



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Modelos de Cuidados de Enfermería del
Envejecimiento: pasado, presente y futuro

D. Javier Jaén Pérez

2021

Modelos del Cuidado de Enfermería en el Envejecimiento: pasado, presente y futuro

Tesis Doctoral de Javier Jaén Pérez

Directoras de Tesis:

Dra. Dña. María Beatriz Lidón Cerezuela

Dra. Dña. María Luisa Grande Gascón

Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia

DEDICATORIA

Resulta complejo expresar, con la deseada suficiencia, el oportuno agradecimiento a las personas que han hecho posible la confección de este trabajo. La dificultad no reside en el número de las mismas, sino en la magnitud de su influencia. Desde la concepción abstracta del proyecto, como algo que podría llegar a ser real, hasta su precisa definición y dichosa culminación.

A ellas dedico el esfuerzo invertido y la satisfacción lograda. A María José Herrera Nieto en primer lugar, mi esposa amada, por su soporte diario, colaboración e inagotable paciencia. A María del Carmen Jiménez Díaz, por el crédito depositado desde el origen; a Pilar Almansa Martínez, por su afectuosa acogida; y a María Beatriz Lidón Cerezuela y María Luisa Grande Gascón por su cálida dirección y vastos conocimientos.

Cinco enfermeras que despiertan mi admiración en lo cotidiano y en lo excepcional, en el ámbito personal y en el profesional. Defensoras sin límite de su actividad, a la que entregan lo mejor de sus vidas de un modo sublime, abundante y constante.

Agradezco a Dios, en último lugar, por la gracia que me concede de encontrarlas en mi vida.

ÍNDICE

Glosario de siglas y acrónimos.....	11
Resumen.....	15
Presentación.....	17
Introducción.....	19
Capítulo I. Justificación y objetivos.....	29
1. Necesidades de la nueva población mayor.....	29
2. Desarrollo tecnológico.....	32
3. Enfermera especialista.....	34
4. Sostenibilidad del modelo dentro de su entorno.....	35
Capítulo II. Marco teórico.....	41
Primera parte. De quien recibe el cuidado.....	41
1. Introducción.....	41
2. Población mayor diversa. Fraccionamiento por grupos de edad.....	44
3. Personas mayores vulnerables.....	46
3.1. Cronicidad y fragilidad.....	47
3.2. Dependencia.....	50
3.3. Discriminación por género.....	54
3.4. Discriminación por identidad sexual.....	57
3.5. Mayores migrantes.....	61

4. Personas mayores que no se reconocen vulnerables.....	64
4.1. Autonomía.....	65
4.2. Empoderamiento.....	66
4.3. Consumidores en una sociedad de consumo.....	70
4.4. Envejecimiento saludable.....	72
5. Reflexión final.....	74
Segunda parte. De quien gestiona el cuidado.....	75
1. El envejecimiento en la Historia de la Humanidad y orientación del cuidado.....	75
2. Enfermería. Breve historia de la profesión.....	81
3. Enfermería Geriátrica y Gerontológica.....	87
Tercera parte. Del modelo de cuidado.....	95
1. Hacia un nuevo modelo.....	95
2. Atributos del modelo.....	97
2.1. Atributos sociales del modelo.....	98
2.1.1. Modelo de Atención Centrada en la Persona.....	98
2.1.2. Modelo basado en las relaciones intergeneracionales.....	102
2.1.3. Modelo de atención urbano, pero también rural.....	107
2.1.4. Modelo que integra al Tercer Sector de Acción Social: interacción entre la Enfermería especializada y las personas mayores voluntarias	109

2.2. Atributos del modelo derivados de la evolución del cuidado.....	113
2.2.1. Cuidado basado en la evidencia.....	114
2.2.2. Modelo de Cuidado Transicional.....	115
2.2.3. Modelo orientado al Cuidado a largo plazo.....	117
2.2.3.1. Cuidado institucionalizado de larga duración.....	117
2.2.3.2. La atención en la comunidad.....	124
2.2.4. Excelencia en el Cuidado al final de la vida.....	132
3. La tecnología que impulsa el cambio de modelo.....	139
4. La Educación Permanente cohesiona a los actores que protagonizan el cambio de modelo.....	144
5. El gran reto de la financiación.....	148
Capítulo III. Resultados empíricos.....	155
1. Divulgación de la especialidad de Enfermería Geriátrica entre usuarios, sus cuidadores y estudiantes de Enfermería de la ciudad de Jaén.....	155
2. Afinidad según género por las especialidades de Geriátria y Enfermería Geriátrica: estudiantes de las Facultades de Medicina y Enfermería. Albacete 2017-18.....	162

3. ¿Quiero ser especialista en Enfermería Geriátrica? Influencia de la existencia de unidad docente: estudiantes de Grado de Enfermería de las universidades de Albacete y Jaén.....	169
4. Futuro del cuidado gerontológico de Enfermería. Perspectiva de futuros usuarios.....	176
Capítulo IV. Discusión.....	197
Capítulo V. Conclusiones.....	203
Capítulo VI. Futuras líneas de investigación.....	205
Bibliografía.....	207
Anexo.....	249

Glosario de abreviaturas y siglas

ACE: Acute Care for Elders

ACP: Atención Centrada en la Persona

AMICA: Asistencia Multidisciplinaria Integrada para Cuidadores de Personas con Enfermedad de Alzheimer

AHM: Alternate Housing Models

APRN: Advanced Practice Registered Nurse

ATS: Asistente Técnico Sanitario

ASA: American Society on Aging

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BOE: Boletín Oficial del Estado

CCHS: Centro de Ciencias Humanas y Sociales

CCM: Chronic Care Model

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

CIN: Consejo Interuniversitario Nacional

CNS: Clinical Nurse Specialist

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

DUE: Diplomado/a Universitario/a en Enfermería

ECTS: European Credit Transfer System

EDP: Envejecimiento Digno y Positivo

ENT: Enfermedades No Trasmisibles

GAPN: Gerontological Advanced Practitioner Nurse

GEDI WISE: Geriatric Emergency Department Innovations in Care through Workforce, Informatics and Structural Enhancements

GRN: Geriatric Resource Nurse

HOPE: Home, Opportunity, People and Empowerment

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

LAPAD: Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

LGBT: colectivo de personas cuya identidad sexual es de lesbiana, gay, bisexual o transgénero

LTC: Long Term Care

LTCI: Long Term Care Insurance

NP: Nurse Practitioner

NICHE: Nurses Improving Care for Healthsystem Elders

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPAC: Older Person Acute Care

OPSN: Older People's Specialist Nurse

PCA: Person Centered Approach

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

RN: Registered Nurse

RAE: Real Academia Española

SAAD: Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

TIC: Tecnología de la Información y la Comunicación

TIS: Tecnología de la Información en la Salud

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

La realidad demográfica global, con el aumento del número de personas mayores y la modificación de las características de sus estilos de vida, obliga a un replanteamiento transversal de los bienes y servicios que la sociedad les ofrece.

La investigación contenida en este trabajo pretende aproximarse a las claves que puedan fundamentar una probable evolución del cuidado de Enfermería a las personas mayores, como servicio social de relevancia, valorado y consumido por todas las personas. Una de estas claves es conocer el rol de la enfermera que atenderá a estas personas y el modelo de cuidado en el que estará contextualizado, explícitamente reconocidos como objetivos de investigación.

Mediante el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas, sobre poblaciones concretas que habitan en Jaén y Albacete, se obtienen como resultados que el rol de la enfermera especializada en el cuidado de las personas mayores es poco conocido entre la población mayor y sus cuidadores, que el interés por especializarse (personas que estudian Enfermería y Medicina) en este ámbito es escaso entre ambos géneros y que las personas que conocen el cuidado de Enfermería ofertado a sus progenitores institucionalizados, desearían un cuidado futuro basado en la especialización de la enfermera, que estuviera ubicado en su propio domicilio.

El sentido de los resultados se añade al obtenido por otros autores en diferentes localizaciones del mundo, concluyendo que la invisibilidad social de esta especialidad compromete su proceso evolutivo directa (ausencia de recursos) e indirectamente (ausencia de vocaciones futuras) y que el perfil de la futura persona mayor se convierte en el de una persona consumidora, que demanda un cuidado especializado en el entorno de su domicilio. Por tanto este es el contexto en el que la enfermera desarrollará su rol profesional en un futuro inmediato.

Lo que se ofrece al lector es, en definitiva, un ejercicio de aproximación y reflexión, que facilitará la comprensión del momento en el que la profesión enfermera que se ocupa de las personas mayores se encuentra, con el apoyo de la perspectiva del camino recorrido y con la ilusión que proporciona la esperanza depositada en el futuro. Un nuevo itinerario, una nueva oportunidad de crecimiento, un nuevo episodio de generosidad, como tantos otros históricamente ya ofrecieron la vocación y la entrega de meritorias mujeres dedicadas profesionalmente al arte y la ciencia del cuidado. Sin mayor pretensión que la que el catedrático italiano, el señor Umberto Eco¹, otorgaba al significado y fin último de cualquier tesis doctoral, ante los doctorandos que formó: "...la tesis doctoral constituye un trabajo original de investigación con el que el aspirante ha de demostrar que es un estudioso capaz de hacer avanzar la disciplina a la que se dedica".

Los cambios demográficos en el mundo apuntan a un envejecimiento de la población. La relación de cuidado que se establece entre la enfermera, la persona mayor y la sociedad es un proceso dinámico que acusa cambios significativos en su historia reciente. Hasta hace pocas décadas el envejecimiento era sinónimo de enfermedad y dependencia, la condición de ser persona mayor era breve y se aceptaba con resignación; la enfermera que cuidaba a las personas mayores era un profesional dependiente en un modelo biomédico, cuyo objetivo consistía en aliviar las enfermedades (paradigma de la categorización²); y la sociedad asumía la atención de este minoritario número de individuos desde las propias familias en la mayoría de los casos. En nuestros días el envejecimiento ha dejado de ser equivalente a enfermedad. Es compatible ser mayor e independiente. La duración de esta etapa de la vida ha aumentado en varias décadas y el individuo se enfrenta a ella activo y con optimismo; la enfermera que cuida a las personas mayores es un profesional independiente que ocupa su lugar dentro de un escenario holístico multidisciplinar de atención, en el que el objetivo fundamental es la promoción de la salud, la actividad y la independencia de la persona mayor; y la sociedad se propone como reto asumir la atención de este creciente número de individuos mayores desde una perspectiva completamente nueva respecto a cualquier tiempo pasado.

La división de población del Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas revisa periódicamente los cambios

demográficos en el mundo. La proyección de la cuantía global de población de mayores elaborada por esta institución queda ilustrada en la siguiente figura:

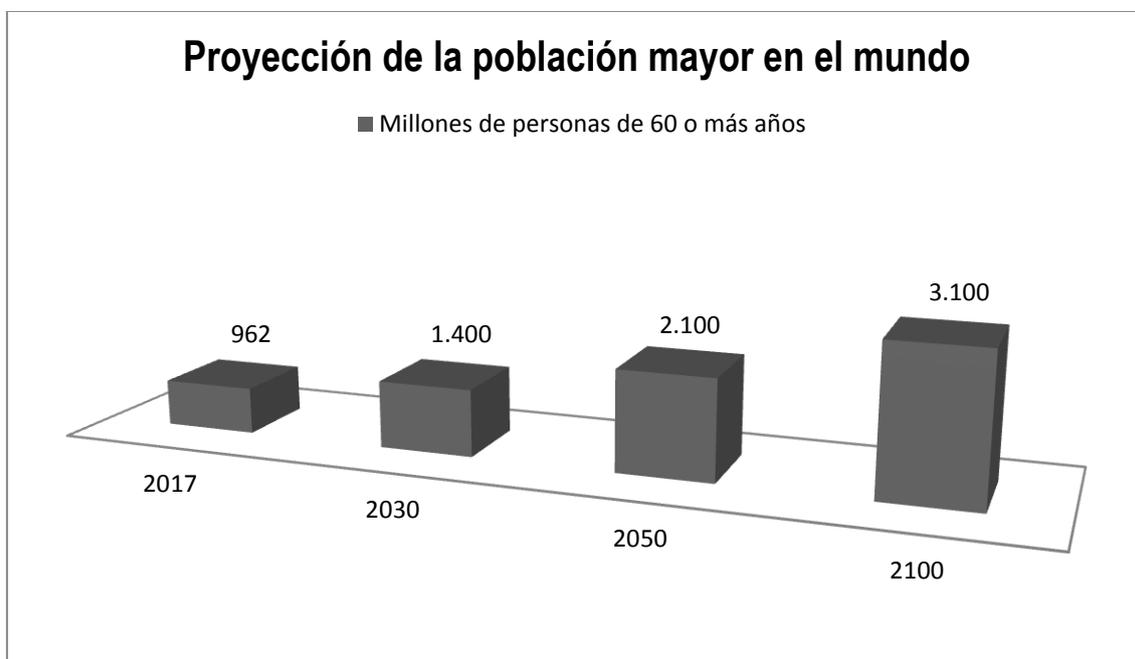


Figura 1. Población mundial de 60 años o mayor proyectada hasta el año 2100. Fuente: Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas, Proyecciones de la Población del Mundo: Revisión de 2017. Elaboración propia

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad originan este tipo de cambio demográfico³⁻⁶.

Varios factores intervienen en el aumento de la longevidad de los seres humanos. En el año 1681 el filósofo de Oxford, John Locke⁷, ofreció en su tratado de filosofía una descripción completa del estado físico y de las circunstancias vitales de una mujer coetánea que sobrevivió hasta los 108 años de edad; señalaba que el aspecto clave que permitía el mantenimiento de una vida prolongada, activa y con sentido era poseer una buena familia y un trabajo continuado. Numerosos factores contribuyeron al aumento de la longevidad durante el siglo XX. El progreso científico desarrolló la atención sanitaria, que se convirtió en universal gracias a los cambios políticos y económicos que

impulsaron los Estados de Bienestar. Los resultados en el ámbito preventivo, terapéutico y rehabilitador beneficiaron a toda la población. Los Estados de Bienestar en Europa han conseguido la formalización del cuidado a mayores, con empleados cualificados que proporcionan estos cuidados con distintas maneras de organización, en muchos de sus países⁸.

Los avances tecnológicos también influyen en el aumento de la longevidad, ya sea directamente sobre la salud de los individuos, con nuevas intervenciones sanitarias (farmacológicas, quirúrgicas e incluso preventivas), como indirectamente, al actuar sobre el entorno de la persona, mejorando la cantidad y calidad de alimentos disponibles, controlando la temperatura en el hogar, aumentando la seguridad en el trabajo y legislando con el objetivo común de proteger al individuo. Desde sus respectivos ángulos de actividad, Robert Butler, el padre de la gerontología moderna y la activista Maggie Kuhn, fundadora del movimiento intergeneracional antidiscriminación por edad en el año 1972, llegaron a similares conclusiones generales. La tecnología estaba aumentando tan rápidamente la expectativa de vida, y por lo tanto, el número de adultos mayores, que la sociedad no conseguía adaptarse a ello a la misma velocidad⁹. El hecho de que millones de personas, gracias al avance de la Medicina y la salud pública, consigan vivir una etapa de la vida en que son mayores y al mismo tiempo disfrutan de salud, es algo que aún no hemos aceptado emocionalmente¹⁰. Sin duda, la esperanza de vida de la población de edad avanzada y la calidad que la misma puede alcanzar dependen en gran medida de la calidad de las circunstancias sociales, económicas y ecológicas de su entorno, que exige una serie de requerimientos a las capacidades físicas

y cognitivas de las personas mayores. De hecho, puede facilitar o dificultar la prolongación de la vida de éstas⁷.

El gran desafío para la humanidad en el siglo XXI podría consistir en gestionar con acierto esta nueva realidad, a la que todos los países del mundo, a diferentes velocidades, se suman progresivamente. No sólo este cambio es cada vez más veloz , sino que los futuros cambios que se avecinan serán todavía más veloces⁹.

En este nuevo siglo nos enfrentamos a enormes retos en salud pública que poco tienen que ver con los del siglo pasado, porque están relacionados con unos cambios en la sociedad que además de ser cada vez más complejos, son también generalizados¹¹. La magnitud y naturaleza del cambio es tal, que si se diseñan medidas aisladas, carentes de una perspectiva integradora, el resultado será infructuoso.

La familia y las mujeres atendieron tradicionalmente las necesidades de cuidado de sus miembros, pero ahora todo ha cambiado. La primera ha transformado su estructura y las segundas se han incorporado masivamente al mercado laboral. Al mismo tiempo, los Estados de Bienestar se han responsabilizado de la atención de las necesidades de salud de las personas que los integran¹².

La actividad política y legislativa ha de ser el motor que impulse el cambio social, de estructura y organización. Su capacidad para modelar todos los ámbitos sociales justifica este planteamiento. Los cambios legales y acuerdos políticos tienen un efecto inmediato sobre las instituciones públicas y privadas que ofrecen estos servicios, las cuales se reajustan rápidamente para

acogerse a las innovaciones más ventajosas¹³; iniciativas que introduzcan los cambios necesarios en los modelos económicos, jurídicos, administrativos, sanitarios y educativos vigentes en la actualidad. Las intervenciones tendrán en común su carácter transversal. Penetrarán en todos los escenarios y afectarán a todas las edades. Los enfoques parciales sobre aspectos concretos de la población mayor no supondrán ningún cambio definitivo.

Tomemos como ejemplo la organización espacial de las ciudades, tanto en relación con la accesibilidad física como con la accesibilidad organizativa de los servicios. Con un cambio previo en las actitudes y prioridades sociales, esta transformación es posible. Requiere una gran inversión de recursos y de promoción de empresas que ofrezcan diferentes presupuestos. Se podría adaptar tanto los espacios públicos como los privados. Física y psicológicamente, la integración en la vida cotidiana tiene efectos positivos para los mayores. De ahí que las medidas encaminadas a eliminar obstáculos a su participación generen indirectamente salud, para ellos y sus cuidadores¹⁴.

Y al mismo tiempo que se produce este cambio político y del orden social, cada disciplina profesional añadirá su propia sensibilidad como germen activo en este proceso de cambio (figura 1). Es cierto que la población demandará un nuevo abordaje de los distintos profesionales en función de los cambios que ella misma protagonice. La mayoría de titulaciones universitarias españolas relacionadas con las Ciencias de la Salud, exceptuando Enfermería y Terapia Ocupacional, no ofrecen asignaturas obligatorias relacionadas con el envejecimiento¹⁵. La demanda general de cuidados por la población de 64 o más años en España se ha cuantificado que aumentará un 44% respecto a la demanda del año 2001, lo que significa un auténtico desafío presupuestario y

organizativo¹³. Pero probablemente sea imprudente esperar hasta ese momento para definir los nuevos modelos de actuación que regirán en estas nuevas poblaciones. El estudio y desarrollo de la identidad profesional de Enfermería es necesario e importante, pues ofrece la oportunidad de la transformación del cuidado de salud y su mejora¹⁶.

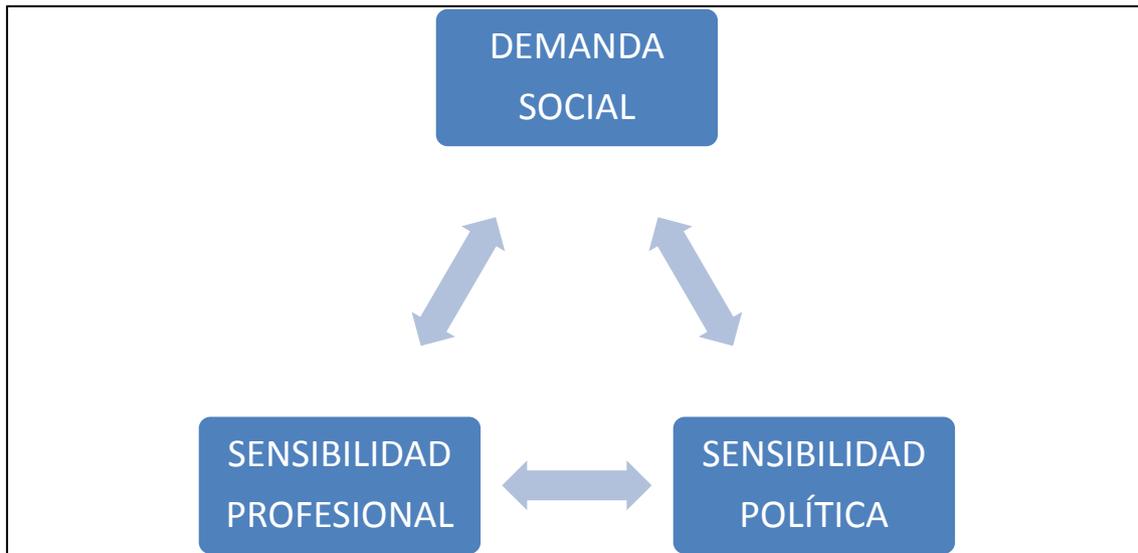


Figura 2. Interacción de iniciativas. Fuente propia

La Dra. Zsuzsanna Jakab¹⁷, directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, señalaba en el preámbulo del informe publicado en Europa en el año 2015, “Líneas estratégicas europeas para el refuerzo de la enfermería y la obstetricia en el marco de los objetivos de Salud 2020”, que el colectivo de enfermeras y matronas en Europa es el personal sanitario que está en contacto con la población de todas las edades y aborda todo el espectro de cuidados sanitarios, destacando su potencial para evolucionar en conocimiento, competencias y modelos asistenciales, para adecuarse a las demandas del servicio y las necesidades sanitarias de la población. Adelanta la relevancia del planteamiento centrado en la persona para la prestación de servicios sanitarios, dando lugar a servicios integrales,

continuos, éticos, seguros y sostenibles, respondiendo a las necesidades del individuo. Dada la prevalencia de enfermedades crónicas de la población mayor (el 82% padece al menos una enfermedad crónica), las personas de edad avanzada se han convertido en la figura central de la actividad del cuidado de salud¹⁸.

Los profesionales de Enfermería, como responsables del cuidado de esta nueva población, manifiestan su sensibilidad ante estos cambios desde hace años. Las peculiaridades del adulto mayor hacen que su cuidado sea diferente del dispensado al adulto¹⁹. Sus necesidades son distintas, su capacidad de adaptación y sus expectativas vitales, también. Las enfermeras han de contribuir en el desarrollo de esta agenda con y para los mayores, aportando su perspectiva de cuidado y liderando aquellos proyectos referidos a esta actividad²⁰. Por esta razón ha sido indispensable profundizar en el conocimiento de este grupo etario, surgiendo de manera natural la especialidad de enfermería de personas mayores, que con distintas denominaciones y velocidades, se consolida en la mayoría de países. Es necesario desarrollar y potenciar la especialidad de Enfermería Geriátrica²¹. Las enfermeras, apoyadas en el conocimiento relacionado con los cambios de la edad, los síndromes geriátricos y las propias herramientas de evaluación, pueden desempeñar un rol fundamental que aumentará los estándares de práctica geriátrica¹⁸.

Hasta ahora el crecimiento y maduración de esta especialidad ha sido muy limitado, pues la población atendida era minoritaria y la necesidad percibida por la sociedad y sus representantes era escasa. La falta de atención y conocimiento de los gobiernos en torno a las cuestiones relacionadas con los

mayores hacen que la financiación de la educación gerontológica sea escasa en la mayoría de los países²². Su desarrollo dependió de los propios profesionales y de los recursos económicos que aportaban fundaciones o instituciones de carácter privado. Un ejemplo de esta iniciativa fue la financiación llevada a cabo mediante dos subvenciones otorgadas a la American Academy of Nursing, desde The Atlantic Philanthropies y The John Hartford Foundation, Inc., para generar un marco de referencia, llamado “Everyday Excellence”, que estuviera a disposición de las enfermeras interesadas para implementarlo en las residencias de mayores en las que desarrollaran su actividad laboral en los Estados Unidos²³. Con las excepciones de los programas académicos y los institutos de investigación de Norteamérica y Europa, la educación global en Gerontología y Geriatria se encuentra en sus estadios iniciales²². Desde el ámbito académico se promueve el aumento del número de doctores en Enfermería para que desde sus puestos en las facultades se acelere el desarrollo de la ciencia enfermera que dote de conocimiento a la asistencia y a la educación²⁴. Y a pesar de todo, los logros conseguidos en algunos países son importantes: constante actividad investigadora, difundida a través de publicaciones internacionales especializadas y de reconocido prestigio, dedicadas a tratar contenidos relacionadas con las personas mayores. La ciencia enfermera se ha desarrollado rápidamente como disciplina académica y también como institución científica internacional en los últimos treinta años²⁵, con un rápido crecimiento del número de revistas con factor de impacto²⁶; la incorporación progresiva de contenidos relacionados con las peculiaridades del cuidado de las personas mayores en los programas universitarios de formación de Grado

de Enfermería y la creación de postgrado dedicado exclusivamente a este tipo de contenidos. La Doctora May Futrell, enfermera gerontológica líder y mentora, en los Estados Unidos, defendió la incorporación de la Gerontología en la educación de la enfermera en el nivel de Grado, Máster y Doctorado²⁷; y la atención a mayores por parte de profesionales convenientemente formados, dentro del escenario existente en la actualidad en la mayoría de países, en los que el cuidado se proporciona en la asistencia a domicilio, en constante crecimiento, o en residencias de larga estancia, en las que la enfermera aporta su espíritu de cuidado, conocimiento teórico, técnicas clínicas y habilidades de liderazgo para el cuidado enfermero de las personas mayores²³.

La enfermera geriátrica y/o gerontológica continuará en formación permanente adquiriendo todos los conocimientos relacionados con su especialidad y continuará investigando para añadir nueva evidencia científica a su cuerpo de conocimientos. El aprendizaje permanente durante toda la vida profesional se constituye como competencia principal que es esencial para la provisión de cuidado en su más profundo sentido²⁸. La atención a las personas mayores se convierte en un nuevo campo de acción profesional y que exige un trabajo innovador, creativo, multidisciplinario e intersectorial²⁹. Las organizaciones del cuidado que trabajan con las enfermeras especializadas en Geriátrica y Gerontología deben conocer su perfil específico de Enfermería para adecuar el uso estas habilidades³⁰. Pero no podrán desarrollar su actividad asistencial mediante un modelo que ya está agotado. El actual modelo de cuidado prolongado ofrece un servicio y atención que son costosos, que están fuera del alcance de las rentas de la clase media y que no cubren las necesidades de estas personas³¹. Un nuevo modelo de atención es necesario.

La iniciativa disruptiva de la enfermera es necesaria para promover el progreso. Cuando a finales del siglo XX se especulaba acerca del rol de la enfermera encargada del cuidado de las personas mayores, allá por el futurista año 2020³², se llegaba a la conclusión de que profundos cambios modificarían el cuidado conocido y que por conveniencia de todos, era necesario que la profesión tomara parte en estos cambios, antes de que le fueran impuestos desde fuera.

El sistema en su conjunto tiene que convertirse en una comunidad de personas comprometidas para mejora, comprometidas con transformar la cultura del cuidado ³³ .

Con el ánimo de explicar no sólo la fiabilidad de los datos recogidos en esta tesis, sino también su *pertinencia*³⁴, el autor se propone argumentar brevemente describiendo las características de los pilares del nuevo modelo de cuidados de Enfermería— introducido en el apartado anterior—para conseguir la justificación de la existencia, búsqueda, oportunidad y necesidad de un nuevo modelo para un tiempo y sociedad también nuevos. Éste probablemente se materialice en diversas modalidades, según los países y sus culturas, pero tendrá como pilares comunes:



Figura 3. Pilares del nuevo modelo de cuidados a la población mayor. Fuente propia

1. Necesidades de la nueva población mayor

Las necesidades evolucionan de la misma manera que las circunstancias en las que viven los individuos que las generan. La población mayor que se atiende en el futuro inmediato demandará otro tipo de atención

porque las personas que la conforman son distintas. La generación “boomer” es la que progresivamente se incorpora a la población de personas mayores en la actualidad. Se denomina de este modo a las numerosas personas nacidas en Europa y EE.UU desde que finalizó la Segunda Guerra Mundial hasta que terminó la década de los años sesenta del pasado siglo. Esta generación posee un conjunto singular de experiencias, desafió normas y tabúes, marcó un antes y un después en la historia, desarrollando determinados ideales. Inició el movimiento feminista y el movimiento gay, plantó firmemente el ideal de multiculturalismo en el “mainstream” de Occidente, revolucionó la moral sexual y fundó el movimiento ambientalista⁹.

El estilo de vida se convierte en predictor de necesidades más que la edad por sí misma³⁵. Esta generación reclama altas cotas de calidad de vida, de funcionalidad y de independencia, comparando con otras generaciones. Su formación, más completa, permitió que se implicara en el mantenimiento de su propia salud y en el tratamiento de su enfermedad. No sólo aspira a la autenticidad del cuidado, sino que desea que los profesionales de la salud compartan toda la información relacionada con su situación³⁶. Están acostumbrados a tomar decisiones de manera autónoma. Por haber formado parte del mercado de trabajo (ambos sexos), su capacidad adquisitiva es media e incluso alta, comparada con la de otras generaciones o incluso con la de otros grupos etarios de la actualidad. Sus redes de relaciones son más amplias por este motivo (actividad laboral y de ocio) y por el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Sin embargo, las relaciones familiares y vecinales son mucho más escasas. El aumento de divorcios, segundas nupcias y convivencia indican que nuevas cohortes penetran en la población

mayor, con diversos escenarios y vínculos familiares, que se podrían considerar como mal definidas y potencialmente debilitadoras³⁷. Además, han conocido la atención a personas mayores llevada a cabo hasta el momento porque han sido familiares cercanos o cuidadores de otras personas mayores. La capacidad de elegir unos cuidados determinados también se consigue indirectamente, si se conoce qué tipo de cuidados no se quieren³⁸. Y aún no hemos descrito a la totalidad de la población mayor con este perfil superficial, con el que se define probablemente a los habitantes nativos de los países desarrollados. Otro cambio demográfico a tener en cuenta es la incorporación de personas mayores que no nacieron en los países en los que habitan. De media, este grupo de mayores dispone de menores ventajas socioeconómicas que el grupo de personas oriundas. En los Estados Unidos está previsto que la población blanca no hispánica deje de ser mayoría en el año 2042, convirtiéndose en la más numerosa de las diferentes minorías étnicas³⁹. La sociedad dejará de establecer una estratificación de las personas en relación con su edad, para estratificar de acuerdo a la capacidad funcional, de manera que cada individuo se realizará a sí mismo según sus capacidades. Se avecina el florecimiento de una cultura “sin edades”. Obviamente, en esas condiciones, tendrá lugar el desarrollo de una industria de la longevidad, es decir, de la producción de bienes y servicios para la prolongación de la vida⁷. Ante este escenario de diversidad étnica, cultural, funcional y económica, el esfuerzo para identificar y satisfacer necesidades será mayor. Se trata de tomar como referencia la heterogeneidad de las personas, respetando sus costumbres, gustos, creencias, ideologías, etc.⁴⁰. Los Centros de los Servicios de Medicare y Medicaid han propuesto recientemente compensar a los médicos por

mantener conversaciones con sus pacientes dentro de una planificación para el futuro⁴¹, en relación a lo que ellos esperan del cuidado del futuro, lo cual representa un paso clave en el conocimiento de la importancia que tiene la planificación ⁴². La planificación proactiva puede fortalecer la calidad de los cuidados ofrecidos en el continuo de atención a las personas mayores³⁸.

Las directrices de todos los organismos internacionales relacionados con la salud de las personas mayores recomiendan la promoción de un marco de envejecimiento activo y educación permanente para todos los mayores ⁴³⁻⁴⁵. Existe amplia evidencia de que el aprendizaje en los adultos mayores no sólo reduce la dependencia de los servicios sociales financiados por el gobierno, sino que realmente mejora el bienestar de las personas y la comunidad. De hecho, además del bienestar físico, psicológico, social, emocional y hasta espiritual de las actividades de aprendizaje, otra ventaja colateral consiste en la conectividad social resultante, que se traduce en promoción del funcionamiento cognitivo⁴⁶. Las teorías del aprendizaje en las etapas avanzadas de la vida han buscado utilizar la actividad del aprendizaje para proporcionar una solución al envejecimiento de éxito y dar lugar a una estructura base en la que poder desarrollar las adecuadas intervenciones de trabajo social⁴⁷. La educación en salud es una herramienta imprescindible para lograr el autocuidado y la promoción de un envejecimiento saludable ³.

2. Desarrollo tecnológico

Los rápidos cambios en la ciencia y la tecnología convierten en obsoletos tanto a los conocimientos como a las técnicas actuales. Según los dispositivos y los protocolos de cuidados se hacen más complejos, aparecen

nuevas y diferentes demandas sobre los que se dedican a cuidar. La conexión entre humanos y tecnología requiere una clase de profesional en la asistencia que sea reflexivo y competente, capaz de gestionar cuidados a través de servicios, productos y dispositivos de calidad pero sin error²⁸. Las aplicaciones tecnológicas juegan un papel fundamental a tener en cuenta en todas las direcciones. Conecta a todos los integrantes del nuevo modelo (mediante las TIC) y ejecutan directamente ciertos cuidados (tecnología robótica). Como ejemplo de las primeras nos encontramos con la *teleasistencia*, que consiste en el uso de sensores y otras tecnologías para asistir a aquellas personas que están discapacitadas o que padecen enfermedades crónicas, con la intención de aumentar su vida independiente. Los usuarios son monitorizados en su domicilio con equipos que transmiten la información a los profesionales del cuidado que pueden encontrarse a miles de kilómetros de distancia. Se pueden detectar caídas, inmovilidades, estancias en la cama o incluso verificar la adherencia al tratamiento farmacológico⁴⁸. Como ejemplo de las segundas, las tecnologías robóticas que asisten socialmente han mostrado su potencial en el cuidado de los mayores y prometen modificar la administración de estos cuidados⁴⁹. Como muestra, el gato robótico cuya atención proporcionada a las personas mayores diagnosticadas de demencia redundó en una disminución de agitación y un aumento de la calidad de vida⁵⁰. La introducción de robots de cuidado influirá en la reconfiguración de las residencias de mayores, de las instituciones y de los lugares de trabajo⁵¹.

3. Enfermera especialista en el cuidado de personas mayores

Se trata de la enfermera geriátrica y/o gerontológica. Las mujeres comprenden el grueso de la profesión enfermera y como tales, sustentan un enorme potencial de poder. El emplazamiento más lógico en el que iniciar el cambio es en el mismo lugar en el que se desarrolla la actividad. El cambio beneficiará al usuario, a la enfermera, al sistema de salud y al conjunto de la sociedad⁵². La especialidad es el nexo de unión de los pilares que sustentan el modelo, además de gestionar el cuidado. Ella conoce las necesidades de la población que atiende, conoce los recursos de los que dispone, los cuidados oportunos y coordina la ejecución de los mismos. En los Estados Unidos de América los efectivos de Enfermería profesional comprenden a las Enfermeras Registradas (Registered Nurses, RN's) y las Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada (Advanced Practice Registered Nurses, APRN's). En Canadá las APRN's incluyen a las Enfermeras Asistentes (Nurse Practitioners, NP's) y a las Enfermeras Clínicas Especialistas (Clinical Nurse Specialists, CNS), existiendo el rol de Enfermera Gerontológica de Práctica Avanzada (Gerontological Advanced Practitioner Nurse, GAPN's)⁵³. En el Reino Unido existe el rol de la Enfermera Especialista en Personas Mayores (Older People's Specialist Nurse, OPSN), considerada como parte importante de la estrategia para procurar los cuidados a las personas mayores a través de cualquier escenario, ya sea el hospital, la comunidad o las casas de cuidado²¹. En España la especialidad de Enfermería Geriátrica aparece en el año 2005, mediante el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, que supuso la más reciente regulación de las mismas. Los roles especializados de dichas profesionales consiguen su consolidación en el

sistema de cuidado de salud gracias a la legislación, al compromiso del gobierno con la colaboración interprofesional, las necesidades de salud del paciente y el énfasis sobre el cuidado de salud de calidad y oportuno⁵⁴.

4. Sostenibilidad dentro de su entorno

En la década de 1960, el Club de Roma publica el informe *Los límites del crecimiento*, sobre los peligros de la superpoblación y la escasez de recursos⁹. Aunque desarrollo sostenible se interpreta a menudo a partir de una agenda medioambiental, una de sus características clave es que se centra en la relación entre la justicia social, el bienestar y la salud de la humanidad y el desarrollo económico. En esencia se trata de un enfoque integrado para un desarrollo que apunte hacia la calidad de vida y concilie las necesidades de la generación actual con las venideras, al mismo tiempo que proteja y mejore la naturaleza del medioambiente de la que todos dependemos⁵⁵. El concepto de sostenibilidad en Enfermería se puede definir desde un núcleo de conocimiento en el que la ecología, lo global y lo holístico conforman la base. El uso del concepto de sostenibilidad incluye consideraciones medioambientales en todos los niveles. La implementación de la sostenibilidad contribuirá al desarrollo que mantiene un medioambiente que no perjudique las oportunidades de una buena salud actual y futura para las venideras generaciones⁵⁶. La enfermera del futuro es aquella que es capaz de relacionar las intervenciones locales con las consecuencias globales, contribuyendo proactivamente al cuidado de salud sostenible⁵⁷. La necesidad de reducir costes y competir ha conducido al cuidado de salud a adoptar la mentalidad de “la supervivencia de lo más ajustado”. Los días del cuidado compartimentado han acabado. Con la gestión del cuidado, los equipos multidisciplinares del cuidado son responsables de

administrar el cuidado en todos los escenarios de cuidado y a lo largo de sus distintos episodios⁵⁸. Enfermería representa un subgrupo significativo, dentro del ámbito del cuidado de la salud, que podría influir positivamente en el movimiento del cuidado de salud sostenible⁵⁹.

La pandemia originada por el coronavirus SARS-CoV-2 y sus efectos sobre el cuidado de las personas mayores ha cuestionado la vigencia de los modelos de cuidado actuales, despertando un interés mediático sin precedentes. Los resultados sobre la población de personas mayores han sido devastadores, tanto en el número de fallecimientos como por las restricciones de las relaciones humanas en las que tienen lugar.

Abundantes investigaciones realizadas a lo largo del año 2020 y editoriales publicadas muestran de qué manera esta pandemia, más allá de la tasa de mortalidad, afecta a quienes se encuentran en este tramo etario de población. La edad y el hecho de vivir solo aumentan la preocupación vital con la que se afronta esta nueva realidad⁶⁰. Desde la atención primaria de salud en los EE.UU, se han confeccionado planificaciones telefónicas con personas mayores en su domicilio, acerca de qué decisión tomar en el caso de contagio y evolución negativa de la enfermedad⁶¹.

