto no significa estamentos rígidos o de masificación de las actividades. Cada geronte merece la individualización de su tratamiento en base a sus necesidades y requerimientos.

III.- Planificación y ejecución

El programa a aplicar definirá claramente los objetivos y metas. Se debe tener en cuenta que los resultados no siempre son de fácil evaluación, especialmente cuando se evalúa la satisfacción y la mejor calidad de vida.

La atención en el primer nivel de la demanda espontánea de los mayores de 65 años, permite la aplicación de las actividades programadas así como la aplicación de medidas preventivas. Hay programas para asistir algunas patologías que pueden al menos efectivizarse en la atención ambulatoria, en un primer nivel de atención: vacunación, control de hipertensión. Otras actividades preventivas pueden ser llevadas a cabo a partir de la asistencia por demanda.

Se pueden realizar las actividades:

- a.- **Prevención primaria y secundaria** que incluyen inmunización y detección sistemática de patologías asintomáticas [Cuadro 7.a].

Actividades preventivas en las personas de 65-74 años recomendadas

| Prioridad | afección | Intervención | Periodicidad |
|-----------|--------------------------|---|---|
| A | Tétanos-difteria | Inmunización | cada 10 años |
| A | Gripe | Inmunización | Anual |
| B | Trastornos de audición | Anamnesis y examen clínico | En el transcurso de visitas por otros motivos |
| A | Hipertensión | Medición de la presión arterial | Cada 2 años |
| A | Caries - | Examen oral-consejo de higiene bucal | Anual |
| C | Periodontitis | | |
| C | Cáncer oral | | |
| B | Cáncer de colon | Investigación de sangre oculta en heces | Hasta una vez al año |
| C | Mala alimentación | Evaluación de las actividades físicas, sociales y psicológicas. | Cada 2 años |
| B | Incapacidad progresiva | | |
| C | Hipotiroidismo | Examen clínico | Cada 2 años |
| B | Cáncer de piel | Examen y recomendaciones | Según criterio clínico |
| B | Cáncer de vejiga | Citología de la orina | Según criterio clínico |
| B | Cáncer de cuello uterino | PAP | Cada 5 años |

(Canadian Task Force, modificado, en Salgado Alba, 1986)

Cuadro 7.a

- b.- **Atención de procesos crónicos:** corresponde al Centro de Salud o consultorio la citación periódica a fin de controlar los procesos crónicos, mejorar el estado actual y prevenir reagudizaciones o complicaciones. Se agrega el control adecuado de las invalideces y la asistencia de pacientes terminales. Se asigna al médico el control clínico, el diagnóstico de la patología y/o complicaciones, la definición de frecuencia de los controles, la indicación de enfermería para el cumplimiento del tratamiento y la educación sanitaria del enfermo y su familia y la intervención del trabajador social para evaluar los problemas sociales y económicos que condicionan la salud del paciente (equipo básico de salud).
- c.- **Atención domiciliaria programada** está destinada al grupo de población que por gravedad de sus dolencias, portación de sondas, con egresos hospitalarios recientes, en fases terminales, o con situaciones familiares permite esta modalidad asistencial. Deben actuar en conjunto el médico, enfermero y trabajador social para recuperar la autonomía, rehabilitar o bien dar asistencia a una muerte más digna. Está visto que este tipo de atención mejora la estancia del anciano en el hogar y reduce el número de reingresos hospitalarios.
- d.- La **programación de estas actividades** en domicilio, permitirá la inclusión de pacientes a su pedido, o a partir del establecimiento de internación previa.

IV.- Evaluación

Los instrumentos de la valoración física dependen del sistema orgánico. La capacidad funcional para la vida diaria se mide por los índices de Katz y de Barthel.

