



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 17 No. 2

Junio de 2014

PERSPECTIVA SISTÉMICA DEL CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Lucía Pérez Sánchez¹, Roberto Oropeza Tena², Judith López Peñaloza³,
Cecilia Colunga Rodríguez⁴

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Doctorado Interinstitucional de Psicología
México

Resumen

Uno de los retos más comunes que las familias deben enfrentar, es sin duda el momento cuando los padres en la edad adulta tardía se convierten en frágiles y dependientes debido a una enfermedad que requiere de su atención y cuidado especial. Los padecimientos que causan deterioro mental, físico o dolor constante, como en el caso de las enfermedades crónicas, son los más difíciles de sobre llevar, constituyendo un problema que requiere de respuestas adecuadas. Los hijos de padres de edad avanzada son lo que frecuentemente se harán cargo de esta demanda de cuidado y manutención, momento de vida en que generalmente se enfrentan a exigencias dispares de crianza de hijos propios y presiones económicas, tornando el problema aún más complejo, pero a la vez posibilita la oportunidad para explorar nuevas formas de intervención. El siguiente artículo tiene como propósito presentar la visión de la familia con adultos mayores en su interior y su relación con el cuidado y calidad de vida del adulto mayor.

Palabras claves: Familia, adulto mayor, calidad de vida.

¹ Profesora de tiempo completo en Universidad Autónoma de Nayarit. Doctorante en Psicología. Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: lucia@systemica.com.mx

² Profesor de tiempo completo en Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Doctorado en Psicología. Correo electrónico: schezo@yahoo.com

³ Profesora de tiempo completo en Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Correo electrónico: judlopez@yahoo.com.mx

⁴ Profesora tiempo completo en Universidad de Guadalajara. Doctora en ciencias de la Salud. Correo electrónico: dipsicologia@yahoo.com.mx

VIEW FROM THE FAMILY SYSTEM: LIFE QUALITY AND CARE FOR ELDERLY

Abstract

One of the most common challenges that families are sitting in front is definitely the time when parents of older stage become fragile and dependent due to an illness that requires attention and care. The conditions that cause mental impairment, physical or constant pain as in the case of chronic disease, are more difficult to carry on, a problem that requires appropriate responses. The children of aging parents often are what will take care of this demand for care and maintenance, that moment of life often face disparate demands of parenting their own children and economic pressures, making the problem even more complex, but possible while the opportunity to explore new forms of intervention. The following article aims to present the view from the family systems with elderly inside and their relationship with the care and quality of life of them.

Key words: Family, elderly, quality of life.

A pesar de que se reconoce la importancia de la participación de la familia como principal soporte en el cuidado del adulto mayor así como en los procesos de salud enfermedad, la atención que se da a los pacientes, y demás adultos mayores se realiza principalmente desde una postura biomédica individualizada, sin considerar al adulto mayor como parte un sistema familiar (Marrero, 1994; Muñoz, 2002). Las personas se desarrollan, aprenden hábitos, costumbres, estilos de interacción, y también se enferman y se curan en familia (Kanán, Caballero y Medellín, 2009).

Es la familia a quién socialmente se le adjudicó la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios o crisis que surgen tanto del exterior como del interior y que pueden modificar su estructura, y funcionamiento incidiendo en el bienestar que experimenta cada uno de sus integrantes.

Hacer un abordaje familiar sistémico en el cuidado y atención del adulto mayor enfermo, implica visualizar a la familia como favorecedora en el tratamiento y rehabilitación en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud que se derivan, pues facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico farmacológico, dieta, manejo del estrés, auto cuidado, además en los

casos que se haga necesaria la rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genere la incapacidad, es decir; brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos.

La atención sistémico familiar en contexto de la enfermedad expone la necesidad de replantear las intervenciones para los tratamientos que se realizan, atender la historia natural de la enfermedad, y lo más natural desde una perspectiva biopsicoecológicasocial, es la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001; Kanán, *et al.*, 2009).