En los centros residenciales de todo el mundo la tasa de mortalidad ha sido muy elevada, así como los daños indirectos en la salud relacionados con el aislamiento físico y social, que deteriora procesos patológicos ya diagnosticados e inicia otros nuevos⁶². La carga de trabajo en la plantilla de Enfermería y la insatisfacción laboral producida por las medidas de restricción impulsadas invitan a la reflexión⁶³.

La ansiedad y el miedo acompañan diariamente a los trabajadores que cuidan a las personas mayores en las instalaciones en las que residen⁶⁴, que se encuentran bajo amenaza de infección por su vulnerabilidad, más allá de las residencias de personas mayores mostradas por los medios de comunicación⁶⁵.

El abordaje integral de esta situación de pandemia respecto al cuidado de las personas mayores plantea un gran reto. Múltiples iniciativas han surgido para paliar nuevas necesidades, de manera concreta y probablemente transitoria⁶⁶. El objetivo no puede limitarse a disminuir el riesgo de contagio o la mejora de los tratamientos médicos, sin considerar los espacios físicos y la organización humana en el ejercicio del cuidado⁶⁷. Un artículo publicado recientemente en la revista "Alzheimer's & Dementia"⁶⁸, por numerosos autores de diversa nacionalidad, indica cuáles son los desafíos presentes y futuros para el acertado cuidado de las personas mayores que padecen demencia, residan donde residan. Inciden en la figura de la enfermera como gestora de casos. El reto integral incluye admitir que un nuevo modelo de cuidados es necesario, que todos sus componentes han de ser rediseñados, que la tasa de mortalidad de las personas mayores difiera de la del resto de grupos etarios solo en lo que refiere a las diferencias anatómico-fisiológicas y no por el modo de cuidado. En definitiva, que perciban la misma protección y seguridad que el resto de la población, tanto en esta pandemia como en cualquier otra nueva situación futura.

Todos los países participarán en la construcción de este nuevo modelo, aportando las peculiaridades de sus propios escenarios. Las tecnologías de la información y la comunicación acercarán realidades y facilitarán la interacción

entre los colectivos, sus representantes y aquellas personas que estén preparadas para tomar decisiones. El Estado de Bienestar de España se enfrenta a un gran desafío, pues las necesidades previsibles de cuidado y los recursos actuales no guardan proporción¹³.

Por todo lo anterior, el objeto último de esta investigación es conocer cuál será el lugar que ocuparán en un futuro inmediato, las enfermeras dedicadas al cuidado de las personas mayores, así como el modelo de cuidado en el que se integran.

Barruntando ese hipotético lugar que no es sólo físico, sino también de competencias, autogestión e imagen pública, entre otras cualidades, se intenta al mismo tiempo contestar numerosas preguntas de investigación que aparecen mientras se avanza en el desarrollo de la misma.

¿Qué entiende la población que es una enfermera geriátrica?, ¿desean los estudiantes de Ciencias de la Salud orientar su trayectoria profesional hacia el cuidado de las personas mayores?, ¿aceptan los adultos actuales el cuidado ofertado para sus padres, como válido para ellos mismos, llegado el momento? Con la respuesta a estas cuestiones, se presenta un acercamiento a una posible situación o escenario de cuidado, en el que las futuras personas mayores encuentren exactamente lo que necesiten en cada momento de su propio proceso de envejecimiento.

Se presentan en consecuencia, como Objetivos Específicos de esta investigación, los que a continuación quedan enunciados:

- 1º. Realizar una aproximación al concepto que tiene, la población española usuaria de los cuidados de las enfermeras geriátricas y/o gerontológicas, de esta profesión.
- 2º. Conocer la afinidad que pueda existir entre los estudiantes de Enfermería y Medicina en algunas Facultades españolas, por especializarse en la atención a las personas mayores.
- 3º. Identificar la perspectiva de cuidados de Enfermería de las futuras personas mayores en España, que actualmente conocen la atención prestada a sus progenitores institucionalizados.

Estructurado en tres partes, contiene numerosas definiciones, descripciones y referencias que facilitan la interpretación de los resultados de investigación.

Primera Parte. De quien recibe el cuidado

“Las grandes hazañas no se llevan a cabo con las fuerzas, la velocidad o la agilidad de los cuerpos, sino con el consejo, el prestigio y el juicio: de todo esto, la vejez no sólo no está huérfana, sino que suele estar incluso sobrada”

(Cicerón⁶⁹)

Se propone como primer capítulo del marco teórico porque quien recibe el cuidado es sin duda protagonista de esta tesis. Sin las personas mayores con una necesidad específica de cuidados no se hubiera proyectado esta investigación. Se trata de una población que habitualmente es distinta de la población adulta, pero también es distinta a otras generaciones pasadas de personas mayores. Las características más significativas se recogen para diseñar el mejor cuidado posible.

1. Introducción

La población mundial se cifra en 7.600 millones de personas a mediados del año 2017, según la Revisión 2017 ofrecida por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de Naciones Unidas⁷⁰, lo que implica un aumento de mil millones de habitantes en los últimos doce años. La previsión de crecimiento de la población mundial es de 8.600 millones en

2030, 9.800 millones en 2050 y 11.200 millones en 2100. Según la fertilidad decrece y la expectativa de vida aumenta, la proporción de población por encima de una determinada edad también crece. Este fenómeno, denominado envejecimiento de la población, está ocurriendo a lo largo de todo el mundo. En la actualidad el número de personas de 65 o más años es de 703 millones. Desde 1990 hasta 2019, el número de personas de 80 o más años en el mundo se ha triplicado⁷¹ y se multiplicará por tres para el año 2050 y por siete para el año 2100, respecto a su número en el año 2017⁷⁰.

Concretamente en España, según los datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), recogidos en el informe elaborado por Envejecimiento en Red "Un perfil de las personas mayores en España, 2020"⁷², el porcentaje de personas de 65 años o mayores, respecto al total de la población en enero del año 2019 es del 19'3% (Padrón Continuo del INE) y se convertirá en el 29'4% en el año 2068 (proyección del INE 2018-2068).

La conjunción de la prolongación de la vida y de la anticipación del retiro han generado una nueva vejez, que no consiste en el final de la vida, que es desconocida en casi todas las culturas y que todavía no dispone de una estructura bien definida⁷³. Dada la buena situación física, se desempeñan nuevos roles y se consumen nuevos productos, de acuerdo a sus necesidades e inquietudes. El efecto es positivo en la actividad económica de las poblaciones⁷⁴.

Nuevas generaciones se incorporan a este sector etario, habitando en un mundo nuevo. La correcta adaptación al entorno determina la salud y la

capacidad funcional de la persona. El derecho a los más altos niveles de salud de las personas mayores está consagrado en el derecho internacional⁷⁵.

Del 30 al 40% de los baby boomers alcanzará su retiro en soledad, sin su pareja, aumentando desde el 20 al 25% de los casos con relación a la generación anterior⁷⁶. Por lo tanto, la proporción de personas mayores viviendo en soledad aumentará en años venideros, acusándose el déficit de cuidado del cónyuge y la propensión a elegir un domicilio con recursos de cuidados⁷⁷. Corresponde a esta generación llevar a cabo una planificación de su segunda mitad de la vida tal y como practicaron con la primera. Ellos tomaron las riendas de sus vidas y lucharon, en muchos casos, contra lo establecido. Queda pendiente el reto de tomar las riendas de su envejecimiento, seleccionando la información relevante desde los profesionales especializados y proyectando su propio estilo de vida en función de los recursos existentes y de los que haya que generar. Como mayoría de votantes que son, en cualquier proceso electoral que se celebre, con su influencia pueden convertirse en los mejores defensores de las políticas deseadas y más apropiadas para ellos⁷⁸.

Análogamente al concepto de aprendizaje a lo largo de la vida, tratado en el tercer capítulo del marco teórico, surge el concepto de ciudadanía a lo largo de la vida, como el ejercicio de derechos y deberes de todos los ciudadanos a lo largo de todas las etapas de la vida y en especial, desde el retiro de la actividad laboral. Se busca la transformación de la sociedad, desde su posición y experiencia, con iniciativa y participación, con la finalidad de obtener el bien colectivo. El poder gris representa esta filosofía de vida, con asociaciones e incluso partidos políticos liderados por adultos mayores que persiguen la visibilidad de la población mayor, la cohesión social real, la no

confrontación con el interés de otros sectores etarios, las dinámicas intergeneracionales y la estructuración en definitiva de una nueva sociedad⁷⁴.

La experiencia se convierte en un precioso instrumento, abundante en cada persona mayor, para alcanzar la plenitud en esa etapa de la vida⁷⁹.

2. Población mayor diversa. Fraccionamiento por grupos de edad

Conocer que la población mayor crece no es suficiente. El coste social y económico aumenta proporcionalmente a las situaciones de dependencia, más que al envejecimiento en sí mismo⁸⁰.

La población mayor de 80 años es una de las franjas de edad que mayor crecimiento está experimentando, tanto globalmente como en España. Es a partir de esa edad cuando comienza, en la mayoría de los casos, la pérdida de autonomía para el cuidado y la realización de las actividades básicas de la vida diaria⁸¹.

La vejez se puede subdividir en sub-fases, necesario para los estudios de quienes la protagonizan, dado que las edades que abarca son tan diversas que un análisis general de la población mayor ya no ofrece resultados fiables. De este modo, surge una clasificación en grupos etarios que incluyan a los más activos y vigorosos por una parte, y a los que padecen más pérdidas funcionales, son más frágiles o padecen más enfermedades, con la consecuente dificultad para la gestión de algunas de las actividades de la vida diaria, por otra parte⁸². Se ha denominado tercera edad a aquella etapa considerada por la mayoría como un logro del desarrollo social, cultural y económico, en la que las personas disfrutan de independencia y autonomía, con un cambio en las relaciones sociales y un emergente rol consumista,

coincidente cronológicamente con la edad del retiro laboral. Y cuarta edad a aquella etapa que se presenta como inevitable en el final de la vida, donde se aloja la dependencia y la heteronomía, en un imaginario social de negatividad, fragilidad y pérdida de la identidad, coincidente cronológicamente con los ochenta años de vida⁸³. La cuarta edad nace a lo largo del siglo XX a merced de las políticas sociales y de salud practicadas en ese tiempo. Podemos considerarla, en parte, como la contrapartida de esa victoria⁸⁴.

Los estudios que trabajan con la población mayor advierten las diferencias entre las sub-fases cuando las tienen en cuenta en el diseño de la investigación⁸⁵⁻⁸⁹. Numerosos trabajos ilustran estas diferencias, como el llevado a cabo en la población finlandesa de Turku, en la que se identificó la *orientación de vida positiva* establecida por las personas mayores que residían en su propio domicilio, obteniendo como resultado que ésta aumentaba por, entre otros factores, que su salud fuera mejor que la de otras personas de su misma edad, en el caso de la población de 70 años, o de que tuvieran igual o mejor salud que en el año anterior o de que aún fueran capaces de participar en alguna actividad fuera de su casa, en el caso de la población de 80, 85 y 90 años⁹⁰. La autopercepción cambia dependiendo de la edad y las necesidades se modifican, aunque la funcionalidad en algunos casos se mantenga, por lo que el abordaje profesional también ha de diseñarse de manera distinta.

Clínicamente se utiliza a menudo una clasificación de las personas mayores que recoge la edad, la situación patológica y la capacidad funcional del individuo⁹¹, de tal modo que se considera:

- *Persona mayor sana.* Las personas mayores de 65 años con buen estado de salud, aun padeciendo alguna enfermedad estable que no altera su independencia. Mantiene relaciones sociales.
- *Persona mayor enferma.* La persona descrita anteriormente que sufre un episodio agudo de enfermedad que se prevé reversible, pudiendo recuperar su vida anterior.
- *Persona anciana frágil o de alto riesgo.* Persona que es capaz de atender sus necesidades básicas de la vida diaria aunque tiene dificultades para atender las instrumentales. Es mayor de 80 años, o encontrándose entre los 65 y los 80 años, padece alguna de las siguientes situaciones: problemas funcionales, cognitivos o afectivos, vive sola, experimentó ingreso hospitalario reciente, poli-medicada, con situación económica precaria, enfermedad terminal. Tiene en definitiva alto riesgo de descompensarse y de ser dependiente.
- *Persona anciana geriátrica.* Cumple con tres o más circunstancias: edad superior a los 75 años; pluripatología relevante; el proceso o incapacidad principal es incapacitante; patología mental acompañante o predominante; problemas sociales derivados de su estado de salud.

3. Personas mayores vulnerables

Aunque este calificativo se vincule a menudo a las personas mayores en general, tanto por los medios de comunicación como por diversos representantes sociales en determinados contextos, lo cierto es que el riesgo de sufrir algún tipo de daño físico o moral acompaña al ser humano a lo largo de su ciclo vital. Es en el envejecimiento cuando, por distintas razones, el riesgo aumenta en muchos casos.

3.1. Cronicidad y fragilidad

La mayoría de las personas mayores padecen al menos una enfermedad de las denominadas de carácter crónico y no transmisible, experimentadas clínicamente durante prolongados períodos de tiempo. Una situación frecuente entre las personas mayores que habitan en la comunidad es la falta de adherencia a los tratamientos de sus enfermedades crónicas. Las razones que explican esta situación son el bajo nivel cultural, la poca importancia dada a dirigirse a las instalaciones sanitarias y los olvidos propios del envejecimiento humano. La intervención de los agentes comunitarios de salud se dificulta por la compartimentación de los servicios y de la atención ofrecida⁹². Los esfuerzos dirigidos a la mejora del abordaje de estas enfermedades crónicas no sólo han de dirigirse al ámbito del cuidado profesional. Se conoce la influencia positiva de las personas que ofertan los cuidados informales, que pueden disminuir los hábitos negativos (por ejemplo el tabaquismo) e instaurar otros favorables para la salud (alimentación equilibrada)⁹³.

La multimorbilidad, que se define como la condición en la que existen dos o más procesos crónicos, aumenta con la edad y está especialmente relacionada con la fragilidad, con la que a menudo coincide⁹⁴.

Las enfermedades cardiovasculares y las mentales son las más frecuentes en la pluripatología de las personas mayores⁹⁵.

Cuando se estudia la calidad de vida de la población mayor y cuál es el dominio que más importa a las personas mayores afectadas por una o varias enfermedades crónicas, se evidencia que es el físico, concretamente el relacionado con la autonomía⁹⁶.

El papel de la enfermera en este escenario, con longevidad y cronicidad crecientes, dentro de un sistema de salud cada vez más complejo y costoso, es el de instruir a la persona mayor y a quien le cuide informalmente para que puedan enfrentarse a su autocuidado cada vez en más altas cotas, promocionando su autonomía para la toma de decisiones. Consiste en dar un paso más en la educación para la salud practicada hasta ahora, que se traduce en un rol de acompañamiento y entrenamiento para el empoderamiento. En España se ha concretado este nuevo rol de la enfermera en la Escuela de Cuidadores del Hospital de Guadarrama. En ella se produce el entrenamiento de pacientes y cuidadores de forma segura, con anticipación a las necesidades reales del curso de la patología crónica que les ocupa⁹⁷. Con esta promoción profesional del autocuidado es posible modificar la actual tendencia de aumento de prevalencia de las enfermedades no transmisibles en la población mundial, anunciada por la OMS en repetidas ocasiones⁹⁸.

El término fragilidad es usado en Geriátrica cada vez con mayor frecuencia para diagnosticar pacientes cuyo estado de salud en general es pobre, siendo vulnerables a los efectos perniciosos de muchos estresores del entorno y en alto riesgo de agravamiento de sus enfermedades, sus discapacidades e incluso de una mortalidad inminente⁹⁹.

Teóricamente se define como el estado clínicamente reconocible de creciente vulnerabilidad resultante del declive en reserva y función, asociado a la edad a través de múltiples sistemas fisiológicos, entre los que se encuentran la capacidad diaria para enfrentarse a la vida o a los estresores agudos¹⁰⁰.

Operativamente fue definida por Fried et al.¹⁰¹ como el hallazgo de tres de cinco criterios fenotípicos de compromiso energético, como son: baja fuerza de agarre, baja energía, baja velocidad para caminar, baja actividad física, y/o pérdida de peso no intencionada. En el caso de presentarse uno o dos de estos criterios, se trataría de una situación de pre-fragilidad, con alto riesgo de progresión hasta la fragilidad.

También se ha diseñado un “índice de fragilidad”, más preciso aun operativamente, que mide el número de déficits acumulados en el tiempo, en el que se contemplan discapacidades, enfermedades, deterioros físicos y cognitivos, factores de riesgo psicosociales y síndromes geriátricos (como por ejemplo las caídas, el delirio o la incontinencia urinaria)¹⁰².

La prevalencia de la fragilidad en las personas de 65 años o más en EE.UU., América Latina y Europa es similar, del 7 al 12%, llegando al 25% cuando se superan los 85 años. Según géneros es superior en la mujer¹⁰⁰. Y más frecuente en regiones de vulnerabilidad social, en los que la intervención preventiva debería ser mayor¹⁰³. Las situaciones de pre-fragilidad y fragilidad están asociadas a una mayor mortalidad en todas las edades del adulto¹⁰⁴. Es tal la transversalidad de este síndrome que es sufrido también por las cuidadoras, con una prevalencia del 10% de las personas cuidadoras mayores y del 40% en situación de pre-fragilidad, según los datos arrojados por un estudio brasileño que midió la fragilidad entre las personas cuidadoras mayores¹⁰⁵. Debido a la complejidad del término, muchas personas mayores no saben que son frágiles¹⁰⁶. La intervención preventiva en la comunidad, identificando a los mayores pre-frágiles y actuando multifactorialmente sobre ellos, evita la progresión hacia la fragilidad¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

La enfermera, dentro del equipo socio-sanitario que acompaña a las personas mayores en su camino a la fragilidad, han de usar -dentro de su práctica clínica- todas aquellas herramientas tecnológicas que le faciliten practicar cuidados basados en la evidencia y desarrollando estrategias que mejoren sus intervenciones¹¹⁰. Cuando se explora entre las opiniones de los profesionales de la salud en atención primaria acerca de la figura de la enfermera con más altas competencias de actuación frente a las personas mayores en la comunidad, como podría ser la enfermera de práctica avanzada o la enfermera especialista, se llega a la conclusión de que se estima oportuno para la mejor asistencia en general y mejor coordinación en particular, en el caso de la atención a mayores frágiles¹¹¹.

3.2. Dependencia

En la década de los años ochenta del siglo pasado, se desarrollan en España diferentes medidas legislativas para la protección de las personas que protagonizan envejecimiento, discapacidad y dependencia. La Ley de Integración Social del Minusválido (ley 13/1982) y la Ley General de Sanidad (ley 14/1986) son ejemplos significativos. En el año 2004 se publica el Libro Blanco de atención a personas en situación de dependencia, por el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), como documento previo a la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (39/2006, de 14 de diciembre), cuyo objetivo es crear un Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) que, como ya hicieron países del norte de Europa, se configure como el cuarto pilar del Estado de Bienestar (Sistema Nacional de Salud, Sistema Educativo y Sistema de Pensiones)^{112,113}.

Coloquialmente conocida como “Ley de Dependencia” o LAPAD¹⁴, reconoce a la ciudadanía en situación de dependencia un derecho universal y subjetivo que se puede traducir en la concesión de una serie de prestaciones (en servicios o económicas), destinadas a ayudar y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes.

Es dependiente, según reconoce la Ley (art. 2.2), aquella persona que se encuentra en una situación permanente que le impide llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y por consiguiente precisa ayuda importante de otra u otras personas para realizarlas.

La Ley (art. 26) establece 3 grados de dependencia (desde el mes de julio de 2012 dejaron de existir los niveles):

- Grado I: Dependencia moderada. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Grado II: Dependencia severa. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero que no requieren el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III: Gran Dependencia. Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y por su pérdida total de autonomía, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Podrá beneficiarse toda aquella persona que cumpla los siguientes requisitos establecidos en el art. 5 de la Ley:

- a) Ser español.

- b) Residir en territorio nacional (al menos 5 años y siempre que los dos últimos sean anteriores a la fecha de solicitud).
- c) Ser incluido en una de las categorías o grados de dependencia establecidos por la ley por el órgano evaluador de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Una vez realizada y determinado el grado y nivel de dependencia, se emitirá una resolución con el grado de dependencia, y se procederá a elaborar el Programa Individual de Atención. Obtenido el resultado de la valoración éste será válido en todo el territorio de España. La valoración del grado de dependencia es revisable si lo pide la persona interesada o su representante. También lo puede ser si lo considera oportuno la Administración (art. 30).

Las personas a las que se les reconozca algún grado de dependencia reconocida en la ley, podrán recibir (art.14):

- a) Directamente servicios, prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- b) De no ser posible, la atención mediante un servicio, se podrá recibir una prestación económica, de carácter periódico. Deberá estar vinculada a la adquisición de un servicio que se determine adecuado para las necesidades de la persona beneficiaria.
- c) Con carácter excepcional, se podrá recibir una prestación económica para ser atendido por personas cuidadoras no profesionales: familiares de la persona dependiente.

El catálogo de servicios (art.15) incluye:

- Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia
- Servicio de Tele-asistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Servicio de Centro de Día y noche
- Servicio de Atención Residencial

La Ley establece el criterio de copago. Es decir, el ciudadano deberá contribuir al sistema en función de su renta y patrimonio. Se establece un nivel mínimo de renta, a partir del cual las personas han de contribuir a la financiación del sistema (por debajo del mínimo la persona está exenta de contribuir en la financiación) y un nivel máximo que no superará en ningún caso el 90% del valor de referencia de la prestación asignada. En el caso de que la persona deba contribuir al sistema la cantidad se determinará de acuerdo a lo que establezcan las normativas sociales de cada una de las Comunidades Autónomas.

Cuando en el cuidado a la persona con algún grado de dependencia atendemos su autonomía individual y relacional, la dependencia deja de acumular connotaciones negativas para considerarse parte de la naturaleza humana¹¹⁵. La enfermera puede interpretar esta nueva ley en España como una oportunidad, no sólo como marco legal de referencia para sus intervenciones, sino como desarrollo y reconocimiento profesional y social de su actividad¹¹³. Otras profesiones relacionadas con la atención sanitaria de personas con algún grado de dependencia, como las ingenierías biomédicas,

contribuyen a retrasar los estadios de dependencia que aparecen en el envejecimiento por el deterioro físico y cognitivo, con tecnologías diseñadas expresamente para estas personas¹¹⁶.

3.3. Discriminación por género

La población mayor no se compone de un grupo homogéneo de personas. Es un grupo diverso, como se indicó con anterioridad, que lo será cada vez más, según transcurran los años. Las categorías sociales condicionantes de género, orientación sexual, etnia y clase se asocian con diferencias en los perfiles de salud y de recursos, como consecuencia de las normas culturales y las estructuras dominantes en el mercado de trabajo, la provisión de cuidado y las políticas gubernamentales. Y las mujeres también sufrirán en mayor medida los contratiempos del envejecimiento porque demográficamente son más numerosas, por ser más longevas que los hombres¹¹⁷ y por la discriminación histórica de género, tanto al cuidar como al ser cuidadas¹¹⁸.

Teniendo en cuenta que la familia y el Estado de Bienestar son los máximos proveedores del cuidado en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas mayores¹¹⁹, es posible que las desigualdades de salud relacionadas con la edad no conformen la prioridad de las agendas políticas, pero se hacen juicios implícitos de desigualdad relacionada con la edad en la mayoría de las decisiones políticas de salud que se toman. Además, las desigualdades relacionadas con el género tienden a ser dependientes de las desigualdades relacionadas con la edad, en un vínculo inversamente proporcional, de manera que en aquellos países en los que la esperanza de

vida al nacimiento es mayor, las desigualdades de género en salud son menores, mientras que en los países que la esperanza de vida es menor, las desigualdades de género son mayores¹²⁰.

En China, valiéndonos de su representatividad como país más populoso del mundo, se constata, al comienzo del siglo XXI, a través de una publicación que estudió las diferencias de género que acontecen tanto en las personas mayores que residen en núcleos urbanos y reciben los cuidados como en las cuidadoras que los ofrecen¹²¹, que mientras que la mayoría de hombres mayores recibían una pensión (91%) y en gran número disfrutaban del reembolso de los gastos de asistencia sanitaria (53%), las mujeres mayores ni tenían pensión (57%), ni reembolso de gastos sanitarios (70%). Los trabajos que miden la influencia del género en la economía de las personas, sus estilos de vida y su salud, desde diversos países, son muy frecuentes y ofrecen resultados de similar asimetría¹²¹⁻¹²⁸.

La percepción de los estereotipos relacionados con la edad es género-dependiente¹²⁹. La promoción de la salud y las intervenciones que se diseñen al respecto deberán de tener en cuenta al género al que se dirigen, al igual que se hace con el grupo de edad; las mujeres asumen durante su vida sus propios estereotipos de edadismo, como una manera de auto-marginación de género, que determina su autopercepción de control de la salud¹³⁰. En las mujeres mayores el cuidado de los demás forma parte de la identidad de su rol de género, por lo que puede llegar a ser más importante que su propio cuidado^{131,132}. En España, conforme al artículo número 27 de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar las diferentes necesidades de

mujeres y hombres y las medidas que resulten efectivas para su correcto abordaje³. Un ejemplo que ilustra el fracaso internacional desde las administraciones gubernamentales para lograr este objetivo es el siguiente: a pesar de la sensibilidad social, política y de los medios de comunicación, así como de la financiación pública que origina la lucha contra la violencia de género, los profesionales que atienden a las víctimas de esta violencia utilizan los mismos protocolos de atención para una mujer de 25 años que para otra de 80¹³³.

Numerosos estudios describen las características del auto-concepto de las mujeres mayores, usualmente de baja autoestima, con dificultades presentes para dirigir su vida, con manifestación de inseguridades y escasa participación social, que se traduce en un déficit de empoderamiento¹³⁴.

El grupo de discusión de la Conferencia de Envejecimiento en América fue creado por activistas que creen que el abordaje feminista deconstructivo del sexismo podría ser el camino para acabar con el edadismo, redefinir la percepción pública de lo que significa convertirse en una mujer mayor y enfrentarse a los retos del envejecimiento¹³⁵.

Como contrapunto a toda esta información recogida en torno a la discriminación de las mujeres mayores y una vez reconocida tal realidad, Freixas (2008), desde la gerontología crítica feminista ofrece otra perspectiva: las mujeres que actualmente componen la población mayor poseen “recursos exclusivos”, que forman parte de sus fortalezas, que son específicos de género, que limitan su vulnerabilidad y las convierten en personas productivas y activas, más allá del imaginario esperado¹¹⁸. La diversidad de las nuevas

generaciones de mujeres mayores reclama aún más atención por parte de la sociedad para evitar nuevas discriminaciones de género¹¹⁷.

3.4. Discriminación por identidad sexual

Cuando la atención de salud a las personas mayores se genera a partir de una perspectiva no integral, bien sea biológica o fisiopatológica, el resultado es que no son tenidos en cuenta aspectos afectivo-emocionales y de relaciones humanas tales como los sentimientos, el amor y la sexualidad. Rodeada de mitos y tabúes, la sexualidad es algo que origina incomodidad en los mayores cuando se señala, pues se hallan en un entorno cultural, social y físico represivo¹³⁶. Las necesidades sexuales pueden ser ignoradas o apartadas con múltiples barreras que dificultan su expresión y satisfacción. Los estereotipos acerca de la asexualidad de la persona mayor evitan la aceptación de este rol¹³⁷.

Sólo en los Estados Unidos se estima que para el año 2030 vivan 3 millones de personas del colectivo LGBT (lesbianas, gay, bisexuales y transgénero) con 65 años o mayores¹³⁸. No se trata de un colectivo homogéneo, sino que se compone de subgrupos que en función de su identidad sexual, circunstancias sociales, económicas y de salud, tienen distintas peculiaridades y necesidades¹³⁹. La producción científica que ayude a conocer este colectivo, a actuar correctamente sobre él y a proporcionarle cierta visibilidad es escasa en todas las ciencias, también en la de Enfermería¹⁴⁰.

En aquellas personas mayores que pertenecen al colectivo LGBT las restricciones son aún mayores¹⁴¹. La población mayor es diversa y cada vez lo

será más¹¹⁷. Las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero a menudo se enfrentan a retos y barreras para acceder a los servicios de salud que necesitan y, como consecuencia, pueden obtener peores resultados de salud. Estos retos incluyen el estigma, la discriminación, la violencia y el rechazo en el seno de la familia y la comunidad¹⁴². Pueden experimentar prácticas ofensivas o discriminatorias basadas en su identidad sexual o de género cuando utilizan los servicios de salud^{143,144}. En el caso concreto de las mujeres mayores que son lesbianas la discriminación es triple: de edad, de género y por lesbofobia¹⁴⁵. Manifiestan la inadecuación de los servicios sociales y sanitarios geriátricos ofertados respecto a sus necesidades y expectativas¹⁴⁶. El estigma y sus consecuencias es el mayor temor que sufren las personas mayores de este colectivo cuando se plantean utilizar el recurso de vivir en un centro asistido^{147,148}. Los demás residentes hablan de la homosexualidad con respeto y tolerancia pero la consideran una minoría diferente al resto¹⁴⁹. La mayoría de los mayores que pertenecen a este colectivo en la actualidad tuvieron que esconder su identidad durante su juventud. Y cuando necesitan cuidados por su envejecimiento no cuentan con hijos que les auxilien¹⁵⁰. Planificar el cuidado en el final de sus vidas es muy estresante por este motivo: la ausencia de hijos y de pareja obliga a quien tenga una relación de amistad a tomar decisiones importantes para las que el sistema de atención social y de salud no están preparados, pues se diseñaron centrados en la familia¹⁵¹.

La falta de atención a las personas mayores LGBT y a las personas cuidadoras LGBT proporciona una oportunidad para avanzar en la investigación, para compartir conocimientos desde los hallazgos de investigación y la práctica basada en la evidencia, trasladándolos a prácticas y

políticas más efectivas^{152,153}. Necesitamos ser conscientes de que la mera inclusión de las personas LGBT en casos del cuidado de la salud, en las políticas y en la investigación, no conllevará por sí sola la resolución de la marginación y el estigma. Las buenas intenciones no garantizan los buenos resultados¹⁵⁴. En los EE.UU, la gestión de datos de la administración del expresidente Trump, consiguió que el colectivo LGBT ganara en invisibilidad frente a identificación de necesidades y recursos para la atención y la investigación¹⁵⁵.

Las barreras que se oponen a la salud sexual han de ser evaluadas, incluyendo los cambios fisiológicos y patológicos en el envejecimiento, los tratamientos farmacológicos y los problemas psicológicos¹⁵⁶. Incluso la extrapolación de las diferentes teorías transculturales de cuidados de Enfermería a las necesidades de las personas LGBT, sería necesario y relevante¹⁵⁷. El cambio en la mirada incumbe a todos los profesionales sociales y de la salud, comenzando por los trabajadores sociales, cuyo adiestramiento específico también es necesario¹⁵⁸. Muchos documentos y guías han sido publicadas desde hace años para ayudar a los profesionales que están relacionados con los malos tratos a este colectivo y para las víctimas y sus familiares¹⁵⁹. El Royal College of Nursing publicó una guía en el año 2016, dirigida a los profesionales de Enfermería y a aquellos otros que también se dediquen al cuidado de la salud, en la que ofrecía las claves para la correcta asistencia de este colectivo¹⁶⁰. El Comité de Ética de la Sociedad Americana de Geriátrica también ha colaborado, ofreciendo directrices para médicos, enfermeras y responsables políticos¹⁶¹. La figura del especialista en ética clínica podría representar la voz silenciada de muchos mayores¹⁶². El profesor

emérito Alan Glasper, de la Universidad de Southampton, señalaba la importancia que el profesional tiene que otorgar a la solicitud y gestión de la información personal en la asistencia de dichas personas, utilizando un lenguaje inclusivo que evitara situaciones comprometidas¹⁶³. En muchos casos el personal sanitario que atiende a personas mayores con esta identidad sexual se muestra sensible en su relación, pero teme ser acusado de favoritismo por otros usuarios o familiares¹⁶⁴. Identificados los déficits de conocimiento acerca de este colectivo entre los estudiantes de Enfermería, se propuso la actualización de las asignaturas para que contemplen su cuidado en las facultades¹⁶⁵.

Las relaciones físicas de carácter íntimo entre personas mayores son naturales y contribuyen a la salud de la población mayor¹⁴¹. Como la OMS advirtió en el año 2004, la salud sexual, entendida como manifestación de la sexualidad consiste en “un estado de bienestar en torno a la sexualidad en sus vertientes física, emocional, mental y social”¹⁶⁶.

Las personas LGBT (incluidas, por supuesto, las personas mayores) tienen los mismos derechos que cualquier individuo, lo que incluye el derecho a la no discriminación en el disfrute de dichos derechos. Este principio está consagrado en numerosos instrumentos internacionales, que establecen un amplio ámbito de aplicación. En concreto, a nivel mundial, se encuentran reflejados en el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y en el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). También los grupos y colectivos LGBT deben esforzarse por integrar en sus reivindicaciones y en los servicios que articulan a las personas mayores¹⁶⁷. Incluso el abordaje evolucionará

desde su perspectiva unidimensional a otra de espectro transversal, en la que se tengan en cuenta todas las realidades de la persona mayor en su conjunto¹⁶⁸. Se trata de ofrecer un servicio social y de salud percibido como “seguro” por la persona que lo utiliza, con lo que se acuña el término de *culturalmente seguro*¹⁶⁹.

3.5. Mayores migrantes

La definición de la vejez y el modo de combinarse lo bio-psico-social difiere en cada contexto cultural. La influencia de la cultura es muy poderosa e interfiere en el desarrollo de los demás aspectos⁷³.

Los trabajos publicados en torno a la salud de los mayores migrantes muestran que existen condiciones específicas negativas. Se asocia con su calidad y satisfacción de vida, con lo que los profesionales de la salud podrían aumentarlas si comprendieran los elementos físicos y sociales, así como las variables culturales potenciales que afectan a la situación de salud de cada individuo¹⁷⁰.

El hecho de migrar conlleva una pesada carga física y mental para la salud. Pero se puede contrarrestar con un sistema de salud adaptado. El caso de los migrantes finlandeses que vivieron en Suecia muestra como su salud mejoró respecto a la de los finlandeses de la misma generación que no migraron¹⁷¹. Otros estudios también aportan resultados optimistas, esta vez en relación con la atención hospitalaria de mayores frágiles con patologías agudas en Australia, cuyos resultados arrojaban iguales resultados para los migrantes de habla inglesa que para los que no hablaban en inglés¹⁷².

La adaptación a una nueva cultura es más difícil para las personas mayores que para las jóvenes. El aislamiento no es sólo respecto a la nueva sociedad en la que viven, sino también con los individuos jóvenes de su origen, quienes rápidamente se integran a la nueva cultura mediante el lenguaje, la educación, el mercado laboral y todas aquellas relaciones sociales que se imponen. Florida es un lugar que recibe migrantes de muchos lugares, ejemplo de envejecimiento multicultural y en donde se desarrolló un programa exitoso para fomentar las redes de relaciones de los mayores que llegaban desde Haití, con la intención de mejorar la asistencia de Enfermería y del sistema de salud¹⁷³.

La perspectiva del cuidado de los mayores es distinta entre los países de Occidente y Oriente. Mientras que los primeros, como ocurre en los EE.UU, la planificación del retiro laboral descansa sobre los propios mayores, basándose en los principios occidentales de individualismo, independencia y autosuficiencia, en los segundos, como ocurre en China, la responsabilidad descansa en los descendientes. Por ello cuando los profesionales de la salud en Occidente abordan a migrantes orientales y a sus mayores, han de tener presente que esta relación de cuidado no se entiende como una obligación, sino como un honor¹⁷⁴.

Mayores nacidos en China llegan a los EE.UU con la intención de ayudar a la economía de sus hijos—actualmente ocupados laboralmente mediante el cuidado de sus nietos—, al mismo tiempo que promocionan la relación intergeneracional, el amor familiar y su propia cultura. También con la esperanza de recibir por parte de su familia el cuidado que ellos necesitarán cuando sean dependientes¹⁷⁵.

El cuidado de los mayores pakistaníes que viven en Noruega (primera de tres generaciones) se debate entre el cuidado proporcionado por la estructura pública de bienestar que se financia mediante los impuestos y la obligación moral y cultural que protagonizan sus hijos y nietos, concluyendo quien investiga esta realidad que la solución se presenta como la conciliación de ambas iniciativas¹⁷⁶.

Incluso algunas investigaciones señalan que la mayor tendencia a la cohabitación de los mayores migrantes con sus familiares no es debida exclusivamente a sus valores culturales o a la disposición de unos menores ingresos, sino que también influye en gran medida las políticas de migración y las leyes de reunificación familiar de los migrantes (se facilita la llegada de los mayores migrantes vinculados a sus hijos, que ya están integrados)¹⁷⁷. En Canadá la población de personas mayores mantiene su crecimiento y aumenta en su diversidad, gracias a las políticas multiculturales del gobierno federal. Como resultado de estas políticas, siempre mejorables, la autopercepción de salud y satisfacción de su calidad de vida de los mayores chinos que viven en Canadá es alta¹⁷⁸.

En Europa no se han encontrado diferencias entre las relaciones intergeneracionales de migrantes y de no migrantes, lo que indica una integración social del migrante que le lleva a no diferenciarse del nativo¹⁷⁹. En España la migración que tiene más tradición es la de personas europeas retiradas que buscan la bonanza climática, sobre todo de origen británico y alemán. La calidad de la atención sanitaria española les anima a declarar su residencia permanente en España. El estar registradas en el sistema español tampoco afecta a su situación cuando regresan a sus países de origen. Por

todo ello su número crece incesantemente, con lo que es necesario adaptar la estructura sanitaria y su enfoque¹⁸⁰.

Debido al aumento de las migraciones tanto internas (dentro del mismo país) como entre países distintos, es necesaria la Enfermería Transcultural para abordar esta nueva diversidad, que acontece tanto en etnia, origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, estatus socioeconómico o educación, entre otros. Los cuidados de salud de las personas mayores se aplican una vez observados los matices culturales, empleando este conocimiento como base de la asistencia a la comunidad¹⁸¹. Diseñar programas específicos para personas mayores migrantes tampoco es útil, pues en todo abordaje es más importante el enfoque de atención centrada en la persona que un programa estandarizado. Cada persona determina en qué medida influye su cultura de origen en las necesidades actuales¹⁸².

En cuanto a la utilización de un modelo concreto de Enfermería Transcultural (Leininger, Newman, Parnell, Campinha-Bacote), de entre los existentes, probablemente no permita recoger la diversidad dentro de los grupos culturales. Pero sin duda ayudará a la enfermera asistencial, docente e investigadora a encontrar una guía que le conduzca al cuidado de enfermería culturalmente competente¹⁸³.