La evaluación en geriatría tiene características propias:

- En la Tercera Edad se produce una crisis de autoestima, la crisis de autoestima enraíza en el deterioro externo e interno, la pérdida del papel profesional-laboral, los estados de duelo y los cambios en la ubicación física de residencia. Contribuyen la seguridad económica, el uso del tiempo libre, el sentido existencial, la ubicación emocional, y afectiva. El mayor tiempo de ocio, peor si se vive poco estructurado o falta de recursos operativos o económicos, marca la necesidad de planificar ese ocio con objetivos funcionales. El tiempo debe ser creativo. Matar el tiempo es matar la esperanza de la utilidad (Banco Mundial, 2000:92).

- Otros indicadores son la capacidad para comprar, telefonar, cuidar de la casa, tomar medicamentos, manejar dinero, viajar, cocinar.
- Se agregan para evaluar la función mental: entrevistas, pruebas psicológicas, funcionamiento cognoscitivo y afectivo, para las funciones sociales, y otras a determinar por el equipo.
- La valoración de los resultados en las actividades programadas puede hacerse en relación al costo/beneficio, en la que se contraponen gastos en la intervención con beneficios en salud.
- Otra sería costo/efectividad en la que se estima la relación en base a la calidad de vida subjetiva lograda por el paciente y su familia.

8.- El hábitat de las personas de la tercera edad debe ser observado

Dependiendo del estatus social y considerando uno intermedio, el hábitat del anciano es el que ocupó la familia, de haberla tenido, con el progresivo vaciamiento de hijos y de uno de los cónyuges en caso de viudez. En el mejor de los casos se encuentra con un ámbito de tamaño excesivo que debe mantener o cambiar. Hay países que hacen trueques, dan primas de mudanza.

El segundo hábitat posible es la misma casa familiar o la incorporación a la de los hijos o parientes.

El tercero es el colectivo que debe cuidar la separación entre autoválidos y los dependientes, previendo el sistema de internación en otro ámbito del que enferma o pasa a ser dependiente y con trastornos mentales graves.

El hogar colectivo de ancianos válidos debe tender a un tamaño pequeño y disponer de ambientes de trabajo más que de recreación.

Hay variantes como las casas de día o clubes.

La construcción debe diseñarse para que amplíe al máximo la validez y reduzca los riesgos:

- puertas y pasillos de al menos 0,80 m para permitir el tránsito de personas con bastones o andadores.
- armarios de cocina en un solo plano y al alcance de la mano.
- baño equipado con W.C. con barras de apoyo y ducha con agarraderas amplias y libres.

9.- El estudio clínico y funcional en la TE está estandarizado

Se verán los parámetros de la consulta en las personas de TE [Cuadro 9.a]

La consulta habitual en el anciano

| (el anciano - el cuidador - el ambiente - la medicación) |
|--|
| El examen físico funcional |
| La calidad de vida: capacidad funcional y de independencia |
| La esfera cognitiva: Minimental Test de Folstein- Set-Test; Clock Test. |
| La esfera emocional: depresión |
| La esfera social: 1- informal, 2- semiformal, 3- formal |
| La demencia |

Cuadro 9.a

La evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se realiza con los instrumentos estandarizados. Los principales son:

1. **Índice de Barthel.** Consta de diez ítems; cada uno mide la capacidad de independencia, y la continencia de esfínteres. La puntuación total va de 100 a 0, de máxima independencia a total dependencia respectivamente. Es fiable y sensible y permite

describir el estado funcional y la evolución en el tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico [Cuadro 9.b].

Índice de Barthel. (ABVD)

