

DIPUTACION PROVINCIAL DE ALMERIA
Primera Semana del Mayor
"Por un Envejecimiento Activo en la provincia de Almería"

LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIO-SANITARIA

PROF. ALBERTO CASTELLÓN SÁNCHEZ DEL PINO
*Coordinador del Master Oficial en Gerontología, Dependencia y
Protección de los Mayores
Universidad de Granada*

Alhama, 1 de octubre del 2013

1. LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

1.1. Cambios demográficos del siglo XXI y su incidencia en la dependencia 2010-2020

- 1.1.1. Aumento de la población mayor
- 1.1.2. El desequilibrio de grupos de edad
- 1.1.3. Tendencias sobre la feminización del envejecimiento
- 1.1.4. Cambios en la mortalidad
- 1.1.5. Nuevas estructuras familiares
- 1.1.6. Datos demográficos básicos de la dependencia

1.2. Tendencias futuras del envejecimiento y la dependencia

- 1.2.1. Características y evolución de la población actual
- 1.2.2. El envejecimiento y la búsqueda de nuevas formas de adaptación

1.3. Sugerencias para enfrentarse a los nuevos cambios sociales

- 1.3.1. La necesidad de elaborar un proyecto de vida
- 1.3.2. La necesidad de nuevas directrices sociales

2. LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SANITARIA

2.1. Concepto y valoración de la dependencia

- 2.1.1. Valoración de las actividades básicas de la vida diaria
- 2.1.2. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria
- 2.1.3. Valoración de las actividades avanzadas de la vida diaria

2.2. Enfermedad, envejecimiento y dependencia

- 2.2.1. La dependencia, valoración e intervención
- 2.2.2. Factores agravantes de la dependencia
- 2.2.3. Grados de dependencia

2.3. Patologías neurodegenerativas. Demencias y dependencia

- 2.3.1. Las demencias como causa de dependencia
- 2.3.2. Estadios evolutivos de la dependencia en el mayor con demencia.
Cuestionario GDS

3. LA INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA DE LA DEPENDENCIA
3.1. Principales áreas de actuación

3.2. Recursos sociosanitarios para el mayor dependiente

3.3. Funciones asistenciales en los mayores dependientes

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

1. LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

1.1. Cambios demográficos del siglo XXI y su incidencia en la dependencia 2010-2020

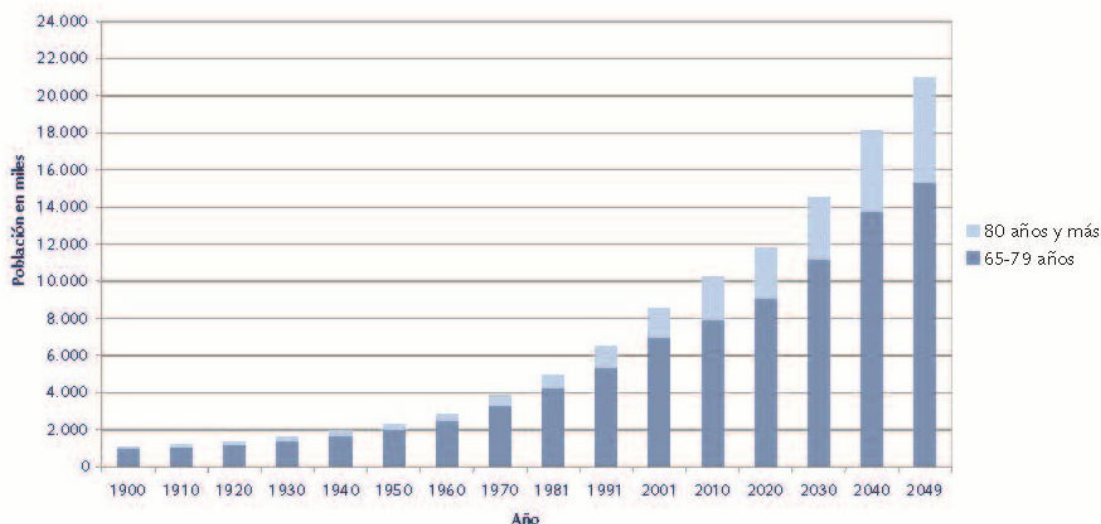
Uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI es el envejecimiento de la población en los países industrializados, entendiéndose por tal el aumento del porcentaje de individuos mayores de 65 años. Esto ha generado un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes históricos que ha encendido las señales de alarma sobre la sostenibilidad futura de los sistemas de seguridad social, sociales y sanitarios. En España este proceso comienza a acentuarse a finales de la década de los setenta como consecuencia de numerosos factores, principalmente la acción combinada de la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida en las edades avanzadas.

Es un tema muy complejo que no se centra en un simple aumento de la población de mayores de 65 años, sino de una serie de transformaciones que están generando profundos cambios sociales que analizaremos a continuación.

1.1.1. Aumento de la población mayor

Este es un primer factor que está generando importantes consecuencias sociales. En España la población de personas mayores aumentaría de 7,9 millones de personas mayores de 65 años en 2010, un 16,9% de la población, a 15 millones de personas mayores en el 2050, un 32% de la población. Se prevé que el número de personas mayores se doble en número en menos de 40 años. Esta evolución se puede observar en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Evolución de la población mayor 1900-2049

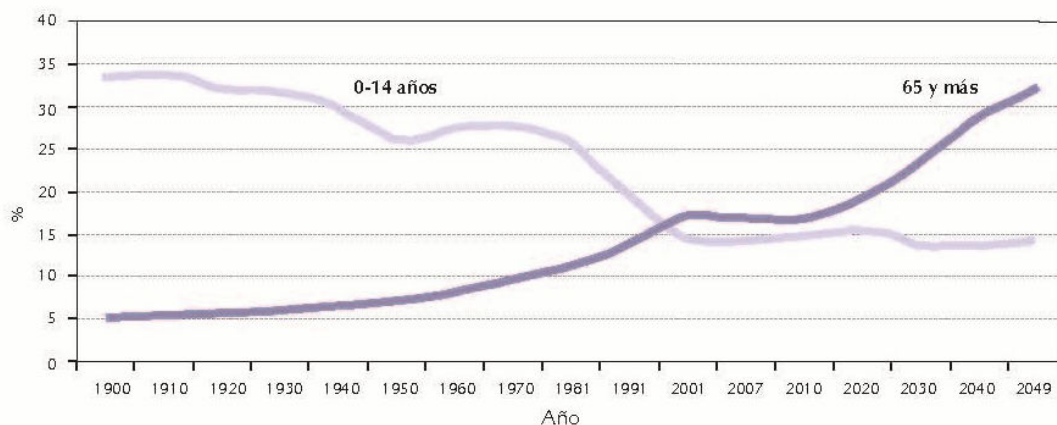


Fuente: IMSERSO (2010)

1.1.2. El desequilibrio de los grupos de edad

Este fenómeno demográfico está claramente emparejado al aumento de la población mayor, lo que conlleva un desequilibrio en los grupos de edad con disminución de la población joven. Este es un hecho que podemos observar en la mayoría de países industrializados y se ha dado en denominar "inversión de la tendencia demográfica". Por primera vez en nuestro país las personas de 65 años y más superan a los niños en el intervalo de 0-14 años. Así podemos apreciarlo en el gráfico 2.

Gráfico 2: Inversión de la tendencia demográfica



Fuente: IMSERSO, 2007

1.1.3. Tendencias sobre la feminización del envejecimiento

La denominada feminización de la vejez es debida principalmente a una mayor esperanza de vida o longevidad en la mujer. El fenómeno desencadena en un desequilibrio de género en la población mayor, aunque en la actualidad se observan ligeros cambios. Durante las décadas de los años 1950-90, el número de varones mayores de 65 años era de 70 por cada 100 mujeres, actualmente se observa una tendencia al equilibrio encontrándonos en el 2010 con 74 varones por cada 100 mujeres, lo cual tendrá una importante incidencia en la figura del cuidador.

1.1.4. Cambios en la mortalidad

Las modificaciones en las enfermedades y causas de muerte están ocasionando un cambio epidemiológico global. Las enfermedades crónicas y degenerativas están sustituyendo a las infecciosas y parasitarias.