Por otro lado desde esta perspectiva sistémica atender y cuidar a un adulto mayor dentro de su contexto familiar, refleja una necesidad de índole social, debido a los cambios estructurales y de funcionamiento a la que se enfrenta hoy en día la familia, como lo es el llamado fenómeno de la verticalización.

EL FENÓMENO DE LA VERTICALIZACIÓN FAMILIAR Y LA NECESIDAD DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL ADULTO MAYOR.

La familia no es una institución espontánea, ha estado presente en la historia de la sociedad y la organización sociocultural del ser humano. A medida que la sociedad se transforma, la familia por ende lo hace, no es raro que estemos ante ese mismo panorama hoy en día. Estos cambios obedecen a las tendencias sociodemográficas impactando en la conformación de la familia en el siglo XXI, principalmente por el incremento de la esperanza de vida, pues con la disminución de la natalidad se extiende la vida de los sujetos a edades mayores, poniendo a la familia en el campo de la discusión de los problemas que estas transformaciones al interior y exterior de la familia experimentan (Bazo, 2000).

A su vez los cambios demográficos han dado la posibilidad para producir modelos diversos en las estructuras familiares y en los roles intergeneracionales. Estos condicionamientos o factores normativos debidos al tiempo histórico, también responden a un tiempo social, que interactúan de manera unísona, promoviendo cambios en el ciclo vital familiar con beneficios y desventajas (Neugarten, 1999).

Así entonces tenemos que la estructura de la familia de este siglo, derivado de los cambios demográficos, manifiesta la aparición de un fenómeno peculiar por primera vez en la historia de la humanidad, conocido como la verticalización familiar; este suceso representativo de nuestra época, hace referencia a la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, que deberán contener, cuidar y atender en su seno cada vez a más personas mayores (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos) y en la que existirán menos miembros jóvenes (producto de la disminución de la natalidad) que se puedan responsabilizar de ellas (Grassi, 1998; Salvarezza, 1998).

Para explicar mejor a lo que se refiere este fenómeno, diremos que con el proceso de envejecimiento de la familia, que caracteriza a la sociedad contemporánea, aparece una crisis a la que deberá enfrentar el sistema familiar, por crisis se refiere al proceso de cambio, este trance está caracterizado por la superposición de varias generaciones con necesidades y demandas distintas (Fierro, 1994; Vellas, 1996).

La familia multigeneracional, como también es denominada, requerirá de diversos recursos para enfrentar el estrés que produce el cuidar a padres envejecidos. Este tipo de familia en su proceso, va produciendo cambios en su estructura: tipo de convivencia, edades de independización, quienes se quedan para cuidar a los miembros más viejos, etc. Estos cambios acarrear transiciones que producen cambios generadores de estrés, aunque no todo cambio se vive en la misma intensidad, hay crisis moderadas y otras de mayor intensidad (García, 2005).

La familia multigeneracional no tiene una estructura homogénea, por lo contrario es una familia con una estructura compleja en la que alberga a tres, cuatro o más generaciones que deben adaptarse simultáneamente a distintos cambios en el ciclo de vida familiar. La estructura de esta familia no sólo ha cambiado sino que se ha alargado por el aumento de generaciones y la disminución de los miembros de una misma generación.

A su vez, también los cambios se refieren a los roles y relaciones de cada miembro que la compone: los padres pueden seguir formado parte de la vida de

los hijos por más años de lo que ocurriría en otro tipo de familias, de igual forma los abuelos en su relación con sus nietos e incluso con sus bisnietos adultos se prolongará. Esto es lo que explica al fenómeno de la verticalización: las relaciones de los miembros se entablan de manera intergeneracional (distintas generaciones en interacción por mayor tiempo) y se aminoran las relaciones intrageneracionales (menor número de miembros de una misma generación con posibilidad a interactuar). Este cambio al mismo tiempo, puede significar la posibilidad a desarrollar maneras distintas de relación con el adulto mayor, entre las generaciones más jóvenes y de manera paralela implementar alternativas creativas para incorporar al ámbito social comunitario al adulto mayor con sus coetáneos (Ver Fig. 1).