4. Personas mayores que no se reconocen vulnerables

Muchas personas mayores no se sienten más vulnerables que unos años atrás, cuando se les consideraban adultos maduros. Sus circunstancias vitales son favorables y su independencia es semejante a como ha sido

siempre. Defienden su auto-concepto apoyándose en diferentes principios y actitudes.

4.1. Autonomía

Autonomía es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. Lo opuesto no es dependencia, sino heteronomía. La dependencia consiste en la necesidad de apoyos para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

El proyecto de vida de la persona no desaparece con la edad, cada persona necesita tener el control sobre su vida y ser partícipe de su proyecto de vida. Las personas mayores tienen derecho a que se les reconozcan todas sus capacidades, a una adecuada comunicación, a la intimidad, a la equidad de los recursos y a la autonomía decisoria.

A la hora de planificar los cuidados es imprescindible tener en cuenta “la mirada del otro”, para lograr el máximo desarrollo de la autonomía, de la independencia y del bienestar subjetivo de la persona¹⁸⁴.

La toma de decisiones por parte de la persona es un mecanismo complejo que evoluciona con la edad¹⁸⁵. Históricamente la capacidad de ser autónomo se ha ligado estrechamente a la capacidad física y mental, desde la orientación del modelo biomédico e individualista. Pero esta perspectiva del ser humano es incompleta, pues podemos observar casos de personas que aun siendo dependientes, son autónomos; o casos de personas independientes que no lo son. Ello se explica mediante la autonomía relacional, que describe al ser humano como naturalmente dependiente de las relaciones humanas, que le impiden decidir con libertad en determinados casos, por acción directa de

relaciones sociales y/o familiares. Este enfoque permite explorar la toma de decisiones y las estrategias relacionadas con el cuidado desde otro enfoque: la intervención paternalista a la persona con algún grado de dependencia se transforma en la herramienta que individualiza y proporciona autonomía a la persona¹¹⁵.

Cuando los procesos de enfermedad y/u hospitalización dan lugar a situaciones de fragilidad en las que aumenta el riesgo de que este principio de autonomía sea violado, la enfermera puede defenderlo, estableciendo un canal de comunicación efectiva y una sólida guía del cuidado, tanto con la persona mayor como con su familia¹⁸⁶. En la hospitalización la autonomía está especialmente amenazada por la estandarización de los cuidados y así lo manifiestan los mayores que fueron estudiados en este ámbito, expresando sentirse vulnerables y bajo un tratamiento profesional basado en el paternalismo¹⁸⁷.

Favorecer la autonomía de la persona mayor en estos escenarios no sólo les proporciona un estilo de cuidado digno, sino que facilita la consecución de los objetivos del plan de cuidados¹⁸⁸.

4.2. Empoderamiento

De origen extranjero, este anglicismo (“empowerment”) viene a significar por un lado, mejorar la capacidad para el poder y para la apropiación del mismo; y por otro lado, la modificación de la representación de un sujeto y en el efecto que aquél tiene en el auto-concepto. La conveniencia del anglicismo queda manifiesta, frente al término apoderamiento, por contener ambos significados¹⁸⁹.

El envejecimiento no define la identidad de la persona, aunque sí se percibe la pérdida de independencia según aparece. Culturalmente muchos estereotipos caen sobre este grupo de edad, que de manera conformista también los acepta. Es un proceso de “desempoderamiento” socialmente admitido. El empoderamiento consiste en un proceso de revisión de estos códigos culturales para la producción de un nuevo orden ideológico y social. Se fortalece el auto-concepto y se reconstruyen identidades¹⁸⁹. La importancia de ejercer como ejemplo para las generaciones venideras es común a la mayoría de las personas mayores y ello podría tomarse como un punto de partida para este cambio¹⁹⁰. La producción de un bien social puede reconvertir su imagen en algo positivo¹⁹¹. La sociedad tiene que acompañarles en el aumento de su participación activa que actualmente se está produciendo. La propuesta social de “para ellos” o “con ellos” tiene que evolucionar a “desde ellos”¹⁸⁴. En aquellas sociedades en las que además de estereotipos existan ciertas brechas sociales, como la pobreza o la ausencia de asistencia sanitaria universal, las intervenciones sobre empoderamiento secundarían a las intervenciones necesarias para eliminar tales brechas¹⁹².

El cese en la actividad laboral logra varios efectos negativos en el individuo, que tendrá que gestionar con acierto para que no disminuya su autoestima. Se pierde la sensación de ser productivo en la sociedad, se pierde la sensación de formar parte de un grupo y de tener una vida disciplinada. Por otro lado, ya en el ámbito familiar, cuando aparecen necesidades que han de satisfacer los demás, si no existe voluntad de ayuda, aparece el aislamiento¹⁹³.

La autoestima y la autopercepción de la satisfacción vital disminuyen según aparecen las limitaciones en el envejecimiento. Ello dificulta la iniciativa

para el aprendizaje¹⁹⁴. La relación entre aprendizaje, pedagogía social y empoderamiento también ha sido establecida¹⁹⁵.

En la percepción que las personas mayores tienen de su propio envejecimiento influye, naturalmente, el contexto cultural en el que se haya desarrollado cada persona, pero con más intensidad, aquellas vivencias de su pasado más inmediato, experiencias e interacciones singulares relacionadas con su autonomía física, económica y de relaciones¹⁹⁶. La calidad de vida se describe como vivir con tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, teniendo satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información¹⁹⁷. En un contexto de enfermedad y cronicidad, el bienestar se relaciona con la capacidad de funcionar, de hacer cosas, de mantener un rol familiar, de conservar cierta independencia adaptándose al dolor y la enfermedad¹⁹⁸. Las relaciones sociales son fundamentales para alimentar la autoestima y el propio empoderamiento¹⁹⁹. El auto-concepto de salud se define sencillamente como disfrutar de *bienestar* y de una *vida buena*²⁰⁰.

En el cuidado de salud, la autodeterminación se describe como la participación de los pacientes en las decisiones que afectan a sus propias vidas, sin limitaciones impuestas por otras personas²⁰¹. La autodeterminación para las personas mayores frágiles que viven en la comunidad consiste en el proceso en que las personas tienen el control, los derechos éticos y legales, el conocimiento y la capacidad para decidir, basándose en la libre elección²⁰².

Las personas mayores que padecen enfermedades crónicas definen el empoderamiento como *un proceso personal en el que desarrollan y emplean*

*activamente el necesario conocimiento, competencia y confianza, positivo auto-concepto, satisfacción personal, una sensación de dominio, desarrollo personal y esperanza para el control de su propia vida y la promoción de la salud*²⁰³.

El hecho de vivir institucionalizado hace que disminuya la estima personal y familiar de la persona²⁰⁴. Las dificultades para el empoderamiento aumentan cuando se trata de la mujer¹³⁴.

Con el modelo Hope (Home, Opportunity, People and Empowerment) Model, el cuidado en el domicilio se adelanta al futuro. Comparte muchas características con modelos de atención y cuidados de Enfermería domiciliarios anteriores, añadiendo autonomía y responsabilidad, atención especializada y la más avanzada tecnología de comunicación para gestionar informes y resultados. Se logra el empoderamiento de la persona mayor y de su familia a través del empoderamiento de la enfermera. Los resultados son muy importantes tanto en costes como en satisfacción de los usuarios, en Canadá y en otros países en los que funcionan otros modelos similares. El liderazgo de Enfermería ha de ser proactivo en el empoderamiento de la población sobre su cuidado, mediante la modelación de las organizaciones de atención y la identificación de las necesidades, metas y deseos de las personas²⁰⁵. También el tercer sector logra el empoderamiento de los mayores que padecen enfermedades neurológicas por ejemplo, a través de programas de pacientes expertos, que proporcionan apoyo y educación para la autogestión de su proceso e intermediar con los profesionales del cuidado²⁰⁶.

En el año 2006, Connie Goldman, Martha Holstein, Phyllis Mitzen y Joan Ditzion¹³⁵, profesionales del ámbito del envejecimiento y miembros durante mucho tiempo de la American Society on Aging (ASA), se definieron a sí mismas como mujeres que protagonizaban su propio proceso de envejecimiento, sobreviviendo a los hombres y con la responsabilidad de cuidar de sus hijos y nietos, sin mapas que les indicaran la dirección correcta, pero con el convencimiento de que unidas la encontrarían: “necesitamos una nueva generación con conciencia de empoderamiento intergeneracional”.

En lo que respecta directamente a la relación entre las personas mayores con enfermedades crónicas y el personal sanitario que las atiende, para propiciar el proceso de empoderamiento en ellos, una de las primeras medidas a adoptar es tener conciencia del proceso por ambas partes, dedicar tiempo a este proceso, y hacer un ejercicio progresivo de cesión de poder hacia las personas mayores y sus familiares²⁰³.

4.3. Consumidores en una sociedad de consumo

Las necesidades de las personas mayores son comunes a la del resto de la población en muchos aspectos básicos, pero particulares en otros muchos escenarios, que se presentan según se envejece. Además de las necesidades naturales, compartidas por todos los seres humanos, aparecen otras necesidades sociales que dependen de cada sociedad, que las forja en relación directa con el poder adquisitivo de ella misma y de quienes la componen. Hasta ahora, las generaciones anteriores de personas mayores, por sus circunstancias vitales, no eran objeto de los mercados ni mostraron interés en el consumo. Pero progresivamente se incorporan nuevas generaciones de

personas mayores, que ejercieron de consumidores en sus etapas vitales anteriores y que continuarán con este ejercicio. La sociedad de consumo les espera, conoce muchos de sus intereses y esto afecta a todos los órdenes sociales²⁰⁷.

La primera preocupación de las personas mayores es su propia salud. Le siguen la situación de su familia y el dinero. Este orden mediatiza sus tendencias de consumo²⁰⁸. La importancia que otorgan al dinero es relativa, pues lo identifican más con un instrumento en la vida para satisfacer ciertas necesidades, que como un fin en sí mismo²⁰⁹.

Un ejemplo de bien de consumo en el que aumenta el número de consumidores mayores es el de la información. Las personas mayores son consumidores de los contenidos de los medios de comunicación. Prefieren las televisiones locales o regionales a las nacionales. También consumen radio y prensa. Y cada vez, en mayor medida, contenidos de medios de comunicación especializados en los consumidores mayores, con temas específicos que atienden a sus preocupaciones y que ofrecen productos para el tiempo de ocio²¹⁰.

Los mercados del cuidado de la salud demandan consumidores y se han valido de instrumentos políticos para empoderar al usuario de servicios de salud y convertirlo en un consumidor experto. Cuando se potencia la elección personal y se promueve el consumo individual dentro del sistema de salud, las primeras consecuencias secundarias son un cambio en las responsabilidades, en la igualdad y en la oportunidad de uso de los servicios²¹¹.

El papel históricamente dominante del médico dentro del sistema de salud está cambiando, en una clara pérdida de poder, cedido a las grandes empresas que se encargan de gestionar la asistencia sanitaria y a los propios pacientes, que se empoderan frente a la asistencia y especialmente los que reciben cuidados de largo término, a través de equipos multidisciplinares en los que el médico es una pieza más²¹².

Este nuevo matiz en el rol de la persona mayor que le transforma en consumidor activo de bienes, entre los que se incluyen la asistencia social y sanitaria, determina el diseño no sólo de las políticas generales sino el de las intervenciones profesionales que pretenden ofrecer soluciones a las nuevas necesidades de salud y bienestar en las sociedades de consumo.

4.4. Envejecimiento saludable

La dinámica de la salud en la vejez es compleja. Los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor. Con el avance de la edad aparecen muchos cambios fisiológicos y aumenta el riesgo de aparecer enfermedades crónicas. A partir de los 60 años sobrevienen las grandes cargas de discapacidad, con independencia del desarrollo del país del que se trate. En la medida de la funcionalidad de la persona mayor no sólo se evalúa el número de enfermedades o el grado de discapacidad, sino su adaptación en el entorno. Esto es lo que determina su funcionalidad.

Según la OMS²¹³, el Envejecimiento saludable se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos

relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

Las estrategias de salud pública han de dirigirse a la conservación por el mayor tiempo posible de la capacidad intrínseca de las personas mayores, es decir, de sus capacidades físicas y mentales, y la intervención sobre el entorno, transformando las comunidades y ciudades en entornos amigables e implantando el diseño universal. Gracias a éste, se aumenta la usabilidad, seguridad, salud y participación social a través del diseño, de entornos y sistemas de fácil uso para todas las edades⁷⁵.

El estilo de vida es una variable que se puede controlar por el individuo, resultando de gran influencia en la conservación de la capacidad intrínseca. Factores de riesgo que se pueden cambiar por el comportamiento son el consumo de tabaco, de alcohol, la dieta, el índice de masa corporal, el nivel de actividad física y las prácticas saludables²¹⁴.

Enfermería puede incrementar la salud en la población mayor a partir de sus teorías del autocuidado y de todos los enfoques teóricos holísticos de intervención sobre los individuos²¹⁵. El aporte de conocimiento es imprescindible desde cada disciplina, tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales, y también sobre el resultado de las políticas realizadas hasta el momento con la finalidad de facilitar un envejecimiento saludable²¹⁶.

5. Reflexión final

Según el profesor Gómez García⁷³, tres modelos, ya experimentados a lo largo de la historia, se presentan como posibles, para entender el envejecimiento por parte de los protagonistas, sus familias, la sociedad o los profesionales que los atiendan:

- a) La vejez como *condena* (modelo esquimal). Recorte de recursos, excluida del trabajo, de reuniones familiares y/o sociales, con anulación de la identidad.
- b) La vejez como *retiro* (modelo estatal o sindical). Garantiza ciertos recursos y prestaciones, a través de servicios y atenciones, reducido a una segunda infancia regresiva, con alivio de dolencias y entretenimiento asegurado.
- c) La vejez como *plenitud* (modelo ciceroniano). Concepción de la persona como activa en su propia existencia, abierta a múltiples opciones de realización, cual segunda adultez llena de sentido, socialmente integrada y sin miedo a la muerte.

Segunda Parte. De quien gestiona el cuidado

“¿Te das cuenta de que, en el tiempo transcurrido durante la vida de dos personas, ha nacido la Enfermería organizada y la Enfermería Geriátrica, siendo mi propia vida la segunda de ellas?

Florence Nightingale nació en 1820 y yo en 1910, el año en el que ella murió”

(Mary Opal Wolanin ²¹⁷)

Mediante este apartado se pretende el acercamiento del lector a conceptos tan asumidos por todos como son el envejecimiento o el cuidado, la historia de cada uno de ellos y su significado. Ambos conceptos evolucionaron a lo largo del tiempo y es natural que continúen haciéndolo.

1. El envejecimiento en la Historia de la Humanidad y orientación del cuidado

La inclusión de la historia del envejecimiento a través del tiempo y de diferentes culturas en este bloque del marco teórico atiende a que el interés se deposita sobre el concepto concebido por la sociedad de las personas mayores y la respuesta dada en su cuidado. Por ello este apartado sirve de transición entre el primer bloque, dedicado a quien recibe el cuidado y este segundo bloque, dedicado a quien lo gestiona.

La palabra *cuidado* tiene varios significados en nuestra lengua. El más inmediato y popular tiene que ver con la advertencia hacia una amenaza de peligro. Los niños incorporan esta palabra pronto a su vocabulario, no abandonando su uso a lo largo de toda la vida²¹⁸.

Según el diccionario de la Real Academia Española²¹⁹(RAE), en su segunda acepción, *cuidado* es la acción de cuidar, entendida como *asistir, guardar o conservar*. Su origen latino, *cogitātus*, cuyo significado fue

“pensamiento”, enlaza con su tercera acepción, a saber, *recelo, preocupación o temor*.

Desde la concepción formal de cuidado han surgido definiciones muy completas, con gran riqueza de matices, que orientan tanto a quienes lo proveen como a quienes lo reciben, acerca de la profundidad de su significado. Es el caso de la enfermera Waldow²²⁰, cuando describe el *cuidado* como “una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida”. Watson²²¹, por su parte, incluye entre sus principales hipótesis de la ciencia de cuidar la premisa de que la práctica del cuidado se inscribe fundamentalmente en la disciplina enfermera.

El cuidado se construye mediante las relaciones humanas en un marco de principios y valores sin los que la vida social no podría darse: tolerancia, humildad, respeto, cooperación, justicia...El cuidado hace que surja un ser humano complejo, sensible y solidario, que conecta con todo lo que contiene el universo. Sin el cuidado el ser humano dejaría de ser humano²²².

Desde el punto de vista de la historia de las culturas, no puede decirse que haya un esquema evolucionista de las formas de concebir y vivir la vejez. La condición de las personas mayores está expuesta a la erosión permanente e irremediable de la vida y a distinto grado de afecto por sus congéneres, desde la marginación o eliminación, hasta el cuidado más cariñoso.

Como principio general, el trato otorgado mejora en tiempos de abundancia en recursos. Cuando escasean, niños y mayores sufren las consecuencias en primer lugar, con privaciones que llegan hasta el geronticidio más o menos encubierto. Cuando el ostracismo cae sobre ellos, la muerte social llega antes que la biológica⁷³. La vejez suele ser una realidad rechazada por el resto de la sociedad²²³, pero anhelada por todos los individuos que generalmente desean tener la oportunidad de vivirla²²⁴.

A lo largo de la Historia, el valor social de la vejez y su cuidado no se mantuvieron constantes⁹¹: en la Prehistoria, en el período de tiempo comprendido entre el Paleolítico y el Mesolítico (600.000-10.000 a.C), la longevidad era excepcional. El cuidado de las personas que llegaban a esta edad recaía en la mujer, al igual que el de los niños, pues el hombre se ocupaba de la caza. La consideración social de las personas mayores era positiva; en China el número de personas mayores también era reducido, disfrutando de un poder social dentro y fuera del ámbito familiar, hasta el punto de que tenían el derecho sobre la vida y la muerte de sus hijos. Para el taoísmo la vejez era virtud en sí misma, la vida bajo su forma suprema; en Egipto siempre existió una preocupación por la higiene y la salud pública. El sacerdote se encargaba de las enfermedades de las personas y probablemente quienes vivían en esclavitud o en algún tipo de servidumbre, del cuidado de las personas enfermas, dentro del ámbito familiar; en el pueblo hebreo las personas mayores ostentaban puestos de poder en la jerarquía social. El cuidado recae sobre la mujer en el seno de las familias y determinadas instituciones, según la época; en Grecia existen dos corrientes según los tiempos, reconociendo una de ellas la vejez como virtud para el juicio y el

gobierno (período Helenístico de Atenas, Platón), o como decrepitud y enfermedad, contraria a la fortaleza y la belleza de la juventud, la otra (Grecia, Aristóteles). A las personas enfermas las atendían las sacerdotisas en los templos dedicados al semidios Esculapio, que se relacionaba con la salud del pueblo. Más tarde, Hipócrates (460-370 a.C), representó la racionalidad en el ámbito de la medicina. Los cuidados eran proporcionados por hombres y sacerdotisas, con dietas y purgas; durante el Imperio Romano se reconocía y practicaba la autoridad de los adultos más mayores. Formaban parte del Senado, órgano de gobierno y justicia del Imperio. Durante la República recibieron el mayor poder y respeto. A partir del siglo I a.C los emperadores restan poder al Senado y a los ancianos. Desde el siglo V d.C esta situación empeoró, debilitándose y marginando la figura de la persona mayor. El cuidado se relacionó con las aguas termales; en la Edad Media y el Renacimiento la imagen de la persona mayor se asociaba a la muerte. En general estaban apartados de la vida pública. El cuidado se inspiró en la interpretación cristiana de la caridad. Desde el siglo IV se construyeron hospicios y hospitales religiosos para atender a todas las personas marginadas; en los siglos que conducen hasta la actualidad, los cambios sociales dan lugar a cambios demográficos. La Revolución Industrial, el éxodo rural y el nacimiento del proletariado conforman una nueva perspectiva de las personas mayores. Aumentó la población por los avances sanitarios, pero los pocos que alcanzaban la vejez, debido a las duras condiciones laborales, quedaban en la miseria cuando dejaban de ser productivos. A mediados del siglo XIX aparecen las primeras compensaciones económicas para estas personas (Países Bajos). El cuidado forma parte de las órdenes religiosas y la beneficencia. A finales de

este siglo surgen corrientes interesadas en separar la enfermedad de la vejez, como es el caso de la Geriatría y la Gerontología.

En el siglo XX la demografía refleja el aumento constante de la longevidad de la población. Se desarrollan políticas de protección social de las personas mayores, así como de atención sanitaria. Ello no significa que la imagen de lo viejo sea estimada. El cuidado se comparte entre el Estado, la tradición religiosa y las familias.

En los EE.UU, después de la aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1935, muchas personas mayores escaparon de la indigencia con una protección mínima contra la privación absoluta. Esta es la génesis de la atención a las personas mayores tal y como se conoce en la actualidad²¹⁷.

La cultura tecno-científica desarrollada en este período es la cultura que más ha influido en la vida de las personas mayores. Se vive un mayor número de años, con unos recursos muy limitados (pensiones bajas por la previsión alta de vida) y con una necesidad de las mismas creciente, porque aumenta la dependencia según se cumplen años. Aisladas, porque las familias, si se tienen, viven distantes²²⁵.

Los sistemas de salud no han acompañado, como norma general, al momento de transición demográfico en el que nos encontramos. La mayoría de los servicios de salud en el mundo se diseñaron para tratar cuadros agudos, normalmente de origen infeccioso, que no es lo que ahora demanda una persona mayor. Esta asistencia empeora por causas de discriminación a la edad y por desconocimiento de cuáles son sus prioridades. Un enfoque, un nuevo diseño es necesario⁷⁵.

La Geriátrica ha tratado médicamente a las personas mayores, definiéndose por la R.A.E como “la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento”. Aunque el término Geriátrica fuera acuñado en los EE.UU, fueron los británicos quienes dotaron a la disciplina de unos principios básicos²²⁶. Marjory Warren, Joseph Sheldon y Lord Almoree contribuyeron con su trabajo en Gran Bretaña²²⁷.

La Gerontología, en cambio, se define por la R.A.E como “la ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan”. Se trata de una ciencia multidisciplinar, que define la vejez como “un proceso progresivo desfavorable de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”⁹¹.

Durante el final del siglo XIX y el principio del siglo XX, en lo que posteriormente se ha denominado “Belle Époque”, el mundo sufrió una gran transformación. Grandes cambios tecnológicos, ideológicos y de roles tuvieron lugar. Apareció un nuevo tipo sociológico, “la nueva mujer”. Dispuesta a disfrutar de las mismas oportunidades que los hombres, luchó por un trabajo remunerado, por la práctica de los deportes, por elegir las prendas de vestir que le interesara según las situaciones y por tener derecho al voto. Esta mujer no dejó indiferente a nadie, interpretándose como símbolo de progreso y el principio de la modernidad por una parte de la sociedad, o como la decadencia de Occidente por otra parte de la misma²²⁸.

En la actualidad la sociedad se ve sometida a cambios globales, de carácter económico, sanitario y de relaciones humanas, que propician una

mayor necesidad de cuidado y una menor oferta del mismo, tanto por la disminución del proporcionado históricamente por las mujeres, como por la minimización del ofrecido tradicionalmente por los sistemas públicos y privados. La enfermera de todos los ámbitos se enfrenta a esta crisis del cuidado global²²², no sólo en su aspecto cuantitativo, sino también en el cualitativo, pues el cuidado de salud no es entendido de la misma manera entre las personas mayores que reciben el cuidado y quienes profesionalmente lo proporcionan²²⁹.

2. Enfermería. Breve historia de la profesión.

El cuidado de la persona enferma ha sido una constante histórica, formando parte del imaginario colectivo de la humanidad. Desde los más remotos inicios, todos los pueblos han tenido personas expertas en el arte del cuidado, en el arte del sanar. A pesar de esta presencia inmemorial de los cuidados, han tenido que transcurrir siglos para que todas ellas terminaran unidas en una sola profesión: la Enfermería²³⁰.

A grandes rasgos, la evolución histórica de los cuidados de Enfermería²³¹ se puede estructurar en cuatro etapas (siempre en relación estrecha con el concepto de salud que la sociedad tiene), como es la *doméstica* (Neolítico-caída del Imperio Romano), con el cuidado femenino de higiene y alimentación; la *vocacional* (expansión del cristianismo —siglo V—, y la llegada del Mundo Moderno —siglos XVI-XVIII—), con el cuidado de enfermos por quienes se consagraban a Dios; la etapa *técnica* (edad Contemporánea —siglos XIX y XX—), con unos cuidados mecanizados, rara vez holísticos, en un entorno hospitalario; y la etapa *profesional* (desde la

segunda mitad del siglo XX), donde el cuidado descansa en la actividad de la enfermera, con un enfoque holístico, dirigido a la persona, la familia y la comunidad, promoviendo la vida saludable.

Humberto de Romans, quinto maestro de la Orden de los Hermanos Predicadores (Hermanos Dominicos, orden fundada por Santo Domingo de Guzmán), fue autor de la obra *Liber de instructione officialium Ordinis Praedicatorum* (siglo XIII), en la que dedica varios capítulos al cuidado de los enfermos y a dar instrucciones a los proveedores de esos cuidados. Del texto se extrae la función cuidadora, de toma de decisiones, de defensa de los intereses de los pacientes, de relación, de consuelo y la de gestión de recursos²³².

Con anterioridad a la etapa técnica, hombres y mujeres laicas fueron profesionales del cuidado en ámbitos hospitalarios (en el Renacimiento) a cambio de una retribución periódica y de residir dentro del hospital²³³.

Simón López, enfermero y barbero español de origen castellano, que desarrolló su actividad profesional en el ámbito hospitalario, autor de la obra *Directorio de enfermeros*, en el siglo XVII, en la que desde una perspectiva holística describe intervenciones y cuidados de Enfermería. La finalidad de su obra era asistencial y docente. Se adelantó tres siglos a Virginia Henderson para hablar del autocuidado del paciente²³⁴.

Isabel Zendal Gómez (1773-?), nacida en una aldea de La Coruña, fue considerada en el año 1950 por la Organización Mundial de la Salud como la primera enfermera de la Historia en misión internacional, al participar en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1806), con el patrocinio del rey

Carlos IV²³⁵. Se salvaron miles de vidas y también la economía del imperio español²³⁶. Cuidó a todas las personas que integraron la expedición y especialmente a los veintidós niños de los que dependía el éxito de la vacunación, con extrema dedicación y entrega, hasta el punto de afectar a su propia salud, tal y como décadas después le sucediera a Florence Nightingale, a consecuencia de su actividad en la Guerra de Crimea.

A lo largo de los siglos XIX y XX la atención caritativa de las órdenes religiosas deja lugar a la asistencia sanitaria como un derecho del ciudadano. Este cambio se inicia en España a partir del trabajo desarrollado por Las Cortes de Cádiz, configurando una nueva sociedad basada en la interpretación individualista de los principios teóricos de libertad, igualdad y propiedad, hasta culminar con la Constitución del año 1812. Producto inmediato de este escenario social y político fueron la Ley de Instrucción Sanitaria de 1813, primera normativa sanitaria de la época y la Ley de Beneficencia de 1822, que organizó la Beneficencia Pública²³⁰.

En el año 1833, los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios escriben el libro “El Arte de la Enfermería”, con la intención de instruir a los enfermeros de esta Orden en el cuidado de enfermos²³⁷.

Theodor Fliedner(1800-1864) fundó una Escuela de Enfermería en 1836, dentro de las actividades de educación y cuidado de las Diaconisas de Kaiserwerth, después de haber visitado a las Hermanas Protestantes de la Caridad, dirigidas por Elisabeth Fry (1780-1845) en Inglaterra, en cuyas cárceles desarrollaban su labor. Los principios de esta formación se

extendieron por Europa e influyeron en la joven Florence Nightingale, quien visitó sus instalaciones²³⁸.

Las pautas higiénicas establecidas por Florence Nightingale²³⁹ (1820-1910), transformaron la asistencia a los enfermos desde el siglo XIX. Se reconoce como la fundadora de la Enfermería moderna, introduciendo cambios en la asistencia y la organización profesional, consiguiendo mejores resultados epidemiológicos²⁴⁰. Probablemente estas normas higiénicas influyeron en las que planteó el cirujano Federico Rubio-Gali (1827-1902) en España, tanto en su actividad quirúrgica como en la creación de la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría en 1895, con posterioridad al tiempo en que vivió exiliado en Londres (año 1860)²⁴¹.

Ethel Bedford-Fenwick, contemporánea de Florence Nightingale, luchó por el reconocimiento social de la profesión. Propuso una formación reglada de tres años de duración; demostró con estudios epidemiológicos que las malas condiciones del personal de Enfermería influían negativamente en el cuidado de los pacientes. En el año 1887 creó la primera asociación de enfermeras, llamada Asociación de Enfermeras Británicas, dedicada a la defensa social de la profesión²⁴⁰.

La mayoría de personas dedicadas a la investigación considera la segunda mitad del siglo XIX como el inicio de la institucionalización y profesionalización de la Enfermería, concretamente coincidiendo con la publicación de la Ley de Bases para la Instrucción Pública de 17 de julio de 1857, con la que regularon las profesiones sanitarias²³⁴ y la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, popularmente conocida como Ley

Moyano, que fue el ministro que la auspició²⁴². En ella se consagra la figura del Practicante en Medicina y Cirugía Menor y la de la Matrona. Sangradores y Ministrantes, que históricamente ejercieron las mismas competencias que el Practicante, tuvieron que adaptarse a esta nueva denominación oficial y académica, más al gusto de los médicos y cirujanos de esa época, favoreciendo así la subordinación deseada. En el año 1915, mediante una Real Orden²⁴³, es creada la titulación de Enfermera, a instancia de la Congregación de las Siervas de María, para interesadas en la profesión, al margen de que pertenecieran a una comunidad religiosa. El Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española²⁴⁴ se constituyó y organizó en el año 1917.

Hasta el año 1953, las tres titulaciones convivieron paralelamente²⁴⁵, fecha en la que aparece una nueva titulación que no es demandada por ninguna de las anteriores: Asistente Técnico Sanitario (ATS), que unifica y sustituye a las anteriores (la matrona se convierte en una especialidad dentro de la titulación común). En el año 1977 la formación de la enfermera es asumida por la Universidad, denominándose la titulación como Diplomatura Universitaria en Enfermería. Desde el año 2008 se inicia la formación y titulación de Grado en Enfermería, en convergencia con el Espacio de Educación Superior Europeo²³⁰.

Teóricas como Peplau, Wiedenbach, Henderson o Travelbee desarrollan conceptualmente la Enfermería a mediados del siglo XX²⁴⁶. A partir de los años setenta del siglo pasado se produce un cambio en la construcción teórica de Enfermería, incluyendo filosofías no positivistas. Protagonizan este cambio de enfoque las teorías de Newman, Benner y Watson. En este cambio de posición la promoción de la Enfermería como ciencia y la búsqueda de las necesidades

del paciente ceden ante una perspectiva holística y humanista²⁴⁷. Fauwcett, Leddy y Pepper en los años ochenta y Barker en los noventa, contribuyen con nuevas perspectivas teóricas, en las que incluyen con una nueva fuerza el entorno de las personas y las comunidades²⁴⁶. Queda como reto para la investigación en este siglo XXI comprender la naturaleza mixta de ciencia y arte de la profesión enfermera²⁴⁷, cuyos cuidados durante más tiempo fueron guiados por la riqueza de las emociones estéticas de la maternidad, el altruismo y la piedad, que por las racionales y científicas que los profesionalizaron²⁴⁸ y aunque en nuestros días, las primeras queden relegadas por las segundas²⁴⁹. Desde la docencia universitaria se reclaman los valores y herramientas pre-profesionales y humanistas para las venideras generaciones de enfermeras, transmitiéndoles técnicas de comunicación, capacidad crítica, conciencia social y creatividad utilizando la empatía y conceptos universales perpetuos, recuperando la humanización del cuidado²⁵⁰.

Husted (2008) y Mercer (2014) actualizan el concepto de Enfermería en el siglo XXI²⁴⁶. Como desafío para la sociedad, el ajuste normativo y legislativo de la profesión de Enfermería y sus especialidades, por detrás varios pasos de la realidad, en cuanto a responsabilidades y competencias²⁵¹. La preocupación por el ahorro en el gasto sanitario, el aumento del nivel formativo del conjunto de profesionales de la salud y la creciente protocolización de muchas tareas son factores que permiten explicar por qué hoy existe un importante cuestionamiento de los mapas competenciales tradicionales, pero el rumbo que tomen las transformaciones parece mantenerse abierto²⁵². La mejora de las condiciones sociales de la profesión es algo que atañe permanentemente a quienes la integran, por el momento actual y sobre todo, por el futuro de la

profesión, para que despierte vocaciones constantemente y el cuidado de la enfermera no quede bajo amenaza, como ya ocurre en algunos países²⁵³.

3. Enfermería Geriátrica y Gerontológica

El origen de la Enfermería Gerontológica comenzó cuando Florence Nightingale, la fundadora de la moderna Enfermería, aceptó el puesto de superintendente en una institución comparable a lo que hoy en día entendemos como una residencia de mayores. Los pacientes en la Institución para el Cuidado de las Damas Enfermas en Circunstancias de Dificultad fueron principalmente institutrices y sirvientas de Señoras de las familias pudientes de Inglaterra. Por ser costumbre en esos días que cada familia se encargara del cuidado de sus personas mayores, el cuidado otorgado por Nightingale no tenía precedentes²⁵⁴.

Hasta que las enfermeras pudieron incorporar evidencia científica en sus labores asistenciales, algunas prácticas se apoyaron en creencias sociales acerca de la senectud o en aspectos psicológicos del cuidado, relacionados con el comportamiento de las personas mayores²⁵⁵. La producción científica de Enfermería en el cuidado de las personas mayores es minoritaria si se compara con la que se produce en relación a otros cuidados. En Australia sólo se publicó un artículo en la primera mitad del siglo XX, de una producción total aproximada de 3.200 artículos²⁵⁶. La Doctora Fulmer denuncia la discriminación en la distribución de fondos para investigación entre las distintas especialidades de Enfermería en los EE.UU durante los últimos cuarenta años, con un mantenido perjuicio para la Enfermería que se ocupa de las personas mayores²⁵⁷.

De las casas de caridad, hospicios y asilos del siglo XIX se pasó a las residencias de mayores del siglo XX. Con anterioridad al año 1950, el cuidado de Enfermería Geriátrica fue visto como la aplicación de los principios generales de Enfermería en los usuarios de edad, con poco reconocimiento de esta área como una especialidad. Desde ese año existe un manual de texto de Enfermería Geriátrica publicado por K. Newton y H. Anderson²⁵⁸. A partir del año 1960 se producen grandes cambios en la atención de salud en general y en el crecimiento y desarrollo de la profesión de Enfermería. Acontece el nacimiento de la Enfermería Gerontológica moderna, con un aumento progresivo, a pesar de severas dificultades, en la cantidad y la calidad de la producción científica de investigación, con el desarrollo de programaciones de máster para preparar a nuevos especialistas y con la aparición de grandes líderes de Enfermería Gerontológica que guían la especialidad. La primera programación de máster para formar a enfermeras clínicas especializadas en Enfermería Gerontológica se desarrolla en el año 1966 por Virginia Stone, en la Universidad de Duke²¹⁷.

Durante el siglo XX, en España, la identidad de la enfermera evolucionó sin cesar, en cuanto a contenidos de formación, competencias, denominación, ubicación y finalidad última de su naturaleza. De este modo, aquellos Practicantes de Medicina y Cirugía Menor, Enfermeras y Parteras, con sus respectivas responsabilidades y áreas de influencia, tenían claro que su cometido era la lucha contra la enfermedad en la población enferma y la ayuda a la parturienta.

Se produjo la extinción de estas titulaciones, de sus identidades e independencia, para converger todas en la nueva titulación oficialmente

requerida para las necesidades de una nueva política sanitaria tecnológica de desarrollo: surge el título de Asistente Técnico Sanitario²⁴⁵, año 1953, un perfil profesional cuya finalidad es luchar contra la enfermedad dentro de los grandes y modernos centros sanitarios hospitalarios, que al mismo tiempo se encargan de formarlo. En el año 1977, con la denominación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE)²⁵⁹, nace la enfermera universitaria, con vocación de promocionar la salud y prevenir la enfermedad, además de combatirla una vez que se presenta. El usuario deja de ser paciente para convertirse en sujeto activo. Instruida por enfermeras, desarrolla la Planificación de cuidados como proceso científico, con un lenguaje específico.

En el año 2006 y por requerimientos del Espacio Europeo de Educación Superior, la Diplomatura Universitaria de Enfermería en España se convierte en Grado Universitario de Enfermería.

Distintas especialidades de Enfermería evolucionaron con la profesión: extintas en la actualidad, como la de Radiología y Electrología²⁶⁰, Neurología²⁶¹, Psiquiatría²⁶², Análisis Clínicos²⁶³, Cuidados especiales o Gerencia y Administración de Enfermería²⁶⁴; o convertidas en nuevas titulaciones, como fueron Podología²⁶⁵ y Fisioterapia²⁶⁶. En el año 1987, aparece por vez primera reconocida la especialidad de Enfermería Geriátrica, en el artículo 2º del Real Decreto²⁶⁴, como sexta especialidad en un conjunto de siete (Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería), sobre el plan de estudios de Asistente Técnico Sanitario²⁴⁵. La legislación actual reconoce siete especialidades²⁶⁷: Enfermería Obstétrico-

Ginecológica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería Médico-Quirúrgica y Enfermería Familiar y Comunitaria, que se enmarcan en la formación postgrado y cuyo grado desarrollo de cada una, así como la creación de los puestos de trabajo, dependen de la legislación nacional y autonómica.

El concepto de atención sanitaria y social de las personas mayores se ha modificado en las últimas décadas, incorporando estrategias que garanticen la defensa de los derechos y valores de las personas y no solo la atención a la enfermedad o la dependencia. Las enfermeras geriátricas (especialistas y/o expertas), responsables de la planificación de los cuidados, han incorporado un modelo de cuidado enfermero que deja atrás las intervenciones basadas en la enfermedad para centrarse en una perspectiva más integral de la atención a las personas mayores y a sus familias, que abarca desde la promoción y prevención hasta la atención de la persona en la etapa de final de la vida.

Actualmente, diferentes normativas autonómicas regulan el funcionamiento de los servicios de atención a personas mayores, estableciendo diferentes modelos asistenciales en las residencias. Se debe tender a que, a pesar de ser modelos diferentes, todos tuviesen en común la existencia de un equipo interdisciplinar liderado por una enfermera especialista. La justificación de la recomendación es que la enfermera reúne el perfil profesional y las competencias más adecuadas para cumplir esa función¹⁸⁴. Desde el modelo conservador de Levine (1967), varias competencias nucleares fueron propuestas para la enfermera gerontológica, basadas en los cuatro principios de conservación (energía, integridad estructural, integridad personal e

integridad social). La finalidad consiste en sostener la integridad completa del individuo²⁶⁸.