| | |
|-----------------------------|--|
| ALIMENTACIÓN | |
| 10 | Independiente: capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. |
| 5 | Ayuda: necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc. |
| 0 | Dependiente |
| BAÑO | |
| 5 | Independiente: se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente |
| 0 | Dependiente |
| VESTIDO | |
| 10 | Independiente: se viste, se desnuda y ajusta la ropa, se ata los zapatos, se pone corset o prótesis si necesita. |
| 5 | Ayuda: necesita ayuda pero al menos la mitad de las tareas las realiza en tiempo razonable. |
| 0 | Dependiente |
| ASEO PERSONAL | |
| 10 | Independiente: se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica. |
| 0 | Dependiente |
| DEPOSICIÓN | |
| 10 | Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si precisa enemas o supositorios se arregla solo. |
| 5 | Incontinente ocasional: episodios ocasionales. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios |
| 0 | Incontinente |
| MICCIÓN | |
| 10 | Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo. |
| 5 | Incontinente ocasional: episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector. |
| 0 | Incontinente |
| USO DEL RETRETE | |
| 10 | Independiente: usa retrete o cuña. Se sienta y se levanta solo o con barras. Se limpia. y se pone la ropa solo |
| 5 | Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa |
| 0 | Dependiente |
| TRASLADO SILLÓN-CAMA | |
| 15 | Independiente: no necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente |
| 10 | Mínima ayuda: necesita ayuda mínima o supervisión. |
| 5 | Gran ayuda: es capaz de sentarse pero necesita mucha asistencia para su traslado |
| 0 | Dependiente |
| DEAMBULACIÓN | |
| 15 | Independiente: camina al menos 50 m independientemente o con ayudas (bastón, andador) |
| 10 | Ayuda: puede caminar al menos 50 m pero necesita ayuda o supervisión. |
| 5 | Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. |
| 0 | Dependiente |
| ESCALERAS | |
| 10 | Independiente: sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumentos de apoyo. |
| 5 | Ayuda: necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras |
| 0 | Dependiente |

Cuadro 9.b

2. **Índice de Katz de actividades de la vida diaria.** Valora la capacidad funcional para la vida diaria. Consta de seis ítems que se encuentran ordenados en relación con la pérdida y la recuperación de las capacidades. Clasifica a los pacientes en seis grupos (de la A a la G), desde la independencia máxima a la dependencia máxima [Cuadro 9.c].

Índice de Katz (ABVD)

| | |
|-------------------------------------|---|
| LAVADO | |
| <input type="checkbox"/> | No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo si esta es su forma habitual de bañarse) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte del cuerpo (vg. espalda o piernas) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo, o ayuda al entrar o salir de la bañera |
| VESTIDO | |
| <input type="checkbox"/> | Toma la ropa y se viste completamente, sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> | Sin ayuda excepto para atarse los zapatos |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela o permanece parcialmente vestido |
| USO DEL RETRETE | |
| <input type="checkbox"/> | Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (aunque use andador, bastón o silla de ruedas) |
| <input type="checkbox"/> | Puede usar orinal o bacinilla durante la noche, vaciándola por la mañana |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, o ajustarse la ropa o el uso nocturno del orinal |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente |
| MOVILIZACIÓN | |
| <input type="checkbox"/> | Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda, (puede usar bastón o andador) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda |
| <input checked="" type="checkbox"/> | No se levanta de la cama |
| CONTINENCIA | |
| <input type="checkbox"/> | Controla completamente ambos esfínteres |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Incontinencia esporádica |
| <input checked="" type="checkbox"/> | No se levanta de la cama |
| ALIMENTACIÓN | |
| <input type="checkbox"/> | Sin ayuda |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Recibe ayuda para comer o es alimentado total o parcialmente usando sondas o líquidos intravenosos |
| <input type="checkbox"/> | Independiente |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Dependiente |