Figura 1. Algunos aspectos de la verticalización de la familia



Lo anterior tiene su causa fundamental en la mejora de la atención sanitaria y las condiciones de vida, pero al mismo tiempo esto replantea nuevas necesidades de atención, necesidades que implica mayor complejidad, sobre todo en lo concerniente a equilibrar dos factores: promoción de la autonomía del adulto mayor así como brindar protección socio sanitaria en situación de dependencia (Muñoz, 2002).

Según la perspectiva gerontológica, el envejecimiento activo es definido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas

envejecen. Este postulado, pone de manifiesto la dimensión biopsicosocial que la misma organización define en su concepto de salud, pero al mismo tiempo expone las demanda de atención.

La mayoría de las y los adultos mayores solicitan el acceso y disfrute de los recursos de protección social, sanitarios, culturales, recreativos y asociativos, entre otros, que fomenten la convivencia y atiendan en general y de manera especial a los mayores en situación de dependencia, casi siempre vinculado con algún padecimiento o enfermedad (Muñoz, 2002).

La petición es manifiesta por los adultos mayores o sus familiares buscando prontas soluciones o en ocasiones sin ser externado de manera clara simplemente el problema o necesidad es depositada en el profesional que puede ser el médico, enfermera, fisioterapeuta, o el psicólogo generando expectativas que muchas veces no son cumplidas.

El punto crucial que plantea la urgente atención a la población adulta mayor, es prolongar la esperanza de vida saludable, a través del envejecimiento activo lo que implica el cuidado de sus derechos, así como su participación activa, y constructiva entendida como el proceso de mejora de todas las oportunidades reflejadas indudablemente en la calidad de vida que experimentan las personas mayores (Belsky, 2001).

En lo que refiere a los adultos mayores dependientes involucra que los cuidados de larga duración sean garantizados, asistencia médica continuada, cobertura social y de salud consolidada por medio de los apoyos de tipo informal y servicios formales, así como nuevos servicios y la readaptación de los ya existentes.

Ante este panorama la familia del adulto mayor aparece como una figura importante y determinante en esta problemática descrita, pues no podrá explicarse sus funciones y su evolución sino dentro de ésta. Para el adulto mayor la familia es una parte importante de su vida cotidiana, pasando a segundo plano el resto del entramado social, esta interacción marcar en gran medida su evolución posterior (Camedessus, Bonjean y Spector ,1995).

La familia tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el adulto mayor juega un papel fundamental. También da protección y apoyo a sus miembros. Y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional (Minuchin y Fishman, 1984).

Por otro lado la familia del adulto mayor con algún padecimiento, recibe la responsabilidad de su cuidado, adquiere la función de interprete o intermediario en la comunicación con los profesionales de la salud, sin embargo pocas veces se le da soporte de orientación, y mucho menos con perspectiva sistémica en su intervención, por ello atender a la problemática que vive el adulto mayor en su conjunto con su núcleo primario, dará a conocer qué aspectos del cuidado y de los que le cuidan son más relevantes, sobre todo en el área de la prevención y protección (Camedessus, *et al.*,1995).

Un hecho real es que la salud no es una cuestión exclusiva de las instituciones designadas para ello, tampoco de los que laboran en ellas, en ocasiones es obviada la tarea emprendida por la familia, amigos, compañeros de trabajo, incluso vecinos, definidos como cuidadores informales que sin pertenece al equipo institucionalizado, y sin ningún tipo de formación para llevar a cabo esta tarea, son los responsables directos del cuidado y atención en casa del paciente dependiente o con alguna discapacidad (Ramos del Rio, 2008).