El rol de la enfermera en la atención gerontológica es al mismo tiempo autónomo e interdependiente y colaborativo. La autonomía del profesional de Enfermería en la atención gerontológica está hoy mucho más relacionada con el propio sistema de valores como colectivo profesional que con cualquier otra circunstancia externa, como es la incorporación de un cuerpo propio de conocimientos científicos y la experiencia profesional, que junto con los valores, son la base sobre las que se fundamenta la capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre las consecuencias de éstas. En la medida en que la enfermera lidera el plan de atención, dentro del equipo multidisciplinar, ésta desarrolla su rol de colaboración con el resto de profesionales del equipo y sus objetivos específicos, realizando funciones de vigilancia y control; articulando y supervisando el impacto/resultado de las intervenciones profesionales sobre la persona y las actividades que derivan del Plan de Atención multidisciplinar²⁶⁹.

Diversas investigaciones bibliométricas^{270,271} describen el aumento del número de publicaciones científicas en torno al cuidado de Enfermería de las personas mayores en las últimas décadas y en diferentes países, con el consecuente aumento del cuerpo de conocimiento propio de la disciplina.

Sin embargo la producción de profesionales sociales y de la salud especializados en el cuidado y tratamiento de las personas mayores es insuficiente, no haciendo posible la oferta de un servicio socio-sanitario de calidad²⁷². La preparación gerontológica de la mayoría de los profesionales que asisten a los mayores en la comunidad es deficiente²⁷³. Los esfuerzos

realizados para enriquecer los programas universitarios de Grado ^{29,274-277}, incluyendo programas especiales de estancia en el extranjero orientados al aprendizaje de la interculturalidad en la Gerontología²⁷⁸ o la labor desempeñada por fundaciones privadas como es el caso de la John A. Hartford Foundation, que actualiza los programas universitarios de Enfermería en los concerniente a la Gerontología, en los EE.UU²⁷⁶, no es suficiente. En muchas universidades, profundizar en un área de conocimiento de manera creativa (Gerontología dentro de la Enfermería) es más difícil que empoderar las áreas ya existentes²⁷⁹. Dotar de la oportuna perspectiva gerontológica a todos los programas formativos es imprescindible para lograr una actualizada formación²⁸⁰. La doctora May Futrell propone que la Gerontología se integre en todos los niveles académicos de la formación de la enfermera: el grado, el máster y el doctorado²⁷. La Enfermería Gerontológica necesita más convergencia en denominación y competencias entre los países que conforman el espacio europeo de educación superior²⁸¹.

Añadido al déficit de profesionales se presenta el déficit de puestos de trabajo. Se estima que sólo la mitad de enfermeras formadas en Gerontología en los EE.UU consiguen un puesto de trabajo acorde con su formación²⁸². Mientras tanto, y como por otra parte es natural, las enfermeras especialistas en otros ámbitos de Enfermería o que no se han especializado, desconocen el desarrollo de las escasas políticas y servicios que se llevan a cabo en relación al cuidado de las personas mayores, con lo que la participación autorizada en este tipo de decisiones no es posible²⁸³. Los Centros de Educación Geriátrica y la fundación John A. Hartford son ejemplos de las iniciativas públicas y privada,

respectivamente, existentes en los EE.UU, para la formación en Gerontología de enfermeras que ya estaban desarrollando su actividad laboral²⁸⁴⁻²⁸⁶.

Muchas personas mayores son vulnerables ante el cuidado de baja calidad y el cuidado fragmentado. Sin procesos localizados para asegurar la entrega de cuidado de alta calidad, la salud de incontables personas mayores continuará estando comprometida. Tales procesos de alta calidad no están limitados al ámbito de la administración; deben ser promulgados por los profesionales que proporcionan el cuidado directo a los pacientes. Además, los procesos de cuidado efectivo deberían incorporar y reflejar las necesidades, preferencias y culturas individualizadas de los pacientes. La ingeniería de los procesos del cuidado de la salud dedicados a aumentar el cuidado de las personas mayores deberían cultivar la transparencia, la responsabilidad compartida entre quienes se encargan del cuidado formal e informal y la atención centrada en la persona²⁸⁷.

La práctica profesional enfermera debe estar basada en cuidados de salud impulsados por el conocimiento. El reto es constante: identificar nuevas y mejores maneras de dispensar cuidados, que resulten óptimos para cada persona. El marco teórico se sustenta por los cuatro pilares nucleares de la disciplina, a saber, la salud, la persona, el entorno y los cuidados, que ubicado a su vez en el conveniente marco ético profesional, dará lugar a la deseable evolución de la profesión y su modelo actualizado. El papel de la enfermera debe ser reconocido en la organización de los recursos sociales: tanto al establecer los espacios de atención, como los protocolos y las nomenclaturas¹⁸⁴. El éxito en la práctica clínica llegará con el acceso al cuidado integral (comprehensive care) basado en la mejor evidencia,

optimizado por profesionales cualificados y compasivos, especializados en Geriatría y Gerontología²⁸⁸. La valoración integral queda descrita y justificada dentro del Proceso de Atención de Enfermería²⁸⁹. Se hace necesario un nuevo lenguaje que haga visible la actividad de la enfermera gerontológica²⁹⁰. Su práctica es compleja y se corresponde con habilidades de práctica clínica avanzada²⁸². Entre estas prácticas se encuentra la de la prescripción farmacológica de ciertos medicamentos, necesaria para la asistencia especializada de calidad^{291,292}. También el asesoramiento de las personas mayores en la planificación anticipada del cuidado corresponde a la enfermera gerontológica^{293,294}.

La Enfermería Geriátrica y Gerontológica española, sensible ante la importancia de la visibilidad del envejecimiento como valor social, reivindica la declaración de la misma como patrimonio inmaterial de la humanidad por parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco)²²³.

Tercera Parte. Del Modelo de cuidado

“Nuestra sociedad, en la que reina un áspero deseo de lujo y de riquezas, no comprende el valor de la ciencia, ni que ésta forma parte de su patrimonio espiritual más precioso, ni que es la base de todos los progresos que facilitan la vida y aligeran el sufrimiento. Hoy en día, ni los poderes públicos ni la generosidad de algunos individuos dan a los científicos el apoyo y los medios necesarios para llevar a cabo un trabajo eficaz”

(Marie Curie²⁹⁵).

Después de este breve acercamiento a las principales características de las personas que recibirán el cuidado de Enfermería y de los profesionales que tienen la competencia para ofrecerlos, conviene al menos vislumbrar cuál será la naturaleza del nuevo marco formal en el que se ordenarán los futuros cuidados de Enfermería, diseñados expresamente para las personas mayores.

1. Hacia un nuevo modelo

El cuidado de las personas mayores requiere de una formación específica de los profesionales que les atienden. En España, la orientación de los planes de estudio para la formación de enfermeras (año 1977, Boletín Oficial del Estado, BOE, nº 283), se percibe como ligada con el paradigma de categorización²: es experta y sus intervenciones son sinónimo de “hacer para” la persona, siendo ésta valorada como la suma de partes independientes entre sí, centrando el cuidado en la enfermedad, estrechamente unido a la práctica médica. Posteriormente, según establece el BOE nº 278, en el año 1990 (formación universitaria), se incorpora una visión más holística del cuidado, con el reconocimiento de la implicación del entorno de la persona en su estado de salud (compatible con el paradigma de integración²), donde interpretamos que

la enfermera, como profesional experto, centra los cuidados en intervenciones “con la persona” y en nombre de ella.

Por último, en el actual plan de estudios, Orden del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) 2134/2008 (BOE nº 174, 2008), se propone el desarrollo de intervenciones orientadas a conseguir el bienestar de cada individuo y una óptima calidad de vida, según decidan quienes reciban los cuidados o sean compatibles con sus deseos y valores, destacando la importancia de las relaciones humanas. Es una corriente de pensamiento que invita a reflexionar sobre la orientación del cuidado, avanzando hacia un modelo afín con el paradigma de la transformación, que centra la atención en “estar con el otro”, en su acepción de cuidado individualizado, integral, basado en estar con las personas mayores y con quienes les cuidan, potenciando sus capacidades y decisiones; la enfermera ofrece su acompañamiento en sus experiencias de salud.

Esta perspectiva coincide con los principios de la Atención Centrada en la Persona, así como con el posicionamiento conceptual de la atención del Consejo Internacional de Enfermería, CIE (1998), en el ámbito de las personas mayores, cuyo objetivo es conseguir una salud, bienestar y calidad de vida óptimos, según decidan quienes reciben los cuidados¹⁸⁴.

Con el uso de nuevos y sofisticados métodos de investigación se ha experimentado un cambio progresivo en el objeto de la investigación enfermera, con menos foco sobre sí misma y más foco sobre su actividad (población usuaria)²⁹⁶. Las innovaciones metodológicas y de contenido de investigación en los últimos veinticinco años indican una madurez en los

diseños de investigación con un número creciente de estudios que se ocupan de cuestiones prácticas y de los servicios de salud. Ha disminuido la producción teórica, de control y de estudios basados en la teoría. Los estudios cualitativos han aumentado. Las variables psicológicas (resiliencia, auto-eficacia) y las poblaciones adultas continúan en investigación. Los estudios cuantitativos de tipo correlacional, experimental y metodológico (como los estudios que validan escalas) han aumentado. Los estudios descriptivos y comparativos han decrecido. El uso de sofisticadas técnicas multivariable también ha aumentado. Los estudios longitudinales se mantienen. Y nos encontramos ante un cambio paradigmático hacia la investigación de traslación, que consiste en aquella investigación que se sirve de los métodos de revisión sistemática para el desarrollo de guías prácticas basadas en la evidencia y que va más allá de la recopilación de evidencia. El futuro de las prioridades de investigación en Enfermería es:

- El cuidado centrado en la persona
- La toma de decisiones en el cuidado de salud
- La producción de cuidado de salud eficiente y accesible
- La investigación de traslación

2. Atributos del modelo

Probablemente, definir un modelo de atención de Enfermería para las personas mayores del futuro inmediato sea de notable interés, además de ser el objeto de esta investigación. Como punto de partida, en este capítulo del marco teórico, se abordarán cuáles deberían de ser sus atributos

fundamentales. Atributos relacionados con la evolución del contexto social y con la evolución del cuidado en sí mismo.

2.1. Atributos sociales del modelo

Desde la observación que la sociedad hace de sí misma, de la observación que también procura de las personas que reciben el cuidado y de la que ejerce sobre aquellas que se encargan de proporcionarlo. Esta percepción no es estática, pues evoluciona a lo largo del tiempo. Cuestiones que ganan relevancia mientras que otras la pierden, en torno a qué aspectos y de qué manera abordarlos en relación con el cuidado profesional. Los cambios sociales condicionan y originan todas estas percepciones, que fundamentan nuevos modelos de intervención en los diferentes órdenes de la vida, como pueda ser el económico, educativo, laboral, familiar o el de la salud/enfermedad. Así, desde el final del siglo XX, se enfocaron ciertos matices que tenían que ser tenidos en cuenta en la gestión y diseño de cualquier tipo de cuidado, relacionados directamente con los cambios en la sensibilidad de las nuevas sociedades.

2.1.1. Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)

La Doctora Urrutia Beaskoa, en su libro publicado en el año 2018 en torno al cuidado humano²⁹⁷, explicaba:

“El cuidado del ser humano, y muy especialmente del ser humano dependiente, no puede, no debe caer nunca en la rutina y la generalidad, porque si ciertamente cada persona es un mundo, las personas que no pueden expresar sus deseos con los códigos a los que estamos acostumbrados son ‘un mundo oculto’. Sí, oculto, pero no necesariamente sombrío.

Entender ese mundo oculto es un reto que tenemos que asumir, aunque nadie nos haya preparado para ello. Los sanitarios estamos demasiado acostumbrados a buscar las respuestas y la cura en la buena organización y en el tratamiento. Pero a veces las respuestas y la cura están en las propias características de la condición humana, en sus emociones, en su pasado. Y en las facultades y en las escuelas sanitarias será donde debemos aprender a buscar esas respuestas y a desarrollar las habilidades que nos permitan encontrarlas. Si necesario es que los mejores estudiantes sean los que accedan a estudiar carreras sanitarias, necesario es que a la valoración de sus calificaciones académicas y temáticas se añada la valoración de habilidades como la cercanía humana, la creatividad, la calidez y, por supuesto, la vocación. Porque sólo ellas nos permitirán descifrar el oculto mundo de muchos de nuestros pacientes”.

La autora no solo indica cómo ha de ser el cuidado del ser humano, especialmente el de las personas dependientes, sino que proporciona la clave para conseguirlo.

Finalizando el siglo XX, algunas voces señalaron la cultura de discriminación socialmente aceptada contra el envejecimiento, como Garner y Arden, que en el año 1998 advertían: “En Occidente vivimos una cultura centrada en —y dominada por— la juventud...hacerse mayor en los años noventa podría traducirse en un panorama preocupante. Llegar a mayor, dependiente y enfermo, podría ser terrorífico”²⁹⁸. Existía la necesidad de un reenfoque sobre lo que significa un acertado envejecimiento y esto pasaba por el cuidado centrado en la persona si se ambicionaba un resultado óptimo²⁹⁹. Kitwood identificó la falta de comprensión de las necesidades psicosociales de los mayores que sufrían demencia, en la década de los noventa en el Reino Unido, definiéndolas como universales: identidad, apego, ocupación, inclusión y confort ¹⁸⁴. Y ello sin perjuicio del resto de atención sanitaria ofrecida para el

resto de grupos etarios en sus múltiples escenarios, pues todos son entornos humanos que requieren la construcción de la cultura del cuidado centrado en la persona³⁰⁰. La literatura actual reconoce la necesidad del cambio de unos cuidados centrados en intervenciones y en la organización por los cuidados centrados en la persona³⁰¹. Desde el inicio del siglo XXI existe un consenso internacional que posiciona el cuidado centrado en la persona como el mejor cuidado que se puede ofrecer. Cuando se trata de personas mayores con deterioro cognitivo se considera como el máximo estándar³⁰².

El cuidado centrado en la persona es aquel cuidado que se co-desarrolla con el usuario y su familia, con un abordaje holístico, pues en cada persona encontramos temores, preocupaciones, retos, necesidades y deseos que son específicos³⁰³. El término aparece en el trabajo conducido por Carl Rogers y sus colegas en el año 2004, como PCA –Person Centered Approach- o enfoque centrado en la persona³⁰⁴. Brooker lo define, en ese mismo año³⁰⁵, como el cuidado que se diseña:

- Respetando y valorando al individuo como miembro pleno de la sociedad.
- Proporcionando escenarios de cuidado que estén en sintonía con las necesidades cambiantes de la persona.
- Comprendiendo la perspectiva de la persona.
- Proporcionando una psicología social de soporte que ayude a las personas a vivir una vida en la que experimenten un relativo bienestar.

En España, la ACP comienza en Asturias en el año 2008, con la elaboración de la Guía de Buenas Prácticas por Bermejo, Martínez y Maños, de

forma coparticipada con los profesionales del sector, así como con su posterior implementación. En centros residenciales y diurnos de personas mayores, por primera vez, se atendió a lo que ellos mismos consideraban bueno para sí mismos en ese momento. El papel de la enfermera es clave en este proceso de cambio¹⁸⁴.

La Medicina de precisión se abre camino en diferentes escenarios, como el de la oncología. Tratamientos ajustados a la persona, individualizados, dejan atrás los tratamientos estándar de altas dosis. Por otra parte, los cuidados de Enfermería individualizados también alcanzaron esta precisión, con cuidados ajustados a cada persona. “Los pacientes se han convertido en compañeros de los profesionales en el abordaje de su cuidado y en los estudios de investigación. La colaboración entre pacientes, investigadores, miembros del equipo de cuidados de salud y en definitiva toda la comunidad, es integral en este proceso”³⁰⁶. Quienes reciben el cuidado y sus familias percibirán que todos los implicados en su atención, con independencia de la profesión, el rol o el lugar donde están empleados, trabajan de modo integrado para ofrecer una experiencia de cuidado como equipo, como *su equipo*³⁰⁷.

La atención individualizada es un derecho de las personas atendidas en los sistemas sanitarios y sociales (en las instituciones y en la comunidad). La calidad de vida entendida como una percepción individual, tiene que ser definida por cada persona y variará según sus capacidades, prioridades, expectativas, normas, preocupaciones y objetivos, dentro de su propio contexto cultural. El papel de la enfermera es el del acompañamiento de la persona en la toma de decisiones, con la garantía de que las decisiones son tomadas conscientemente, disponiendo de la información adecuada y de forma

autónoma¹⁸⁴. Con la metodología del Chronic Care Model, por ejemplo, se ha demostrado que el aumento de los resultados de salud se consigue con interacciones de alta calidad que tienen lugar cuando el paciente está informado y es parte activa de su cuidado, y al mismo tiempo, su equipo de cuidado es proactivo y está formado²⁸⁷.

2.1.2. Modelo basado en las relaciones intergeneracionales

En el Libro Blanco del Envejecimiento Activo³⁰⁸, en su capítulo 15, se aborda la definición e implicaciones del concepto de relación intergeneracional apoyándose en lo aportado por investigadores como Lüscher, Donati y Höplinger.

En un principio, según el uso más extendido del lenguaje, podría tratarse de cualquier tipo de relación mantenida entre personas de distintas generaciones, como las que se mantienen dentro de una misma familia o fuera de ella, entre personas sin parentesco. Höplinger³⁰⁹ apunta que ambos términos, “relación” e “intergeneracional”, son polisémicos y multidimensionales. Relación que nos hace pensar en contacto, acción e interacción entre personas, con condicionantes subjetivos (de cada persona) y objetivos (de los contextos sociales).

El concepto de generación contiene en su propia etimología, como expone el profesor Lüscher³¹⁰, una polisemia que muestra lo intrínsecamente contradictorio del mismo: “generación significa continuidad y comienzo”. De este modo, la intergeneracionalidad nos lleva a pensar en relaciones entre generaciones que se relevan unas a otras, pero que, a la vez, suponen un nuevo constructo distinto y separado de las anteriores, por lo que cada

generación nueva implica también un comienzo, una ruptura, un distanciamiento.

Por ello resulta muy adecuado abordar el estudio de estas relaciones no sólo pensando en su grado de coordinación y funcionalidad, sino también en su potencial conflictivo y divergente, en lo que Donati enfatizaba³¹¹, cuando indicaba que las generaciones implican y son relaciones sociales que tienen esta faceta conflictiva y ambivalente.

El profesor Höpflinger³⁰⁹, distingue cuatro tipos de generaciones: las genealógicas, las pedagógicas, las socio-históricas y las del bienestar; y cuatro formas ideales de relaciones intergeneracionales familiares y sociales: el conflicto, la solidaridad, la segregación y la ambivalencia.

El distanciamiento generacional se alimenta en las sociedades de nuestros días por el establecimiento de escenarios económicos y políticos que discriminan por edad: mercados de consumo especializados, políticas sectoriales, instituciones políticas y de educación diseñadas para grupos de edad e incluso las actividades de ocio y tiempo libre³¹². Las relaciones intergeneracionales difieren entre países, incluso entre regiones en el mismo país, atendiendo a las circunstancias sociales y económicas en vigor, que condicionan el entendimiento del envejecimiento³¹³.

El gerontólogo A. Walker señala que, cuando nos referimos a la intergeneracionalidad integrada en el envejecimiento activo, hablamos de solidaridad intergeneracional en dos formas: equidad intergeneracional y actividades intergeneracionales³¹⁴.

Desde hace dos décadas todas las organizaciones, organismos e instituciones, nacionales, europeas o mundiales —como la OMS, las Naciones Unidas, la Comisión Europea, el IMSERSO, etc.— promueven en los informes y dictámenes que publican, la conveniencia de la solidaridad intergeneracional para toda la población, por sus beneficios para la salud y el aprendizaje, recomendando la puesta en práctica de diferentes programas intergeneracionales.

Programa intergeneracional se considera al conjunto de actividades que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Implican compartir habilidades, conocimientos y experiencias entre personas jóvenes y mayores³¹⁵.

Es el conjunto ordenado e intencionado de actividades en las que participan personas de distintas generaciones, por lo general sin lazos familiares, y que en virtud de algún tipo de intercambio de recursos, aspiran a conseguir beneficios tanto para los participantes como para la comunidad más amplia que acoge el programa. Por ello, los programas intergeneracionales encierran un importante potencial para la creación de oportunidades de envejecimiento activo³¹⁶.

Los beneficios de la relación intergeneracional establecida entre personas mayores, cualquiera que sea su lugar de residencia, y los jóvenes estudiantes de Enfermería en el ejercicio de su formación práctica, han sido reiteradamente descritos por profesores investigadores de numerosas universidades desde hace décadas^{317,318}. También desde el ámbito de la Educación social se reclama este tipo de docencia^{319,320}.

Existen experiencias exitosas que han conciliado la promoción de relaciones intergeneracionales con el aprendizaje permanente. Es el caso de la experiencia denominada “The Intergenerational School”, puesta en práctica por la Universidad de Cleveland, en Ohio, EE.UU. En este programa se mezclaron adultos jóvenes y maduros del ámbito universitario con adultos mayores de la comunidad o de centros de día o residenciales y que padecían deterioro cognitivo en distintos estadios. El resultado fue de aprendizaje para todas las edades³²¹.

Los centros multigeneracionales de Alemania ofrecen a personas mayores y jóvenes un espacio público en el vecindario donde todas las generaciones pueden reunirse, crear y mantener relaciones. Todos se benefician de la experiencia. Desde el año 2006 el gobierno alemán ha subsidiado más de 450 centros multigeneracionales, creando una infraestructura para la cohesión social. Se prestan muchos servicios, atención informal y labores de voluntariado⁷⁵.

El proyecto piloto realizado por la Universidad Politécnica de Hong Kong, en China, consiguió que estudiantes formaran a las personas mayores de su comunidad para favorecer un envejecimiento activo, a la vez que colaboraron con las personas mayores no frágiles para asistir a otras que sí eran frágiles³²².

En España, las personas mayores participantes en las actividades seleccionadas por el proyecto de investigación Intergen, subvencionado por el Imsero y ejecutado en los años 2006 y 2007, reconocieron acerca de sus experiencias, que les supuso un aumento de su autoestima, de bienestar físico

y mental, una mejora en la percepción de su dignidad y en la capacidad de autocuidado³⁰⁸.

La promoción de la intergeneracionalidad es reivindicada incluso desde países en los que mayoritariamente las generaciones más jóvenes cuidan de sus mayores en el hogar familiar. Ello sucede porque la entienden como un fenómeno transversal en la sociedad, que no se reduce al ámbito familiar³²³. Se crean múltiples puntos de encuentro que conecten generaciones porque son interdependientes³²⁴. Con la intergeneracionalidad presente en las estructuras laborales actuales, los expertos en ciencias económicas auspician un escenario desequilibrado en el coste/beneficio de una población cada vez más envejecida³²⁵.

La intergeneracionalidad dentro de la familia es la que más interesa a las personas mayores³¹⁶. La familia de la persona mayor coordina y supervisa todo el cuidado formal, y aporta cuidado informal. Participa en decisiones que toman las personas mayores relacionadas con su propio cuidado, de naturaleza legal, financiera, de alojamiento, médica o de planificación del final de la vida, en las que los descendientes se involucran con la intención de ayudar.

Para lograr el éxito en este proceso, las familias han de contar con herramientas de las que usualmente muchas no disponen. Intervenir sobre familias, mediante la colaboración intergeneracional, para ayudarlas a mejorar sus recursos de comunicación y toma de decisiones, se ha demostrado muy oportuno y conveniente para el bienestar tanto de las personas mayores como de sus cuidadores, logrando optimizar la satisfacción de necesidades y deseos de aquéllos³²⁶.

En España, las relaciones intergeneracionales intra-familiares son muy fluidas, por lo que hay que promocionar todas aquellas iniciativas que fomenten las relaciones intergeneracionales extra-familiares y promover la investigación de ambas³⁰⁸.

2.1.3. Modelo de atención urbano, pero también rural

Las personas mayores de todos los grupos de ingresos y de todos los contextos deben disponer de diversas opciones para acceder a una vivienda adecuada y asequible. A precio de mercado para quien tenga ese nivel adquisitivo, viviendas con precio subvencionado, centros de vida asistida, comunidades de atención continua (con opciones residenciales de distinto grado de capacidad: vida independiente, asistida o interna) y centros de vida compartida, como son los albergues y centros de vida compartida⁷⁵.

El envejecimiento y la urbanización de la población son el resultado de un desarrollo humano exitoso durante el siglo pasado. Y constituyen grandes desafíos para nuestro presente. Para que las ciudades sean habitables tienen que proveer de estructuras y servicios que sostengan el bienestar y la productividad de sus residentes. Las personas mayores en particular, requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento. La palabra clave determinante en entornos urbanos físicos y sociales amigables con las personas mayores es *facilitación*³²⁷.

En China, en el año 2012, la población mayor que residía en entornos urbanos alcanzó por primera vez el 50% del conjunto de la población mayor, superando al número de habitantes mayores rurales por primera vez en su

historia. Desde ese momento aumentó la sensibilidad por la atención de la población mayor residente en entornos rurales por quedar en minoría y en entornos urbanos, por el aumento esperado, por parte de la sociedad y las autoridades, legislando para conseguir entornos “amigables con las personas mayores”(Ley de la Edad Mayor del año 2012)³²⁸.

Las características sociodemográficas de las personas mayores cambian en función del lugar en el que viven³²⁹. En el ámbito rural sobrevive más tiempo el hombre y la formación académica de ambos sexos suele ser inferior que en entornos urbanos. Aunque se advierten diferencias de salud entre las personas mayores de poblaciones urbanas y rurales, con puntuaciones de calidad de vida más altas en entornos rurales³³⁰, mantenimiento de actividades laborales hasta edades más avanzadas³³¹ e indicios de un menor consumo de fármacos³³², cuando se miden las diferencias funcionales de estas personas, no existen tantas³³³. Ello puede deberse a que en un entorno rural la atención y cuidados proporcionados por familiares, vecindario y amistades son superiores a los que se presentan en el entorno urbano, a pesar de la desventaja de la accesibilidad a la administración sanitaria. Este es el frente a abordar por quienes ejercen profesiones de la salud, la gestionan o intervienen en sus políticas, si pretenden conservar e incluso aumentar la calidad de vida de las personas mayores que residen en zonas rurales³³⁴.

Existen otras diferencias que son intrínsecas a la naturaleza de cada uno de los escenarios que nos ocupa. Por ejemplo, se ha documentado la vulnerabilidad de las poblaciones de personas mayores rurales frente a los cambios de temperatura climática, comparada con la del mismo tipo de población que vive en entornos urbanos³³⁵, así como al contrario, la mayor

vulnerabilidad de ésta respecto a caídas por obstáculos en la vía y en los medios de transporte si se compara con aquella³³⁶.

La enfermera debe discernir las necesidades de la población mayor de cada escenario y teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone (que también difieren), aportar la mejor experiencia de cuidado posible. El conocimiento de las especificidades de ambas realidades también facilitará el desarrollo de políticas asistenciales socio-sanitarias acertadas³³⁰.

2.1.4. Modelo que integra al Tercer Sector de Acción Social: interacción entre la Enfermería especializada y las personas voluntarias mayores

En España la definición de las entidades del Tercer Sector de Acción Social queda recogida en la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social³³⁷. En su artículo 2.1 indica que son aquellas organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades, que responden a criterios de solidaridad y de participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social. Señala como actividades propias de estas entidades, entre otras, la atención a las personas con necesidades de atención integral socio-sanitaria.

El volumen en España de este sector se vislumbra por las 30.000 entidades que lo conforman, con un presupuesto superior a 10.000 millones de euros anuales, con más de 2 millones de personas activas, mediante

voluntariado o asalariadas y con un total de 7 millones de personas atendidas cada año³³⁸.

La denominación de *Tercer sector* es poco eficaz para la comunicación social habitual, es un término polisémico y residual. Desconocido más allá del ámbito académico e investigador, o por aquellas personas relacionadas con el mal denominado ámbito de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)³³⁹.

El desarrollo de las organizaciones sociales se enmarca en un proceso complejo en el que se manifiesta, por un lado, la profunda reestructuración de los estados de bienestar, causada por sus propios límites institucionales y económicos, y por otro lado, con la reconstitución de las sociedades civiles, de manera globalizada, que crean estructuras organizadas de solidaridad que al mismo tiempo son cauces para la nueva participación cívica³⁴⁰.

La naturaleza de su estructura es heterogénea, regulada por diversos estatutos legales (asociaciones, fundaciones, entidades singulares...), que dificulta su articulación, y sumado a su dependencia económica, impiden una coordinación inter-asociativa³⁴¹.

El Tercer Sector se asemeja al sector público en la gestión de servicios sanitarios en que su gestión se basa en valores y no en la consecución de beneficios. El objetivo consiste en servir al público. Sin embargo, difiere en que con su atención soporta a sectores desfavorecidos; son más flexibles y libres en sus decisiones, porque la intervención política es mínima; sus fuentes de financiación son más complejas e impredecibles; y en sus plantillas se mezclan personas voluntarias con empleadas³⁴².

El crecimiento del Tercer Sector consigue que el Estado ahorre en muchas gestiones de bienestar social. La sociedad se beneficia del bienestar y también de la extensión de la democracia participativa y cívica³⁴⁰.

La dificultad a la que se enfrentan estas organizaciones es la financiación insuficiente; y la creciente demanda de servicios por una sociedad que envejece. Es requerida la colaboración entre organizaciones para reducir gastos de estructura y conseguir mejores resultados³⁴³.

El Tercer Sector en España necesita convergencia con el desarrollo en el resto de países miembros y las políticas sociales de Europa. Cada nación tiene un Estado de bienestar distinto, una tradición y una perspectiva de futuro. Si no se crean unas redes sociales necesarias para la convergencia de objetivos y herramientas, el Tercer Sector de cada nación tiene riesgo de permanecer invisible dentro de la Unión Europea³⁴⁰.

El compromiso del Tercer Sector de Acción Social con la atención de las personas en situación de dependencia y concretamente con las personas mayores es histórico. Cáritas y Cruz Roja, como ejemplo concreto de entidades singulares, dedican muchos recursos cada año a este tipo de asistencia. Junto con otras organizaciones del Tercer Sector y otros agentes sociales, como los sindicatos, contribuyeron en la elaboración y tramitación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³³⁹.

Además de ofrecer soporte a las personas mayores en patologías concretas, también pueden servir de enlace con las enfermeras especializadas, en la determinación y satisfacción de muchas necesidades. Gracias a la

integración de la comunidad en la administración de cuidados, se produce un fenómeno que es muy interesante y beneficioso para la persona que recibe el cuidado y sus familiares, como es el recibir consejos y formación por parte de miembros de la comunidad diagnosticados de las mismas patologías y sus familiares²⁰⁶.

Las organizaciones que componen el Tercer Sector suponen un reto para el rol de liderazgo de Enfermería, al mismo tiempo que favorecen la evolución natural de la profesión, facilitando el contacto de la enfermera con la realidad social, la financiación, las bases de datos y las relaciones con actores proactivos. El beneficio profesional más valioso para el ejercicio de la profesión consiste en la libertad para desarrollar el trabajo. La enfermera disfruta de una autonomía que le permite trabajar con grandes dosis de creatividad e innovación, algo que resulta imposible en los sectores público y privado³⁴². Como inconveniente profesional más importante, además del exceso en la carga de trabajo es la mezcla de competencias entre los miembros de la plantilla. Concretamente en el área de Enfermería y cuidados a las personas mayores, se necesita la figura de la enfermera altamente especializada para que entrene y distribuya al resto del personal de Enfermería³⁴⁴.

Un ejemplo ilustrativo de la integración del personal de Enfermería en organizaciones no gubernamentales del Tercer Sector es el caso de Nueva Zelanda. En la década de los años noventa del pasado siglo, florecieron las organizaciones de esta naturaleza, especializadas en la atención primaria de salud, con enfermeras de práctica avanzada³⁴⁵.

Desde hace décadas se conoce el beneficio del ejercicio de actividades voluntarias sobre las personas mayores que lo practican³⁴⁶. Mejora de la salud física, mental e incluso de la longevidad, entre otros^{347,348}.

Algunos autores sitúan la motivación de las personas mayores para desempeñar voluntariado en sus valores humanos, señalando una especial sensibilidad para la auto-trascendencia y una mayor predisposición hacia el cambio³⁴⁹.

Otras motivaciones descritas son: tiempo libre, ganas de ayudar, ilusión por transmitir conocimiento y experiencia, ganas de relacionarse... Por sus beneficios, el hecho de facilitar las opciones de voluntariado para las personas mayores es muy recomendable. La OMS recomienda⁷⁵ alentar a las personas mayores a desempeñar estas actividades, facilitar la interacción entre organizaciones y personas y procurar la génesis de satisfacción.

La gestión de las personas mayores voluntarias no es diferente a la de personas voluntarias de otras edades. Atendiendo a sus peculiaridades se consigue su continuidad en el voluntariado³⁴⁷.

2.2. Atributos del modelo derivados de la evolución del cuidado.

La excelencia en el cuidado se ambiciona permanentemente, por quienes lo reciben, por quienes lo proporcionan e incluso por quienes en la actualidad no los necesitan. Nuevos puntos de vista enriquecen su contenido, naturaleza y definición. Aparecen circunstancias que se convierten en situaciones permanentes y frecuentes que obligan a replantear modelos que dejan de ser efectivos.

2.2.1. Cuidado basado en la evidencia

Aunque existen múltiples definiciones de la práctica basada en la evidencia, la más utilizada la define como “la integración de la mejor evidencia científica de investigación, con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente”³⁵⁰. Desde la Medicina, el concepto de práctica basada en la evidencia se propaga al resto de disciplinas del cuidado de la salud, llegando también al cuerpo de conocimientos de Enfermería³⁵¹.

En el año 2000, Ingersoll define la Enfermería basada en la evidencia como “el uso consciente, explícito y juicioso (crítico) de información derivada de la teoría y basada en la investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos y grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”³⁵².

La estrategia propuesta permite sustentar una gestión del cuidado que es segura para los pacientes y la mejor posible³⁵³.

Desde la década de los años noventa del siglo pasado, los intentos de implementar una Enfermería basada en la evidencia han sido numerosos. Los obstáculos encontrados han sido múltiples y variados. La falta de interés de los sistemas de organización por un lado, y las dificultades de los profesionales asistenciales, por otro. Entre estas últimas, se relatan la dificultad en el acceso a las bases de datos, las carencias formativas para leer o interpretar la literatura publicada y la imposibilidad de disfrutar de tiempo libre en su jornada laboral, por la elevada carga asistencial³⁵⁴.

La herramienta fundamental necesaria para la efectiva implantación de la práctica basada en la evidencia es el pensamiento crítico. Desarrollado

desde la formación de grado, debe acompañar a la enfermera durante toda su trayectoria profesional³⁵⁵.

Una vez que la enfermera obtiene el conocimiento oportuno a partir de la investigación propia o de otras compañeras, llega el momento de aplicarla en la asistencia, para beneficio de quien recibe el cuidado, de la profesión y del sistema de salud. Para que este proceso tenga lugar, es imprescindible la autonomía profesional de la enfermera. Sin autonomía no es posible ejercer la Enfermería basada en la evidencia³⁵⁶.

2.2.2. Modelo de Cuidado Transicional

El Cuidado Transicional, según Naylor y Keating³⁵⁷, se define como “un amplio abanico de servicios y entornos diseñados para promocionar la seguridad y el traslado oportuno entre los diferentes niveles de asistencia de salud y los escenarios de cuidado”. El sistema actual de cuidado en la mayoría de países ricos está fragmentado y no es integrador, no satisface las necesidades de sus usuarios, además de resultar muy caro, tanto para cada persona como para la sociedad en su conjunto³¹.

Los tipos de transición se subdividen, dentro de la teoría de Meleis³⁵⁸, en cuatro: de desarrollo (cambios en el ciclo de la vida), de situación (cambios de rol), de salud/enfermedad (desde la condición de saludable a la de condición de enfermedad) y de organización (cambios en el entorno social, político y/o económico). Y aunque es un cuidado de interés para las personas de todas las edades, es más necesario en el caso de la persona mayor, debido a su particular condición de cronicidad y complejidad, la cual les lleva a demandar la

frecuente asistencia de numerosos profesionales de la salud en diferentes localizaciones³⁵⁹.

Con este modelo de cuidados también es posible atender al cuidador³⁶⁰, quien transita por diferentes etapas en el cuidado de la persona mayor cuando ésta desaparece [vacío-cierre-reconstrucción de la propia vida³⁶¹], como ya se hizo con otras situaciones de transición especiales como fueron el cuidado del descendiente que padece algún grado de dependencia, el embarazo, la jubilación o la migración.

El beneficio económico de la aplicación de este modelo de cuidados ya ha sido medido en distintos escenarios, como es el caso de los centros hospitalarios, en donde el número de reingresos disminuye drásticamente^{362,363}, como también disminuye el estrés percibido por el paciente y sus familiares al alta³⁶⁴.

La ventaja del profesional de Enfermería respecto a otros profesionales consiste en que está presente en todos los escenarios de salud y enfermedad, con lo que puede promocionar el cuidado transicional entre sus propios compañeros, el resto del equipo profesional y la persona receptora de cuidados y su familia³⁶⁵. La formación de la enfermera ha de estar enfocada a este tipo de organización del cuidado, si se pretende obtener resultados, como ya se ha demostrado en otras especialidades, como es el caso de la enfermera especialista en Pediatría³⁶⁶.

Con todo, las cualidades de esta manera de orientar la actividad enfermera se presentan como tampones que amortiguan la fragmentación y estanqueidad del sistema sanitario actual.

2.2.3. Modelo orientado al Cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo (LTC, Long Term Care) consiste, según la OMS³⁶⁷, en *las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana*. Se ofrece en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona hasta centros comunitarios, centros de vida asistida, hogares de personas mayores, hospitales y otras instituciones de salud. El alcance del cuidado es diferente en cada uno de estos ámbitos.

La mayoría de las veces es un cuidado abandonado por los políticos, los medios de comunicación, los trabajadores sociales, las propias personas mayores y sus familiares. Es un tema invisible que se hacía visible ocasionalmente con un escándalo en alguna residencia de personas mayores³⁶⁸.

Según la OMS la necesidad de estos cuidados es creciente, su financiación siempre tendrá un costo, el personal que se ocupa del cuidado a largo plazo es subestimado y carece de apoyo y capacitación y la atención puesta en práctica en la actualidad es anticuada y fragmentada⁷⁵.