Cuadro 9.c

Valoración

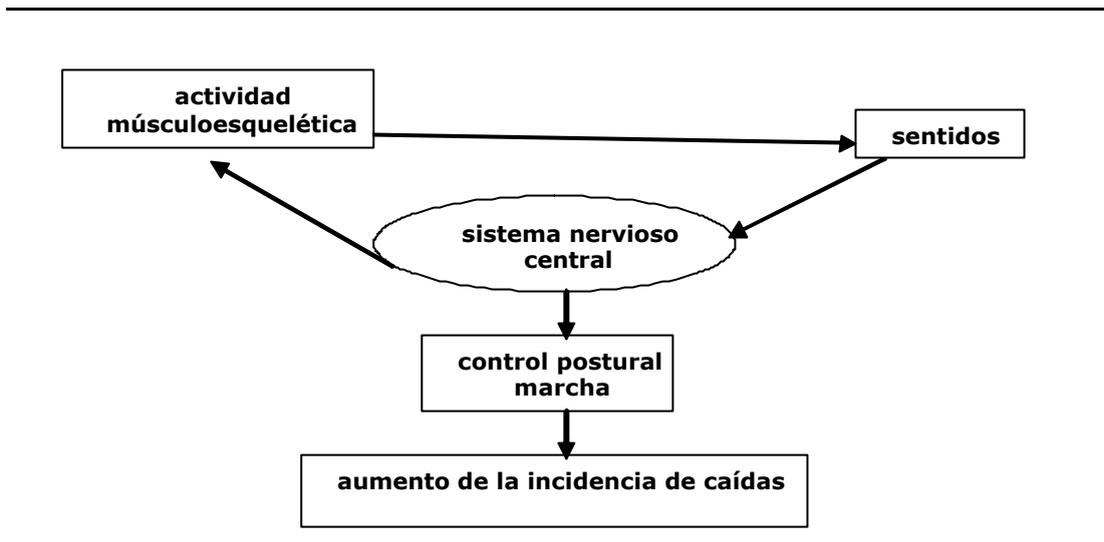
| |
|---|
| A- Independiente en todas las funciones |
| B- Independiente en todas, salvo en una de ellas |
| C- Independiente en todas, salvo lavado y otra más |
| D- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más |
| E- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del w. c. y otra más. |
| F- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más |
| D- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, movilización y otra más |
| G- Dependiente en las seis funciones |
| Otras: Dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F . |

Cuadro 9.d

10.- Las caídas en el anciano son un riesgo prioritario

Las caídas son comunes en la población anciana. Alrededor de 1/3 de los mayores de 65 años que viven en su domicilio sufren una caída anual. La frecuencia se incrementa en los mayores de 75 años a un 40%. La frecuencia de las caídas es mayor en las mujeres hasta los 75 años, para luego ser igual en ambos sexos. Los mecanismos involucrados en el mantenimiento del equilibrio se esquematizan en el cuadro 10.a.

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Mecanismos de Equilibrio



Cuadro 10.a

El **95% de las caídas** ocurre durante las actividades habituales por **causas intrínsecas**:

1. enfermedades neurológicas: cerebrovascular, Parkinson, demencia, epilepsia, tumores, neuropatías periféricas.
2. enfermedades cardiovasculares: arritmias, hipotensión, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica.
3. enfermedades musculoesqueléticas: osteoartritis, gota, fracturas, lesiones de los ligamentos, osteoporosis.
4. enfermedades visuales, auditivas y del equilibrio.
5. enfermedades agudas: con deshidratación, fiebre, anemia y otras.
6. medicamentos: los principales medicamentos son aquellos que retardan la función cerebral y el control de la postura: hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos, vasodilatadores, hipotensores, antiarrítmicos, entre otros.

Se considera que la toma de más de 4 medicamentos constituye un factor de riesgo para las caídas.

7. hábitos tóxicos: especialmente alcohol.

Son causas extrínsecas:

1. Suelos deslizantes: encerados, mojados, con alfombras sin sujetar.
2. Cuarto de baño con falta de agarraderas o de alfombrillas antideslizantes o sanitarios de altura inadecuada.

3. Cocina, con objetos de uso colocados en lugares de difícil acceso. Banquetas o escaleras en malas condiciones.
4. Pasillos con muebles, mangueras, alargues o cables que obstruyen el paso.
5. Escaleras con pasamanos inadecuados o escalones en malas condiciones.
6. Iluminación escasa o ausente en distintos sectores; interruptores de luz con difícil acceso.
7. Ropa inadecuada, zapatos con baja adherencia, tacos o plataformas y mala sujeción.