También están cambiando los patrones de mortalidad. A principios del siglo XX, el 30% de la mortalidad correspondía a las personas mayores, mientras que actualmente el 83% de los fallecidos en España se corresponden con mayores, lo que el Libro Blanco de la Tercera Edad denomina "homogeneización de las edades de muerte".

1.1.5. Nuevas estructuras familiares

Estamos asistiendo a importantes cambios en la estructura familiar, la reducción de los índices de natalidad ha terminado afectando al tamaño de los miembros de las unidades familiares, generándose el fenómeno de "verticalización". Este consiste en el aumento de las familias con más generaciones y menos extensas. Estos cambios van a generar profundas modificaciones tales como el apoyo de parientes, el incremento de las relaciones intergeneracionales, aumento de las redes de voluntariado, etc.

La verticalización afecta al tipo de convivencia, creando en la actualidad una tendencia a mayor autonomía residencial. A estos cambios familiares hay que sumar las nuevas estructuras matrimoniales, en 1970 teníamos en España un 49% de mayores casados y un 39,4% de viudos, escasos índices de separados o divorciados, mientras que en 2010 la tasa de casados asciende al 62,0%, 29,7% viudos, 6% solteros y 2,3% divorciados. Este fenómeno incide en la longevidad de nuestra población, los casados tienen menor mortalidad mientras que viudos y solteros tienen tasas más altas.

1.1.6. Datos demográficos básicos de la dependencia

Un efecto importante, asociado al aumento de la longevidad, es el incremento de las tasas de dependencia. Esto implica una mayor demanda de cuidados especiales y

cuidados de larga duración con importantes consecuencias a nivel de seguridad social, sanitarias y económicas en general. Podemos analizar algunos datos sobre la realidad de los años 2011-12 vinculados a la dependencia.

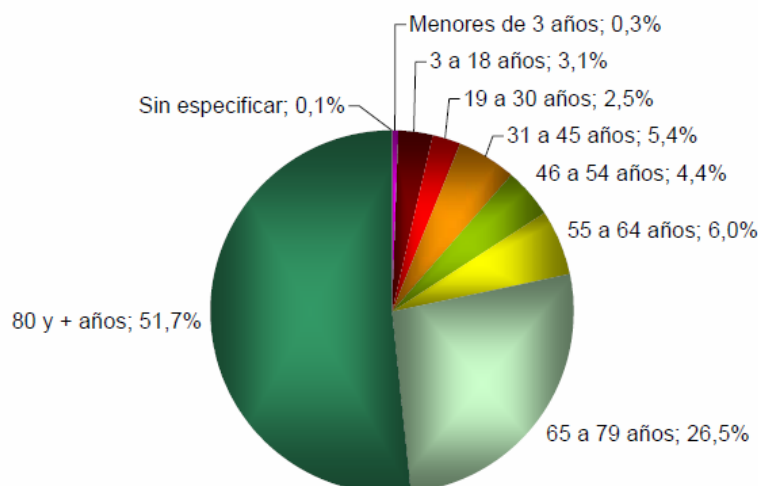
- ¿Quién solicita la dependencia?

Según el IMSERSO, los solicitantes se corresponden en un 65,4% con mujeres y 34,4% de hombres. El perfil general de la persona beneficiaria es una mujer con más de 80 años.

- ¿A qué edades se suele solicitar?

Mayoritariamente apreciamos que el segmento de 80 y más años es el que más demanda estas ayudas, lo que equivale a un 51,7% del total, le sigue el intervalo de 65-70 años con un 26,5% y el de 55 a 64 años con un 6,0%.

Gráfico 3. Perfil de las personas solicitantes de la ayuda de dependencia



Fuente: SAAD-IMSERSO (2012)

- ¿Qué prestaciones se ofertan?

Las prestaciones que se ofertan varían entre las diferentes Comunidades Autónomas. En el catálogo general de servicios encontramos (Ley 39/2006):

- 1) Prevención, dependencia y promoción de la autonomía personal
- 2) Teleasistencia
- 3) Ayuda a domicilio
- 4) Centros de día/noche
- 5) Atención residencial
- 6) Prestación económica (P. E.) vinculada al servicio
- 7) P. E. para cuidados en el entorno familiar
- 8) P. E. de asistencia personal

Si nos centramos en los datos de Andalucía comparativamente con el resto de las comunidades, a fecha de 1 de enero de 2012, Andalucía se sitúa como la comunidad que más solicitudes ha realizado, con un 25,7% del total. Centrándose en los tipos de prestaciones, Andalucía se coloca a la cabeza en prestaciones de “Teleasistencia” con un 51,8%, “Ayuda a domicilio” con un 43,0% y “P.E. para Cuidadores Familiares” con un 26,2%. También se utilizan recursos como “Centros de día/noche” con un 20,4%, “Atención residencial” con un 16,5% y “P.E. vinculada de servicio” con un 6,1%. Sin

embargo, el uso de las prestaciones “P. E. de asistencia personal” y “Prevención, dependencia y promoción de la autonomía personal” es muy bajo.

1.2. Tendencias futuras del envejecimiento y la dependencia

1.2.1 Características y evolución de la población actual

Como consecuencia del cambio abrupto en la estructura poblacional a consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el número de personas en situación de dependencia experimentará también un crecimiento exponencial, al menos entre la población mayor de 65 años.

La verticalización en la familia, que ya se observa en la actualidad y que se acrecentará en las próximas décadas, traerá como consecuencia la disminución en el número de cuidadores informales disponibles en la familia para el cuidado de las personas dependientes. Hecho aumentado por la incorporación al trabajo de las mujeres en las próximas generaciones, disminución del número de nacimientos y la movilidad en los puestos de trabajo.

También es importante tener en cuenta el aumento en la tendencia entre las personas mayores a vivir de manera independiente de los hijos, rechazando mudarse a casa de éstos, lo que dificultará que un familiar actúe como cuidador informal si el mayor es dependiente.

Las consecuencias económicas del aumento de esta población supondrán una disminución de los recursos sociales, contrapuestos a la necesidad de más plazas de alojamientos, especialmente para cuidados de larga duración, y a la vez transformar las residencias actuales en centros sociosanitarios de corta y media estancia.

Muchos de estos cambios son el gran desafío social de los próximos años. Junto a ellos habrá que trabajar otra área muy concreta, el de la persona, aprender a envejecer y buscar nuevas formas de adaptación.

1.2.2. El envejecimiento y la búsqueda de nuevas formas de adaptación

Hemos indicado la necesidad de cambiar muchas estructuras sociales para hacer frente a la nueva realidad del envejecimiento y la dependencia que se nos avecina. Hagamos un análisis del primer eslabón que debe adaptarse a las nuevas formas sociales, el de la persona. En última instancia la influencia del medio ambiente, de los centros de corta o larga estancia, pasa por la valoración que de los mismos tenga la persona, por la percepción de ésta. De ahí la importancia de trabajar en lo que se ha dado en llamar "envejecimiento activo". No sólo debemos cambiar el medio ambiente, adaptarlo a los nuevos tiempos, sino también las formas de envejecer, y entre otras prioridades está la de aplazar la dependencia y optimizar muchos procesos de envejecimiento a través de programas de intervención. Hablar de nuevas formas de envejecer es hablar de nuevos estilos de vida y de hábitos saludables, conceptos multidimensionales que implican el cuidado del cuerpo, la nutrición, la actividad física, las actividades y estilos cognitivos, la interacción social, las relaciones intergeneracionales, etc.

Los estilos de vida son uno de los grandes definidores del proceso de envejecimiento. Hay estilos de vida generados por sujetos que aplican estrategias asimilativas consistentes en intentar prevenir las pérdidas o buscar actividades alternativas cuando se encuentran con determinados cambios, con eventos irreversibles vitales, etc., mientras que otros emplean estrategias acomodativas, es decir, ajustan sus metas, replantean sus expectativas para adecuarse a los cambios funcionales, psíquicos

y sociales que conllevan los cursos vitales, y en esta línea la actitud que se asuma frente a la muerte, frente al envejecimiento, es fundamental.

1.2.2.A. ¿Cuándo entiende nuestra población que ha entrado a la vejez?