2.2.3.1. Cuidado institucionalizado de larga duración

En relación con la necesidad de cuidados de larga duración, el rápido y constante incremento de personas mayores de 80 años otorga especial importancia a las residencias, puesto que al menos una parte de los cuidados

formales que se demanden se prestarán en este tipo de centros. En el entorno europeo la experiencia ha demostrado que son un recurso imprescindible⁸¹.

El cuidado institucionalizado de larga duración se define como el cuidado ofrecido durante las 24 horas del día en residencias, casas asistidas, hospitales y centros sanitarios en los que se resida más de 90 días³⁶⁹. Cuando las instalaciones forman parte de un hospital se denominan *Unidades geriátricas de larga estancia*, es decir, son módulos integrados en el hospital, que dependen del mismo y atienden a personas que necesitan una mayor asistencia médica³⁷⁰.

En primer lugar, la elección de este modo de vida no es la primera opción de las personas mayores^{371,372}. Los predictores más potentes a la hora de elegir dónde residir se relacionan con sus necesidades sociales y apetencias, más que con la situación económica o las características de salud⁷⁷. El deterioro es una condición necesaria pero no suficiente para dar este paso: se necesita la presión de terceras personas³⁷³. Influyen cuantitativamente en mayor proporción los cambios de las circunstancias de los cuidadores que el deterioro de las personas mayores³⁷⁴.

La institucionalización supone un cambio de identidad, pues para adaptarse hay que reconstruir una nueva identidad. Se acepta porque todos entienden que el envejecimiento es un proceso de cambio. La institucionalización ayuda a identificar atributos y herramientas que el mayor no conocía, favoreciendo la creación de nuevos roles y la construcción de nuevas identidades^{375,376}. La socialización es muy estimulada, estableciéndose en múltiples direcciones, con empleados, otras personas residentes y familiares y amistades de éstas, hasta el punto de desarrollar el rol de persona cuidadora

con otra persona que sea más dependiente³⁷⁷. Muchos estudios recogen la satisfacción expresada por las personas residentes del cuidado recibido y de la calidad de vida de la que disfrutaban en la institución en la que viven^{378,379}, reconociendo que es algo complejo^{371,380-382}, pero perciben que se puede mejorar con el establecimiento de una relación previa entre la enfermera y la futura persona residente con anterioridad al traslado³⁸³; aplicando las variables del Envejecimiento Activo en este ámbito³⁸⁴; con un modelo integral en el que se fomente su participación³⁸¹; con la mejora de los cuidados al final de la vida^{385,386} y en definitiva, logrando que la atención especializada frene el deterioro de las personas institucionalizadas^{20,53,387}.

Otros relatan la protección y seguridad que reciben, a cambio de la cesión que hacen de la gestión de su vida³⁸⁸. Por otro lado y como aspectos negativos, se documenta la pérdida de autonomía³⁸⁹, la sensación de perder tu hogar³⁹⁰, la dificultad de sentir seguridad en espacios grandes³⁹¹, la aparición de sentimientos negativos y anticipados respecto a la propia muerte, relacionados con la vivencia de fallecimientos en el entorno y las dificultades del duelo para el caso de fallecimientos de familiares y amistades³⁹², la disminución de la calidad de vida³⁹³ [este punto es polémico porque otros estudios apuntan en sentido contrario^{394,395}, o incluso que no existe influencia^{379,396}, dependiendo del perfil de dependencia y capacidad económica de sus residentes], el estilo de vida altamente estructurado³⁹⁷, insatisfacción con la preparación de los alimentos y malnutrición³⁹⁸, mayor número de ideaciones acerca del hecho de suicidarse y de comportamientos auto-lesivos (aunque el número de suicidios no es superior a los de las personas mayores de la comunidad)³⁹⁹.

La fragilidad en las personas mayores es un problema de salud pública y sus peculiaridades aún necesitan más investigación. El avance de este síndrome conduce a la dependencia de un cuidado de salud formal, sobre todo en los países desarrollados, donde la mayoría de esta población dispone de pocos recursos, sin condiciones socioeconómicas para gestionar el cuidado en el propio domicilio. La prevalencia de la institucionalización de las personas mayores frágiles se estima, según los estudios y países, en torno al 50%³⁷⁹.

Las enfermedades crónicas que conducen a la institucionalización con más frecuencia son, en ambos sexos y por este orden, las que siguen: demencia, enfermedad de Parkinson y fractura de cadera. Otras enfermedades crónicas también propician la institucionalización cada vez en mayor medida (infarto, depresión y diabetes), por lo que en el futuro la institucionalización tal y como la conocemos ahora, no dependerá tanto de la edad de las personas, como de la prevalencia y severidad las de enfermedades crónicas que padezcan³⁶⁹. Hasta el momento la edad sí que está relacionada con el ingreso en una institución, hasta el punto de inflexión de los 90 años, edad en la que no se suele producir el ingreso porque los cuidadores son estables⁴⁰⁰. Estas enfermedades y el cúmulo de las mismas establecen un régimen medicamentoso complejo. Muchas personas mayores se convierten en pacientes polimedicados, que pueden encontrar un buen control de su tratamiento al ser institucionalizados o, por el contrario, descontrolarse, si en la institución no existe el personal suficientemente cualificado⁴⁰¹. El reto de ofrecer lo que se ajuste a sus necesidades sin esperar a que ellos lo soliciten, porque no forma parte de su cultura la demanda de servicios o porque la enfermedad física o mental se lo impiden, o mejor aún, estimular esa expresión

de deseos personales en torno a su cuidado, puede diferenciar definitivamente a una institución de otra⁴⁰².

Las Residencias de la Tercera Edad constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijo”, “custodiar”, “recluir” a personas, con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo, etc.). Los términos que anteceden constituyen otros tantos matices de la función residencial y delatan la ambigüedad que ha presidido la instauración de estas instituciones, ambigüedad que impregna aún hoy en día su existencia y que plantea serios interrogantes sociológicos. Toda institución de esta índole, en efecto, comporta dos dimensiones, tan inseparables como las dos caras de una misma moneda: nace para remediar ciertas situaciones individuales, e ipso facto, resuelve problemas globales de la sociedad. Cualquier institución es reflejo de la sociedad que la ha alumbrado. Cuando se profundiza en el concepto y funcionamiento de una residencia para personas mayores, también lo hacemos en lo que significa la población mayor para la sociedad⁴⁰³.

La segregación de las personas mayores del mundo extra-residencial no tiene el mismo matiz que otras formas de internamiento. El ingreso en una residencia puede venir impuesto por una salud o economía precarias, por dificultades psicomotrices o de autonomía; quizás es forzado por el olvido o lejanía de la familia. En cualquier caso, no es un a priori inscrito en el diseño organizativo ni se aplica dentro de una política de coerción, sino precisamente dentro de una política de bienestar social. Lo cual no quiere decir que no produzca los mismos efectos que otros tipos de internados. Lo que ocurre es que, de hecho, las personas mayores como grupo social ya están bastante

marginadas antes de entrar en la institución residencial. Ésta, por tanto, no hace más que sancionar aquella impresión que puede que se haya ido aposentando en la mente de la persona antes de ir a la residencia y que ciertos autores han constatado a propósito del “disengagement”, a saber, que tiende a darse, con carácter más o menos transitorio, en la primera fase del internamiento⁴⁰³. Queda también documentada la aparición de cuadros depresivos en los cuidadores principales tras el internamiento, por causas psicosociales⁴⁰⁴. La intervención de la enfermera de manera anticipada al proceso de internamiento minimiza estos efectos negativos en la persona mayor y en su entorno³⁸³. Invertir en el liderazgo de la enfermera y su formación continua en estas instituciones aumenta la calidad del cuidado⁴⁰⁵. En aquellos centros en los que se ha medido la influencia del ejercicio de enfermeras especialistas todos los resultados mejoraron (hospitalizaciones, consumo de fármacos antipsicóticos, satisfacción del familiar del cuidado proporcionado)⁴⁰⁶. La investigación científica, tanto cuantitativa como fenomenológica, es imprescindible para identificar nuevas necesidades y tener la capacidad de modular las dinámicas de trabajo^{397,407,408}.

Rodríguez⁴⁰⁹, en el año 1995, definía la residencia para personas mayores como “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia”. Más tarde, en el año 2004, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales adopta esta misma definición en el *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España define en su página web⁴¹⁰, el concepto de residencia de personas mayores como “el

establecimiento destinado al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de atención adecuados a las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de una autonomía personal “. Los objetivos de su atención son proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas que padecen enfermedades crónicas, recuperar y mantener el máximo nivel de independencia funcional, conservar la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción vital, estabilizar y retrasar el avance y el deterioro producido por las enfermedades crónicas, prevenir las enfermedades agudas y las de origen iatrogénico, identificándolas y tratándolas cuando se presenten; en el momento de padecer una enfermedad terminal, proporcionar un ambiente cómodo y digno tanto para la persona residente como para sus familiares⁴¹¹.

La intención de usar los cuidados de larga duración difiere entre generaciones y ha sido estudiada. En Corea se identificó una mayor intención en la generación anterior a la generación boomer y los factores que podrían estar relacionados, como la edad, la educación, la preocupación por la salud física del cónyuge y las actividades de autocuidado en la primera o los ingresos, la percepción de la propia salud física y la relación satisfactoria con sus hijos en la segunda⁴¹². En algunos estados de los EE.UU, entienden que el uso de la institucionalización es “equilibrado” cuando el número de casos de demanda de servicios de asistencia en el propio domicilio o en la comunidad es superior al de casos candidatos para vivir en un centro de asistencia. Para ello la oferta de servicios tiene que ser muy amplia, de manera que los consumidores satisfagan todas sus necesidades⁴¹³.

En España, según el informe nº 13 de “Envejecimiento en Red”, elaborado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Centro de Ciencias Humanas y Sociales y publicado en el año 2015, la ratio de plazas residenciales por 100 personas de 65 y más años era de 4'19⁴¹⁴.

Para mejorar la respuesta a las necesidades de las personas mayores residentes en centros geriátricos y también las expectativas de los profesionales, es necesario el planteamiento de nuevos modelos de funcionamiento desde las organizaciones y de nuevos modelos de abordaje profesional⁴¹⁵.

Por último, tratar las estancias transitorias en residencias de mayores o “respiros”, como popularmente se les denomina. Son una modalidad de institucionalización temporal, ocasionadas por una situación de salud que se prevé reversible, como es el caso de una recuperación de una intervención quirúrgica o la convalecencia de una enfermedad. Después de unas semanas o meses de estancia la persona regresa a la comunidad y recupera una situación similar a la anterior⁹¹.

2.2.3.2. La atención en la comunidad

El cuidado en casa o cuidado en la comunidad se define como “el cuidado que se proporciona en el hogar por profesionales sociales y de la salud”⁴¹⁶. El cuidado se define como “servicios de ayuda doméstica, personal y de soporte, incluyendo Enfermería técnica y de rehabilitación”. Los tres subgrupos del cuidado se describen a continuación:

- Cuidado de Enfermería: intervenciones de Enfermería de naturaleza técnica, médica, de soporte o de rehabilitación.

- Cuidado Personal: asistencia en las actividades básicas de la vida diaria tales como acostarse y levantarse, el aseo, ir al servicio o la alimentación.
- Cuidado Doméstico: consiste en la ayuda con las actividades de la vida diaria instrumentales, tales como hacer la compra, las tareas de la casa, la preparación de la comida, el uso del transporte, la toma de la medicación o la administración económica⁴¹⁷.

Mantener el propio domicilio y el entorno es la opción más deseada por la mayoría de las personas⁴¹⁸.

El envejecimiento y la urbanización son tendencias globales que caracterizan el siglo XXI. La proporción de población mayor de 60 años crece al mismo tiempo que lo hacen los entornos urbanos. Una ciudad amigable con los mayores alienta el Envejecimiento Activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En términos prácticos, una ciudad amigable con las personas mayores adapta sus estructuras y servicios para que sean accesibles, cualesquiera que sean sus necesidades y capacidades.

Lograr que las ciudades sean más amigables con las personas mayores constituye una respuesta necesaria y lógica para promover el bienestar. Dado que el Envejecimiento Activo es un proceso que dura toda la vida, una ciudad amigable con las personas mayores es una ciudad amigable con todas las edades³²⁷. Según la OMS, una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un buen lugar para envejecer. La Red Mundial de Ciudades y

Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS fue establecida en el año 2010, con el objetivo de apoyar a los municipios que deseaban hacer realidad este tipo de proyecto, con la participación de las propias personas mayores en el proceso y optimizando al máximo los recursos locales. La red se basa en el trabajo previo de la OMS y en el año 2015 incluía más de 250 ciudades y comunidades en 28 países⁷⁵.

El entorno en el que se desenvuelve la persona mayor juega un papel crucial para la posibilidad del envejecimiento en el domicilio. En áreas rurales es mayor el riesgo de envejecer en una institución⁴¹⁹. La promoción de la intergeneracionalidad en las poblaciones⁴²⁰ y del consumo de seguros privados para el cuidado de largo término⁴¹⁸, retrasan los cambios de domicilio y la institucionalización de las personas mayores, por la cercanía de familiares de apoyo y por la mejora de asistencia en el domicilio.

Con la intención de atender al creciente número de personas mayores que habitará Europa en los años venideros, los responsables de las políticas sanitarias buscan modelos sostenibles para organizar el cuidado de salud. Parte de los numerosos ingresos de las personas mayores en hospitales de media estancia o en centros residenciales podrían retrasarse o incluso evitarse si se ofreciera un cuidado de salud de gran calidad en el domicilio. De este modo, la atención social y sanitaria en la comunidad se presenta como la solución en el coste-beneficio comparada con la institucionalización, mejorando la autonomía de las personas y la sostenibilidad de los sistemas de salud europeos⁴¹⁷. Se considera además, que es el modelo ideal de atención socio-sanitaria centrada en la persona y en la familia³⁰⁷. Fuera de Europa, se han ejecutado con éxito programas de cuidado integral con el objetivo de introducir

a la enfermera especialista en Gerontología en el equipo de atención primaria de salud que atiende a los mayores en su domicilio, como es el caso de los EE.UU⁴²¹, Australia⁴²² e Inglaterra⁴²³.

La principal razón que justifica la formación en Geriátrica de los profesionales de la salud de la comunidad es aumentar la calidad del cuidado comprensivo que ofrecen a las personas mayores que viven en la comunidad. Se mejora el manejo de las enfermedades crónicas y los episodios agudos. Las personas mayores disponen de recursos comunitarios, entre los que se incluyen servicios sociales, financieros, formativos y domésticos. Con el acceso a estos servidores comunitarios, disminuyen en número las visitas a servicios médicos de urgencias, los internamientos en residencias de personas mayores y el aislamiento social²⁸⁶. Desde la especialidad médica de Geriátrica también se ha planteado la figura del geriatra comunitario²²⁷ y se reivindica el papel de la enfermera especialista en Geriátrica como responsable en la coordinación del cuidado⁴²⁴.

Desde fechas recientes y después de haber puesto en práctica modelos de coordinación gestionados por enfermeras avanzadas, como el programa Aging in Place (Missouri, EE.UU), se concluye que la coordinación de servicios y seguimiento de las personas mayores que viven en su domicilio por parte de estas profesionales aumenta los resultados de salud y disminuye el coste de la asistencia, comparado con el coste de la tradicional atención primaria de salud⁴²⁵. En Inglaterra existen experiencias de atención domiciliaria a personas mayores con enfermedades agudas que hasta ahora eran tratadas en centros hospitalarios. Para ello es necesario contar con equipos sanitarios que dispongan de mejores recursos, tanto materiales (pruebas diagnósticas

portátiles, fármacos...), como humanos (cualificación especializada y disponibles durante las 24 horas)⁴²³. El concepto originario se denominó “hospital at home” (hospitalización domiciliaria) en Nueva York, donde se inició a mediados del siglo XX, con experiencias posteriores en el resto de los EE.UU, Europa y el mundo⁴²⁶. Todo ello sin perjuicio de aquellas adaptaciones que mejoran la asistencia hospitalaria tradicional⁴²⁷ (en los EE.UU el 50% de las personas mayores fallecen en el hospital⁴²⁸) y promocionan la sensación de confort⁴²⁹. Programas de éxito han sido ejecutados en los EE.UU⁴³⁰ y Australia⁴³¹, mientras que avanza la hospitalización en el domicilio^{432,433}.

En países como Argentina, el cuidado profesional en el domicilio está aún desarrollándose, pues culturalmente está arraigado en la familia⁴³⁴.

El Gobierno japonés promocionó la cobertura nacional del cuidado de largo plazo desde el comienzo del siglo XXI, con el objetivo de que los cuidados fueran recibidos en el hogar, mediante seguros y asistencia subvencionada. La iniciativa no tuvo el éxito esperado, aumentando la institucionalización³⁷⁴.

Fruto de los hallazgos que arroja la tesis publicada por el doctor Li en el año 2007, en la que estudia el aseguramiento privado del cuidado de largo término y los patrones de uso del cuidado de las personas mayores norteamericanas, conocemos que existe una fuerte preferencia de las mismas por permanecer en casa en comparación con residir en una residencia de personas mayores⁴¹⁸. La preferencia del propio hogar respecto a ubicaciones ajenas para vivir no significa que la calidad de vida percibida sea suficiente. Un

tercio de las personas mayores que viven en su domicilio y dependientes de cuidados admiten que su autopercepción de calidad de vida es baja⁴³⁵.

En Europa, el gasto que cada país dedica a la atención de personas mayores en el domicilio, dentro del presupuesto de salud, es muy bajo en líneas generales, mostrando algunas contradicciones en la asistencia, de tal modo que en países cuya ratio de personas mayores dependientes es más alta, como ocurre en Alemania e Italia, el número de personas atendidas en su domicilio es menor que en países en los que la ratio es más baja, como sucede en los Países Bajos. Mientras que se mantenga la dedicación de la mayor parte del presupuesto al cuidado agudo, el cuidado de largo término carecerá de alta calidad y de la suficiente cobertura, con lo que se dificulta obtener los beneficios esperados⁴¹⁷.

Aunque la atención en el domicilio pueda parecer la cima de la atención centrada en la persona, hay aspectos referidos al abordaje profesional, que pueden imponer el cuidado estandarizado también en este escenario. Las intervenciones que se diseñen por el equipo socio-sanitario respetarán la autonomía de las personas cuidadas y sus cuidadores, para que sientan permanentemente que viven como quieren vivir⁴³⁶.

En las políticas sociales que se desarrollen para favorecer el envejecimiento en el domicilio (“aging in place”), el objeto de la ayuda no puede ser solamente la persona mayor. Las políticas han de ser necesariamente sociales y familiares⁴³⁷. La familia ha de ser cuidada de manera óptima por estas políticas, pues es parte fundamental de todos los modelos de cuidado que se desarrollen⁴³⁸.

Las intervenciones sobre el cuidado de la persona mayor han de coordinarse con las intervenciones de cuidado informal, cuando quien lo realiza es una persona activa laboralmente, para que pueda conciliar ambas actividades⁴³⁹. La atención de la familia y de quienes cuidan a la persona mayor es un pilar de la atención profesional sanitaria domiciliaria. No es suficiente con adiestrarles en técnicas de cuidado, pues de nada servirán si pierden la salud para poder ejercerlas⁴⁴⁰. En el seguimiento que se haga de las personas cuidadoras principales es relevante la búsqueda de síntomas depresivos, que pueden aparecer en relación con la carga que soporten del cuidado⁴⁴¹, además de la insatisfacción vital⁴⁴². La enfermera que atiende a las personas mayores en su domicilio ha de conocer con detalle la evolución de estas políticas, para conocer los recursos disponibles, cómo reducir la carga de cuidado de estas personas y en qué medida no responden a las necesidades reales⁴⁴³.

En cambio, cuando estas personas también son personas mayores, aunque las dificultades para el cuidado son grandes, la satisfacción con su calidad de vida es mayor que la de otras personas de su edad o incluso la de otras personas con el mismo rol más jóvenes. La misión de la enfermera en estos casos es velar para que el ejercicio de esos cuidados no supongan un riesgo para la salud de la persona cuidadora⁴⁴⁴ y aportar nueva evidencia⁴⁴⁵.

Otras estancias compatibles con el concepto de cuidado en el domicilio son:

- *Estancias de día en centros gerontológicos.* Centros sociales o residencias que además de atender a personas mayores que son

institucionalizadas ofrecen todos sus servicios comunes (peluquería, cafetería, gimnasio, actividades culturales, comedor, salones, etc.) a las que proceden de su domicilio para compartir las horas diurnas. Facilitan rutinas, socialización y alivio para la persona cuidadora.

- *Centros de día para personas mayores dependientes.* Se trata de centros de apoyo en los que se ofrece asistencia diurna, integral y especializada a personas mayores dependientes. Promocionan la autonomía personal y la independencia funcional. También sirve de alivio y de referencia profesional para la persona cuidadora.
- *Acogimiento familiar.* La persona mayor convive con una familia que no es la suya, que se ocupa de ella a cambio de una prestación económica⁹¹.
- *Viviendas compartidas.* El concepto de viviendas compartidas aún no está internacionalmente definido, pero viene a ser aquella construcción que se lleva a cabo con esa finalidad, la de alojar a personas mayores, que no quieren ser institucionalizadas pero que tampoco se sienten tan independientes como para vivir integrados en la comunidad como lo hacían hasta esos momentos. Aquí encuentran las instalaciones adaptadas a sus circunstancias y cierta asistencia en el caso de que la demanden. Se sienten más autónomas, seguras y con mayor calidad de vida, por lo que se plantea como una opción para las políticas del cuidado de larga duración⁴⁴⁶. Es la opción que más crece en todo el mundo. Hasta el 20% de quienes lo experimentan reconocen estar disfrutando de un envejecimiento exitoso⁴⁴⁷ y con el apoyo emocional

que necesitan⁴⁴⁸. Numerosos ejemplos se encuentran en EE.UU⁴⁴⁹ y Canadá⁴⁵⁰.

2.2.4. Excelencia en el Cuidado al final de la vida

Diversas fuentes en diferentes países nos recuerdan la vigencia de una gran contradicción. Es el deseo de la mayoría de las personas de ser cuidadas, en caso de dependencia y/o en el caso de acercarse el momento de la muerte, en sus domicilios⁴⁵¹. Sin embargo, el mayor número de fallecimientos de personas mayores ocurre en el ambiente hospitalario, en donde muchas personas quedan fuera de la asistencia de cuidados paliativos, especialmente las que padecen patologías cardiorrespiratorias⁴⁵². El deseo de una muerte digna, a pesar de ser postulado en la actualidad, pocas veces se consigue⁷⁹.

La OMS define los cuidados paliativos como “el cuidado activo total de las personas enfermas cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”⁴⁵³.

Tanto en la orientación dada al objeto de la profesión de Enfermería por Florence Nightingale, de situar a la persona enferma en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, como con la dada por tendencias teóricas posteriores, en las que la enfermera se ocupa de todas las personas y de sus diferentes necesidades, su labor se desarrolla con frecuencia cerca de quien sufre. La competencia de comunicación es capital dentro de sus responsabilidades, pues le permite identificar necesidades y la evolución de las mismas, así como dar respuesta a muchos problemas del paciente y de sus familiares⁴⁵⁴.

La enfermera británica Cicely Saunders fue pionera en el movimiento *hospice* en Inglaterra, como modelo precursor de los actuales cuidados paliativos, en la década de los años sesenta del pasado siglo. Allí se trataba a las personas que se encontraban cerca de la muerte. En la siguiente década desarrolló la teoría del Modelo Total de Cuidado, que más tarde se convertiría en el Modelo de Confort Total⁴⁵⁵.

En un momento trascendente para la vida de las personas, como es cuando se toma conciencia de la propia muerte, es especialmente relevante la Atención centrada en la persona. La enfermera utilizará todas las herramientas a su alcance para atender y priorizar las necesidades espirituales de la persona, así como su concepción de duelo y pérdida. En la situación de final de la vida prima la calidad de vida y es básico aceptar y ejecutar las preferencias de la persona, favoreciendo su autonomía y control¹⁸⁴. La muerte es tan irremediabilmente personal como la vida⁴⁵⁶.

La enfermera contempla la dignidad de las personas a las que cuida en diferentes campos de actuación, desde la investigación y la docencia hasta la asistencia. Variados modelos de dignidad proponen cómo ha de ser este estilo de comportamiento profesional⁴⁵⁷. La convergencia en las actuaciones dentro de los equipos de atención domiciliaria es muy valiosa tanto para quien cuida como para quien es cuidado⁴⁵⁸. Contribuir a mantener la dignidad de las personas mayores cuando se acerca el momento de su muerte forma parte del rol de la enfermera como ser humano que es. La debilidad de la persona que está enferma se puede identificar como fragilidad, demanda de asistencia, cuidados y eficiencia en el cuidado. No siempre la respuesta la encontramos en los libros, pues a veces la ciencia no ofrece respuesta; sólo los humanos son

capaces de responder, con su sensibilidad y empatía. Muchas veces resulta doloroso porque este tipo de cuidado requiere la implicación emocional de la enfermera, lo que le ocasionará sentimientos de pesar cuando el óbito de la persona mayor se produzca⁴⁵⁹. Los lazos afectivos construidos dan lugar a sufrimiento y angustia, así como al correspondiente proceso de duelo⁴⁶⁰. La insatisfacción laboral de la enfermera en este escenario ha sido medida, así como la influencia en el aumento del estrés que padece; con cambios en la organización del trabajo y formación específica, se reducen estos inconvenientes^{461,462}. La enfermera tiene como reto participar en el control de los síntomas, asegurar el respeto por la autonomía y los derechos de la persona, ofrecer acompañamiento, respetar los valores y estilos de vida, atender la singularidad, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados y el trabajo en equipo. Queda pendiente la definición del rol, tanto con las actividades visibles y medibles como con las que no lo son (intervenciones inherentes al cuidado, relacionadas con la compasión, la preocupación, el afecto y el compromiso). La no definición del rol puede perjudicar a la profesión en sus competencias, dentro de la organización interprofesional⁴⁶³. También podría resultar de gran ayuda para los profesionales de la salud y para las personas a las que se atiende en muchos casos, la presencia de un capellán, adecuado para el cuidado espiritual, en el equipo de atención social y de salud en el domicilio⁴⁶⁴.

El alto coste de este tipo de atención es un mito. En los EE.UU se acusa a los cuidados al final de la vida como de ser muy costosos, cuando en realidad solamente necesitan el 13% del presupuesto anual estatal para salud⁴⁶⁵.

La planificación del cuidado al final de la vida es algo que las personas mayores retrasan mientras que están saludables, al mismo tiempo que resulta muy difícil para los profesionales abordarla o proponerla cuando la situación clínica es de gravedad o demencia. Se ha demostrado que la educación profesional dirigida a las personas mayores saludables que viven en la comunidad favorece la planificación del cuidado al final de la vida⁴⁶⁶. Los familiares cuidadores en el final de vida tienen grave riesgo de alcanzar el agotamiento por sobrecarga⁴⁶⁷. En los casos en los que las personas mayores están institucionalizados y padecen algún tipo de demencia, todas estas dificultades se trasladan a los familiares, quienes manifiestan falta de información para tomar decisiones convenientes y alteraciones emocionales⁴⁶⁸. El adelanto en la planificación del cuidado, la anticipación en su puesta en práctica y el adecuado adiestramiento del personal que atiende a estas personas son la mejor garantía del óptimo cuidado⁴⁶⁹. En el caso de personas mayores pertenecientes al colectivo LGBT, las dificultades aumentan porque la pareja tiene que enfrentarse a su situación jurídica, si pretende ejercer sus derechos en la toma de decisiones⁴⁷⁰. En cualquier caso, el conocimiento en profundidad de las personas residentes por parte de las enfermeras, no es solamente una ayuda para la construcción de la identidad de la persona dentro de la institución, sino que es la mejor herramienta para ofrecer el mejor cuidado, tanto en el presente como en el momento de la muerte⁴⁷¹. Esta atención también se prolonga hasta sus familias, cuyas necesidades de comunicación y conocimiento tienen que ser satisfechas por los profesionales de la salud, redundando en bienestar y salud también para las familias⁴⁷².

En el año 2004, la OMS, dentro los ideales de ciudades saludables ya introdujo el concepto de ciudades compasivas. Indicó cómo las actitudes culturales, al igual que los servicios, debían de ser engranados para asegurar que aquellas personas que se aproximaran al final de su vida lo hicieran en las mejores condiciones espirituales y de salud, en vez de apartadas en centros que las esconden de la vista de la sociedad, como si la muerte fuera un acontecimiento vergonzoso que tuviera que ser ignorado⁴⁷³.

El concepto de implicación de la comunidad en los cuidados al final de la vida ha vuelto para quedarse como parte fundamental e independiente del nuevo modelo de atención centrado en la persona al final de la vida.

Implicar a la comunidad consiste en capacitar a la sociedad para aceptar e involucrarse en la compañía y cuidados como hecho suyo propio⁴⁷⁴.

La persona moribunda es considerada vulnerable y a veces en situación de desventaja. Una de las principales razones de ser de las comunidades compasivas, en relación con el cuidado al final de la vida para todas las personas, es reparar las desigualdades, con independencia del diagnóstico, del pronóstico y de cualquier otro factor. La sugerencia queda hecha: el cuidado al final de la vida es un asunto que concierne a toda la población y la comunidad debería asumir siempre algún rol. Se trata de desarrollar unas relaciones entre las personas que integran la comunidad que hagan posible la ayuda incluso en etapas de la vida en las que no existe enfermedad o dependencia⁴⁷⁵. Las redes de cuidado se compondrán de familiares, amistades, personas vecinas y voluntarias pero también de organizaciones, empresas, escuelas, administraciones y cualquier otra institución comprometida con este fin⁴⁷⁴. La

red tiene que fortalecerse mediante la formación, proporcionada por empresas que en la actualidad conocen y ofrecen estos cuidados⁴⁵¹.

Existen “Comunidades que Cuidan” y que enseñan a cuidar a las personas al final de la vida en diferentes partes del mundo, como son las comunidades puestas en marcha en Irlanda, India, Canadá, Australia y Reino Unido. En España la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) puso en marcha en el año 2016 un Grupo de Trabajo de Comunidades Compasivas, con el objetivo principal de favorecer la comunicación, relación y encuentro entre profesionales de la SECPAL (multidisciplinares), para promover la compasión entre la ciudadanía y entre profesionales de la salud, con el fin de implicar a la sociedad en el acompañamiento y en el cuidado de las personas al final de la vida⁴⁷⁴.

Las actuales residencias de personas mayores podrían llegar a ser parte de un abordaje de comunidad más compasiva, para disfrute de sus habitantes en los últimos años de sus vidas, con sólo un estrechamiento en las relaciones intracomunitarias, que llevara a un conocimiento e interacción mutuos. Desde la comunidad existirían iniciativas de actividades que se desarrollarían voluntariamente sin coste para la residencia, las personas usuarias o su plantilla. Se produciría un enriquecimiento de la vida de todas las personas de la comunidad, incluidas las que habitan la residencia⁴⁷⁶.

La labor de la enfermera comunitaria dentro de la comunidad compasiva no se hace redundante, porque lo que hace la comunidad es cohesionar los servicios que habitualmente se ofrecen fragmentados⁴⁷⁷. El cuidado de la enfermera es de alta calidad y compasivo, y para que lo pueda ofrecer

habitualmente, sin padecer fatiga compasiva, tiene que establecer unos límites en los compromisos que adopte con los habitantes de la comunidad y sus familiares⁴⁷⁸. En la atención hospitalaria se han creado estancias neutras denominadas “tercer espacio”. Se trata de espacios cómodos y libres en su acceso, tanto para pacientes como para familiares y el personal del hospital, en donde las relaciones humanas carecen de jerarquías. Se ha demostrado que el ánimo se regenera, los pacientes aumentan su curación y el personal su capacidad de cuidado. Estos espacios favorecen el entrenamiento de la actitud compasiva de los profesionales⁴⁷⁹.

El liderazgo compasivo es necesario para conseguir que los receptores de los cuidados y sus familiares se sientan realmente “cuidados” y no sólo “tratados”. Ello significa liderar con la cabeza y con el corazón. Con el ejemplo, el cuidado compasivo también se contagia entre los profesionales, quienes originalmente poseen esta capacidad ligada a su vocación de cuidar, pero que por numerosas circunstancias adversas pudo debilitarse. Si ellos experimentan un trato compasivo desde los líderes de las organizaciones, es más fácil recuperar y poner en práctica este modo de cuidar⁴⁸⁰.

La especialización de la enfermera se presenta una vez más como la piedra angular, que previene y resuelve muchos de los obstáculos que en la actualidad se identifican para la práctica de unos cuidados de enfermería satisfactorios en el final de la vida de la persona mayor.

3. La tecnología que impulsa el cambio de modelo.

La tecnología está transformando el funcionamiento de los servicios de cuidado de salud⁴⁸¹.

La Tecnología de la Información y la Comunicación engloba cualquier dispositivo que sea capaz de almacenar, recuperar, manipular, transmitir o recibir información electrónicamente y de un modo digital. La aplicación de la TIC en el ámbito de la salud y su cuidado, conocida como Tecnología de la Información en la Salud (TIS), incluye un abanico de tecnologías que se usan para recoger, transmitir, consultar y almacenar la información de los pacientes electrónicamente⁴⁸².

Una de las ventajas de utilizar las TIS dentro de un cuidado integral es proporcionar un mecanismo eficiente para compartir la información entre diversos grupos profesionales (cuidado de la salud y cuidado social) y de especialidades (enfermeras especialistas y geriatras) involucrados en el cuidado de los pacientes⁴⁸³.

El concepto de Tele-enfermería fue definido por Schlachta y Sparks en el año 1998 como el empleo de la tecnología de tele-medicina para el ejercicio y la prestación de cuidados de Enfermería⁴⁸⁴. Su origen se remonta a la década de los años setenta del pasado siglo, cuando telefónicamente una enfermera gestionaba información con sus pacientes⁴⁸⁵.

Con el uso de recursos informáticos en la gestión de la información en centros asistenciales de personas mayores, se ha conseguido optimizar dicha gestión, permitiendo el acceso rápido y ordenado a la información, agilizando

trámites burocráticos y disminuyendo considerablemente los inconvenientes relacionados con la conservación y custodia de tal información⁴⁸⁶.

La tecnología del cuidado es un valioso aliado en la atención de la condición crónica de muchas personas mayores⁴⁸⁷. Los avances en el desarrollo de tecnologías de salud conectadas y móviles favorece la opción de envejecimiento en casa. Incide especialmente en los cuidados de transición de las personas mayores, que son episodios de elevada fragilidad para ellos, a los que se enfrentan con relativa frecuencia. El seguimiento de unos cuidados de enfermería y tratamiento médico complejos se facilita para quienes reciben los cuidados y para quienes ejercen el cuidado informal, gracias a estas tecnologías, cada vez mejor diseñadas, con plataformas e interconexiones adaptadas. Junto con los equipos de salud convenientemente diseñados, que dispongan de las adecuadas soluciones tecnológicas de coordinación interdisciplinar a propuesta de la enfermera, es posible obtener el mejor resultado de atención integral, centrado en la persona y con el mínimo coste en el abordaje del envejecimiento en casa⁴⁸⁸.

La tecnología de asistencia ofrece muchas ventajas para fomentar la independencia de las personas mayores en el domicilio, pero también una rica variedad de problemas éticos que no se abordan lo suficiente. Dilemas como el estigma de persona frágil por el hecho de usar esta tecnología, la falta de intimidad por la invasión que se produce, la disminución de la autonomía real y del contacto humano⁴⁸⁹. El diseño de los dispositivos obedece la mayoría de las veces a las necesidades de la organización o del cuidador más que a las necesidades del individuo objeto del cuidado⁴⁹⁰. La existencia de estas tecnologías es de naturaleza ética neutra, siendo el uso que se haga de ellas lo

que las convierta en moralmente aceptables o no⁴⁹¹. La gestión de datos e imágenes de las personas mayores en sus propios domicilios también despierta desconfianza, vulnera la intimidad y desata un debate ético⁴⁹². Desde el ámbito de las residencias de personas mayores, tanto profesionales como familiares confían en que la utilización de tecnología de vigilancia, incluso en las zonas no comunes, disminuiría los episodios de violencia entre las personas residentes y ayudaría a conocer con precisión la naturaleza del problema, a pesar del gran dilema ético que esta intervención tecnológica conlleva⁴⁹³.

En la revisión de literatura llevada a cabo por autores pertenecientes al Gérontopôle de Toulouse (Centro Hospitalario Universitario), se concluye que pocos dispositivos tecnológicos se orientan a las personas mayores frágiles, proponiendo la necesaria interacción entre las compañías tecnológicas, las organizaciones de servicio a las personas mayores, las personas usuarias finales, quienes ejercen la docencia y la investigación y quienes integran el gobierno para explorar las verdaderas necesidades de las personas mayores frágiles y poder desarrollar y validar los nuevos dispositivos que promuevan y faciliten el envejecimiento en casa⁴⁹⁴.

La asistencia robótica operada por la persona mayor directamente en cuestiones básicas; operada por su quien le cuida y acompaña en cuestiones intermedias y a través de un tele-operador en las cuestiones más complejas, es un sistema que tiene una aceptación limitada por las personas interesadas en mantener una vida independiente en su domicilio⁴⁹⁵. Las funciones que se llevan a cabo son primordialmente de ayuda en el movimiento de la persona (40%), de ayuda en las actividades de la vida diaria (28'5%), evaluación y

monitorización fisiológica (23%) y colaboración en procesos de rehabilitación (8'5%)⁴⁹⁶. Las actividades concretas que son capaces de realizar son numerosas, desde recordar a la persona con deterioro cognitivo que es el momento de ingerir líquidos, un medicamento o atender una cita, hasta conectar a la persona con un familiar con solo una petición verbal⁴⁹⁷. Cuando se mide el impacto del uso de este tipo de tecnología en las residencias de personas mayores, con robots de asistencia, cuya función es medir algunas constantes vitales, ofrecer contactos mediante skype e información o juegos de interés para las personas residentes, no se encontraron efectos perjudiciales de ningún tipo para ellas ni para la plantilla⁴⁹⁸.

La tecnología para la educación genera escenarios de aprendizaje, comunicación e interacción entre investigadores, profesionales, estudiantes, enfermos y cuidadores como nunca antes se había logrado. En Brasil se puso en marcha un blog en el que se presentaban y actualizaban conocimientos para el cuidado de las personas mayores en distintas situaciones de cronicidad, con especial atención a las demencias. La experiencia fue fructífera y benefició a todas las partes⁴⁹⁹. Otro ejemplo de tecnología para la educación y el cuidado es el grupo AMICA (Asistencia Multidisciplinaria Integral para Cuidadores de Enfermos con la Enfermedad de Alzheimer), desarrollado como soporte integral para las personas cuidadoras y aportando conocimiento bidireccional entre las personas usuarias y los profesionales de la salud⁵⁰⁰. Por último, el caso de la creación de un juego de mesa como muestra de aplicación de la tecnología en la educación y promoción del cuidado de las personas mayores, alejándose del modelo tradicional de educar según los síntomas que a cada persona se le presentan, con una propuesta pedagógica que genera conocimiento y favorece

el Envejecimiento Activo y saludable. Quienes juegan y cuidan se empoderan en el cuidado, ejercitando la autodeterminación e independencia, la memoria, la autoestima, los procesos de socialización y compartiendo experiencias vitales y aprendizaje⁵⁰¹. Por parte de la potencial población usuaria, según estudios e informes recientes, las brechas por razón de género, poder adquisitivo o formación disminuyen, con lo que la mayoría de las personas mayores muestran disposición para utilizarlas⁵⁰².