Son consecuencias de las caídas:

a) **Inmediatas:**

1. Fracturas
2. Lesiones que requieren asistencia.
3. Hospitalización
4. Muerte
5. Permanencia prolongada en el suelo
6. Hipotermia; **constituye un importante problema de salud**; temperatura inferior a 35° por exposición prolongada al frío, (o por fármacos), con torpeza, letargo, bradicardia, hipotensión; con complicaciones muy frecuentes: infecciosas, cardíacas, arritmias de pronóstico muy comprometido. El paciente debe internarse.

b) **Medianas y a largo plazo:**

1. Síndrome postcaída: trauma psicológico, limitación de la movilidad, dependencia en las actividades de la vida diaria, sobreprotección familiar.
2. Institucionalización.

10.1.- Prevención de las caídas

a) **Prevención primaria:**

Nutrición adecuada. Promoción del ejercicio físico. Prevenir la osteoporosis. Eliminación de los riesgos medioambientales. Programas educativos.

b) **Prevención secundaria:**

Identificación de las causas de las caídas, limitación de las lesiones, rehabilitación, información al médico, evaluación clínica.

Para los **operados por artroplastía de cadera** debe insistirse en las siguientes normas:

- Puede: caminar y sentarse en sillas altas.
- No puede:
 - juntar las piernas.
 - cruzar las piernas.
 - flexionar las caderas más de 90°.
 - hacer rotaciones externas.
- Debe usar:
 - almohada entre piernas para dormir.
 - lo mismo para ponerse de costado.
 - vendas elásticas
 - cama de patas altas, colocando tacos de madera en las cuatro patas.
 - realce para el W. C.

11.- Los ancianos suelen ser víctimas de la violencia

La violencia y el maltrato en el adulto mayor, está lejos de ser un problema superado. Los ámbitos del maltrato son innumerables: el hogar, la vía pública, las entidades asilares, los efectores de salud. Todos estos escenarios, los cuales deberían respetar y contener al anciano, poseen focos de agresión que transforman en inviable la vida de muchos de nuestros viejos. La institución geriátrica no escapa a estos vicios. Aquí analizamos la situación y se formulan diversas propuestas preventivas.

Estamos ante un maltrato cuando éste causa un daño emocional, psicológico, físico, sexual y/o material al adulto mayor.

Puede decirse también que la violencia es una conducta destructiva, que por su intensidad y/o frecuencia suficiente, ocasiona sufrimientos, dolor y violación a los derechos humanos con merma en la calidad de vida de los ancianos involucrados.

12.- El maltrato en el adulto mayor se da en diversos ámbitos

Según los ámbitos en los que se produce el maltrato puede ser:

Doméstico: Se refiere al producido en el domicilio del anciano o en el de su cuidador y corresponde al causado por alguien que mantiene una relación especial con el maltratado (vg. cónyuge, hermano, hijo, cuidador).

Institucional: Aquí el maltrato se genera en el ámbito de lo institucional (vg. geriátricos, centros de día, hospitales, clínicas). Los responsables de este tipo de violencia son, por lo general, los miembros del equipo de salud a cuyo cargo están los ancianos. Los mismos poseen la obligación contractual y/o legal de proporcionar cuidados y protección de acuerdo a sus incumbencias. Aquí pueden verse comprometidos familiares y/o amigos por actitudes de abandono y/u omisión.

Automaltrato: esta figura alude a la conducta de los adultos mayores que amenaza su propia salud o seguridad, la cual, a menudo, es consecuencia de sus alteraciones psíquicas y físicas (vg. no alimentarse, omitir atención médica).

El maltrato institucional en los ancianos tiene diversas formas (Tatara, 1995):

Maltrato físico: uso no accidental de fuerza física la cual causa lesiones corporales, dolor o disfunción.

Maltrato sexual: contacto sexual de cualquier índole no voluntario con un adulto mayor institucionalizado.

Maltrato psicológico o emocional: infligir voluntariamente angustia mental o emocional por medio de amenazas, humillación, intimidación o conducta abusiva no verbal.

Abandono: cese intencionado o no en el cumplimiento de las obligaciones y tareas por parte de los miembros del equipo de salud gerontológico. Entre ellas brindar alimentación adecuada, compañía, ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD), medicación, rehabilitación, recreación, y otros.

Explotación material o financiera: manipulación intencionada del anciano institucionalizado con el objetivo de obtener fondos, propiedades u otros recursos materiales o uso no autorizado de los mismos.