El deterioro de la salud es la opción más elegida por nuestros mayores, seguida de la edad y el deterioro intelectual. Aquí hay un importante cambio, en un pasado el envejecimiento iba muy asociado a la jubilación; en la actualidad, debido a la mayor esperanza de vida y a la mejora en su calidad, la jubilación tiene otra connotación y no la del final ciclo vital. En cuanto a la edad, las principales causas por las que las personas mayores consideran que han entrado en esta etapa son dos, tener más de 70 años u otras causas distintas a la edad. Entre estas segundas, la opción por su forma de vida, presenta un índice elevado.

1.2.2.B. ¿Qué consideran más importante las personas mayores para mejorar su calidad de vida?

Más de la mitad de las personas mayores de 65 años considera que es necesario mantenerse activo. Hay un porcentaje mucho menor, que no alcanza el 20%, de aquellos que creen que es necesario tener buenos servicios sociales y sanitarios. Precisamente esta línea de mantenerse "activos" se correlaciona con toda la dinámica de envejecimiento saludable, entendida por la OMS como proceso por el cual se pretenden optimizar las oportunidades para el bienestar biofísico y mental.

Respecto a las cualidades que mejorarían la calidad de vida de las personas mayores, el 31% de los mayores consideran que unos buenos servicios sociales y sanitarios serían el primer aspecto a considerar y más importante. Le siguen los ingresos económicos con algo más del 22%.

En conclusión, se podría considerar que aquellos aspectos que mejoran la calidad de vida de las personas mayores por orden de importancia son: en primer lugar, mantener activo; en segundo lugar, tener unos buenos servicios sociales y sanitarios; en tercer lugar, tener buenos ingresos económicos; y en cuarto y quinto lugar, se encontrarían tener una vivienda buena y cómoda y mantener buenas relaciones.

1.1.2.C. ¿Qué realizan actualmente en su tiempo libre?

En la Tabla 1 se muestran los datos de las actividades que realizan en su tiempo libre los mayores de 65 años. Predomina ver la televisión, con una gran diferencia sobre las demás, tanto en los días laborables como en fines de semana. Observamos que las actividades que con más frecuencia se realizan son las que menos movilidad física requieren como la mencionada anteriormente, y leer o escuchar la radio. Pasear, hacer ejercicio o gimnasia tienen muy buenas cifras superando incluso el escuchar la radio y leer, pero siempre en menor número que ver la televisión.

Por lo tanto, en España nuestra población mayor lleva una vida sedentaria y, en general, con pocas relaciones sociales.

Tabla 1. Actividades que realiza en su tiempo libre, año 2007

	Días laborables	Festivos y fines de semana
Ver la televisión	80.2	71.9
Escuchar música	10.3	6.9
Escuchar la radio (no programas de música)	26.3	19.0

Leer (prensa, libros, etc.)	25.7	21.7
Hacer trabajos manuales	13.8	7.9
Asistir a espectáculos (cine, teatro, conciertos, etc.)	1.4	2.2
Ver alguna exposición (pintura, fotografía, etc.)	2.2	2.4
Jugar con el ordenador en casa	0.2	0.2
Jugar con la videoconsola	0.0	0.2
Navegar por Internet	1.6	1.0
Pasear, hacer ejercicio, deporte, gimnasia	50.0	47.6
Salir a 'tomar algo' con pareja/familia	8.3	21.5
Reunirse con amigos fuera de casa	16.0	26.1
Jugar con los hijos	1.0	1.6
Otras actividades	12.8	13.4
N.S.	0.2	0.2
N.C.	0.4	1.2

Fuente: IMSERSO (2007)

1.1.2.D. ¿En qué nivel se sitúan actualmente las actividades educativas en los mayores?

El número de personas mayores que participan en actividades educativas es muy bajo. La mujer se sitúa en primer lugar en comparación con el hombre con un 10,5% y 5,1% respectivamente.

El tiempo dedicado a la educación (Tabla 2) y aprendizaje es escaso, evidentemente los ciudadanos mayores de hoy y los que vendrán irán modificando estos niveles, pues las actividades educativas son aspectos básicos del envejecimiento activo, que permiten mejorar su imagen social y mantener la mente trabajando a lo largo de toda la vida. Por ejemplo, el aprendizaje de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (NTIC) va a suponer un importante avance como medio de aprendizaje, como forma de comunicación, como medio para buscar información, como una herramienta para personas en situaciones de dependencia, lo que repercutirá en el bienestar psicológico y calidad de vida.

Tabla 2. Participación en actividades de educación, año 2007

	Participan en actividades Educativas	Educación No Formal	Número medio de horas*	Aprendizaje informal Autodidactas
Total	8,0	7,4	116,4	14,4
Varones	5,1	4,9	101,8	14,1
Mujeres	10,5	9,6	122,5	14,7

Fuente: IMSERSO, 2007

1.3. Sugerencias para enfrentarse a los nuevos cambios sociales

1.3.1. La necesidad de elaborar un proyecto de vida

Posiblemente la medida prioritaria para organizar los estilos de vida sea la de elaborar un buen proyecto vital. Este proyecto podríamos condensarlo en una imagen, “elaborar un camino”, pero no comenzar a la deriva, sino con una meta, y a lo largo del ciclo vital ir reorientándolo, generando nuevos senderos, atajos, rutas, veredas y cañadas. Un camino que de vez en cuando se irá perdiendo en un desierto (busca de

nuevas orientaciones), a veces parecerá culminar en un acantilado (enfrentamiento a pérdidas que nos llevan a creer que todo acabó) y otras terminará en eventos positivos . A continuación definimos cada una de estas fases.

1.3.1.A. Primera fase: autoconocimiento.

El primer camino debe ser el conocimiento de sí mismo, de lo que somos, de nuestros deseos. Y esos deseos nos llevarán a los derroteros de la búsqueda de la felicidad y la realización personal.

A nivel cognitivo tradicionalmente se hablaba de declive y deterioro asociado al envejecimiento. En la actualidad, después de numerosas investigaciones, sabemos que el tema es mucho más complejo, podemos hablar de ganancias y pérdidas, de mantenimiento, de optimización, de plasticidad, vinculadas a los procesos adaptativos de la persona. Es importante que la persona conozca estas posibilidades, estas limitaciones y las estrategias de afrontamiento vinculadas a una serie de factores personales y macro-contextuales. Y sobre todo que acepte que las posibilidades de aprendizaje están presentes a lo largo de toda la vida.

A nivel emocional es importante que el sujeto conozca esta realidad, su propia realidad, en la medida que las emociones son un filtro de nuestra percepción del mundo y de nosotros mismos, la autorregulación emocional afectiva es un elemento básico, así como el conocimiento de las estrategias de afrontamiento para superar situaciones difíciles a nivel físico, ambiental o social.

En esta línea Moos afirmaba que el afrontamiento de los problemas (*coping*), puede ser considerado con la interrelación entre las circunstancias ambientales, los recursos personales y su impacto en el modo en que los individuos afrontan las transiciones y las crisis a lo largo del ciclo vital.

Si observamos la población mayor española nos encontramos con diversos sentimientos negativos. El 33,2% de los mayores en España se sienten cansados en todo o en buena parte del tiempo. El 24,1% sienten que han dormido inquietos y el 24% tienen la sensación de que le cuesta mucho hacer cualquier cosa. Además más del 12% se sienten a menudo tristes, deprimidos, solos o sin ánimos, como consecuencia muchas veces de la denominada "soledad social". Entre el 60% y el 70% de los mayores en España que están casados tienen el tiempo bastante ocupado a pesar de no tener demasiadas obligaciones. Lo que demuestra el "gran poder" de vivir en pareja.

Debemos conocernos a nosotros mismos y manejar las estrategias de afrontamiento al enfrentarnos a problemas propios o al contexto que nos rodea, y aún algo más importante, debemos encontrar el sentido de nuestra propia vida, porque cada persona construye su propio camino. El hombre puede, aún en los momentos extremos, encontrar su propia senda cuando alcance la fase de sabiduría, lo que se ha dado en llamar segunda fase.

1.3.1.B. Segunda Fase: conocimiento descontextualizado.

La segunda fase marca el momento de comprender que, cuando iniciamos una vida, alguien enciende en nosotros una llama inaugurando unos juegos, los de nuestra propia olimpiada, y habrá que aceptarlos y ver la dimensión holística de la misma.