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PROVISIÓN DE APOYO A LOS MAYORES

La familia será la red social de mayor importancia en la vejez. Este vínculo significa en nuestro contexto social y cultural, una gran inversión emocional, y como toda relación en la que existen lazos de dependencia; sentimientos de ambivalencia entre la independencia y la dependencia de los involucrados. La familia multigeneracional, que es la familia en el contexto gerontológico, se expone como característica de la solidaridad y la cooperación de los hijos adultos en el cuidado y atención de las necesidades de sus padres viejos, según el modelo de las relaciones controladas: la intimidad no es compartida. Los padres están lo

suficientemente cerca por razones prácticas y emocionales pero a la vez están lo suficientemente distantes para respetar la autonomía (Zarebski, 2008).

Con un postura clara de la pertenencia y la autonomía, la familia multigeneracional puede configurar un modelo de intimidad a distancia, con el que se preservará el vínculo, a su vez con conciencia de la ambivalencia que este tipo de relación genera, podrá lidiarse con problemas que se deriven. Caso contrario, si la familia multigeneracional no logra tener en cuenta estas características referidas, los problemas que enfrentarán serán más complejos y el recurso característico de esta familia para el apoyo y asistencia a familiares adultos mayores no será ejercido. Según sea el caso, se establecerá entre el adulto mayor y la familia, un tipo de vínculo que facilitará o entorpecerá el tránsito por esta etapa de la vida, de acuerdo a cuál sea la función cumplida por el familiar mayor dentro del grupo (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Función del Adulto mayor dentro de la familia

ADULTO MAYOR			
Tipo de función	Grado de inestabilidad	Manejo de autonomía o libertad	Tipo de vinculación
Con función diferenciada a) posición privilegiada: El adulto mayor es el centro de la dinámica familiar.	En lucha permanente por mantener el rol, dependencia extrema porque necesita ser sostenido por el clan.	Sin libertad, por ser figura de tótem, no se anima a hacer y ser el mismo, sino solo a través del clan.	Vinculación inestable Familia tipo clan
b) inhibida: Adulto mayor sobreprotegido. Rol sin rol El riesgo es la neutralización del adulto mayor y del propio sistema familiar.	Por inhibición de las potencialidades del adulto mayor.	Sin libertad, pues es sofocado, sobreprotegido sin posibilidad a ser el mismo.	Vinculación inestable familia sobreprotectora
Con función orbital Con función orbital en el sistema familiar.	En peligro de ser abandonado o separado. La indiferencia debilita al adulto mayor.	Con demasiada libertad que no sabe utilizarla en su beneficio.	Vinculación ineficaz: familia desligada, de abandono, negligencia, claudicación
Con función integrada Integrada a la dinámica familiar Con posibilidades de crecimiento y desarrollo	Reforzamiento de los recurso y potencial del adulto mayor	Con normal margen de libertad y continencia	Vinculación estable y eficaz. Familia normal

Agregado al hecho del rol que ejerza el adulto mayor dentro de sus sistema familiar, y que puede ser que facilite u obstaculice las funciones de cuidado y atención, existe el propio proceso de deterioro físico que rodea esta etapa de vida, por ello en el desarrollo de las prácticas cotidianas de cuidado y atención de la salud a los adultos mayores, se observa que la enfermedad y la discapacidad, que en la mayoría de ellos se manifiestan, afectan no sólo al adulto mayor involucrado, sino también a su grupo cohabitante, por cuanto requieren de una fuerte contención afectiva, seguimiento sanitario y disponibilidad de medios e insumos para tratamientos prolongados o intensivos. Es por ello, que uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta y analizarse, en relación a la familia del adulto

mayor y la aparición de un padecimiento, es la identificación de situaciones de vulnerabilidad socio sanitaria en el grado de continencia familiar, entendida ella como la existencia de redes primarias con capacidad vincular y monetario para sostener procesos de enfermedad y discapacidad funcional de sus familiares mayores.