En el proceso de toma de decisiones en torno a la utilización del número creciente de tecnologías de las que se dispone, es necesario contar con información acerca de las oportunidades e impacto de las mismas, algo que resulta realmente difícil debido a su escasez⁵⁰³. La Unión Europea invierte en tecnología para conocer modelos operativos de cuidados rentables⁵⁰⁴.

Hay autores que opinan que la tecnología en ocasiones también es un obstáculo. El proceso de muerte se ha complicado más que nunca. Nuevas opiniones médicas, avances tecnológicos o en los tratamientos confieren una falsa sensación de seguridad que invita a arrinconar a la muerte, que sin embargo, continúa siendo cierta⁴⁷⁹. Tampoco se puede reducir el cuidado a un proceso exclusivamente técnico, pues se requiere de la comunicación interpersonal, la reciprocidad, la comprensión, el encuentro, el diálogo...todo lo que impide la cosificación y pérdida de identidad del ser humano⁵⁰⁵, como adelantó la directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Internacional de Cataluña, Adelaida Zabalegui, respecto a la promoción del cuidado impersonal⁵⁰⁶.

Por otro lado, la tecnología revoluciona el crecimiento de las profesiones. Los profesionales de Enfermería cuentan con un creciente número de recursos web desde los que nutrir su propio conocimiento en Gerontología⁵⁰⁷, a partir de cuidados basados en la evidencia⁵⁰⁸. La enfermera necesita conocimientos tecnológicos en su formación, pues ha de cuidar a personas mayores que progresivamente se integraron en las TIC⁵⁰⁹. Según Dara-Abrahams, la “Gerontecnología” consiste en “el diseño y desarrollo de técnicas, productos y servicios para sustentar no sólo los aspectos fisiológicos y médicos del envejecimiento, sino también los retos psicológicos y sociales a los que se enfrenta una población envejecida”⁵¹⁰.

Además de la información y la comunicación, también los robots cuidadores (monitorización de constantes, alarmas geolocalización, estrategias ansiolíticas) impactarán en la Enfermería Gerontológica profundamente en términos de demanda de infraestructura y educación⁵¹.

4. La Educación Permanente cohesiona a los actores que protagonizan el cambio de modelo

La educación ha dejado de estar asociada exclusivamente a la infancia y la juventud, con una formación básica o destinada a una actividad laboral, ampliándose a todas las ramas del conocimiento y aspectos de la persona. Tiene lugar también fuera de las aulas, en la calle, en una visita turística o con el uso de las TIC¹⁹⁴.

La relación que existe entre la Educación Permanente de la población y el bienestar que genera en el conjunto de la comunidad se discute desde una perspectiva social y económica. Las investigaciones al respecto sugieren que cuanto más activas, saludables y formadas estén las personas mayores, menor

será la demanda a las familias y a los recursos y servicios de la comunidad. Simultáneamente, su aportación experta por su trayectoria vital y el servicio que pueden generar contribuyen al bienestar de la comunidad ⁴⁶.

La OMS promueve el *Envejecimiento Activo* (término que aparece en los EE.UU a mediados del siglo XX) para optimizar las oportunidades de salud, la participación y la seguridad para aumentar la calidad de vida de las personas mientras que envejecen. El Envejecimiento Activo implica la participación continua de las personas mayores en los acontecimientos sociales, económicos, culturales, espirituales y civiles y no sólo la capacidad para mantenerse físicamente activo o dentro de las estructuras laborales. El Envejecimiento Activo implica la adaptación a los retos según éstos se presentan. La OMS añade que el Envejecimiento Activo también incluye a las personas con discapacidad o enfermedad⁵¹¹.

Las Naciones Unidas exhortaron a los Gobiernos en el año 2002 (publicación original, actualizada en el año 2008), a que utilizaran la educación y el aprendizaje de la población para enfrentarse a varios retos propios del envejecimiento, como son la alfabetización, el empobrecimiento y la discriminación, en el informe llamado Madrid International Plan of Action in Ageing ⁵¹².

Los objetivos de la Educación Permanente en el ámbito europeo tienen dos cauces: empoderar a sus ciudadanos para que encuentren los retos de la sociedad basada en el conocimiento; y encontrar las metas y ambiciones de la Unión Europea para que sus estados miembros se conviertan en estados más prósperos, tolerantes, inclusivos y democráticos. Puntualiza la relevancia de

estimular a las administraciones públicas y a las organizaciones de voluntariado y comunitarias a que promuevan oportunidades de aprendizaje entre los colectivos con características especiales, como es el caso de las personas discapacitadas, mayores o inmigrantes (Comisión Europea, 2001)⁴³.

La educación, conocimiento y práctica que los servicios de salud han de proporcionar a las personas mayores han de centrarse en el enfoque integral de cuidado de la vida y del logro de un Envejecimiento Activo⁵¹³, como plantean y consiguen desde los programas de actividades intergeneracionales^{514,515}.

El 87% de los fallecimientos que ocurren en Europa los producen las Enfermedades No Trasmisibles (ENT)⁵¹⁶. Modular los hábitos de vida para que resulten saludables está justificado a todas las edades y la enfermera es el profesional cualificado. Como ejemplo concreto contamos con la e-salud. La relación entre el usuario y los profesionales de la salud, así como con el sistema de salud, cambia constantemente gracias a la aplicación de distintas TIC. En Suecia se concluyó que las personas mayores manifiestan estar dispuestos a aprender si alguien les enseña⁵¹⁷. La relación de la enfermera con las nuevas tecnologías ha de ser estrecha por la naturaleza de la profesión: se trata de una profesión *de conocimiento*; la segunda, porque es una profesión *de relaciones humanas*⁵¹⁸.

Dos premisas, además de otros muchos factores estudiados, inciden en la disposición del adulto mayor para el aprendizaje formal en cualquiera de sus manifestaciones: un nivel formativo alto y buena salud. Además de ser premisas, son también objetivos, por lo que optimizaríamos su consecución con un planteamiento anterior en la trayectoria vital de la persona⁵¹⁹. En cuanto

al aprendizaje no formal, las actividades de ocio han demostrado ser eficaces a la hora de socializar y de promover el aprendizaje⁵²⁰.

En Ginebra (Suiza) existe un centro de reunión e información para las personas mayores, llamado *Cité Seniors*, que ofrece un espacio para el encuentro y el aprendizaje. Con un denso programa de actividades semestrales, acoge a 25.000 personas cada año y son bienvenidas todas las generaciones⁷⁵.

Todas las disciplinas están llamadas a colaborar en las políticas recomendadas para conseguir estas metas. Los trabajadores sociales ofrecen la inclusión social a través del aprendizaje permanente, como oportunidad para las personas mayores y también para su profesión⁴⁷. El futuro de la Educación Global en Gerontología y Geriátrica se deposita en el desarrollo de las TIC. Sin necesidad de construir centros educativos, la información llegará a todos los individuos del mundo, incluidos los habitantes de países no desarrollados²².

Desde el punto de vista de Enfermería, la educación de la población ya fue integrada hace décadas en sus cometidos, como Educación para la Salud, practicada en todas sus áreas de contacto con las personas a las que atiende. Con ella se perseguía el autocuidado de la persona, tanto de manera terapéutica como preventiva. Más tarde se han puesto en marcha unas iniciativas de formación para la salud de mayor envergadura, en las que enfermeras especializadas instruyen tanto a pacientes como a sus cuidadores, acompañándolos en el manejo de sus enfermedades crónicas⁹⁷, como ya se relató en el apartado de *Cronicidad y fragilidad, De quien recibe el cuidado*, del presente marco teórico.

5. El gran reto de la financiación.

Con la transición contemporánea de las sociedades de economía patrimonial a sociedades de economía de rentas, la salud ha cobrado una dimensión económica nueva. El mantenimiento de la salud se ha convertido en un asunto económico y las decisiones que afectan a su cuidado se toman con criterio de rentabilidad, aun cuando en el plano legal se reconozca el derecho a la salud como un bien fundamental. Cada sujeto económico, sea individuo, familia, empresa, comunidad local, institución o sistema político-administrativo nacional, incluye el cuidado de la salud en su cálculo de riesgos, costes y beneficios. De modo más o menos expreso se asignan “valores” y “costes” a la salud de distintos sectores sociales y se establecen calendarios de inversiones en salud.

En esta economización de la salud, las personas débiles o marginadas económicamente llevan la peor parte. En la toma de decisiones se plantea frecuentemente el problema de la representación de unos colectivos por otros, cuyos intereses y valores no siempre son coincidentes: los expertos toman decisiones en sustitución de los legos, las generaciones actuales adultas deciden temas que atañen a generaciones futuras, y los representantes políticos de los grupos dominantes extienden sus decisiones al tratamiento sanitario de los grupos dominados⁵²¹.

Según la Asociación Americana de Geriátrica⁵²², los éxitos en la atención médica a las personas mayores durante el siglo XX llegan a una encrucijada en el siglo XXI. No podrá mantenerse una asistencia sanitaria de calidad a las personas mayores en el futuro si no se somete el sistema a un rediseño de la

financiación del mismo. El principal obstáculo es el impacto económico de las principales tendencias demográficas, en cuanto a número de personas mayores y situación de salud-enfermedad, y el coste de los nuevos tratamientos médicos. Las enfermedades crónicas, cada vez aparecen en individuos más jóvenes, el número de individuos con numerosas enfermedades crónicas que se hacen mayores también crece y los nuevos tratamientos médicos fruto de la innovación científico-tecnológica (bioingeniería y genética) crecen de manera imparable en variedad y en coste⁵²³.

La propuesta modernizadora de la gestión pública (New Public Management) se ha aplicado con desigual intensidad a escala global; por tanto, no remite a un modelo único y homogéneo, sino a un repertorio de prácticas organizativas diversas y heterogéneas que tienen como denominador común su fundamentación en principios emanados del paradigma empresarial y un énfasis en la reestructuración y gestión flexible del sistema público para adaptarlo a la lógica del mercado.

Este cambio organizacional propone entre sus metas: la calidad, la excelencia, la innovación, la gobernanza y la sostenibilidad. Y entre las estrategias para lograrlas: la planificación estratégica, la desburocratización y la profesionalización de la gestión, la evaluación por competencias y por resultados, el control de gastos, la aplicación de indicadores de coste-beneficio y, sobre todo, la incentivación de la productividad, la eficiencia, la competitividad y la rentabilidad⁵²⁴.

El debate queda abierto: la creciente privatización de servicios socio-sanitarios en Europa, ¿originará la destrucción de los sistemas públicos

nacionales de salud o por el contrario, la mejora de los sistemas con nuevas oportunidades?⁵²⁵.

Políticas concretas que estimulen el mercado de la empresa privada para asistir a las personas mayores en su domicilio se abordan como otra posible solución. En Alemania, donde el cuidado de las personas mayores se llevaba a cabo por las familias hasta hace unas décadas, se desarrolló un marco legal para el Aseguramiento del Cuidado de Largo Término (LTCI, Long Term Care Insurance) a partir del año 1995, con lo que numerosas empresas privadas han surgido para asegurar y proporcionar ese cuidado en el hogar. Cuando la oferta crece, los precios de productos y servicios mejoran para el consumidor. Sin embargo las condiciones de los profesionales empeoran, aumentando la precarización en el empleo ⁵²⁶.

En China, donde la población también envejece y los cambios sociales impiden que las familias continúen con el cuidado de las personas mayores, no existe un modelo uniforme de financiación de la asistencia a personas mayores institucionalizadas. Depende de las regiones y de las políticas ejecutadas en ellas, existiendo modelos como el belga, de Seguridad Social de Salud, que acoge a toda la población, con contribuciones similares independientes al riesgo de dependencia o enfermedad de cada persona y con un servicio limitado a la atención de Enfermería; o como el modelo holandés, alemán y japonés, Seguro de Cuidado Prolongado, que cubre según evaluación de necesidades de la persona, sin importar la capacidad adquisitiva pero produciéndose un copago, incluyendo atención tanto formal como informal y que está separado jurídica y económicamente de la Seguridad Social; o el modelo de Evaluación de Medios, existente en el Reino Unido y EE.UU, en el

que se atiende exclusivamente a quien no tiene ningún medio para procurarse su cuidado y que es muy vulnerable a los recortes económicos en las políticas sociales y pudiendo dejar fuera de la atención a personas que tengan altas necesidades pero no cumplan exhaustivamente con los criterios de elegibilidad establecidos. Estos modelos se aplican en Shanghai, Qingdao y Nanjing, respectivamente y cuando se analizan, resulta que el segundo modelo, el Seguro de Cuidado Prolongado, con los ajustes necesarios, podría ser el más igualitario y de mayor efectividad para su empleo uniforme a lo largo de todo el país⁵²⁷.

En Finlandia, donde la asistencia a las personas mayores ha tenido una tradición de servicio público, financiada desde los municipios a partir de impuestos locales, de fondos recibidos del gobierno central y de tasas directas a la persona usuaria, experimenta una reducción en su financiación desde 1990, al mismo tiempo que un crecimiento en aquellos servicios de financiación privada. Cuando se mide el uso de recursos públicos y privados de la población mayor, así como su influencia en la salud de los usuarios, se concluye que el 50% utiliza exclusivamente la asistencia pública, el 25% utiliza ambas al mismo tiempo y el 25% restante exclusivamente la atención privada, observándose cierta relación entre el uso de los servicios privados y una mejor salud⁵²⁸. Este proceso también está sucediendo en otros países europeos, en los que la universalidad de la asistencia sanitaria pública se ve amenazada por un mercado liberal emergente, que afecta especialmente al cuidado a largo término de las personas mayores⁵²⁹.

En cuanto al servicio ofrecido por iniciativa privada respecto a la pública, concretamente comparando el que se hace en el cuidado de largo término en

centros residenciales en Canadá, se ha identificado una tendencia de crecimiento de uso de centros privados en aquellos casos en los que el grado de deterioro de las personas es bajo o medio, mientras que el uso de los centros públicos se corresponde con los casos de alto deterioro. Esto significa que las personas que mantienen cierto grado de independencia utilizan su domicilio o residen en un centro privado, quedando la opción de la residencia pública para los casos de gran dependencia⁵³⁰. Tampoco el aseguramiento privado es capaz de ofrecer completas coberturas a un precio asequible para la mayoría de la población. Francia se propone como ejemplo en el que una mezcla de ambas financiaciones ofrezcan el cuidado necesario durante toda la vida de cada persona, sin resultar gravoso para la administración pública ni para el individuo y resultando sostenible a lo largo del tiempo⁵³¹.

En España, según el informe nº 13 de “Envejecimiento en Red”, elaborado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS), publicado en el año 2015, el 72’6% de las plazas residenciales disponibles en la nación tenían carácter privado, mientras que el 27’1% eran de carácter público (el 0’4% no se conocía)⁴¹⁴.

En Argentina, los programas de cuidado a las personas mayores más desarrollados pertenecen al sector privado, el cual atiende al 8% de la población mayor del país⁴³⁴.

En los Estados Unidos, los servicios de cuidado de largo término, especialmente el cuidado en residencias de personas mayores, tienen un alto coste. La promoción del aseguramiento privado de servicios de cuidado de

largo término podría ser efectiva para reducir el coste de la asistencia de Medicaid y corregir la actual tendencia institucional, si las políticas públicas son correctamente dirigidas a la clase media, la cual podría asumir el gasto necesario para disfrutar de Medicaid. Dirigiendo los recursos hacia el cuidado formal pero sin desanimar el cuidado informal de la familia, el aseguramiento privado ayuda a reducir estancias innecesarias en residencias de personas mayores y a la eficiente financiación de los servicios de largo término así como a aumentar la calidad del cuidado. Este efecto se produce porque la persona mayor no quiere ingresar en un centro de personas mayores si tiene la capacidad de elegir⁴¹⁸.

Una planificación previa se señala como de gran interés para los adultos del presente que constituirán la población mayor de mañana. Si enfrentarse personalmente a una serie de gastos que garanticen el cuidado —cuando se hace necesario— ha sido siempre un obstáculo, la dificultad crece cuando las circunstancias económicas actuales y de futuro perjudican la capacidad adquisitiva de las personas mayores. Un nuevo fenómeno aparece entre la población mayor, que es común entre los adultos jóvenes y que fue excepcional entre los mayores del pasado: el endeudamiento. Hasta hace poco tiempo las personas mayores que alcanzaban la edad de retiro disponían de unas retribuciones de diversa cuantía y de percibimiento regular, con las que hacer frente a los gastos básicos de sustento, algún seguro médico de variable cobertura, e incluso el alquiler de una vivienda en el caso de no poseerla. Desde este punto de partida económico, enfrentarse a los gastos imprevistos que ocasionara el cuidado causado por una situación de dependencia requería un esfuerzo, pero podía practicarse; sin embargo, desde que aparece el

endeudamiento en este sector etario de la sociedad, las posibilidades son nulas. El endeudamiento tiene carácter médico, por facturas de atención no incluidas en el seguro sanitario personal; hipotecario, por la financiación prolongada de la vivienda que posee; de estudios, por los gastos de estudios de descendientes de primera o segunda generación; y de tarjetas de crédito, que se usan de manera ordinaria cuando en otro tiempo sólo se utilizaban para gastos ocasionales. Ante este nuevo escenario, se aconseja el asesoramiento financiero de los adultos actuales por profesionales que dominen tanto el ámbito económico como el de los servicios de salud, para planificar las coberturas que se ajusten a las necesidades personales, contemplando recursos públicos y privados y anticipándose a las diferentes variables⁵³².

La primera investigación incluida en esta tesis doctoral por compendio se presenta a modo de introducción y como punto de partida del resto de investigaciones. Su título es “Divulgación de la especialidad de Enfermería Geriátrica entre usuarios, sus cuidadores y los estudiantes universitarios de Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén”. El objetivo fundamental de este trabajo es medir la visibilidad de esta disciplina y se explora el conocimiento que la población pueda tener de la existencia de esta especialidad, obteniendo como resultado que es muy poco conocida, probablemente por su breve trayectoria académica en España o su nula presencia como puesto de trabajo.

Publicado en Gerokomos 2019; 30(1): 12-17.<http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2019/03/30-1-2019-012.pdf>

En la segunda publicación, “Afinidad según género por las especialidades de Geriatria y Enfermería Geriátrica: estudiantes de las Facultades de Medicina y Enfermería. Albacete 2017-18 “, el objetivo consistió en explorar si quienes estudian otras disciplinas de las Ciencias de la Salud, como es el caso de Medicina, además de Enfermería, contemplaban la posibilidad de especializar su carrera en la asistencia a las personas mayores. Al mismo tiempo se dispuso llegar a conocer si existía diferencia en la afinidad por esta especialización en función del género de quien estudia. La elección de ambas disciplinas de entre las numerosas disponibles que se ocupan de las Ciencias de la Salud obedece a la oportunidad que ambas ofrecen a quienes se titulan, de llevar a cabo un postgrado oficial dedicado a las personas mayores, en forma de especialidad académica.

Los resultados arrojaron que la afinidad por mencionadas especialidades es escasa y que apenas existía diferencia de la misma en función del género. Publicado en Paraninfo Digital. 2019; 13(30):1-6. ISSN: 1988-3439

<http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e30044/e30044>

Para la tercera investigación, titulada “¿Quiero ser especialista en Enfermería Geriátrica? Influencia de la existencia de unidad docente: estudiantes de Grado de Enfermería de las universidades de Albacete y Jaén”, los objetivos fueron conocer el interés existente entre quienes estudian Enfermería por el cuidado de las personas mayores y la influencia positiva que pudiera tener la presencia de unidad docente de la especialidad. Como resultado principal se obtuvo que, aunque la afinidad de los estudiantes de Grado de Enfermería, en las universidades dadas, por la especialidad de Enfermería Geriátrica, es escasa, ésta puede incrementarse en el caso de que cuenten con la posibilidad de formarse.

Los autores consiguen aportar evidencia que facilite la adopción de medidas orientadas a la divulgación social del servicio que ofrece la enfermera geriátrica. La intervención sobre quienes estudian la titulación de Grado, en el momento vital en el que deciden su futuro profesional, podría servir de estímulo para las nuevas generaciones. El compromiso de la profesión en este tipo de iniciativas es obligado.

Publicado en Gerokomos 2020; 31(1): 20-25. ISSN: 1134-928X
<http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2020/03/31-1-2020-020.pdf>

Después de haber explorado la mirada social (a través de quienes reciben el cuidado y de quienes procuran el cuidado informal) y la de los futuros profesionales de las Ciencias de la Salud, es el momento de acercarse al último y más importante grupo de opinión. La cuarta investigación, aceptada como artículo científico por Gerokomos (con fecha de 08/06/2020, ver Anexo) y pendiente de publicación (en el momento de depósito de la tesis, octubre de 2021), refleja la perspectiva que puedan tener las futuras personas mayores del cuidado de Enfermería dedicado a las personas mayores en la actualidad, así como su propuesta de futuro. Se trata de los hijos e hijas de las personas mayores que reciben cuidado profesional de Enfermería, porque están institucionalizadas. El resultado obtenido advierte que, aunque el cuidado recibido en las residencias de personas mayores en nuestros días es admitido por las personas mayores —con las oportunas mejoras—, sus hijos e hijas no lo admiten para sí mismos/as en un futuro. Sus propuestas personales se relacionan con un nuevo modelo basado en la domiciliación del cuidado y la especialización del mismo.

Capítulo IV. Discusión

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), desde el año 2010, indica cuál debería ser la respuesta de las enfermeras del mundo ante la expansión global y exponencial de las enfermedades crónicas en la humanidad. El coste será insostenible y la respuesta requerida ha de ser contundente. Invita a que las enfermeras del mundo protagonicen el cambio, con el testimonio de una vida de hábitos saludables. El CIE confía en su creatividad y capacidad innovadora para superar problemas en la administración de los cuidados a los enfermos crónicos⁵³³.

La variable salud es la variable más importante dentro del auto-concepto de satisfacción con la vida y el bienestar de las personas mayores, como muestra el modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki⁵³⁴ y se corrobora en la validación en población española realizada por Alberola et al.⁵³⁵. Las personas mayores denominan “cuidado genuino” de salud al que reciben de los profesionales sanitarios que les conocen con detalle y que los tratan de manera paciente y compasiva³⁶. Añoran un cuidado humanizado y cualificado, capaz de encontrar y satisfacer sus necesidades⁵³⁶. La creación de nuevos espacios para la gestión del cuidado se sustenta, además de en el deseo de las personas mayores, en la evidencia científica de que las personas mayores identifican la calidad de vida además de con la salud, con la posibilidad de disfrutar de funcionalidad, de relaciones sociales, de la actividad, de una economía saneada y de vivir en su propio hogar^{537,538}.

Desde el ámbito de la Sociología, Palomares-Linares⁵³⁹ reconoce un cambio en la forma de envejecer, que produce el anhelo de una nueva forma de ser cuidado.

Los expertos en atención geriátrica y gerontológica han medido que cuando esta atención mejora, aumentan la salud y el bienestar y disminuyen los recursos tradicionales necesarios (dedicación de profesionales, dedicación de familiares y recursos materiales)⁵⁴⁰. Parte de la solución que se propone está íntimamente relacionada con el personal que se encarga de las necesidades básicas de las personas mayores. Son los profesionales que tienen el más bajo entendimiento de lo que es el envejecimiento y requieren formación en Gerontología⁵⁴¹. Todas las profesiones socio-sanitarias requieren formación adaptada y mayor número de efectivos⁵⁴². La disponibilidad de enfermeras cualificadas en la atención de personas mayores es baja y la necesidad será alta en breve⁵⁴³, así como la de quienes ejercen la Medicina⁵⁴⁴. Ello se añade a un problema histórico y frecuente en la mayoría de puestos de trabajo de Enfermería, que por sus condiciones adversas ocasionan un alto número de renuncias profesionales, lo que contribuye al mantenimiento de una escasez crónica de profesionales⁵⁴⁵. La calidad de vida de las enfermeras se auto-percibe como baja, como el apoyo directivo recibido en los centros asistenciales de personas mayores⁵⁴⁶.

Cuando se analiza la deriva de la fuerza de trabajo de Enfermería, en lo que se refiere a cantidad y calidad, en diferentes países desarrollados y con unos sistemas sanitarios enmarcados en unos Estados de Bienestar, se llega a la conclusión de que es una fuerza insuficiente, que envejece como el resto de la población y en la que la especialización es poco significativa. Sin las

necesarias políticas educativas y sanitarias la respuesta posible no se ajustará a la necesidad real^{19,547}. Se trata de un fenómeno generalizado, reportado por autores de todo el mundo, que corroboran la idoneidad de una más actualizada cualificación de la enfermera, de su contexto laboral⁵⁴⁸ y del incentivo requerido entre los jóvenes estudiantes, que mayoritariamente prefieren desarrollar su carrera en otros ámbitos de salud, diferentes a la atención de las personas mayores⁵⁴⁹⁻⁵⁵¹. Michael Nolan, desde el Reino Unido, ha reivindicado el rol de la enfermera gerontológica desde el tiempo en el que en Europa se denominaba enfermera geriátrica. En el año 1997, desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sheffield, denunciaba la lamentable situación de la especialidad de Enfermería más prioritaria, calificándola como de “eterna Cenicienta”⁵⁵². El presidente de la SEEGG⁵⁵³ en el año 2020 y con motivo de la pandemia del SARS-Cov-2, refiere cómo la misma “saca del ostracismo a la enfermera geriátrica”, corroborando la invisibilidad a la que está sometida dicha especialidad en el siglo XXI.

Aunque la investigación llevada a cabo por enfermeras especialistas en el envejecimiento de las personas se ha traducido en una asistencia de mayor calidad, con mejor salud para quienes reciben el cuidado, el número de especialistas y de facultades que los formen no deja de ser simbólico, según afirman las doctoras estadounidenses Mezey y Fulmer⁵⁵⁴, a pesar de que la situación de su país al respecto es privilegiada, comparada con la del resto.

La doctora Fulmer, desde la Fundación John A. Hartford en los EE.UU, sintetiza los temas clave tratados en las publicaciones especializadas en torno al cuidado de Enfermería de las personas mayores, realizadas desde 1940 hasta la actualidad y que sitúan la especialidad dentro de un contexto bien

definido²⁵⁷. También podrían considerarse como la conclusión a la que llega después de una prolífica carrera docente e investigadora en la promoción de esta especialidad. Al mismo tiempo coincide, en alguno de estos puntos, con el sentido de los principales resultados de nuestra investigación:

1. Escasez de profesionales de Ciencias de la Salud con formación específica en el cuidado de las personas mayores.
2. Escasez de Facultades que ofrezcan esta especialidad de Enfermería.
3. Escasez de investigación focalizada dentro de esta disciplina.
4. Necesidad del cuidado interdisciplinar de las personas mayores.
5. Integración satisfactoria de la tecnología en el cuidado y en la prolongación de la independencia de las personas mayores.
6. Falta de financiación para la investigación.
7. Falta de interés entre las enfermeras para especializarse en este cuidado.

Las población mayor crece y las enfermedades agudas e infecciosas de otra época dejan lugar a las crónicas e invalidantes de la actualidad²⁸⁸. Los modelos tradicionales de cuidado de salud no serán adecuados para servir a la nueva población mayor⁵⁵⁵. Así lo anticipan muchos trabajos de investigación, como es el caso de la doctora Castro, desde la Universidad de Tejas (EE.UU, 2016), con su tesis doctoral dedicada a la evolución de la atención de las personas mayores en EE.UU, con sus opciones y políticas, llega a la conclusión de que el sistema de estructuras y servicios que se encarga del cuidado de las personas mayores en EE.UU está fragmentado y no es operativo. Defiende un modelo de cuidado integrativo en el que se permita a la persona mayor vivir tanto tiempo como quiera en su comunidad y una

adecuada atención de las necesidades de las personas que llevan a cabo el cuidado informal³¹. Desde la Antropología Social, Comas-d'Argemir⁵⁵⁶ describe el sistema de cuidados como insatisfactorio. Se asienta en injusticias sociales que provocaron una crisis profunda y la necesidad de una transformación. La demanda de la persona receptora de los cuidados ha de ser tenida en cuenta, pues se convirtió en un derecho. El deseo del 75% de los españoles mayores es vivir en su hogar. Díaz Aledo se enfrenta a conceptos obsoletos en torno a la vejez y su cuidado y reclama en primera persona, como persona mayor, la necesidad de que las personas mayores muestren imágenes reales de lo que son, de lo que quieren ser, de cómo viven y de cómo quieren vivir, en consonancia con lo que se ha planteado a lo largo de este trabajo^{557,558}.

Rodríguez Cabrero⁵⁵⁹ contextualiza el cambio de atención socio-sanitaria a las personas mayores dentro del impacto producido por la crisis del coronavirus en las residencias españolas. Reclama una transformación hacia unidades de atención de pequeño tamaño, a modo de casas familiares, en contraposición a los grandes centros diseñados hasta el momento.

Existe un cuerpo sustancial de evidencia internacional sobre el impacto positivo de los roles de la Enfermería de Práctica Avanzada para mejorar los resultados de salud del paciente, la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de salud⁵⁶⁰. La herramienta necesaria para la correcta transición al nuevo modelo de atención gerontológica es disponer de enfermeras cualificadas⁵⁶¹.

Disponemos como fuente de inspiración profesional, del abundante legado de las enfermeras gerontológicas que han construido la especialidad en los Estados Unidos, como visionarias del cuidado de la población mayor⁵⁶².

La sociedad desconoce el recurso social que supone la cualificación especializada de Enfermería Geriátrica. Probablemente acorde con la invisibilidad de una profesión a la que la población general conoce solo en su superficie.

Existe desconocimiento también y poca afinidad por parte de quienes estudian Grado de Enfermería respecto a la especialidad de Enfermería Geriátrica. También se identifica ausencia de afinidad en quienes se dedican a otros ámbitos de las Ciencias de la Salud, como es el caso de Medicina. La invisibilidad social de estas especialidades sumada a cierta visibilidad estereotipada podría justificar esta ausencia de vocaciones.

Una sensibilidad política pobre, unida a la mirada instalada en el corto plazo, desenfocada y poco integradora, podría ser la responsable de la escasa dotación de recursos públicos para el desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica en España. La ausencia de iniciativas en este sentido en los países desarrollados de nuestro entorno (Francia, Alemania, Reino Unido...), puede conformar una falsa confianza entre quienes gestionan las políticas sociales y de salud, de que no existe la necesidad en la población de una atención nueva, experta y sostenible.

Los adultos mayores de la actualidad, que formarán parte de la población mayor en el transcurso de una década y que observan de cerca cómo se organiza la asistencia a las personas mayores del presente, han

generado sus propias expectativas de cuidado futuro, en correspondencia con su trayectoria vital y la manera en que entienden la vida y las relaciones humanas vigentes. Encuentran necesaria una evolución de la organización del cuidado hacia la especialización de los profesionales sanitarios y una orientación de todos los servicios hacia el propio domicilio de la persona mayor.

Atravesamos en definitiva un tiempo de transición. Y no solamente de estructuras, procederes e inercias que son poco operativas, sino de conceptos y perspectiva. Conocemos de dónde venimos en el cuidado de las personas mayores. Estimamos qué es lo que queremos para el futuro. El análisis detallado de la realidad y sus protagonistas nos acerca a lo deseado para ese tiempo nuevo.

Se observa un proceso de cambio en la organización del cuidado de Enfermería a las personas mayores, propiciado desde los demandantes del cuidado, no igualmente desde los ofertantes del mismo. A partir de la documentación revisada, se estima que la fuerza que impulse los cambios venideros en este tipo de cuidados estará relacionada íntimamente con la iniciativa empresarial y la producción de sus nuevos y adaptados bienes de consumo.

El cuidado, su planificación y su ejecución se convierten en futuros bienes de consumo. El rol de usuario se transforma en rol de consumidor, con sus ventajas e inconvenientes. El concepto de domicilio también evoluciona, abandonando su cualidad tradicional de domicilio constante y definitivo hasta la muerte por una cualidad nueva de variable y provisional, dentro de una dinámica voluntariamente aceptada, en la búsqueda del mejor servicio. La persona mayor consumirá opciones de domicilio al igual que consume otros bienes.

El modelo actual de atención a las personas mayores ha expuesto sus deficiencias ante la sociedad global mediante la catarsis producida por la actual pandemia del coronavirus. Personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas han sufrido perjuicios que se añaden a los propios de la nueva enfermedad, que derivan de la organización del cuidado y que en el futuro podrán ser evitados.

La principal línea de investigación, a tenor de la información aquí presentada y desarrollada, es la relacionada con la identificación de las características del cuidado esperado y deseado por los adultos del presente, que en medio plazo se incorporan a la población mayor del mundo. Esta actividad compete, además de a los profesionales del cuidado, a aquellas disciplinas que estudian la dinámica social, como pueden ser la Antropología, la Psicología y el Trabajo Social.

La consecución de resultados en esta dirección engendraría sin duda nuevas líneas de investigación, que incluirían como protagonistas a los profesionales de la salud, en el presente y a los futuros profesionales; las empresas generadoras de bienes y servicios, e incluso la normativa jurídica necesaria para sustentar un nuevo modelo.

El análisis de aquellos déficits en el cuidado, que por intervención de la pandemia del coronavirus han sido expuestos, facilitará el abordaje preventivo de futuras pandemias sobre la población de personas mayores.

Bibliografía

1. Eco U. *Cómo se hace una tesis*. Primera. Barcelona: Gedisa; 2001. 233 p.
2. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
3. Roche FP, Martínez PA, Cerezuela MBL, Barqueros JM. *Mujer y cuidados de salud*. Edit.um. Murcia; 2014. 393 p.
4. Herce JA. El impacto del envejecimiento de la población en España. *Cuad Inf Económica*. 2016;251:39-48.
5. Díaz JP. *La madurez de masas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
6. Gascón MLG, López LG. Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio: una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad. *Index Enferm*. 2017;26(3):210-4.
7. Bezrukov V, Foigt NA. Longevidad centenaria en Europa. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2005;40(5):300-9.
8. Pfau-Effinger B. Analyses of welfare-state reform policies towards long-term senior care in a cross-European perspective. *Eur J Ageing*. 2012;9(2):151-4.
9. Soto LD. Visiones del futuro de Costa Rica. *Rev Cienc Soc*. 2018;31(42):159-78.
10. Butler R. *Why survive?: being old in America*. New York: Harper & Row; 1975.
11. Godwin H, Heymann SJ. A Call to Action: Training Public Health Students to Be Effective Agents for Social Change. *Am J Public Health*. 2015;105(S-1):S34-7.
12. Heras MDH. Las demandas sanitarias de las familias. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl. 1):195-200.
13. Heras MAD. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Rev Minist Trab Asun Soc*. 2006;60:57-73.
14. Duran Heras MA. *La ciudad compartida. Conocimiento, afecto y uso*. Santiago de Chile: Ediciones Sur; 2008.

15. Díaz MCJ, Jiménez MCP, Lupión CV, Dávila RV, García MJC. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia? *Gerokomos*. 2011;22(1):8-12.
16. McAllister M, Downer T, Hanson J, Oprescu F. Transformers: Changing the face of nursing and midwifery in the media. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(2):148-53.
17. Strengthening-Nursing-Midwifery-Towards-Health2020-Goals-Meeting-Report-en.pdf [Internet]. [citado 12 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/294755/Strengthening-Nursing-Midwifery-Towards-Health2020-Goals-Meeting-Report-en.pdf
18. Brown-O'Hara P. Geriatric Syndromes and Their Implications for Nursing. *J Leg Nurse Consult*. 2014;25(2):8-11.
19. Warshaw GA, Bragg EJ. The essential components of quality geriatric care. *Generations*. 2016;40(1):28-37.
20. Tolson D, Morley JE, Rolland Y, Vellas B. Advancing nursing home practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology recommendations. *Geriatr Nur (Lond)*. 2011;32(3):195-7.
21. Abyad A. Geriatric Nursing: The Challenges in the Middle East. *Middle East J Nurs*. 2016;10(3):3-6.
22. Perkinson M. Gerontology and geriatrics education: new models for a demographically transformed world. *Generations*. 2013;37(1):87-92.
23. Lyons SS, Specht JP, Karlman SE, Maas ML. Everyday excellence: a framework for professional nursing practice in long-term care. *Res Gerontol Nurs*. 2008;1(3):217-28.
24. Maas ML, Buckwalter KC, Conn VS, Tripp-Reimer T. Measuring gerontological research intensity in schools of nursing. *Res Gerontol Nurs*. 2010;3(2):135-44.
25. Vehvilainen-Julkunen K, Saarti J. The Publication Culture of Nursing Science in Finland: analysis of Research Articles Published in the Journal of Nursing Science from 1989 to 2008. *Int J Caring Sci*. 2012;5(2):105-11.
26. Impact Factor? Shimimpact Factor! The Journal Impact Factor, Modern Day Literature Searching and the Publication Process. *Psychiatry*. 4(5):54-7.
27. Melillo KD. May Futrell, PhD, FAAN, FGSA: gerontological nursing and gerontology leader and mentor. *J Gerontol Nurs*. 2008;34(5):7-9.
28. Koerner JG. The virtues of the virtual world: enhancing the technology/knowledge professional interface for life-long learning. *Nurs Adm Q*. 2003;27(1):9-17.