Los estilos de vida son los grandes definidores de nuestro proceso de envejecimiento, pero necesitan una organización, un plan de trabajo con unos fines muy perfilados, de manera que organicemos nuestro proyecto vital, un plan que generara unos estilos de vida y a su vez condicionaran nuestro envejecimiento bio-psico-social.

No olvidemos que al final es el individuo el agente de su propio envejecimiento, y que hay tantas formas de envejecer como seres humanos. En esta línea merecen

potenciarse todas las actividades que favorezcan el envejecimiento activo y la prevención de las enfermedades y discapacidad, evitando entre otros riesgos la soledad. Pero a su vez necesitamos también nuevas estructuras sociales que se adapten a estas necesidades, económicas y sociales que favorezcan la adaptación.

1.3.2. La necesidad de nuevas directrices sociales

El hombre envejece en un medio evolutivo y, para afrontar los rápidos cambios de su entorno y el aumento de la dependencia, será necesario planificar nuevos contextos sociales para hacer frente a esas demandas.

Posiblemente una importante línea de sugerencias para afrontar esas nuevas necesidades analiza las tendencias sociodemográficas y las directrices dadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Unión Europea en relación con la atención que requerirán en los próximos años las personas mayores 80 años, que pasarán en nuestro país de los dos millones y medio actuales, a los más de cinco millones y medio en el 2040, generando especialmente cuidados de larga duración. La nueva realidad supondrá cambios y alternativas como el modelo “*housing*” utilizado en el ámbito anglosajón, y otros modelos de alojamiento empleados en EE.UU o países Nórdicos. Para nuestro país propone tres líneas de actuación:

1. Ir cambiando el modelo en aquellos centros actuales cuyas características ambientales lo permitan.
2. Convertir las residencias ya existentes, especialmente las que cuentan con mejores medios y dotaciones de infraestructura, en centros sociosanitarios de corta y media estancia íntimamente vinculados con los sistemas de salud, en donde se concentrará la mayor demanda en un futuro.
3. Diseñar nuevos centros orientados a favorecer la salud integral, un bienestar que parta de la atención personalizada.

2. LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SANITARIA

Los estados de discapacidad y dependencia a los que se ve abocada una parte importante de la población a lo largo del ciclo vital suelen ser provocados por la interacción de una compleja serie de factores que combinan, de forma variable, severas disfunciones orgánicas y psicológicas, habitualmente resultado de graves enfermedades crónicas o trastornos incapacitantes, asociadas a carencias diversas como la soledad, la falta de recursos materiales o las barreras arquitectónicas. Estas derivan en la necesidad absoluta de ayuda externa para que el individuo que las padece, habitualmente mayor, pueda subsistir dignamente con un mínimo de calidad de vida.

2.1. Concepto y valoración de la dependencia

El Consejo de Europa define la dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Informe del consejo de Europa, 1998). La dependencia afecta a las personas que por limitaciones de su capacidad física, psíquica o sensorial, necesitan apoyo para realizar las actividades habituales de cada jornada, desde levantarse de la cama, asearse y comer, hasta ir a la piscina o acudir a una fiesta vecinal.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son todas las conductas que una persona ejecuta cotidianamente para vivir de forma autónoma e integrada en su entorno familiar, en su medio ambiente, y para cumplir su papel social. La dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que por motivos relacionados con la ausencia de autonomía tienen necesidad de asistencia personal para efectuar los actos habituales de cada día (AVD), especialmente los relacionados con el cuidado personal.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son las actividades que realiza la persona encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le permiten autonomía e independencia elementales, permitiéndole vivir sin ayuda de otros.

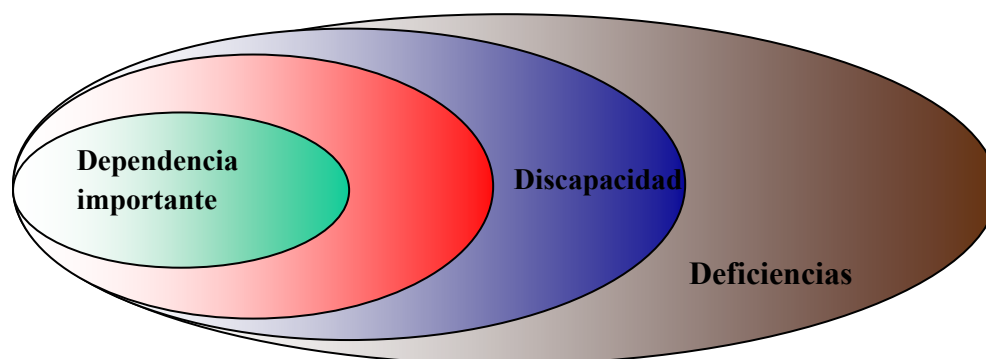
Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) son las actividades complejas y elaboradas que tienen que ver con el medio físico y el entorno social permitiendo un rol humano, familiar, social y laboral.

Hay una importante relación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y dependencia, llevando una situación a la siguiente. Una limitación, enfermedad o deficiencia física o psíquica puede causar o llevar a la discapacidad y ésta hacernos dependientes (Figura 1).

Es dependiente la persona que no puede, no sabe o no quiere, hacer o realizar una actividad.

Figura 1. Deficiencia, discapacidad y dependencia



2.1.1. Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Los principales cuestionarios para valorar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son:

El Índice de Barthel que valora:

- Ocho actividades: alimentación, vestido, aseo personal, lavado, deambulaci3n, transferencia, uso de WC y subir/bajar escaleras
- 2 funciones corporales: micci3n y defecaci3n

El Índice de Katz que valora:

- 5 actividades: ba1o, vestido, uso WC, alimentaci3n y transferencias
- 1 funci3n corporal: continencia

Tiene la posibilidad de a1adir otro apartado no especificado

La Escala de Incapacidad F3sica de la Cruz Roja que valora:

- Marcha, actos de la vida diaria, continencia y capacidad de autocuidado.

2.1.2. Valoraci3n de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Los cuestionarios para valoración de las AIVD son más sensibles para valorar la situación del mayor que vive en la comunidad, se correlacionan con el estado cognitivo y están influenciadas por estado afectivo y el entorno social. Los principales cuestionarios para medir estas actividades (AIVD) son:

La Escala de Lawton y Brody:

- Consta de ocho ítems, cada uno de los cuales plantean varias posibilidades, atribuye 1 punto a las independientes y 0 a las dependientes. Es muy apropiada para su aplicación a mujeres
- El Índice de Lawton nos mide las actividades de la vida diaria instrumentales, usar el teléfono, manejar el dinero propio, preparar la comida. Es más útil que las AVD básicas para detectar los primeros grados de deterioro en una persona

La Escala OARS:

- Contiene una sección de AVD físicas que valora el acto de comer, vestirse, acicalarse, andar, meterse y salir de la cama, llegar al aseo a tiempo y continencia, sobre una escala de tres puntos basada en la capacidad para realizar la actividad de modo independiente
- La Escala OARS recoge los siete ítems de las ABVD de Katz (bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo y añade andar y acicalarse). La diferencia radica en que el Índice de Katz se basa en la observación de un proveedor de asistencia sanitaria sobre el mejor resultado conseguido, mientras que la Escala OARS emplea el autoinforme del sujeto o un familiar

2.1.3. Valoración de las Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) exigen un amplio rango de funcionamiento y son a priori una de las más interesantes. Su abandono puede suponer el inicio del declive funcional y de la dependencia. Tienen el inconveniente de estar muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de vida, niveles económicos, etc. Se hace muy difícil construir cuestionarios que las recojan de una manera válida y fiable.

La valoración de la actividad física, dentro de estas actividades, es muy importante. Los estudios epidemiológicos constatan los beneficios de mantener una actividad física regular en cuanto al riesgo de morbilidad y de pronóstico funcional.

La medición de las AAVD nace como un intento de detección precoz del deterioro funcional. Las escalas existentes miden actividades físicas y sociales no esenciales para el mantenimiento de una vida independiente, realización de ejercicios intensos, deporte, trabajos, aficiones, viajes, participación en grupos sociales y religiosos, etc.