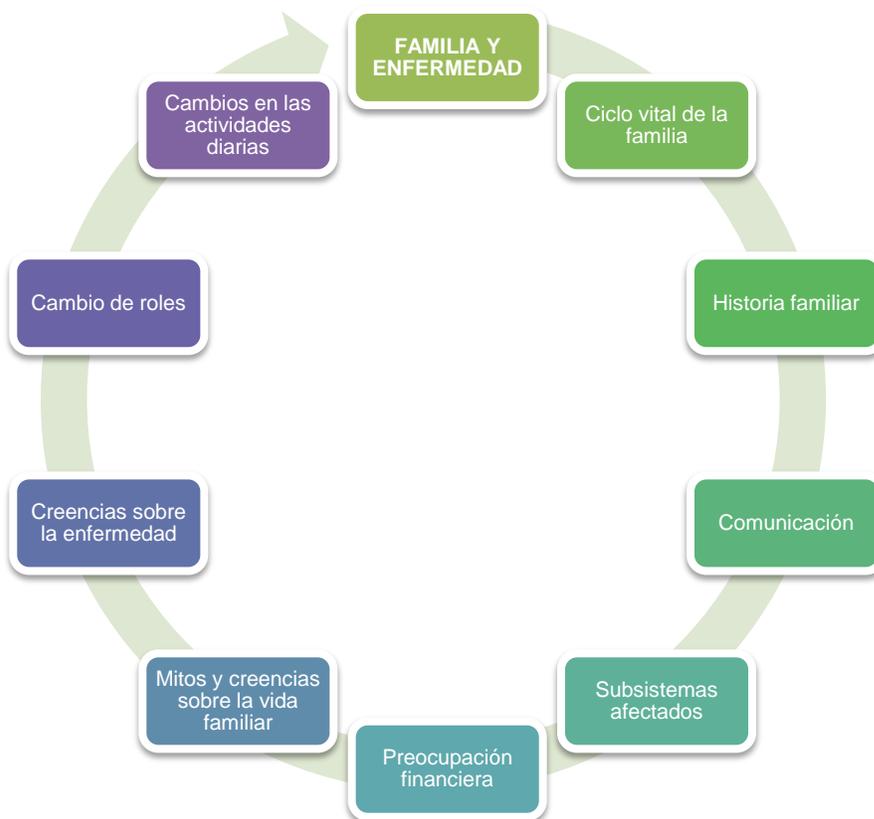
En este contexto se habla del concepto de vulnerabilidad social y de salud de un adulto mayor y se define como una situación caracterizada por la pérdida del equilibrio psicofísico, y la falta de continencia familiar o la carencia de recursos económicos o habitacionales suficientes para cubrir las necesidades básicas de auto sostenimiento. Este rasgo es crucial que el profesional de la salud especializado, tenga en cuenta para la adecuada valoración gerontológica integral eficiente del adulto mayor (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de riesgo de vulnerabilidad en el Adulto Mayor.

Vulnerabilidad física	Vulnerabilidad psicosocial
80 años y más	Vivir solo
Enfermedad crónica con o sin invalides	Estar socialmente aislado
Tener problemas de autonomía funcional	Ser mujer anciana sobre todo soltera o viuda
Presentar intervalo libre de ayuda crítico, es decir necesidad de cuidados permanentes para mantener la seguridad vital	Vivir en instituciones colectivas no controladas
Desnutrición	Ancianos sin hijos
Poli medicación o medicación de alto riesgo	Zona rural tendiente a desaparecer: migración a zona urbana de los hijos o E.U.A
Continuo egreso hospitalario	Conformación de familia rural vs. familia moderna. Zona rural pobre y aislada, mayormente poblada por AM.
Complejidad de tratamiento para la enfermedad	Un componente de la pareja anciana , discapacitado o muy enfermo
Complejidad de cuidados especiales	Soledad parcial nocturna o más de 10 horas en el día
Falta de contacto con médico de cabecera	Ser responsable de asumir los cuidados de otra persona
	Existencia de cuidador no apto para el cuidado requerido en calidad y cantidad.
	Contexto económico inadecuado
	Hábitat inadecuado en función de autonomía, enfermedad y condiciones para la rehabilitación

La valoración gerontológica integral, es aplicable por distintos actores del sistema de salud, que deberán actuar coordinadamente: aspectos físicos, psíquicos y sociales. Para el caso de este texto solo se describen los sociales, que hacen referencia a la familia (Ver Fig. 2).