Hay, asimismo, situaciones de violencia encubiertas relacionadas con la salud y enfermedad en el adulto mayor, tales como:

- salud mental e internaciones psiquiátricas;
- iatrogenia terapéutica;
- desnutrición;
- deshidratación;
- traumatismos recurrentes.

13.- El maltrato puede prevenirse en el adulto mayor

Las propuestas principales de prevención pueden resumirse en las siguientes:

- 1.- Creación de organismos que vigilen y recepcionen denuncias de violencia, maltrato o abuso sobre los adultos mayores.
- 2.- Tratamiento y difusión de la problemática en foros nacionales e internacionales, a fin de lograr una toma de conciencia sobre esta cuestión.
- 3.- Promover desde las entidades dedicadas al bienestar de la población añosa (vg. Sociedades profesionales, ONGs, Universidades, Legislaturas), normativas tendientes a proteger las posibles víctimas y castigar a los abusadores.
- 4.- Capacitar a los miembros del equipo de salud gerontológico, a las familias y a la sociedad toda, a fin de detectar y prevenir las causales de la violencia y el maltrato en los ancianos.

Un hombre de cierta edad vino a la clínica donde trabajo para hacerse curar una herida en la mano. Tenía bastante prisa, y mientras se curaba le pregunté qué tenía que hacer. Me dijo que tenía que ir a una residencia de ancianos para desayunar con su mujer que vivía allí. Me contó que llevaba algún tiempo en ese lugar y que tenía un Alzheimer muy avanzado. Mientras acababa de vendar la herida, le pregunté si ella se alarmaría en caso de que el llegara tarde esa mañana. No, me dijo. Ella ya no sabe quién soy, hace ya casi cinco años que no me conoce. Entonces le pregunté extrañado. Y si no sabe quién es usted, ¿por qué esa necesidad de estar con ella todas las mañanas? Me sonrió y dándome una palmadita en la mano me dijo: “ella no sabe quién soy yo, pero yo todavía sé muy bien quién es ella”. Tuve que contenerme las lágrimas mientras salí y pensé: “Esa es la clase de amor que quiero para mi vida. El verdadero amor no se reduce a lo físico ni a lo romántico. El verdadero Amor es la aceptación de todo lo que el otro es, de lo que ha sido, de lo que será y de lo que ya no es...”

(citado por J. Kentenich¹)

Recuadro 1

Citas bibliográficas

- Banco Mundial. *En el umbral del siglo XXI*. Informe sobre el desarrollo mundial, 1999-2000. Mundiprensa, Madrid, 2000.
- Beauvoir, S. de, *La vejez*. Buenos Aires, Sudamericana, 1970.
- Beers, M. H. y Berrow, R., *El manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid, Harcourt, décima edición, 1999.
- Bennett, J. C. y Plum, F., *Tratado de Medicina Interna de Cecil*. México, Mac Graw Hill, 1997, 20° edición.
- Brakleburst, J. C., *Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología*. Bs. As. Panamericana, 1975.
- Braunwald, E. y otros, *Principios de Medicina Interna de Harrison*. México, Mc Graw Hill, 15 edición, 2001. Cfr. 14 edición.
- Guardini, R., *La aceptación de uno mismo*. Madrid, Cristiandad, 1970.
- Jáuregui, R. y Estremero, J., *Epidemiología del envejecimiento poblacional*. En Rubinstein, A. y otros, *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires, Panamericana, 2001.
- Rozman, C., *Medicina Interna de Farreras* (fund. por Von Domarus). Barcelona, Dogma, 11° edición, 1988.
- Rubinstein, A. y otros, *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires, Panamericana, 2001.
- Salgado, Alba A. y col., *Tratado de Geriátrica y Asistencia Geriátrica*. Barcelona, Salvat, 1986.
- Tataru, T., *Maltrato de los Ancianos*. Washington DC, OPS, 1995.

¹ Sacerdote alemán fundador del movimiento apostólico del Shöenstatt.