El concepto de AAVD engloba una serie de actividades especialmente complejas, segregadas de las actividades instrumentales. Las principales actividades evaluadas son:

- Actividades físicas: ejercicios intensos, trabajos
- Actividades sociales: aficiones, viajes, participación social (clubes, asociaciones, cofradías, partidos políticos, etc.)
- Actividades mixtas como el deporte

2.2. Enfermedad, envejecimiento y dependencia

A partir de un accidente o enfermedad grave quedan como secuelas limitaciones cognitivas (saber hacerlo) y/o funcionales (poder hacerlo) y/o emocionales (sentirse con

fuerzas para hacerlo). Estas limitaciones producen un déficit en el funcionamiento corporal con menor capacidad para realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). Si podemos compensar la limitación conservaremos la autonomía personal y la independencia para la realización de las ABVD y AIVD. Si la capacidad de participar está restringida la persona será dependiente (Figura 2).

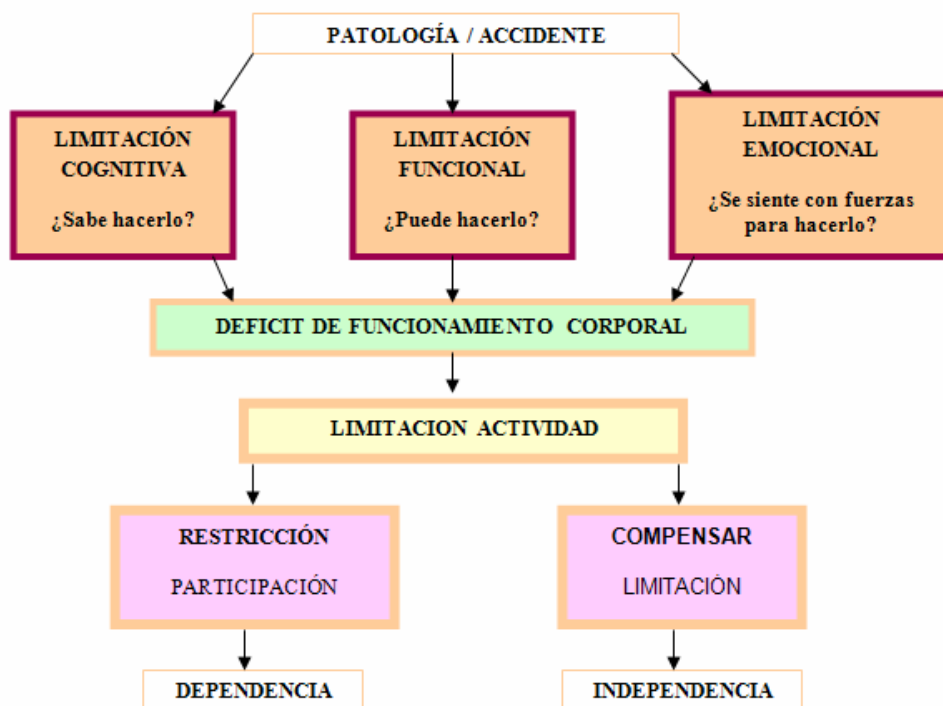
Los tres elementos principales para que exista Dependencia son:

- Existencia de una limitación física, psíquica e intelectual
- Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria
- Necesidad de cuidados por parte de un tercero

La dependencia supone pérdida de autonomía personal y esta va a afectar:

- Al individuo:
 - Le priva de la capacidad de elección y de decidir por sí mismo.
 - Amenaza seriamente su autoestima personal.
 - Afecta su estado de salud.
 - La dependencia va anulando progresivamente al individuo como persona.
- Al entorno familiar:
 - Repercute negativamente en la salud física y psicológica de sus miembros.
 - Tiene consecuencias evidentes sobre la situación económica y laboral de los cuidadores no formales.
- Al entorno social:
 - Escasez de recursos.
 - Aumento continuo de la demanda.

Figura 2.- Dependencia/independencia



2.2.1. La dependencia, valoración e intervención

La valoración de la dependencia es muy necesaria para los profesionales de la salud por los siguientes motivos:

- La persona dependiente puede sufrir un proceso patológico agudo que precise asistencia sanitaria.
- Una enfermedad o problema de salud suele ser factor desencadenante o acelerador de dependencia en el anciano.
- Una oportuna cobertura y apoyo sociofamiliar evitaría, en muchas ocasiones, la sobrecarga de los centros sanitarios y el gran volumen de costes que ello implica.
- Una adecuada intervención médico-sanitaria en edades medianas de la vida puede prevenir la aparición de incapacidad en el mayor.
- En los casos de dependencia establecida hemos de intervenir de diversos modos:
 - Controlando la pluripatología y la inestabilidad clínica.
 - Manteniendo la capacidad funcional.
 - Realizando terapias rehabilitadoras, estimulación integral: física, cognitiva, social, etc.

La dependencia es un problema estrechamente relacionado con el envejecimiento y con la aparición de enfermedades crónicas en el mayor y especialmente con las enfermedades neurodegenerativas como las demencias. Hay una relación entre dependencia y envejecimiento progresivo. La edad media en el mundo es de 28 años y en España la edad media es de 40,1 años y se espera que para el 2050 crezca casi en 9 años (48,9 años). La tasa media de dependencia, calculada como el cociente, en tanto por ciento, sobre el número de personas de 20 a 64 años por cada persona mayor de 65 años, es del 13,3% en el ámbito mundial y del 27% en España (puesto número 17), aunque todas las previsiones indican que nuestro país será uno de los que tengan mayor tasa de dependencia en el futuro (Naciones Unidas, 2002).

La tasa de dependencia crece con la edad, a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para las actividades de la vida cotidiana. La dependencia es más alta en los analfabetos, en los viudos y en los que viven en hogares diferentes a los unipersonales, multigeneracionales y en pareja. En este tipo de hogar se recogen los casos de mayor severidad en el nivel de dependencia (INE, 2002).

La longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. En enero del 2011 el número de residentes en España era de 47.150819 habitantes, según el avance del Padrón Municipal del Instituto Nacional de Estadística, lo que supone un aumento del 0,3% respecto a los datos del 1 de enero del 2010. De estos, el 49,3% son hombres y el 50,7% mujeres. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 84,6 años, y los varones de 78,5 años (2009). Se encuentran entre las más altas de la Unión Europea. El grupo de edad de personas que tienen 65 años o más supera la barrera de los 8 millones (8,092853 mayores). La cifra se duplica si ampliamos la edad a mayores de 50 años (IMSERSO, 2009, 2010). El número de octogenarios representa el 5,1% de toda la población. Estas cifras tan altas de personas mayores influyen en la dependencia de manera que el número total de personas con alguna limitación que ha causado o puede llegar a causar dependencia supera los 3,8 millones, por encima del 9% de la población total (INE, 2008). Sin embargo, en la población mayor, el 33% presentan alguna dependencia y en los menores de 65 años menos del 5% presentan alguna dependencia.

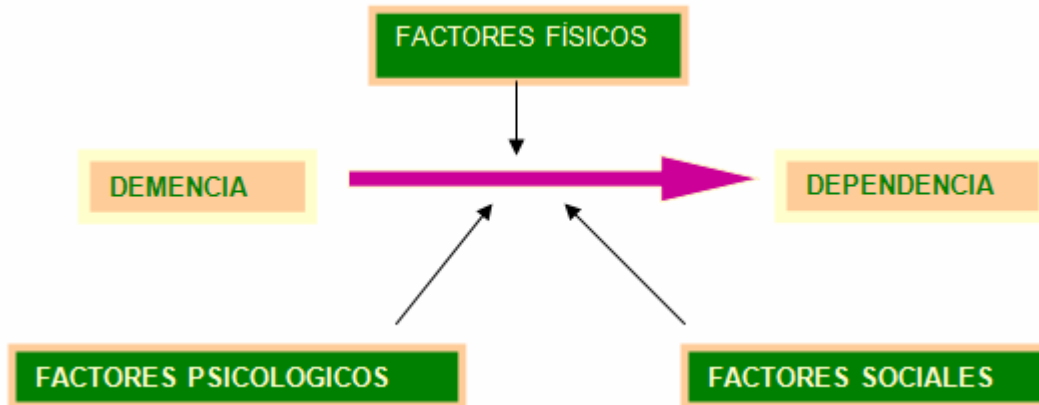
2.2.2. Factores agravantes de la dependencia

Son factores agravantes de la dependencia (Figura 3):

- Factores Físicos:

- Fragilidad física, el deterioro de los sistemas biológicos y los déficits sensoriales van a condicionar la morbilidad del paciente.
- Utilización de fármacos, los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas.
- Factores Psicológicos:
 - Trastornos mentales como la depresión.
 - Factores de la personalidad, las experiencias y aprendizaje a lo largo del ciclo vital condicionan las demandas y aceptación de ayuda.