Figura 2. Factores sociales a tomarse en cuenta en la valoración gerontológica.



En esta área, el personal de la salud, el cual puede ser el médico, enfermera, trabajador social o psicólogo, deberá hacer la identificación y evaluación del cuidador principal en relación a sus posibilidades de apoyo y cuidado completo o parcial, considerando que la capacidad de cuidar a un adulto mayor enfermo implica tres aspectos esenciales: económico, afectivo, instrumental, para prevenir la claudicación del cuidador o de la familia en conjunto, así como la posible aparición del fenómeno conocido como el síndrome del cuidador (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Valoración de la situación de desgaste del cuidador primario.

Se mantiene la función del cuidador				Se altera la continuidad de cuidado (reemplazo total e inmediato)		
Se requiere seguimiento	Se requiere atención y seguimiento especial (probable reemplazo parcial)					
Normal	Estresado (alteraciones de concentración, memoria y atención)	Irritable (en su relación con el adulto mayor o con otros familiares)	Agotado (manifestación clara y directa, por otros o por observación)	Claudicaciones Episódicas (síntomas físicos)	En situación Crítica (capacidad de cuidado en crisis y en riesgo)	Claudicante (incapacidad de brindar cuidado, riesgo de maltrato y abandono al AM)

Esta situación de cuidado a su vez debe ser analizada en tres niveles de modalidad, conocidos como redes de apoyo: red de apoyo informal, que se refiere al cuidado no influido por la remuneración de un pago, aquí entra la familia directa (vínculo de parentesco sanguíneo), vecinos y amigos (vínculo socio-afectivo). Red de apoyo formal, la cual está mediada por pago directo o indirecto y a cargo de estructuras institucionales, como sistemas de seguridad social, o agencias de bienestar social. Y red de apoyo semi-formal, ejercida por las instituciones religiosas, centros de jubilados y otros que incluyan el trabajo voluntario. En todos los casos descrito la claudicación del cuidador de un adulto mayor puede aparecer cualquiera sea la modalidad que los vincula.

Descrito lo anterior, se contempla la necesidad de implementar programas o intervenciones que en aras de ayudar a la familia en la atención y cuidado de su familiar mayor enfermo, se minimicen la vulnerabilidad social y de salud no solo del adulto mayor sino de la familia en conjunto.

De allí que la perspectiva del sistema familiar del adulto mayor sea un aspecto a tenerse en cuenta, para realizar intervenciones que impacte en la calidad de vida del adulto mayor y su familia (Velasco y Sinibaldi, 2001) que incluiría y ampliaría el tradicional enfoque biomédico, pues supone una mirada que se pierde desde la postura meramente del profesional, posición desde la que no está familiarizado el profesional pues está preparado para responder con el enorme arsenal que la ciencia le ha proporcionado, sin embargo, la perplejidad invade a los profesionales

de la salud, pues el modelo de relación entre el paciente y el sistema está cambiando, configurando una nueva demanda de atención con respecto a características, necesidades y deseos de los usuarios.

LA CALIDAD DE VIDA PROPÓSITO ESENCIAL DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

La importancia de lo anterior radica en lo que se entiende por calidad de vida, el concepto de en sí es multidimensional, pues deben evaluarse aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin obviar el cuadro sintomático (Grau, 1997). Asociado a lo anterior, se erigen los problemas relacionados con la naturaleza de la calidad de vida de sus componentes subjetivos y objetivos. Al primero de ellos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad (Moreno y Ximénez, 1996). El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto con presencia o no de síntomas, funcionamiento físico y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997). Por otra parte, según (Levi y Anderson, 1980) hacen referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos.

La evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud (Moreno y Ximénez, 1996; Grau, 1997). Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que el interés médico se ha estado centrando actualmente no sólo en la supervivencia, sino en una supervivencia con calidad (Torrance, 1987; Grau, 1997).

Aunado a este escenario encontramos que dentro de los objetivos específicos de las Políticas de Desarrollo de los gobiernos, se encuentra el brindar

apoyo a las familias con especial atención en lo que a preservación y desarrollo se entiende, por medio de un enfoque integral, que tenga en cuenta el empleo, producción y suministro de alimentos, vivienda, salud, educación y el sostenimiento de los adultos mayores, principalmente.

Del mismo modo en el discurso de los Gobierno se sigue considerando a las familias como la principal fortaleza de la sociedad, la cual permite su buen funcionamiento a pesar de las dificultades, especialmente las económicas. De manera que el desarrollo social y humano, se considera en paralelo al progreso familiar en lo material, educativo y cultural.

Por lo anterior las políticas públicas de desarrollo social pretenden fortalecer en las familias valores de solidaridad, convivencia y desarrollo, que orienten a mejorar los niveles y calidad de vida. Dentro de estas políticas se encuentra, reforzar programas que permitan detener el avance de las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente en los adultos mayores y atacar los factores de riesgo de la población en general.

Por ello se considera importante establecer investigaciones al respecto que contribuyan a definir estrategias específicas que conlleven a la consecución de dichos objetivos, para dar respuesta a los retos que plantea la propia psicología de la salud en lo referente a la construcción de los modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria que integren conocimientos biológicos, psicológico, y sociales para la aplicación de procedimientos eficaces, de bajo costo así como el mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procedimientos de intervención (Piña y Riviera, 2006).

Para ello, se contempla la calidad de vida como indicador evaluador de esa intervención basado en lo que Grau (2001), menciona con respecto a que la salud y la calidad de vida son el propósito esencial de psicología de la salud, la caracterización psicosocial de la salud se determina por una óptima capacidad de trabajo, deseos de actividad, inclinación al logro de éxitos vitales y también por el predominio de sentimientos de bienestar, de alegría por la vida, de

autorrealización personal, por tanto, calidad de vida es bienestar, realización, satisfacción, alegría por vivir y esperanza de vida sana.

La comprensión del concepto de calidad de vida ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas.

Bayes y Barreto (1992), menciona que evaluar la calidad de vida del paciente crónico y la enfermedad mediante los factores físico, psicológico y social es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo, caracterizar mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad, identificar mejor los efectos secundarios de los tratamientos, así como evaluar las terapias paliativas, y en si ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad.

De la Revilla (2001), añade a lo anterior el hecho de que deberá agregarse el contexto familiar, como principal punto de interés en la atención social de la salud y la calidad de vida del adulto mayor ya que uno de los elementos que sobresalen es en lo referente a la mejora de la situación del familiar cuidador; que sirva para mejorar habilidades y estrategias respecto al conocimiento de la enfermedad y al manejo de la conducta del enfermo, así se generara la eficacia del aumento del apoyo social, ya sea a través de grupos de apoyo a familiares o a través de los servicios profesionales de cuidadores auxiliares.

El paciente, la familia y el profesional sanitario son corresponsables de los procesos asistenciales, como proponen Doherty y Baird (1986) sustituyendo el enfoque tradicional del profesional y el individuo por el sistémico triangular constituido por el profesional, individuo enfermo y su familia.

También hace mención de la necesidad de estudiar el problema clínico y psicosocial en el contexto familiar, analizando las repercusiones de la enfermedad crónica del mayor sobre la familia, y viceversa, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.