29. Torres LL. Innovative pedagogic model for teaching of gerontological nursing. *Av En Enfermería*. 2007;25(1):130-7.
30. Huizenga P, Finnema E, Roodbol P. Learnt and perceived professional roles of a new type of nurse specialized in Gerontology and Geriatrics, a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1552-66.
31. Castro C. An assessment of long-term services and supports policies for residents of skilled nursing facilities: Where we have been, where are we now, and where we are going [Internet] [Dr.P.H.]. [United States -- Texas]: The University of Texas School of Public Health; 2016 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/1881841955/abstract/22DC6C1CFEF34C09PQ/4079>
32. Zebrowski BG. Future role of nurses in long-term care of late life adults [Internet] [M.S.N.]. ProQuest Dissertations and Theses. [United States -- Florida]: Florida Atlantic University; 1994 [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://search.proquest.com/nahs/docview/230795575/abstract/EE06D09CD6564220PQ/190>
33. Hojlo C. The VA's transformation of nursing home care: From nursing homes to community living centers. *Generations*. 2010;34(2):43-8.
34. Booth WC, Colomb GG, Williams JM. Cómo convertirse en un hábil investigador. Barcelona: Gedisa; 2008. 311 p.
35. Yu-Hsiang Wu, Bentler RA. Do Older Adults Have Social Lifestyles That Place Fewer Demands on Hearing? *J Am Acad Audiol*. 2012;23(9):697-711.
36. Calvin AO, Frazier L, Cohen MZ. Genetics and gerontology. Examining older adults' perceptions of health care providers. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(5):6-12.
37. Agree EM. Social Changes in Women's Roles, Families, and Generational Ties. *Generations*. 2017;41(2):63-70.
38. Southerland JL, Slawson DL, Pack R, Sörensen S, Lyness JM, Hirsch JK. Trait Hope and Preparation for Future Care Needs among Older Adult Primary Care Patients. *Clin Gerontol*. 2016;39(2):117-26.
39. Treas J, Carreon D. Diversity and Our Common Future: Race, Ethnicity, and the Older American. *Generations*. 2010;34(3):38-44.
40. Envejecimiento digno y positivo. Modelo EDP. Jaén: Fundación AgeingLab; 2016.

41. Medicare Program; Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule, Clinical Laboratory Fee Schedule, Access to Identifiable Data for the Center for Medicare and Medicaid Innovation Models & Other Revisions to Part B for CY 2015 [Internet]. Federal Register. 2014 [citado 5 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/documents/2014/11/13/2014-26183/medicare-program-revisions-to-payment-policies-under-the-physician-fee-schedule-clinical-laboratory>
42. Meghani SH, Hinds PS. Policy brief: The Institute of Medicine report Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. *Nurs Outlook*. 2015;63(1):51-9.
43. European Commission. Making a european area of lifelong learning a reality. Brussels: European Commission; 2001 p. 42.
44. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. An in-depth analysis of adult learning policies and their effectiveness in Europe. Brussels: European Commission; 2015 p. 297.
45. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, 8-12 April 2002. New York; 2002. 73 p.
46. Merriam SB, Kee Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults , Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. *Adult Educ Q*. 2014;64(2):128-44.
47. Hafford-Letchfield T. The age of opportunity? Revisiting assumptions about the life-long learning opportunities of older people using social care services. *Br J Soc Work*. 2010;40(2):496-512.
48. Sorell T, Draper H. Telecare, Surveillance, and the Welfare State. *Am J Bioeth*. 2012;12(9):36-44.
49. Abdi J, Al-Hindawi A, Ng T, Vizcaychipi MP. Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ Open*. 2018;8:1-20.
50. Gustafsson C, Svanberg C, Mullersdorf M. Using a Robotic Cat in Dementia Care: A Pilot Study. *J Gerontol Nurs Thorofare*. 2015;41(10):46-56.
51. Salzman-Erikson M, Eriksson H. Letter to the Editor: Prosperity of nursing care robots: an imperative for the development of new infrastructure and competence for health professions in geriatric care. *J Nurs Manag*. 2017;25(6):486-8.
52. Finlayson SC. The nurse as an agent of social change. *Aust Nurses J*. 1981;10(8):54-6.

53. Higuchi KAS, Hagen B, Brown S, Zieber MP. A new role for advanced practice nurses in Canada: bridging the gap in health services for rural older adults. *J Gerontol Nurs.* 2006;32(7):49-55.
54. DiCenso A. Roles, research & resilience: the evolution of advanced practice nursing. *Can Nurse.* 2008;104(9):37-40.
55. Evans S, Hills S, Orme J. Doing More for Less? Developing Sustainable Systems of Social Care in the Context of Climate Change and Public Spending Cuts. *Br J Soc Work.* 2012;42(4):744-64.
56. Anåker A, Elf M. Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(2):381-9.
57. Goodman B. The need for a 'sustainability curriculum' in nurse education. *Nurse Educ Today.* 2011;31(8):733-7.
58. Simpson RL. Technology: nursing the system. Why managed care demands information technology. *Nurs Manag (Harrow).* 1998;29(7):18-9.
59. Griggs C, Fernandez A, Callanan M. Nursing and the barriers to sustainable health care: a literature review. *Br J Nurs.* 2017;26(22):1230-7.
60. Maxfield M, Pituch KA. Covid-19 worry, mental health indicators, and preparedness for future care needs across the adult lifespan. *Aging Ment Health [Internet].* 2020 [citado 5 de enero de 2021]; Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-77043-001&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
61. Robertson ML, Colburn JL. Grace, connection, and hard conversations: Primary care geriatrics in the COVID era. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(5):932-3.
62. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(5):387-8.
63. Leontjevas R, Knippenberg IAH, Smalbrugge M, Plouvier AOA, Teunisse S, Bakker C, et al. Challenging behavior of nursing home residents during covid-19 measures in the netherlands. *Aging Ment Health [Internet].* 2020 [citado 5 de enero de 2021]; Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-96574-001&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
64. Bilal A, Saeed MA, Yousafzai T. Elderly care in the time of coronavirus: Perceptions and experiences of care home staff in pakistan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020;35:1442-8.
65. Coe NB, Van Houtven CH. Living arrangements of older adults and COVID-19 risk: It is not just nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(7):1398-9.

66. Nearing KA, Lum HD, Dang S, Powers B, McLaren J, Gately M, et al. National geriatric network rapidly addresses trainee telehealth needs in response to COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(9):1907-12.
67. Martinez-Peromingo J, Serra-Rexach JA. Long-term care facilities and the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Madrid. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(9):1920-2.
68. Mok VCT, Pendlebury S, Wong A, Alladi S, Au L, Bath PM, et al. Tackling challenges in care of alzheimer's disease and other dementias amid the covid-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* 2020;1-11.
69. Torrego E. *Sobre la vejez. Sobre la amistad.* Madrid: Alianza Editorial; 2017. 195 p.
70. United Nations. *World Population Prospects.* New York: United Nations; 2017.
71. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Popular Division. *World Population Ageing 2019.* New York: United Nations; 2020 p. 64. Report No.: ST/ESA/SER.A/444.
72. Díaz JP, García AA, Nieto PA, Fariñas DR. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Madrid; 2020 p. 39. Report No.: 25.
73. García PG. Culminación del curso vital. Para una antropogerontología. *Gaz Antropol.* 1995;11(7):1-10.
74. Rivero SC, Agoiz AB. Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *Empiria Rev Metodol Cienc Soc.* 2019;43:59-87.
75. OMS. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* EEUU: OMS; 2015 p. 282.
76. Easterlin R.A, Schaeffer C.M, Macunovich D.J. Will the baby boomers be less well off than their parents: Income, wealth and family circumstances over the life cycle in the United States. *Popul Dev Rev.* 1993;19(3):497-522.
77. Perks T, Haan M. The Dwelling-Type Choices of Older Canadians and Future Housing Demand: An Investigation Using the Aging and Social Support Survey (GSS16). *Can J Aging Tor.* 2010;29(3):445-63.
78. Kennedy C. The City of 2050 - An Age-Friendly, Vibrant, Intergenerational Community. *Generations.* 2010;34(3):70-5.
79. Sillero JM. *Medicina y Vida.* Jaén: Instituto de Estudios Giennenses; 1998. 451 p.

80. Segura C, Carles J. La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index Enferm.* 2009;18(3):176-9.
81. Cury SP, Arias A. Las necesidades sociales de las personas mayores en entornos residenciales en la actualidad. *Trab Soc Hoy.* 2018;(83):105-22.
82. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M. Tendencies of studies addressing the eldest individuals of aged population in the community: a (inter)national systematic review. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(1):264-71.
83. Higgs P, Gillear C. Frailty, abjection and the «othering» of the fourth age. *Health Sociol Rev.* 2014;23(1):10-9.
84. Gillear C, Higgs P. Aging without agency: theorizing the fourth age. *Aging Ment Health.* 2010;14(2):121-8.
85. Reis CB, de Jesus RS, Silva CSO, de Pinho L. Health conditions of young and old elderly. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2016;17(1):120-7.
86. Gouveia É, Gouveia B, Ihle A, Kliegel M, Maia J, i Badia S, et al. Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Qual Life Res.* 2017;26(6):1561-9.
87. Jin-Won N, Kyoung-Beom K, Hyun LJ, Hee KM, Kwon YD. Relationship of health, sociodemographic, and economic factors and life satisfaction in young-old and old-old elderly: a cross-sectional analysis of data from the Korean Longitudinal Study of Aging. *J Phys Ther Sci.* 2017;29(9):1483-9.
88. McGinnis D. Susceptibility to Distraction During Reading in Young, Young-Old, and Old-Old Adults. *Exp Aging Res.* 2012;38(4):370-93.
89. Zanjani FAK, Schaie KW, Willis SL. Age group and health status effects on health behavior change. *Behav Med.* 2006;32(2):36-46.
90. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Lehtonen A, Viitanen M. Factors connected with positive life orientation at age 70, 80, 85 and 90 - The Turku Elderly Study. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(3):537-47.
91. Carrasco Quiralte R, Cobos Recacha M, Erdozain Campo M, López Alonso MD, López Fresneña C, Lozano Alonso R, et al. *Manual de Enfermería Geriátrica.* Madrid: CTO Editorial; 2012.
92. Leite MT, Dal Pai S, Hildebrandt LM, da Silva LAA. Experiences of community health agents in the care of the elderly affected by chronic diseases. *Rev Rene.* 2016;17(4):576-84.
93. Hong Wu, Naiji Lu, Wu H, Lu N. Informal care and health behaviors among elderly people with chronic diseases. *J Health Popul Nutr.* 2017;36:1-8.

94. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017;46(6):882-8.
95. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1198-200.
96. Meirelles BHS, Arruda C, Simon E, Vieira FMA, Cortezi MDV, Natividade MSL. Conditions associated with the quality of life of elderly with chronic disease. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3):433-40.
97. Ferrer-Arnado C, Santamaría-García JM, Fernández-Batalla M, Salazar-Guerra R. The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. *Investig Educ En Enfermeria*. 2014;32(3):488-97.
98. WHO. Non communicable diseases [Internet]. 2018 [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
99. Fisher A L. Just what defines frailty? *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(12):2229-30.
100. Xue Q-L. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clin Geriatr Med*. febrero de 2011;27(1):1-15.
101. Fried LP, Tangen CM, Walston J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser -Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-56.
102. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci World*. 2001;1:323-36.
103. de Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(6):614-20.
104. Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD, Lee D, McQueenie R, Mair FS. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *Lancet Public Health*. 2018;3(7):e323-32.
105. dos Santos-Orlandi AA, de Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):822-9.
106. de Oliveira LPBA, de Menezes RMP. Representations of frailty for elderly within the family health strategy context. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):301-9.
107. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabricio-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Assessment of Cognitive Status and Frailty of Elderly Elderly Living at Home. *Cienc Cuid E Saude*. 2014;13(1):120-7.

108. Huguet LG, González MN, Kostov B, Carmona MO, Francia CC, Nieto MC, et al. Pre Frail 80: Multifactorial Intervention to Prevent Progression of Pre-Frailty to Frailty in the Elderly. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(10):1266-74.
109. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, da Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):747-52.
110. Borges CL, de Freitas MC, Guedes MVC, da Silva MJ, Leite SFP. Nursing Clinical Practice in the Frail Elderly Care: Reflection Study. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2016;10(Suppl. 2):914-8.
111. Ljungbeck B, Forss KS. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nurs*. 2017;16:1-9.
112. de Asís A. Reflexiones en torno a la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Univ Rev Filos Derecho Política*. 2007;(5):3-21.
113. Agulló MS. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. *Index Enferm*. 2006;15(52-53):7-9.
114. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. :30.
115. Cerri C. Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digit Rev Pensam E Investig Soc*. 2015;15(2):111-40.
116. van der Cammen TJM, Albayrak A, Voûte E, Molenbroek JFM. New horizons in design for autonomous ageing. *Age Ageing*. 2017;46(1):11-7.
117. Wallace SP, Villa VM. Women: A Demographic Lens. *Generations*. 2018;41(4):12-9.
118. Freixas A. La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anu Psicol UB J Psychol*. 2008;39(1):41-57.
119. Schmid T, Brandt M, Haberkern K. Gendered support to older parents: do welfare states matter? *Eur J Ageing*. 2012;9(1):39-50.
120. Tang KK, Petris D, Rao DSP. Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY). *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):681-7.
121. Zhan HJ. Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China. *Health Care Women Int*. septiembre de 2005;26(8):693-712.

122. Prus SG, Gee E, Prus SG, Gee E. Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psychosocial factors on later-life health. *Can J Public Health*. 2003;94(4):306-9.
123. Mitri RN, Boulos CM, Adib SM. Aging gracefully in Greater Beirut: are there any gender-based differences? *Eur J Public Health*. 2017;27(3):575-81.
124. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):781-6.
125. Lincoln KD. Economic Inequality in Later Life. *Generations*. 2018;42(2):6-12.
126. Espelt A, Font-Ribera L, Rodriguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Womens Health* 15409996. 2010;19(5):927-33.
127. Basara BB, Mollahaliloglu S, Pulgat E, Kavuncubasi S. Gender and Residency Effects on Elderly Health in Turkey. *Ageing Int*. 2014;39(1):55-67.
128. Boerma T, Hosseinpoor AR, Verdes E, Chatterji S. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-9.
129. Kornadt AE, Voss P, Rothermund K. Multiple standards of aging: gender-specific age stereotypes in different life domains. *Eur J Ageing*. 2013;10(4):335-44.
130. Sargent-Cox K, Anstey KJ. The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychol Health*. 2015;30(6):652-70.
131. Myung-Ae Kim, Euna Park, Sung-Hee Ko. A Typology: Older Women and Gender Role Identity. *Korean J Adult Nurs*. 2013;25(3):289-97.
132. Alemán AF, Hernández RMA, Aguilar MLM, Alpirez HA, Galindo LV, Sánchez GG. Welfare of the functional dependence elderly family caregiver: a gender perspective. *Cult Los Cuid*. 2012;16(33):81-8.
133. Magalhães MJ, Castro YR, Ruido PA, Lopez RDB. Elderly victims of gender violence in Portugal: Invisible and not heard? *Health Care Women Int*. 2016;37(12):1304-19.
134. Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB. La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. Estudio cualitativo. *Gerokomos*. 2018;29(1):3-8.

135. Ditzion J, Mitzen P, Goldman C. On Being an Aging Woman: An Annual Conversation. *Generations*. 2017;41(4):130-6.
136. de Castro SFF, de Oliveira CCS, Filho LDA, Junior FOB, Moura MEB, Alves ELM. The Experience of Sexuality by Elderly Individuals. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2013;7(10):6067-73.
137. Parker S. What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Rev Clin Gerontol Camb*. 2006;16(4):275-9.
138. Sullivan KM. Acceptance is key in affinity housing for LGBT elders. *Aging Today*. 2014;35(3):1-3.
139. Emlet CA. Social, Economic, and Health Disparities Among LGBT Older Adults. *Generations*. 2016;40(2):16-22.
140. Cloyes KG. The Silence of Our Science: Nursing Research on LGBT Older Adult Health. *Res Gerontol Nurs*. 2016;9(2):92-104.
141. Breland L. Lost Libido, or Just Forgotten? The Legal and Social Influences on Sexual Activity in Long-Term Care. *Law Psychol Rev Tuscaloosa*. 2013;38:177-92.
142. HCPRO. The LGBT Resident in Long-Term Care. CNA Train Advis Lesson Plans Busy Staff Train. 2017;25(5):1-8.
143. Moye J. Their Time Has Come: Providing Culturally Competent Care to LGBT Older Adults. *Clin Gerontol*. 2016;39(5):363-5.
144. Campbell S. Sexual health needs and the LGBT community. *Nurs Stand*. 2013;27(32):35-8.
145. Waite H. Old lesbians: Gendered histories and persistent challenges. *Australas J Ageing*. 2015;34(2):8-13.
146. González JMM, Raimúndez VQ, Porquet AB. Trabajo Social, diversidad sexual y envejecimiento. Una investigación a través de una experiencia de aprendizaje-servicio. *Altern Cuad Trab Soc*. 2014;21:177-92.
147. Coxon G. Addressing the fears older LGBT people have about entering a care home. *Ment Health Nurs*. 2017;37(3):20-2.
148. Adelman M. Overcoming Barriers to Care for LGBT Elders with Alzheimer's. *Generations*. 2016;40(2):38-40.
149. Donaldson WV, Asta EL, Vacha-Haase T. Attitudes of Heterosexual Assisted Living Residents Toward Gay and Lesbian Peers. *Clin Gerontol*. 2014;37(2):167-89.
150. Hertz BT. Make your facility LGBT friendly. *Long-Term Living Contin Care Prof*. 2015;64(4):28-31.

151. de Vries B, Gutman G. End-of-Life Preparations Among LGBT Older Adults. *Generations*. 2016;40(2):46-8.
152. Orel NA, Coon DW. The Challenges of Change: How Can We Meet the Care Needs of the Ever-Evolving LGBT Family? *Generations*. 2016;40(2):41-5.
153. Fredriksen-Goldsen KI, Espinoza R. Time for Transformation: Public Policy Must Change to Achieve Health Equity for LGBT Older Adults. *Generations*. 2015;38(4):97-106.
154. Wahlert L, Fiester A. Repaving the Road of Good Intentions: LGBT Health Care and the Queer Bioethical Lens. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(5):S56-65.
155. Loewy KL. Erasing LGBT People From Federal Data Collection: A Need for Vigilance. *Am J Public Health*. 2017;107(8):1217-8.
156. Jacqueline M., Meredith. New York, United States, New York: Springer Publishing Company; 2008. 21 p.
157. McManus AJ. Creating an LGBT-friendly practice: practical implications for NPs. *Am J Nurse Pract*. 2008;12(4):29-38.
158. Concannon L. Developing inclusive health and social care policies for older LGBT citizens. *Br J Soc Work*. 2009;39(3):403-17.
159. Cook-Daniels L. Resources for LGBT Elder Abuse. *Victim Elder Disabl*. 2014;17(3):35-6.
160. Royal College of Nursing. Caring for lesbian, gay, bisexual or trans clients or patients: Guide for nurses and health care support workers on next of kin issues [Internet]. 2016. Disponible en: <http://tinyurl.com/hc3sr7l>
161. American Geriatrics Society Ethics Committee. American Geriatrics Society care of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: position statement. *Br J Healthc Assist*. 2015;9(7):344-9.
162. Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI. Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(5):S40-4.
163. Glasper A. Ensuring optimal health care for LGBT patients. *Br J Nurs*. 2016;25(13):768-9.
164. Donaldson WV, Vacha-Haase T. Exploring Staff Clinical Knowledge and Practice with LGBT Residents in Long-Term Care: A Grounded Theory of Cultural Competency and Training Needs. *Clin Gerontol*. 2016;39(5):389-409.

165. Cornelius JB, Carrick J. A Survey of Nursing Students' Knowledge of and Attitudes Toward LGBT Health Care Concerns. *Nurs Educ Perspect Natl Leag Nurs*. 2015;36(3):176-8.
166. WHO. Sexual Health: A New Focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*. 2004.
167. Ibáñez JG. Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGBT. Un supuesto específico: los malos tratos. *HURI-AGE*. 2011;12:50.
168. Adams M. An Intersectional Approach to Services and Care for LGBT Elders. *Generations*. 2016;40(2):94-100.
169. Cramer P, Barrett C, Latham J, Whyte C. It is more than sex and clothes: Culturally safe services for older lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. *Australas J Ageing*. 2015;34(2):21-5.
170. Kim J, Park JS, Heo J. What should recreational professionals do when providing services to elderly immigrants? *Phys Occup Ther Geriatr*. 2010;28(2):195-202.
171. Kulla G, Ekman S, Sarvimäki A. Experiential Health from an Ageing and Migration Perspective: The Case of Older Finland-Swedes. *J Immigr Minor Health N Y*. 2010;12(1):93-9.
172. Basic D, Shanley C, Gonzales R. The Impact of Being a Migrant from a Non-English-Speaking Country on Healthcare Outcomes in Frail Older Inpatients: an Australian Study. *J Cross-Cult Gerontol*. 2017;32(4):447-60.
173. McCaffrey RG. Multicultural aging. Integrating Haitian older adults into a senior center in Florida: understanding cultural barriers for immigrant older adults. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(12):13-8.
174. Kanti MK, Falconier MK. Asian Americans Caring for Elderly Parents in the U.S. *J Cult Divers*. 2017;24(3):73-83.
175. Newendorp N. Negotiating Family «Value»: Caregiving and Conflict Among Chinese-Born Senior Migrants and Their Families in the U.S. *Ageing Int*. 2017;42(2):187-204.
176. Næss A, Vabø M. Negotiating Narratives of Elderly Care: The Case of Pakistani Migration to Norway. *Ageing Int*. 2014;39(1):13-32.
177. Gubernskaya Z, Tang Z. Just Like in Their Home Country? A Multinational Perspective on Living Arrangements of Older Immigrants in the United States. *Demography*. 2017;54(5):1973-98.
178. Chow HPH. Health Care Service Needs and Correlates of Quality of Life: A Case Study of Elderly Chinese Immigrants in Canada. *Soc Indic Res Dordr*. 2012;106(2):347-58.

179. Bordone V, Valk H. Intergenerational support among migrant families in Europe. *Eur J Ageing*. 2016;13(3):259-70.
180. Rodríguez VR, Warnes T. Los residentes europeos mayores en España: repercusiones socioeconómicas y territoriales. *Serv Estud BBVA*. 2002;123-46.
181. 28(3).
182. Arola LA, Mårtensson L, Kronlöf GH. Viewing oneself as a capable person - experiences of professionals working with older Finnish immigrants. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):759-67.
183. Index de Enfermería [Internet]. [citado 10 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php?textclock1=
184. Bermejo-García L, Jiménez-Navascués L, Suárez-Pérez de Eulate N. Atención Centrada en la Persona. Serie de documentos técnicos de la SEEGG nº 8. SEEGG, Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica; 2018.
185. Löckenhoff CE. Aging and Decision-Making: A Conceptual Framework for Future Research - A Mini-Review. *Gerontology*. 2018;64(2):140-8.
186. Gaspar RB, da Silva MM, Zepeda KGM, Silva IR. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1639-45.
187. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL, Higashi GDC, dos Santos JLG. Understanding the Meaning of Old Human Beings Living Their Autonomy in Hospitalization. *Rev Rene*. 2013;14(2):331-40.
188. Davidhizar R, Dowd S. On the job. Promoting autonomy in elderly patients. *Radiol Technol*. 2001;73(2):187-8.
189. Iacub R, Arias CJ. El empoderamiento en la vejez. *J Behav Health Soc Issues*. 2011;2(2):17.
190. Kalfoss MH. Attitudes to ageing among older Norwegian adults living in the community. *Br J Community Nurs*. 2017;22(5):238-45.
191. Lam KL, Lai S, Lee T. Elderly participation and empowerment: experiences of SAGE. *Lingnan Univ*. 2009;21.
192. Steiner SP, Rodríguez GG, Leenen I. Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Univ Psychol*. 2010;10(2):327-40.
193. Medeiros DV, Santos WN dos, Sousa MGM, da Silva TCD, Silva PTP, de Castro SFF. Elderly's Perception on Old Age. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2016;10(10):3851-9.

194. Moreno MB, García IM, López MDF. Autoestima y satisfacción vital en personas mayores. *Profr Rev Currículum Form Profr.* 2011;15(1):237-52.
195. Oliveira R de C da S, Scortegagna PA, Oliveira R de C da S, Scortegagna PA. Universidad Abierta a las Personas Adultas Mayores: Espacio de Pedagogía Social, Educación y Empoderamiento. *Actual Investig En Educ.* 2015;15(3):505-22.
196. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old Age from the Perspective of Elderly Individuals of Different Nationalities. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):128-37.
197. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med.* 2007;68(3):284-90.
198. Santillán M de LV, Arana-Gómez B, García-Hernández M de L, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan.* 2017;17(2):171-82.
199. Ferreira VM, Silva PMC, de Azevedo EB, Cordeiro RC, Costa LFP, Filha MOF. Group of Elderly as a Strategy of Resilience Empowering of Its Members. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE.* 2012;6(9):2006-12.
200. Hervik SEK. «Good Health Is to Have a Good Life»: How Middle-Aged and Elderly Men in a Rural Town in Norway Talk about Health. *Int J Mens Health.* 2016;15(3):218-34.
201. Kloezen S, Fitten LJ, Steinberg A. Assessment of treatment decision-making capacity in a medically ill patient. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36:1055-8.
202. Ekelund C, Dahlin-Ivanoff S, Eklund K. Self-determination and older people - A concept analysis. *Scand J Occup Ther.* 2014;21(2):116-24.
203. Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, Mohammadi E. Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model. *Asian Nurs Res.* 2014;8(2):118-27.
204. Shu B, Huang C, Chen B. Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center. *J Nurs Res Taiwan Nurses Assoc.* 2003;11(1):1-8.
205. Sharkey S, Lefebre N. Bringing Nursing Back to the Future Through People-Powered Care. *Nurs Leadersh* 1910-622X. 2017;30(1):11-22.
206. Woodward S. Using the support of the third sector. *Br J Neurosci Nurs.* 2009;5(2):57-57.
207. Sánchez P, Bódalo E. Necesidades, tiempo y consumo. El consumidor mayor. *Pedagog Soc Rev Interuniv.* 2002;Segunda época(9):333-58.

208. Sánchez P. Construcción social de los hábitos de consumo en las personas mayores. *Vivat Acad.* 2001;4(30):1-44.
209. Pichler NA, Scortegagna H de M, Dametto J, Frizon DMS, Zancanaro MP, Oliveira TC de, et al. Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money. *Rev Bras Geriatr E Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 5 de mayo de 2020];22(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232019000200206&lng=en&nrm=iso&tlng=en
210. Turmo FS. La prensa especializada para personas mayores en España: un fenómeno emergente. *Textual Vis Media.* 2008;1:275-90.
211. Tritter J. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expect.* 2009;12(3):275-87.
212. Bury M, Taylor D. Towards a Theory of Care Transition: From Medical Dominance to Managed Consumerism. *Soc Theory Health.* 2008;6(3):201-19.
213. WHO | Healthy Ageing and the Sustainable Development Goals [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/sdgs/en/>
214. Peel N, McClure R, Bartlett H. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med.* 2005;28(3):298-304.
215. Leiton Z. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enferm Univ.* 2016;13(3):139-41.
216. Sulbrandt J, Pino P, Oyarzún M. Envejecimiento activo y saludable: investigación y políticas para el envejecimiento poblacional. *Rev Chil Enfermedades Respir.* 2012;28(4):269-71.
217. Ebersole P, Touhy T. *Geriatric nursing: growth of a specialty.* New York: Springer Publishing Company; 2006. 297 p.
218. Martin RA. El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cult Los Cuid.* 2015;19(41):101-5.
219. Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española.* 22^a ed. Madrid: Espasa; 2001.
220. Waldow VR. Nuevas ideas sobre el cuidado. *Aquichán.* 2008;8(1):85-96.
221. Watson J. *Le «caring».* Philosophie et sciences de soins infirmiers. París: Editions Seli Arslam; 1998.
222. Bes CG, Navarro FH, Esparza IH. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm Glob.* 2011;10(23):221-32.

223. de Vera BCR. La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad. Gerokomos. 2008;19(2):33-5.
224. Luque MLP, Ortega MPM. Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades. 2001;5(10):15-20.
225. Maturana CT. El viejo en la Historia. Acta Bioethica. 2001;7(1):107-19.
226. Morley JE. A Brief History of Geriatrics. J Gerontol Ser A. 2004;59(11):1132-52.
227. Barton A, Mulley G. History of the development of geriatric medicine in the UK. Postgrad Med J. 2003;79(930):229-34.
228. Campos Posada, Ainhoa. Breve historia de la Belle Époque. Madrid: Ediciones Nowtilus, S.L.; 2017. 318 p.
229. Michel T, Lenardt MH, Willig MH, Alvarez AM. Do real ao ideal - o (des)cuidar da saúde dos idosos longevos. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):398-405.
230. Cabrera Espinosa M. La Enfermería de Jaén y su Colegio. Jaén: Diputación Provincial de Jaén. Instituto de Estudios Giennenses; 2018.
231. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw -Hill/Interamericana; 1993.
232. Hernández F, Morente M. Definir la Enfermería desde la Historia: Humberto de Romans y el oficio enfermero. Híades Rev Hist Enferm. 1994;10:271-81.
233. Espert AN, Martín FH. Luces y sombras de la profesión de enfermería : aportaciones de género. Cult Los Cuid. 2004;8(16):52-61.
234. Aragón SS. Cuidados enfermeros en la España del siglo XVII: el manual de enfermería de Simón López. Cult Los Cuid. 2016;20(46):86-93.
235. Gómez GG. 30 de noviembre: aniversario del inicio de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna: Detrás de los pasos de la enfermera Isabel Zandal. Metas Enferm. 2017;20(9):39-40.
236. Tuells J, Duro-Torrijos JL. El viaje de la vacuna contra la viruela: una expedición, dos océanos, tres continentes y miles de niños. Gac Médica México. 2015;151:416-25.
237. Aragón SS. Evolución del mundo material en los cuidados de enfermería: siglos XVIII al XX. Cult Los Cuid. 2017;21(49):81-90.
238. Eseverri Chaverri C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Barcelona: Salvat; 1984.

239. Nightingale F. Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es. Masson; 1995. 168 p.
240. Buitrago LA. Desarrollo histórico de la enfermería. *Cult Cuid Enfermeria*. 2009;6(2):27-36.
241. Santainés E, Faus F, Camaño R. Florence Nightingale y Federico Rubio: reformadores de la Enfermería moderna española. *Cult Los Cuid*. 2012;16(33):43-9.
242. Cantarino SG, de la Cruz SG, Jerez BE, Aguado MD, Rodrigues MA, Queirós PJP. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cult Los Cuid*. 2018;22(52):58-67.
243. Real Orden, de 7 de mayo de 1915, del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, por la que se aprueba el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo soliciten, pertenecientes ó no á Comunidades religiosas.
244. Campo LA, Puig RM. Enfermeras y practicantes durante la epidemia de gripe de 1918: Análisis a través de la prensa española. *Cult Los Cuid*. 2018;22(52):109-18.
245. Decreto, de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios.
246. Mastrapa Y, Gibert M, Ávila M. De la enfermera general a la enfermera geriátrica. *Rev Cuba Enferm*. 2016;32(4):126-34.
247. Warelow PJ. Changing philosophies: a paradigmatic nursing shift from Nightingale. *Aust J Adv Nurs*. 2013;31(1):36-45.
248. González JS, Ruiz MCS. La historia cultural y la estética de los cuidados de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(5):1096-105.
249. Zúñiga JB, Morales ARH, González AB. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cult Los Cuid*. 2013;17(36):11-8.
250. Wilby M. Teaching others to care: a case for using the humanities. *Int J Hum Caring*. 2011;15(4):29-32.
251. Martín FH, Lastra RG, González SA, Ruiz JMG. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cult Cuid*. 1997;1(2):21-35.
252. Gancedo PM. Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2018.

253. Spetz J. The Aging of the Nurse Workforce: Recent Trends and Future Challenges. *Annu Rev Gerontol Geriatr N Y.* 2005;25:65-87,R10-R11.
254. Wycle ML, McDonald P. The past, present and future of gerontological nursing. En: *A National agenda for geriatric education.* Springer Publishing Company; 1997.
255. Rose KM, Keeling AW. A glimpse into the care of older adults: 1900 to 1929. *J Gerontol Nurs.* 2006;32(12):37-42.
256. Stevens J. A history of nursing the elderly... attitudes to aged care issues since 1903, using content from the ANJ. *Aust Nurs J.* 1994;1(8):23-5.
257. Fulmer T. A retrospective/prospective on the future of geriatric nursing. *Geriatr Nur (Lond).* 2020;41:29-31.
258. Newton K, Anderson H. *Geriatric nursing.* St. Louis: C. V. Mosby; 1971. 362 p.
259. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.
260. Decreto 1153/1961, de 22 de junio, por el que se crea la Especialidad de <<Radiología y Electrología>> en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
261. Decreto 3192/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la Especialidad de <<Neurología>> en los estudios de Asistente Técnico Sanitario.
262. Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la Especialidad de <<Psiquiatría>> en los estudios de Asistente Técnico Sanitario.
263. Decreto 203/1971, de 28 de enero, por el que se crea la Especialidad de Análisis Clínicos en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
264. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.
265. Real Decreto 649/1988, del 24 de junio, por el que se transforman los estudios de Podología en primer ciclo universitario conducente al título de Diplomado Universitario en Podología y se establecen las directrices generales propias de los correspondientes planes de estudio.
266. Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, sobre integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia como Escuelas Universitarias de Fisioterapia.
267. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

268. Abumaria IM, Hastings-Tolsma M, Sakraida TJ. Levine's conservation model: A framework for advanced gerontology nursing practice. En: Nursing forum. Wiley Online Library; 2015. p. 179-88.
269. Aguiló FV. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos. 2007;18(2):77-83.
270. Stevens J. A history of nursing the elderly... attitudes to aged care issues since 1903, using content from the ANJ. Aust Nurs J. 1994;1(8):23-5.
271. Navascués MLJ, Ordovás CAH. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. Gerokomos. 2012;23(2):55-8.
272. Bragg E, Hansen JC. A revelation of numbers: Will America's eldercare workforce be ready to care for an aging America? Generations. 2010;34(4):11-9.
273. Fernandes H da CL, Pavarini SCI, Barham EJ, Menciondo MSZ de, Luchesi BM. Ageing and dementia: what do community health workers know? Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):782-8.
274. Willetts G, Aberdeen S, Hood K, Cross W. The dynamic role of the graduate nurse in aged care: An Australian experience of delivering an aged care graduate nurse program. Collegian. 2017;24(4):397-402.
275. Tappen RM, Brower HT. Integrating gerontology into the nursing curriculum: process and content. J Nurs Educ. 1985;24(2):80-2.
276. Kennedy-Malone L, Penrod J, Kohlenberg EM, Letvak SA, Crane PB, Tesh A, et al. Integrating Gerontology Competencies Into Graduate Nursing Programs. J Prof Nurs. 2006;22(2):123-8.
277. Marshall-Gray P. Integrating long-term care concepts into baccalaureate nursing education: The road to quality geriatric health care. J Nurs Educ. 2005;44(6):286.
278. Mattsson K, Rosendahl SP. Teaching gerontology in globalized academics: a qualitative study of Thai nursing students' views on ageing when studying abroad. Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny. 2017;53(1):36-47.
279. Ryden MB, Johnson JA. We need to know more: nurse educators' interest and expertise in gerontology. J Nurs Educ. 1992;31(8):347-51.
280. Kazer MW. Are We Preparing Gerontological Nurses of the Future? J Gerontol Nurs. 2016;42(9):2-3.
281. Navascués MLJ, Ruiz CA, Araque MAF, Gómez MCR. La Enfermería Geriátrica en el Espacio Europeo de Educación Superior. Gerokomos. 2013;24(2):63-8.

282. Kennedy-Malone L, Penny J, Fleming ME. Clinical practice characteristics of gerontological nurse practitioners: A national study. *J Am Acad Nurse Pract Austin*. 2008;20(1):17-27.
283. Tung FLN, Yan VCM, Tai WLY, Chen JH, Chung JW, Wong TKS, et al. El conocimiento de las enfermeras sobre la cobertura universal de salud en servicios inclusivos y sostenibles para el cuidado de adultos mayores. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(e2670):1-10.
284. Gray-Miceli D, Wilson LD, Stanley J, Watman R, Shire A, Sofaer S, et al. Improving the Quality of Geriatric Nursing Care: Enduring Outcomes From the Geriatric Nursing Education Consortium. *J Prof Nurs*. 2014;30(6):447-55.
285. Bryant AL, Brody AA, Perez A, Shillam C, Edelman LS, Bond SM, et al. Development and Implementation of a Peer Mentoring Program for Early Career Gerontological Faculty. *J Nurs Scholarsh Indianap*. 2015;47(3):258-66.
286. Howe JL. Education and Training of Community Health Professionals and Service Providers. *Annu Rev Gerontol Geriatr N Y*. 2008;28:165-X.
287. Dilworth-Anderson P, Hilliard TS, Williams S, Palmer MH. A Contextual Conceptualization on Transitions of Care for Older Persons: Shaping the Direction of Care. *Annu Rev Gerontol Geriatr N Y*. 2011;31:1-XIII.
288. Andrews GJ, Campbell L, Denton M, McGilton KS. Gerontology in Canada: History, Challenges, Research. *Ageing Int*. 2009;34(3):136-53.
289. Armstrong J, Mitchell E. Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nurs Older People*. 2008;20(1):36-40.
290. Daltrey J. More visibility for gerontology nurses. *Kai Tiaki Nurs N Z*. 2012;18(8):35-35.
291. Kennedy-Malone L, Fleming ME, Penny J. Prescribing patterns of gerontological nurse practitioners in the United States. *J Am Acad Nurse Pract Austin*. 2008;20(1):28-34.
292. NP forges a pathway for gerontology nurses. *Kai Tiaki Nurs N Z*. 2013;19(10):8-8.
293. Malcomson H, Bisbee S. Perspectives of healthy elders on advance care planning. *J Am Acad Nurse Pract Austin*. 2009;21(1):18-23.
294. Miescier L. Advance Care Planning and Family Structure in Late Life [Internet] [Ph.D.]. [United States -- Maryland]: University of Maryland, Baltimore; 2015 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/1756271143/abstract/22DC6C1CFEF34C09PQ/3897>
295. Castellarnau A. Marie Curie. Italia: RBA Editores; 2019. 209 p.

296. Gillespie B. The cutting edge of nursing research: strengthening evidence-based practice. *ACORN J Perioper Nurs Aust*. 2013;26(4):8-10.
297. Beaskoa AU. *Cuidar*. Barcelona: Planeta; 2018.
298. Garner J, Ardern M. Reflection on old age. *Aging Ment Health*. 1998;2(2).
299. Nolan M. Adult/elderly care nursing. Successful ageing: keeping the «person» in person-centred care. *Br J Nurs*. 2001;10(7):450-4.
300. Maseko L, Harris B. People-centeredness in health system reform. Public perceptions of private and public hospitals in South Africa. *South Afr J Occup Ther*. 2008;48(1):22-7.
301. Bellchambers H, Penning C. Person-centered approach to care (PCA): A philosophy of care and management for carers. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny*. 2007;26(2):196-7.
302. Peek C, Higgins I, Milson-Hawke S, McMillan M, Harper D. Towards innovation: The development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny*. 2007;26(2):164-76.
303. HCPRO. Person-centered care. *CNA Train Advis Lesson Plans Busy Staff Train*. 2018;16(5):1-4.
304. Caspar S, O'Rourke N, Gutman GM. The Differential Influence of Culture Change Models on Long-Term Care Staff Empowerment and Provision of Individualized Care. *Can J Aging Tor*. 2009;28(2):165-75.
305. Brooker D. What is Person Centred Care for people with dementia? *Reviews Clin Gerontol*. 2004;13(3):215-22.
306. Pirschel C. Precision Nursing: The Future of Specialized, Individual Patient Care. *Connect*. 2016;31(12):12-6.
307. Purbhoo D, Wojtak A. Patient and Family-Centred Home and Community Care: Realizing the Opportunity. *Nurs Leadersh* 1910-622X. 2018;31(2):40-50.
308. Sánchez Martínez M. Relaciones intergeneracionales. En: *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. IMSERSO. Madrid; 2011. p. 572-99.
309. Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Suter Ch. Générations-structures et relations. Introduction: concept, définitions et théories. Zurich et Genève: Seismo; 2009 p. 18-41. (Générations en Suisse).
310. Lüscher K. Family issues between gender and generations. *Ambivalence: A key concept for the study of intergenerational relations*. Luxemburgo: Office for Official Communications of the European Communities; 2000 p. 11-25.