Figura 3. Factores agravantes de la dependencia en la demencia



- Factores Sociales:
 - Ambiente físico, un ambiente físico estimulante y con las suficientes ayudas mejora la autonomía y seguridad.
 - Ambiente social, el contexto en el que se producen las enfermedades neurodegenerativas puede prevenir o potenciar la dependencia. Es muy importante el patrón de interacción cuidador-paciente.
 - Expectativas y estereotipos, un estereotipo negativo con respecto a las patologías neurodegenerativas puede llevar a una actitud protectora y esto priva al paciente de llevar una vida autónoma e independiente.

En España nos encontramos con un insuficiente desarrollo del gasto social y del estado de bienestar, escaso desarrollo de servicios públicos para la dependencia, insuficiente apoyo a las familias, alta tasa de accidentabilidad, muchos estereotipos sociales, nuclearización de la familia, incorporación de la mujer en el mercado de trabajo, aumento de la movilidad geográfica, más morbilidad y discapacidad entre los mayores, y fragilidad social y económica en los mayores de 80 años.

2.2.3. Grados de dependencia

Hablamos de varios grados de dependencia:

- Grado I. Dependencia moderada, están integradas en este grado las personas que necesitan supervisión y/o ayuda para realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día, y por un tiempo equivalente a 1 o 1,5 horas.
- Grado II. Dependencia severa, están comprendidas en este grado las personas que dependen de terceros para realizar varias ABVD, dos o tres veces al día y por un tiempo equivalente a 1,5 o 2,5 horas, pero no requieren la presencia permanente de un cuidador.
- Grado III. Gran dependencia, están comprendidas en este grado las personas incapaces de realizar la totalidad de las AVD, dependiendo completamente de la

asistencia de terceros, varias veces al día y por un tiempo equivalente a tres horas (INE, 2002, 2008; Real Decreto 504/2007).

2.3. Patologías neurodegenerativas. Demencias y dependencia

2.3.1. Las demencias como causa de dependencia

Las demencias, como causa de dependencia, son la patología modelo entre las enfermedades neurodegenerativas geriátricas. La prevalencia de demencia en los países europeos es del 6,4%. La enfermedad de Alzheimer (EA) supone el 60% de las demencias y su prevalencia se multiplica con la edad, en Europa podemos verla en la Figura 4

Figura 4. Prevalencia de la EA en Europa

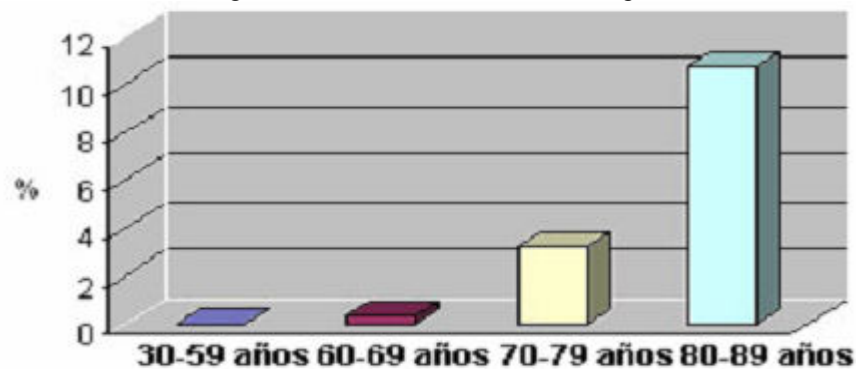
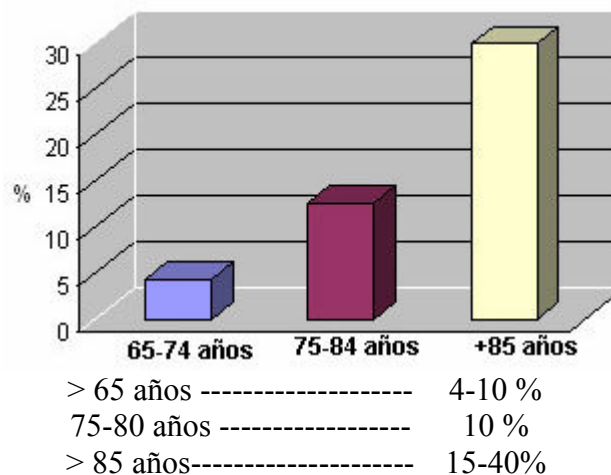


Figura 5. Prevalencia de demencia en España



Se estima que en la actualidad el número total de pacientes con demencia en España varía en torno a 800.000. La prevalencia de demencias en España por grupos de edad ronda del 4 al 40% (Figura 5)

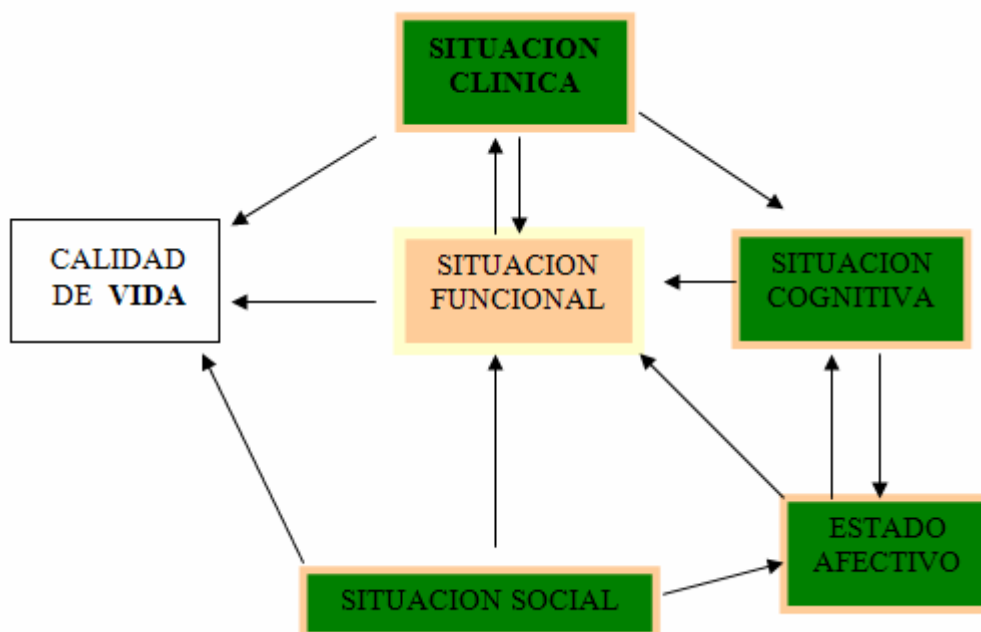
En España existen alrededor de medio millón de personas con demencia tipo Alzheimer, de las cuales unas 60.000 se encuentran en Andalucía. Un 90% de estos pacientes vive con sus familias y aproximadamente un 40% de ellos son dependientes totales.

Los criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV-TR nos indican que esta enfermedad ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa, es decir producir dependencia (OMS, 2001).

Para valorar el paciente con Demencia y conocer su Dependencia debemos realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI) (Figura 6) examinando y analizando

la historia clínica, la exploración, la entrevista personal, la entrevista a los cuidadores, el examen neuropsicológico y las pruebas complementarias (analíticas y radiológicas)¹⁶.

Figura 6. Valoración Geriátrica Integral (VGI)



2.3.2. Estadios evolutivos de la dependencia en el mayor con demencia. Cuestionario GDS

Para investigar el estadio clínico evolutivo actual de la demencia, valorando el grado de dependencia, utilizamos el cuestionario GDS de Reisberg. Realizamos la evaluación de las fases de deterioro desde la normalidad hasta las fases más graves (7 fases). Este cuestionario es muy utilizado para estudiar el nivel de dependencia

2.3.2.A. GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva. Normalidad

MEC de Lobo entre 30 y 35 puntos. Ausencia de enfermedad y de quejas subjetivas de memoria. Se corresponde con el individuo normal. Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica. No existe incapacidad o dependencia.