El Análisis de la carga de trabajo que sufre el o la cuidadora principal y las repercusiones sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales.

Elaborar evaluaciones de los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad. Sobre todo llevar a cabo la identificación de ancianos y familias de riesgo. Y además poder llevar a cabo la pertinente evaluación de las intervenciones.

CONCLUSIONES

Por todo lo anterior se puede concluir la necesidad de una atención integral del adulto mayor poniendo énfasis en la formación de las personas que están a su cuidado, sean formales o informales, dar apertura a la participación de múltiples disciplinas que abonen en el diseño e implementación de programas que rompan el aislamiento de los adultos mayores, y que además contemplen la inserción de la familia.

Lo más importante no es continuar aumentando la longevidad en el adulto mayor, sino mejorar cualitativamente su salud y bienestar, lo que constituye una de las tareas prioritarias de todo profesional de la salud, así como lograr incidir en la calidad de vida del individuo y su contexto primario, es decir su familia. La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes y preocupaciones. En el adulto mayor, este concepto significa en buena medida su capacidad funcional, para valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida que se corresponde con las necesidades espirituales propias de su edad. Y que mejor que esto se de con los vínculos que le significan afectividad y relaciones de trascendencia.

Lo que significa para los profesionales la capacidad de brindar al adulto mayor en su contexto familiar, el mantenimiento del funcionamiento e interés individuales para el desarrollo de autonomía, en vista del deterioro físico, aun si existiera la pareja, fomentar que se explore nuevas opciones en los roles familiares y sociales; apoyar a que la generación media asuma un rol más central,

dar lugar en el sistema familiar para la sabiduría y experiencia de los adultos mayores, y por supuesto dar el apoyo necesario en el enfrentamiento a la pérdida del cónyuge, hermanos y otros pares así como la propia preparación para la propia muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bayés, R., y Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, 3, 11-9.
- Bazo, R. M. (2000). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros (Ed). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Buenos Aires: Paraninfo.
- Camedessus, B., Bonjean, M., y Spector, R. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- De la Revilla, L. (2001). Guía para facilitar el abordaje familiar en la enfermedad crónica. En L. De la Revilla (Ed). *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales*. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia.
- Doherty, W. Y., y Baird, M. A. (1986). Developmental Levels in family-centered medical care. *Family Medicine*, 18, 153-156.
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía. (Ed). *Envejecimiento y psicología de la salud*. México: Siglo XXI.
- García, P. (2005). *La familia del anciano*. Buenos Aires: San Pablo.
- Grassi, E. (1998). La Familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica familiar y cambios de orden social. En M. Neufeld. (Ed). *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires. Eudeba.
- Grau, J., y González, U. (1997). *Ética, Calidad de Vida y Psicología de la Salud*. Ponencia al IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.
- Grau, J., Chacón, M., y Romero, T. (2001). Atención integral a los enfermos en etapa terminal: los cuidados paliativos. En F. Núñez (Ed). *Psicología y Salud*. La Habana: ECIMED.

- Kanán, E. G., Caballero, P., y Medellín, M. (2009). El papel de la familia como promotora de salud o enfermedad una visión sistémica. En M. Lira. (Ed). *Aportaciones de la psicología de la salud*. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Levi, L., Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida*. México: El Manual Moderno.
- Marrero, M. (1994). Atención a la familia: Claudicación familiar. En: M. Gómez (Ed). *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS.
- Minuchin S. y Fishman H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En: G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra. (Eds.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona. Herder.
- Piña, J., Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Universitas psychologica*, 5 (3), 669-679.
- Ramos del Rio, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: UNAM -Porrúa.
- Salvarezza, L. (1998). *La Vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Torrance GH. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Disease*, 40 (6), 593-600.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.
- Vella, P. (1996). Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecer con una perspectiva positiva. *Salud Pública de México*, 38 (6), 513-522.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos. ¿Padre de mis padres?*. Buenos Aires: Paidós.