2.3.2.B. GDS 2. Disminución cognitiva muy leve

MEC entre 25 y 30 puntos. Quejas subjetivas de memoria, no evidencia de defectos de memoria en el examen clínico, no evidencia objetiva de déficit en el trabajo o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

1. Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
2. Olvido de nombres previamente bien conocidos.

No existe dependencia.

2.3.2.C. GDS 3. Defecto cognitivo leve o deterioro cognitivo ligero

MEC entre 20 y 27 puntos. Lenguaje conservado, desorientación en lugares desconocidos, alteraciones de memoria, trastornos de ansiedad-depresión de carácter discreto-moderado.

Primeros defectos claros, manifestaciones en una o más de estas áreas:

1. El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
2. Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
3. Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
4. Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
5. Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
6. Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
7. En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva. Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.

La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.

No existe dependencia en las tareas rutinarias (ABVD).

2.3.2.D. GDS 4. Deterioro cognitivo moderado o demencia ligera o leve

MEC entre 16 y 23 puntos, olvida acontecimientos recientes, olvidos sobre su historia personal, incapacidad para tareas complejas, se conserva orientación en persona y tiempo y reconoce familiares, hay déficit de higiene personal y autocuidado, aparecen alteraciones conductuales.

La persona mantiene su autonomía básica y precisa de supervisión en tareas complejas (Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1986).

Hay defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a. Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- b. El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- c. Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
- d. Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

1. Orientación en tiempo y persona.
2. Reconocimiento de personas y caras familiares.
3. Capacidad de desplazarse a lugares familiares.

La negación es el mecanismo de defensa dominante. Hay disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

Existe una dependencia leve. Precisa supervisión en las ABVD. En estos pacientes se utilizará como base de actuación las capacidades preservadas y la reserva cognitiva de la persona.

2.3.2.E. GDS 5. Deterioro moderado-grave, demencia moderada

MEC entre 10 y 19 puntos, olvida aspectos relevantes de su vida, desorientación grave temporoespacial. Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos. Es independiente para aseo, precisa supervisión para comida y precisa ayuda para elegir su ropa, puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

Presenta síntomas de gravedad moderada y moderadamente grave, con dependencia de un cuidador para realizar sus actividades cotidianas y rutinarias. No recuerda detalles de su vida como el teléfono de muchos años o la dirección, tiene problemas de evocación, dificultades de atención incluso para restar de 2 en 2 o decir

los meses del año, lenguaje pobre hablado y escritura con faltas, problemas de cálculo en restas y problemas para elegir la ropa.

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. No recuerda los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc. Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar y domicilio. Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos. Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

El enfermo es dependiente para la mayor parte de las actividades. En la rehabilitación se ha de trabajar con los aspectos básicos de cognición, simplificando los ejercicios y haciéndolos más rutinarios. Además se ha de abordar de forma más exhaustiva la orientación a la realidad.

2.3.2.F. GDS 6. Deterioro cognitivo grave, demencia moderadamente grave

MEC entre 0 y 12 puntos, grave desorientación, recuerdos fragmentados, incontinencia, no sabe usar objetos comunes, dependiente de sus cuidadores para las ABVD, alteraciones conductuales y psicológicas.

Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

- a. Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- b. Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- c. Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario
- d. Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- e. Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia delante.
- f. Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- g. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- h. El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- i. Casi siempre recuerda su nombre.
- j. Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

1. Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
2. Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
3. Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
4. Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.
5. Hay una dependencia severa.

2.3.2.G. GDS 7. Deterioro cognitivo muy grave, demencia grave

MEC de 0 puntos, impracticable, grave pérdida del lenguaje, grave pérdida de las capacidades motoras, disfagia.

Se corresponde con una demencia en estadio grave:

- a. Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- b. Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

- c. Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulaci3n.
- d. El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales (APA, 2001).
- e. Existe una dependencia total.

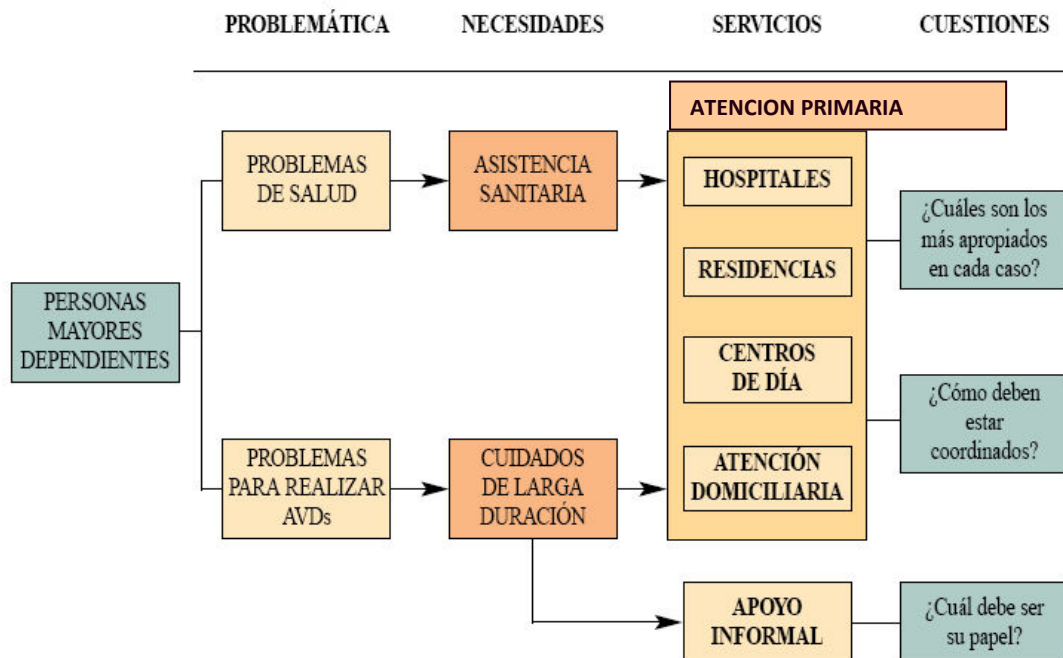
3. LA INTEGRACI3N SOCIOSANITARIA DE LA DEPENDENCIA

3.1. Principales 3reas de actuaci3n

En sntesis, nuestra propuesta abarca dos 3reas b3sicas de actuaci3n, la de los niveles formales, institucionales, que generen espacios donde poder desarrollarse y la labor personal que lleve al individuo a enfrentarse con un nuevo sistema de envejecimiento, activo, personal, satisfactorio.

En 3ltima instancia el individuo debe asumir una visi3n global del ciclo vital y de su entorno, a partir de un proyecto de vida en donde le pueden orientar los profesionales, siendo decisiva la libertad de decisi3n personal. En esa elecci3n libre est3 ya implicada la actividad, un factor b3sico para potenciar la autopercepci3n, la implicaci3n social, las relaciones en el campo familiar. Estas relaciones no parten de los antiguos esquemas familiares, sino de esa familia vertical, de las relaciones intergeneracionales, de la capacidad de implicarse en nuevos sistemas educativos, de participar en proyectos innovadores, de la b3squeda de la calidad de vida; en definitiva, de ser artfices de su propia vida, y a la vez incidir en la necesidad de que la sociedad genere nuevos espacios para atender esas demandas.

Figura 7. Planificaci3n de la atenci3n a las personas mayores dependientes



La valoraci3n del enfermo dependiente, especialmente la del mayor con enfermedades neurodegenerativas, nos permite conocer en que medida es necesaria la ayuda de otra persona, planificar los cuidados, valorar la posible sobrecarga del cuidador, valorar el riesgo de institucionalizaci3n, gestionar la asignaci3n de recursos y realizar la coordinaci3n entre servicios (Figura 7).

Las demencias son el paradigma de patología biopsicosocial que precisa de una intervención integral multidisciplinar. Como en las enfermedades y grandes síndromes geriátricos, hemos visto que según avanza la enfermedad del mayor aumenta el grado de dependencia. Las ayudas deben ir dirigidas a que el paciente mayor dependiente esté lo más cómodo posible. Aprender a comunicarse con él, entendiendo sus gestos, utilizando comunicación verbal y no verbal. Intentar adaptar la casa a la nueva situación (camas articuladas, barras de sujeción, eliminar objetos punzantes o cortantes y barreras arquitectónicas) o plantearse el llevar al paciente a un centro asistido. En ocasiones son necesarios muebles adaptados, sillas de ruedas u otros utensilios para facilitar el desplazamiento o la higiene del paciente. Hay que poner sistemas de seguridad para el gas, los objetos peligrosos, tóxicos a su alcance, etc. Añadir asideros a las paredes del baño, sustituir la bañera por ducha, suprimir muebles o alfombras, etc. Es útil identificar al paciente por si se pierde (APA, 2001), haciéndole llevar en la cartera su nombre y su dirección, o con placas colgadas al cuello en las que ponga su nombre y un teléfono de contacto. Hay nuevos dispositivos, de identificación y localización, como el reloj localizador con GDS. Es muy importante ponerle ropa cómoda, adaptada a la estación, y vigilar su higiene personal.

3.2. Recursos sociosanitarios para el mayor dependiente

Los principales recursos sociosanitarios para el mayor dependiente deben abarcar:

- a) La atención residencial, que comporta alojamiento, continuado o temporal, sustitutivo del hogar.
- b) La atención diurna, que ofrece cuidados personales, actividades de promoción y prevención o aplicación de tratamientos de forma ambulatoria.
- c) La atención domiciliaria, consistente en ofrecer un conjunto de atenciones a personas o familias en su propio domicilio, para facilitar su desenvolvimiento y permanencia en su entorno habitual.
- d) La teleasistencia, cuyo soporte instrumental facilita una atención y apoyo personal y social continuos, permitiendo la detección de situaciones de crisis y la intervención inmediata en las mismas.
- e) Servicio de manutención, que consiste en proporcionar alimentos preparados para su consumo, ya sea en locales de atención colectiva o en el propio domicilio del usuario.
- f) Ayudas instrumentales que permitan mantener la autonomía de la persona para desenvolverse en su medio.
- g) Las ayudas que se establezcan como respuesta a la evolución en las necesidades de la población y de los avances en las formas de atención sanitaria.

3.3. Funciones asistenciales en los mayores dependientes

Hemos de realizar las funciones asistenciales en los mayores dependientes y para ello utilizaremos la red de centros sociosanitarios:

- Atención primaria de salud, donde se inicia la atención sanitaria, se resuelven gran parte de los problemas de salud y se debe garantizar la continuidad de la atención en estos enfermos dependientes.
- Atención ambulatoria especializada, que consiste en la realización de actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que superen las posibilidades de asistencia de la atención primaria.

- Atención residencial en caso de no poder mantenerlos en el entorno familiar, como recurso temporal o definitivo
- Servicios de urgencias y de hospitalización. Entre estos, los recursos públicos sanitarios más demandados por parte de los familiares de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas son:
 - a. Diagnóstico de la enfermedad y fármacos específicos para cada patología. En el caso de las demencias, anticolinesterasicos, antipsicóticos, etc. Igualmente otros tratamientos médicos que requieran de prescripción facultativa, tanto para el enfermo como para su cuidador.
 - b. Diversas ayudas técnicas según las necesidades del mayor y la evolución de la dependencia, bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, fajas, calzado ortoprotésico, colchones antiescaras, protectores, ayudas para la audición, prótesis de cadera, de rodilla, de mama, etc.
 - c. Absorbentes recogidos por los familiares y con un número limitado en la prescripción.
 - d. Tratamientos dietoterápicos complementarios que incluyen aquellos complementos vitamínicos, proteínicos y de alimentación enteral, que el profesional facultativo valore necesario.
 - e. Ambulancias. para recogida a domicilio y envío a la red de centros médicos públicos o concertados, para asistir a rehabilitación, consultas externas, etc., ante la imposibilidad de acceder de otro modo o por otras circunstancias (González, Gutiérrez y Alarcón, 1998; Rodríguez, 2011).

4. CONCLUSIONES

Hemos planteado una realidad social y sanitaria de los mayores en la actualidad que aborda las dificultades como consecuencia de las múltiples transformaciones sociales derivadas del aumento de poblaciones mayores, a los desequilibrios de grupos, a los nuevos estilos de vidas, a los avances sanitarios, etc., factores vinculados en última instancia al fenómeno de la globalización que hace necesario la creación de nuevos espacios sociales, sistemas de apoyo económico y de atención, en definitiva, nuevos recursos para hacer frente al incremento de la población dependiente a la que nos vemos abocados en las próximas décadas, a potenciar lo que se ha denominado “el cuarto pilar del estado de bienestar”, mucho se ha avanzado y no menos cierto es que mucho queda aún por recorrer, pero como decía Séneca “Nadie es jamás tan viejo que después de un día no espere otro”.

5. BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2001). Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. Barcelona: Psiquiatría Editores SL.
- BALTES, P.B., FREUND, A.M., & LI, S.C. (2005) The Psychological science of human aging. En M.L. Johnson, V.L. Bengston, P.G. Coleman, y R.B.L. Kirkwood (eds), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: University Press.
- BAZTÁN, J.J., GONZÁLEZ, J.I., & DEL SER, T. (1994). Definición de Actividades de la vida diaria. En T. del Ser y J. Peña-Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp. 137-164). Barcelona: J.R. Prous Editores. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona.: J.R.Prous Editores.
- CASTELLÓN A. Calidad de vida y salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 216/00. Marzo-2001
- CASTELLÓN A. "¿Envejecer saludablemente?. Libro comunicaciones VI Jornadas Nacionales de Humanización de la salud. Calidad y Calidez con los mayores. Pags 37-46. (Madrid), mayo del 2001. Edita: Centro de Humanización de la Salud (A)

- CASTELLÓN A. Esperanza de vida y hábitos saludables. Revista SEMER. Vol. III. Nº 1. Enero 2004 pags 65-66 (A)
- CASTELLÓN A. , GÓMEZ ARQUES MA Y MARTOS MARTÍN A. Calidad de vida autopercebida en los mayores. Revista Residential. Año X. Nº 41. Abril-Junio 2004. Pags 35-42 (A)
- CASTELLÓN SÁNCHEZ DEL PINO A., CASTELLÓN RUBIO V. E. Aspectos Sanitarios de la dependencia. SEMER. Vol. III - nº 13: 48-55. Enero-Febrero 2012 (A)
- GONZÁLEZ, M.J.I., GUTIÉRREZ, J., & ALARCÓN, M.I. (1998). Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención del anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 33, 115-20.
- IMSERSO. (2010). Encuesta a personas mayores de 65 años. www.Imserso.es
- IMSERSO. (2007). Las personas mayores en España. Informe 2006. IMSERSO: Madrid.
- IMSERSO. (2009). Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2009. Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias, nº 43. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Madrid.
- IMSERSO. (2009). Las personas mayores en España. Informe 2008. IMSERSO: Madrid.
- INE. (2002). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados detallados
- INE. (2008). Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)
- INFORME DEL CONSEJO DE EUROPA. (1998). Recomendación numero R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- MOOS, R.H. (1986) Coping with life crises. An integrated approach. Nueva York: Plenum Press.
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid. IMSERSO.
- NACIONES UNIDAS. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, 8-12 de abril.
- REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006. BOE nº 96, de 21 de abril de 2007
- REISBERG, B., FERRIS, S.H., DE LEÓN, M.J., & CROOK, T. (1986). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia (GDS). Am J Psychiatry, 139, 1136-9.
- RODRÍGUEZ, P. (2011) Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Documento Fundación Pilares.
- RUBIO, R. (2004). La distribución del tiempo como generadores de los estilos de vida que influyen los procesos de envejecimiento. En N. Yuste, R. Rubio y M. Aleixandre, Introducción a la Gerontología. Madrid: Ediciones Pirámide.
- RUBIO, R., & ALEIXANDRE, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Revista multidisciplinar de Gerontología, 11(1), 23-28.
- RUBIO, R., PINEL, M. & RUBIO, L. (2010). La soledad en los mayores. Una alternativa a la medición a través de la escala Este. Madrid: Portal Mayores.
- RUBIO R., PINEL M., & RUBIO, L. (2011). Envejecimiento activo. Libro Blanco, Capítulo XIV. IMSERSO: Madrid.
- SAAD-IMSERSO (2012). Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de enero de 2012. IMSERSO: Madrid.