311. Donati P. Familias y generaciones. *Desacatos. Antropología Social*. 1999;2:27-49.
312. Gutierrez M. Programas intergeneracionales. Teoría, política y práctica. Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
313. Gangopadhyay J. Aging Across Worlds: Examining Intergenerational Relationships Among Older Adults in two Cities in Transition. *Ageing Int*. 2017;42(4):504-21.
314. Walter A. Active ageing in employment: its meaning and potencial. *Asia-Pac Rev*. 2006;13(1):78-93.
315. Ventura-Merkel C, Lidoff L. Community Planning for Intergenerational Programming. Volume VIII. The National Councel On the Aging, INC; 1983.
316. Martínez Maroto A. Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Madrid: IMSERSO; 2009. (Personas mayores).
317. Olson JK, Logan J. Pairing students with the well elderly: a unique relationship for learning. *J Nurs Educ*. 1986;25(9):386-8.
318. Kirkpatrick MK, Brown ST. Leadership development in geriatric care through the Intergeneration Make a Difference Project. *Nurs Educ Perspect Natl Leag Nurs*. 2006;27(2):89-92.
319. Moreno P, Martínez S, Escarbajal A. El impacto educativo de los programas intergeneracionales: un estudio desde la escuela y las diferentes instituciones sociales implicadas. *Educ Soc*. 2018;77(2).
320. Hernández D. Las relacones intergeneracionales en la sociedad actual: un imperativo necesario. *Rev Interv Socioeducativa*. 2013;55:135-45.
321. Whitehouse PJ, Whitehouse CC. The Intergenerational School: Integrating intergenerational approaches in the care of those with age-related cognitive challenges. *Australas J Ageing*. 2005;24(Suppl.):S57-8.
322. Au A, Ng E, Garner B, Lai S, Chan K. Proactive Aging and Intergenerational Mentoring Program to Promote the Well-Being of Older Adults: Pilot Studies. *Clin Gerontol*. 2015;38(3):203-10.
323. Kronfol NM, Rizk A, Sibai AM. Ageing and intergenerational family ties in Arab countries. *East Mediterr Health J*. 2015;21(11):835-43.
324. Hernandis SP. Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. *Univ Valencia*. :1-20.
325. Fine M. Intergenerational perspectives on ageing, economics and globalisation. *Australas J Ageing*. 2014;33(4):220-5.

326. Carpenter BD, Mulligan EA. Family, know thyself: a workbook-based intergenerational intervention to improve parent care coordination. *Clin Gerontol.* 2009;32(2):147-63.
327. OMS. Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2007. 75 p.
328. Du P, Xie L. The Use of Law to Protect and Promote Age-Friendly Environment. *J Soc Work Pract.* 2015;29(1):13-21.
329. Tavares DMS, Fachinelli AMP, Dias FA, Bolina AF, de Paiva MM. Preditores Da Qualidade De Vida De Idosos Urbanos E Rurais. *Rev Baiana Enferm.* 2015;29(4):361-71.
330. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Haas VJ. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Investig Educ En Enfermeria.* 2014;32(3):401-13.
331. Mainardi DCB, Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Envelhecendo no campo: perfil de idosos residentes no meio rural. *Cult Los Cuid.* 2019;2019(54):384-95.
332. Cleary KK, Howell DM. Prescription medication use and health-related quality of life in rural elderly. *Phys Occup Ther Geriatr.* 2007;26(2):63-81.
333. Morala-Dimaandal DT. Differences of functional status among elderly women in urban and rural settings - self-report and performance-based measures. *Adv Physiother.* 2009;11(1):13-21.
334. Dam A, Datta N, Mohanty UR, Karn RK, Singh D, Kumar S. Preventive Palliation in the Elderly - Organizing Health Camps for the Rural Aged. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(2):70-7.
335. Kejia Hu, Yuming Guo, Hochrainer-Stigler S, Wei Liu, See L, Xuchao Yang, et al. Evidence for Urban-Rural Disparity in Temperature-Mortality Relationships in Zhejiang Province, China. *Environ Health Perspect.* 2019;127(3):1-11.
336. Gomes FA, Camacho ACLF. Elderly and Urban Mobility: A Reflective Approach to Nursing. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE.* 2017;11(12):5066-73.
337. BOE-A-2015-10922.pdf [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOE-A-2015-10922.pdf>
338. Fundación PricewaterhouseCoopers. Radigrafía del Tercer Sector Social en España: retos y oportunidades en un entorno cambiante. Madrid: Fundación PricewaterhouseCoopers; 2018.
339. Gallego VM. Tercer sector, Estado de Bienestar y política social. *Política Soc.* 2007;44(2):153-69.

340. Cabrero GR. Los retos del Tercer Sector en España en el espacio social europeo: especial referencia a las organizaciones de acción social. *Rev Esp Terc Sect.* 2005;(1):63-91.
341. Villarroya AA. Articulación del Tercer Sector en España. *Rev Esp Terc Sect.* 2008;10:107-29.
342. Cook R. Nursing leadership management in third-sector organisations. *Nurs Manag - UK.* 2008;15(7):24-9.
343. Tong CE, Franke T, Larcombe K, Gould JS. Fostering Inter-Agency Collaboration for the Delivery of Community-Based Services for Older Adults. *Br J Soc Work.* 2018;48(2):390-411.
344. Rodwell JJ, Noblet AJ, Steane P, Osborne S, Allisey AF. Investigating people management issues in a third sector health care organisation -- an inductive approach. *Aust J Adv Nurs.* 2009;27(2):55-62.
345. Wilkinson J. Places for nurse practitioners to flourish: Examining third sector primary care. *Aust J Adv Nurs.* 2012;29(4):36-42.
346. Bond J. Volunteerism and Life Satisfaction among Older Adults. *Can J Couns Psychother.* 1982;16(3):168-72.
347. León MCD de, Díaz-Morales JF. Voluntariado y tercera edad. *An Psicol Ann Psychol.* 2009;25(2):375-89.
348. Ferrada L, Zavala M. Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Cienc Enferm.* 2014;20(1):123-30.
349. Ariza-Montes A, Tirado-Valencia P, Fernández-Rodríguez V. Valores humanos y voluntariado: Un estudio en personas mayores. *Intang Cap.* 2017;13(2):253.
350. Sackett DL, Straus SE, Richardson WE. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
351. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):393-402.
352. Ingersoll G. Evidence based nursing: what is and what it isn't. *Nurs Outlook.* 2000;48(4):151-2.
353. Campo VAR, Klijn TP. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob.* 2011;10(24):0-0.
354. Yañez AO, Klijn TP. Enfermería basada en la evidencia: barreras y estrategias para su implantación. *Cienc Enferm.* 2007;13(1):17-24.
355. Profetto-McGrath J. Critical Thinking and Evidence-Based Practice. *J Prof Nurs.* 2005;21(6):364-71.

356. Martínez CL, Klijn TP. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index Enferm.* 2016;25(1-2):42-6.
357. Naylor M, Keating SA. Transitional care. *Am J Nurs.* 2008;108(9):58-63.
358. Meleis AI. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer Publishing Company; 2010.
359. Son Y-J, You M-A. Transitional Care for Older Adults with Chronic Illnesses as a Vulnerable Population: Theoretical Framework and Future Directions in Nursing. *J Korean Acad Nurs.* 2015;45(6):919-27.
360. Mora-López G, Berbis-Morelló C, Montesó-Curto P, Martínez-Segura E, Font-Jimenez I, Ferré-Grau C. Análisis De La Transición De Los Postcuidadores Familiares Desde La Teoría De Las Transiciones De Meleis: Una Aproximación Cualitativa. *Port J Ment Health Nurs Rev Port Enferm Saude Ment.* 2018;(19):37-45.
361. Larkin M. Life after caring: the post-caring experinences of former carers. *Br J Soc Work.* 2009;6(39):1026-42.
362. Bixby MB, Konick-McMahon J, McKenna CG. Applying the transitional care model to elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2000;14(3):53-63.
363. Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS. Geriatric emergency department innovations: Transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc.* 2018;10.
364. Altfeld S, Pavle K, Rosenberg W, Shure I. Integrating Care Across Settings: The Illinois Transitional Care Consortium's Bridge Model. *Generations.* 2012;36(4):98-101.
365. Jackson ML. Transitional Care: Methods and processes for transitioning older adults with cancer in a postacute setting. *Clin J Oncol Nurs.* 2018;22(6):37-41.
366. Lipman TH, Deatrick JA. Enhancing specialist preparation for the next century. *J Nurs Educ.* 1994;33(2):53-8.
367. 9789240694873_spa.pdf [Internet]. [citado 16 de marzo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=0A30C61F9C9BDD2C652B32E3DE37E054?sequence=1
368. Full article: Long-Term Care in the United States: Policy Themes and Promising Practices [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01634370903361979>

369. Nihtilä EK, Martikainen PT, Koskinen SV, Reunanen AR, Noro AM, Häkkinen UT. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *Eur J Public Health*. 2008;18(1):77-84.
370. Bernaldo de Quirós M, Crespo M, Gómez MM, Hornillos C. La calidad del cuidado asistencial en las residencias de ancianos: una revisión de la literatura. *Inf Psiquiátricas*. 2012;1(207):17-38.
371. Michel T, Lenardt MH, Betiolli SE, de Melo Neu DK. Meaning assigned by the elderly to the experience at a long stay institution: contributions for the nursing care. *Text Context Nurs*. 2012;21(3):495-504.
372. Johnson RA, Schwiebert VL, Alvarado-Rosenmann P, Pecka G, Shirk N. Residential preferences and eldercare views of Hispanic elders. *J Cross-Cult Gerontol Dordr*. 1997;12(1):91-107.
373. Steverink N. When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing Soc Camb*. 2001;21:45-69.
374. Tamiya N, Chen L-M, Sugisawa H. Caregivers' Decisions on Placement of Family Members in Long-Term Care Facilities in Japan: Analysis of Caregiver Interviews. *Soc Behav Personal Palmerst North*. 2009;37(3):393-410.
375. Carrara BS, Espírito Santo PMF. Old Age Institutionalized in Postmodern Times: The Identity in Parallel Universe? *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):1672-84.
376. Falk H, Wijk H, Persson L-O, Falk K. A sense of home in residential care. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4):999-1009.
377. Gutiérrez JJB, Abad ML, Gascón MLG, Marín DA. Las relaciones personales que se establecen por los residentes de un hogar para ancianos. *Enferm Glob*. 2012;28:1-12.
378. de Castro VC, Derhun FM, Carreira L. Satisfaction in the Elderly and Nursing Professionals with Care Provided in an Asylum. *Rev Pesqui Cuid E Fundam*. 2013;5(4):493-502.
379. Malaquias Cordeiro L, de Lima Paulino J, Peixoto Bessa ME, Borges CL, Pedrosa Leite SF. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 7 de agosto de 2015;28(4):361-6.
380. Robichaud L, Durand PJ, Bédard R, Ouellet J-P. Quality of Life Indicators in Long Term Care: Opinions of Elderly Residents and Their Families. *Can J Occup Ther Ott*. 2006;73(2_suppl):1-7.
381. Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M, Pietilä A-M. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scand J Caring Sci*. 2015;29(2):317-24.

382. Silva MV da, Silva E dos S, Alencar GC de A, Rocha FCV, Batista OL, Gonçalves SG. The meaning to be old and living in a nursing home. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. 2014;5(6):325-37.
383. Lledó MJF, Salinas LG, López RH, Martínez FH. El rol de la enfermera en la acogida al residente geriátrico - Educare [Internet]. *Enfermería21*. 2013 [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://0-www.enfermeria21.com.avalos.ujaen.es/revistas-articulo/>
384. Van Malderen L, Mets T, De Vriendt P, Gorus E. The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Qual Life Res Dordr*. 2013;22(5):929-37.
385. Morris DA, Galicia-Castillo M. Caring About Residents' Experiences and Symptoms (CARES) Program: A Model of Palliative Care Consultation in the Nursing Home: *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2016 [citado 10 de septiembre de 2018]; Disponible en: <http://0-journals.sagepub.com.avalos.ujaen.es/doi/full/10.1177/1049909116641606>
386. Lusk C. The need for palliative/end-of-life care programs in LTC. *Can Nurs Home*. 2007;18(4):9-15.
387. Chapman DG, Toseland RW. Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia. *Soc Work Oxf*. 2007;52(4):321-9.
388. Blanca-Gutiérrez JJ, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. The Experiences of Older People Living in Nursing Homes: the Theory of «Exchange Dyads». *Aquichán*. 2013;13(1):41-56.
389. Cobo CMS. A influência da institucionalização sobre a percepção da autonomia e qualidade de vida em idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1013-9.
390. Ekman I, Skott C, Norberg A. A place of ones' own. The meaning of lived experience as narrated by an elderly woman with severe chronic heart failure. A case-study. *Scand J Caring Sci*. 2001;15(1):60-5.
391. Benbow B. Advantages of «small house» designs in dementia care: the physical environment sets a limit to what can be achieved in the care of people with dementia. *Can Nurs Home*. 2012;23(1):4-12.
392. Oliveira PP, Onofre PS de C, Norberto PB. Death of Friends and Relatives: Experiences of Elderly People in a Long-Term Care Institution. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2012;6(1):104-12.
393. Medeiros MMD de, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):1-25.

394. Darton R. Great expectations: feedback from relatives and residents. *Nurs Resid Care*. 2012;14(10):534-8.
395. Júnior GS, Okun MFP, Passos KG, Ernandes RC, Alonso AC, Belasco AS. Quality of Living of Elderly Residents of Private Institutions. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2018;12(8):2113-9.
396. Bassler TC, dos Santos FR, Junior AGS, Furlan MCR, Maia CR. Quality of Life Evaluation of The Elderly Living in a for Long Stay Care Institution. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2017;11(1):10-7.
397. Gutiérrez JJB, Abad ML, Gascón MLG. El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*. 2011;8(36).
398. Matwiejczyk L, Roberts R, Farrer O, O’Dea G, Bevan G, Nairn L, et al. Engaging food service providers to change food service practices in aged care facilities. *Nutr Diet*. 2018;75(4):381-9.
399. Reiss NS, Tishler CL. Suicidality in nursing home residents: Part I. Prevalence, risk factors, methods, assessment, and management. *Prof Psychol Res Pract*. 2008;39(3):264-70.
400. Kliebsch U, Sturmer T, Siebert H, Brenner H. Risk factors of institutionalization in an elderly disabled population. *Eur J Public Health*. 1998;8(2):106-12.
401. Soulsby N, Ward S. An age old problem: caring for the frail elderly in aged care facilities. *J Pharm Pract Res*. 2016;46(3):265-8.
402. Bagchus C, Dedding C, Bunders JFG. «I’m happy that I can still walk» - Participation of the elderly in home care as a specific group with specific needs and wishes. *Health Expect*. 2015;18(6):2183-91.
403. Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Pap Rev Sociol*. 1992;40:121-35.
404. Masakazu Washio, Kazuyuki Takeida, Yumiko Arai, Erhua Shang, Asae Oura, Mitsuru Mori. Depression among Family Caregivers of the Frail Elderly with Visiting Nursing Services in the Northernmost City of Japan. *Int Med J*. 2015;22(4):250-3.
405. Harvath TA, Swafford K, Smith K, Miller LL, Volpin M, Sexson K, et al. Enhancing nursing leadership in long-term care: A review of the literature. *Res Gerontol Nurs*. 2008;1(3):187-96.
406. Klaasen K, Lamont L, Krishnan P. Setting a new standard of care in nursing homes. *Can Nurse*. 2009;105(9):24-30.
407. Shepherd V, Wood F, Hood K. Establishing a set of research priorities in care homes for older people in the UK: a modified Delphi consensus study with care home staff. *Age Ageing*. 2017;46(2):284-90.

408. Bassler TC, dos Santos FR, Junior AGS, de Souza EVA, Maia CR. Sociodemographic and Health Profile of Elderly Residents in a Long-Term Care Facility. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2015;9(12):1085-92.
409. Rodríguez P. La residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. En: *Residencias para personas mayores Manual de orientación*. Barcelona: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 1995. p. 33-43.
410. IMSERSO. [citado 10 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm
411. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Geriatría Clínica*. México: McGraw Hill; 2001.
412. Hong M, Yi E, Hong S, Kim M, Kim MH, Yi EH. Intention to Use Long-Term Care Facilities: Differences between Korean Pre-elderly and Korean Baby-boomers. *J Cross-Cult Gerontol*. 2016;31(4):357-68.
413. Reed C. A Matter of Balance: Washington and Oregon States' Long-Term-Care System Model. *Generations*. 2012;36(1):59-63.
414. Envejecimiento en Red (2015). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015. *Inf En Red*. 30 de septiembre de 2015;13.
415. Porcel MA. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. 2007;18(4):18-22.
416. Seventh Framework Programme. IbenC Project: Identifying Best Practices for Care dependent Elderly by Benchmarking Costs and Outcomes of Community Care. European Commission; 2012. Report No.: FP 7-HEALTH-2012.
417. van Eenoo L, Declercq A, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolová V, Jónsson PV, et al. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe--a review. *Eur J Public Health*. 2016;26(2):213-9.
418. Li Y. Private long -term care insurance and patterns of care use among older adults [Internet] [Ph.D.]. [United States -- Michigan]: Wayne State University; 2007 [citado 7 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/304798493/abstract/136067C13D054F84PQ/228>
419. Kuluski K, Williams AP, Berta W, Laporte A. Home care or long-term care? Setting the balance of care in urban and rural Northwestern Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):438-48.

420. Van der Pers M, Kibele EUB, Mulder CH. Intergenerational proximity and the residential relocation of older people to care institutions and elsewhere. *Ageing Soc Camb.* 2015;35(7):1429-56.
421. Hahn JE. Using Nursing Intervention Classification in an Advance Practice Registered Nurse-Led Preventive Model for Adults Aging With Developmental Disabilities. *J Nurs Scholarsh Indianap.* 2014;46(5):304-13.
422. King A, Boyd M, Dagley L. Use of a screening tool and primary health care gerontology nurse specialist for high-needs older people. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny.* 2017;53(1):23-35.
423. Lee G, Pickstone N, Facultad J, Titchener K. The future of community nursing: Hospital in the Home. *Br J Community Nurs.* 2017;22(4):174-80.
424. Kane RL. The Future History of GeriatricsGeriatrics at the Crossroads. *J Gerontol Ser A.* 2002;57(12):M803-5.
425. Popejoy LL. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. *Nurs Econ.* 2015;33(6):306-13.
426. Minardi R, Sette J, Morales M. Envejecimiento y hospitalización domiciliaria. *Index Enferm.* 2004;13(47):16-20.
427. McKenzie J-AL, Blandford AA, Menec VH, Boltz M, Capezuti E. Hospital Nurses' Perceptions of the Geriatric Care Environment in One Canadian Health Care Region. *J Nurs Scholarsh Indianap.* 2011;43(2):181-7.
428. Lee SM, Coakley EE, Dahlin C, Carleton PF. An Evidence-Based Nurse Residency Program in Geropalliative Care. *J Contin Educ Nurs Thorofare.* 2009;40(12):536-42; quiz 543-4.
429. Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):830-7.
430. Conley DM, Burket TL, Schumacher S, Lyons D, DeRosa SE, Schirm V. Implementing geriatric models of care: A role of the gerontological clinical nurse specialist—part I. Elsevier; 2012.
431. Peek C, Higgins I, Milson-Hawke S, McMillan M, Harper D. Towards innovation: The development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemp Nurse J Aust Nurs Prof Maleny.* 2007;26(2):164-76.
432. Puchi C, Jara P, Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enferm Univ.* 2015;12(4):219-25.

433. Shepperd S, Illife S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar. *Bibl Cochcrane Plus Oxf Update Sowtware Ltd [Internet]*. 2008;2. Disponible en: <http://update-software.com>.
434. Jauregui JR, Rubin RK, Kaplan R, Musso CG. Geriatric care and gerontological research in Argentina. *Rev Clin Gerontol Camb*. 2011;21(3):270-5.
435. Hellström Y, Hallberg IR. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health Soc Care Community*. 2001;9(2):61-71.
436. Liveng A. The vulnerable elderly's need for recognizing relationships – a challenge to Danish home-based care. *J Soc Work Pract*. 2011;25(3):271-83.
437. Campos ACV, de Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AND, Gonçalves LHT. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):358-67.
438. Zarit SH, Reamy AM. Future Directions in Family and Professional Caregiving for the Elderly. *Gerontol Basel*. 2013;59(2):152-8.
439. Vreugdenhil A. «Ageing-in-place»: Frontline experiences of intergenerational family carers of people with dementia. *Health Sociol Rev*. 2014;23(1):43-52.
440. Aguiar VS, Ferreira DPC, Meneses RMV. The Nurse as a Facilitator of Care for the Dependent Elderly at Home: An Integrative Review. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2014;8(10):3473-82.
441. Paskulin LMG, Bierhals CCK, dos Santos NO, Day CB, Machado DO, de Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Investig Educ En Enfermeria*. 2017;35(2):210-20.
442. Işık K, Erci B. Life Satisfaction and Care Burden of Caregivers Who Provide Care at Home to Elderly Patients and the Influencing Factors. *Turk Klin Hemsirelik Bilim*. 2018;10(1):11-7.
443. Sena LB, Sardinha AHL, de Mesquita LLS, Neto RS, da Silva CG, Chaves RG. Knowledge of Nurses on Health Policies for the Elderly Person. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2016;10(Suppl. 3):1459-65.
444. Rocha ACO, Mota FN, da Silva MJ, Bonates LAM. Quality of Life of Elderly People Who Care for the Elderly at Home. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2015;9(2):548-57.
445. Cho YS, Sohn SK. The Elderly Spouses' Experiences of Providing Care for their Bedridden Patient at Home. *Korean J Adult Nurs*. 2017;29(1):63-75.

446. van Bilsen PMA, Hamers JPH, Groot W, Spreeuwenberg C. Sheltered housing compared to independent housing in the community. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(2):265-74.
447. Kozar-Westman M, Troutman-Jordan M, Nies MA. Successful Aging Among Assisted Living Community Older Adults. *J Nurs Scholarsh Indianap.* 2013;45(3):238-46.
448. Norell Pejner M, Ziegert K, Kihlgren A. Older patients' in Sweden and their experience of the emotional support received from the registered nurse – a grounded theory study. *Aging Ment Health.* 2015;19(1):79-85.
449. Kennedy C. The City of 2050-An Age-Friendly, Vibrant, Intergenerational Community. *Gener San Franc.* 2010;34(3):70-5.
450. Dubuc N, Dubois MF, Demer L, Tourignys A, Tousignant M, Desrosiers J, et al. Alternate housing models for older people with disabilities: their clientele, structures and resources in relation to the quality of and satisfaction with care delivery. *Ageing Soc Camb.* 2014;34(9):1575-600.
451. Horsfall D, Noonan K, Leonard R. Bringing our dying home: How caring for someone at end of life builds social capital and develops compassionate communities. *Health Sociol Rev.* 2012;21(4):373-82.
452. Pandini S, Defendi S, Scirè C, Fiorini F, Fiorini G. Biases in palliative care access for elderly patients dying in hospital: A prospective study in acute care. *Prog Palliat Care.* 2016;24(6):310-4.
453. OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. OMS; 1990 p. 45-72. Report No.: 804.
454. Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en enfermería. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003. 387 p.
455. Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. *Sist Sanit Navar.* 2007;30(Supl. 3):103-12.
456. Burgos AM, Simarro DM. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Glob.* 2009;16:1-9.
457. Errasti-Ibarrondo B, García MM, VarcÁrcel AC, Solabarrieta MA. Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuad Bioét.* 2014;XXV(2):243-56.
458. Newbury J, de Leeuw W, Newton C. What do community palliative care nurse specialists do? An activity analysis. *Int J Palliat Nurs.* 2008;14(6):264-71.
459. Lindolpho MC, Caldas CP, dos Santos ND, Sá SPC. Nursing Care of the Elderly in the End of Life. *Cienc Cuid E Saude.* 2016;15(2):383-9.

460. Silva VA et al. Enfermedad terminal de la persona mayor en hospitalización prolongada: relatos de enfermeras [Internet]. *Ética de los Cuidados*. 2017 [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/eticuidado/n19/et10586.php>
461. Gómez-Cantorna C, Clemente M, Bugallo-Carrera C, Gandoy-Crego M. Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal de enfermería. *Gerokomos*. 2016;27(3):91-6.
462. Bret EP. La excelencia de los cuidados paliativos. *Cuad Bioét*. 2011;XXII(3):535-41.
463. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enferm*. 2011;20(1-2):71-5.
464. Kennedy J, Stirling I. Innovation in Spiritual Care. *Scott J Healthc Chaplain*. 2013;16:60-7.
465. Aldridge MD, Kelley AS. The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care. *Am J Public Health*. 2015;105(12):2411-5.
466. Matsui M. Effectiveness of end-of-life education among community-dwelling older adults. *Nurs Ethics Lond*. 2010;17(3):363-72.
467. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argum Rev Crit Soc*. 2015;0(17):307-13.
468. Forbes S, Bern-Klug M, Gessert C. End-of-life decision making for nursing home residents with dementia. *J Nurs Scholarsh Indianap*. 2000;32(3):251-8.
469. Volicer L. Care at the end of life. *Alzheimers Care Q*. 2001;2(3):59-66.
470. Hughes M, Cartwright C. LGBT people's knowledge of and preparedness to discuss end-of-life care planning options. *Health Soc Care Community*. 2014;22(5):545-52.
471. Muñoz A. El cuidado a través del relato de vida como vía para la atención digna ante la muerte [Internet]. *Enfermería Comunitaria*. 2015 [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/comunitaria/v11n1/ec10494.php>
472. Garrigues SP, Belio P, Idoia M. Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico. *Gerokomos*. 2015;26(3):94-6.
473. World Health Organisation. *A Community Health Approach to Palliative Care for HIV/AIDS and Cancer Patients*. Geneva; 2004.

474. Flores SL. Grupo de Trabajo de la SECPAL de Comunidades Compasivas al final de la vida. *Med Paliativa*. 2017;24(3):115-6.
475. Nyatanga B. Embracing palliative care within compassionate communities: a personal viewpoint. *Br J Community Nurs*. abril de 2018;23(4):200-200.
476. Hall D, Shucksmith J. Making life richer: creating a compassionate community. *Nurs Resid Care*. 2012;14(6):314-7.
477. Ross F. Compassionate communities. *Br J Community Nurs*. 2018;23(8):369-369.
478. Mendes A. How to address compassion fatigue in the community nurse. *Br J Community Nurs*. 2017;22(9):458-9.
479. Lee V, Reilly R, Laux K, Robitaille A. Compassion, connection, community: Preserving traditional core values to meet future challenges in oncology nursing practice. *Can Oncol Nurs J*. 2018;28(3):212-21.
480. Ali S, Terry L. Exploring senior nurses' understanding of compassionate leadership in the community. *Br J Community Nurs*. 2017;22(2):77-87.
481. Daly JM, Jogerst G, Park J, Kang Y, Bae T. A nursing home telehealth system: keeping residents connected. *J Gerontol Nurs*. 2005;31(8):46-51.
482. Sittig DF, Singh H. *Defining Health Information Technology-related Errors: New Developments Since to Err Is Human*. Apple Acad Press. 2014;27-36.
483. Soares MM, Jacobs K, Waterson P, Eason K, Tutt D, Dent M. Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: current barriers and future challenges. *Work*. 2012;41:4490-3.
484. Schlachta L, Sparks S. Telenursing, telepractice and telepresence. En: *Encyclopedia of Nursing Research*. J. Fitzpatrick. New York: Springer Publishing Company; 1998.
485. Schlachta L. Competencias internacionales de la teleenfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2007 p. 44.
486. Sánchez V, Manuel J, Palma MR. Aplicaciones informáticas en la gestión asistencial de una residencia de mayores. *Gerokomos*. 2009;20(2):58-64.
487. Valcarengh RV, Lourenço L de FL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):618-25.
488. Wang J. Mobile and Connected Health Technologies for Older Adults Aging in Place. *J Gerontol Nurs*. 2018;44(6):3-5.

489. Zwijssen SA, Niemeijer AR, Hertogh CMP. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging Ment Health*. 2011;15(4):419-27.
490. Sallinen M, Hentonen O, Kärki A. Technology and active agency of older adults living in service house environment. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2015;10(1):27-31.
491. Welsh S, Hassiotis A, O'Mahoney G, Deahl M. Big brother is watching you -- the ethical implications of electronic surveillance measures in the elderly with dementia and in adults with learning difficulties. *Aging Ment Health*. 2003;7(5):372-5.
492. Magnusson L, Hanson EJ. Ethical issues arising from a research, technology and development project to support frail older people and their family carers at home. *Health Soc Care Community*. 2003;11(5):431-9.
493. Sifford KS, Bharucha A. Benefits and challenges of electronic surveillance in nursing home research. *Res Gerontol Nurs*. 2010;3(1):5-10.
494. Piau A, Campo E, Rumeau P, Vellas B, Nourhashemi F. Aging society and gerontechnology: A solution for an independent living? *J Nutr Health Aging*. 2014;18(1):97-112.
495. Pigini L, Facal D, Blasi L, Andrich R. Service robots in elderly care at home: Users' needs and perceptions as a basis for concept development. *Technol Disabil*. 2012;24(4):303-11.
496. Mesquita AC, Zamarioli CM, de Carvalho EC. The use of robots in nursing care practices: an exploratory-descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(3):404-13.
497. Kumar RS. Robotic Nursing in Health Care Delivery. *Int J Nurs Educ*. 2018;10(3):148-51.
498. Broadbent E, Kerse N, Peri K, Robinson H, Jayawardena C, Kuo T, et al. Benefits and problems of health-care robots in aged care settings: A comparison trial. *Australas J Ageing*. 2016;35(1):23-9.
499. de Queiroz RS, Camacho ALF. Educational Technology on Care to Elderly with Dementia: Experience Report. *J Nurs UFPE Rev Enferm UFPE*. 2016;10(Suppl. 1):361-5.
500. Ilha S, Santos SSC, Backes DS, Barros E JL, Pelzer MT, Costenaro RGS. Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):726-32.
501. Olympio PCAP, Alvim NAT. Board games: gerotechnology in nursing care practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl. 2):818-26.

502. Lesauskaitė V, Damulevičienė G, Knašienė J, Kazanavičius E, Liutkevičius A, Janavičiūtė A. Older Adults—Potential Users of Technologies. *Medicina (Mex)*. 2019;55(6):253.
503. Melkas H. Innovative assistive technology in Finnish public elderly-care services: A focus on productivity. *Work*. 2013;46(1):77-91.
504. Keijser W, Stafylas P, Bousquet J, De Manuel-Keenoy E, D'Angelantonio M, Hobson P, et al. DG connect funded projects on information and communication technologies (ICT) for old age people: Beyond Silos, CareWell and SmartCare. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(10):1024-33.
505. Iglesias PMS. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cult Los Cuid*. 2006;10(19):73-8.
506. Yárnoz AZ. El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*. 2003;3(1):16-20.
507. D'Amico CO, Wexler SS, Palmer JL. A Guide to Web-Based Resources on Care of Older Adults for Nursing Educators, Students, and Clinicians. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(7):60-2.
508. McConeell ES, Lekan D, Bunn M, Hendrix CD, Bailey DE. Teaching evidence-based nursing practice in geriatric care settings: the geriatric nursing innovations through education institute. *J Gerontol Nurs*. 2009;35(4):26-34.
509. Skiba DJ. Technology and gerontology: is this in your nursing curriculum? *Nurs Educ Perspect*. 2012;33(3):207-9.
510. Dara-Abrahams B. Toward a model of collaborative gerontechnology: connecting elders and their caregivers. *Sixth Int Conf Creat Connect Collab Comput*. :109-14.
511. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político; programa de envejecimiento y ciclo de vida de la OMS. *Rev Esp Geriatr Geront*. 2002;37(s-2):74-105.
512. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid International Plan of Action in Ageing (MIPAA). (Rev. ed.). New York; 2008.
513. Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L, Baldissera VA. Local health planning: care of the elderly versus Permanent Health Education. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(5):550-7.
514. de Lucena ALR, Freitas FFQ, Vieira KFL, Matos SDO. Teaching and learning with the elderly: experience report. *Rev Pesqui Cuid E Fundam*. 2016;8(2):4131-41.

515. Fernandes DS, de Brito SCT, Leal SN, Sousa SML, Gonçalves LHT. Prática extensionista em grupo de idosos fundamentada na política do envelhecimento ativo. *Enferm Bras.* 2018;17(5):552-8.
516. Basulto J, Cáceres J. Más vegetales, menos animales. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial; 2016. 341 p.
517. Nymberg VM, Bolmsjö BB, Wolff M, Calling S, Gerward S, Sandberg M. «Having to learn this so late in our lives...» Swedish elderly patients' beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scand J Prim Health Care.* marzo de 2019;37(1):41-52.
518. Koerner JG. The virtues of the virtual world: enhancing the technology/knowledge professional interface for life-long learning. *Nurs Adm Q.* 2003;27(1):9-17.
519. Golinowska S, Sowa A, Deeg D, Socci M, Principi A, Rodrigues R, et al. Participation in formal learning activities of older Europeans in poor and good health. *Eur J Ageing.* 2016;13(2):115-27.
520. Previato GF, Nogueira IS, Mincoff RCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VA. Conviviality groups for elderly people in primary health care: contributions to active aging. *Rev Pesqui Cuid E Fundam.* 2019;11(1):173-80.
521. Durán Heras, MA. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: Tecnos; 1983.
522. Caring for Older Americans: The Future of Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(S6):S245-56.
523. Goldman DP, Shang B, Bhattacharya J, Garber AM, Hurd M, Joyce GF, et al. Consequences Of Health Trends And Medical Innovation For The Future Elderly. *Health Aff (Millwood).* 2005;24(Suppl2):W5-R5.
524. Rozas PG. Tensiones éticas del trabajo de Enfermería en el nuevo orden sanitario. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.
525. Redactive Publishing Ltd. Access for All? *Community Pract.* 2018;91(6):35-7.
526. Theobald H. Home-based care provision within the German welfare mix. *Health Soc Care Community.* 2012;20(3):274-82.
527. Yang W, He AJ, Fang L, Mossialos E. Financing institutional long-term care for the elderly in China: a policy evaluation of new models. *Health Policy Plan.* 2016;31(10):1391-401.
528. Puthenparambil JM, Kröger T, Van Aerschot L. Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick. *Health Soc Care Community.* 2017;25(1):54-64.

529. Anttonen A, Häikiö L. Care 'going market': Finnish elderly-care policies in transition. *Nord J Soc Res* [Internet]. 10 de junio de 2011 [citado 10 de abril de 2020];2. Disponible en: <https://journals.hioa.no/index.php/njsr/article/view/2050>
530. Bravo G, Dubois MF, Dubuc N, Demer L, Blanchette D, Painter K, et al. Comparing the resident populations of private and public long-term care facilities over a 15-year period: a study from Quebec, Canada. *Ageing Soc Camb*. 2015;35(10):2039-52.
531. Doty P, Nadash P, Racco N. Long-Term Care Financing: Lessons From France. *Milbank Q*. 2015;93(2):359-91.
532. Flowers M. Life Is Unpredictable: Financial Tools Can Support Older Caregivers. *Generations*. 2018;42(3):97-101.
533. Conseil international des infirmières, Journée internationale des infirmières, editores. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas : Día Internacional de la Enfermera de 2010 : [12 de mayo de 2010. Ginebra; 2010.
534. Iwamasa G, Iwasaki M. A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perception of Japanese American Older Adults. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26:261-78.
535. Alberola S, Oliver A, Tomás JM, Alberola S, Oliver A, Tomás JM. Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española. *Gerokomos*. 2017;28(2):63-7.
536. Lubenow JAM, Silva AO. What the elderly think of the care provided by health services. *Rev Bras Geriatr E Gerontol* [Internet]. 2019 [citado 20 de septiembre de 2020];22(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200207&tlng=en
537. Wilhelmson K, Andersson C, Waern M, Allebeck P. Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing Soc*. 2005;25(4):585-600.
538. Cao MJ, Guo XL, Yu H, Chen LY, McDonald TA. Chinese community-dwelling elders' needs: promoting ageing in place. *Int Nurs Rev*. 2014;61(3):327-35.
539. Linares IP. Cambios de vivienda y población anciana. Patrones y tendencias residenciales de las personas mayores en la realidad reciente. XIV Congr Nac Poblac AGE. 2014;529-41.
540. D'Arcy LP. The effect of geriatric care on health care use [Internet] [Ph.D.]. [United States -- North Carolina]: The University of North Carolina at Chapel Hill; 2011 [citado 7 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/901112905/abstract/136067C13D054F84PQ/417>

541. Cothen JH. Holistic gerontology for direct care workers: Differences among anxiety, knowledge, and locus of control of direct care workers and senior adults [Internet] [Ph.D.]. [United States -- Mississippi]: The University of Southern Mississippi; 1998 [citado 7 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/304456518/abstract/136067C13D054F84PQ/224>
542. Warshaw GA, Bragg EJ. Preparing The Health Care Workforce To Care For Adults With Alzheimer's Disease And Related Dementias. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(4):633-41.
543. Negad CD. Perceptions of Registered Nurses on the Choice of Geriatric Nursing as Specialty Area of Practice: A Case Study [Internet] [Ed.D.]. [United States -- Oregon]: Concordia University (Oregon); 2017 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://0.search.proquest.com/psycinfo/docview/2031605736/abstract/22DC6C1CFEF34C09PQ/2669>
544. Hirth VA, Eleazer GP, Dever-Bumba M. A Step toward Solving the Geriatrician Shortage. *Am J Med*. 2008;121(3):247-51.
545. Elgie R. Politics, Economics, and Nursing Shortages: A Critical Look at United States Government Policies. *Nurs Econ*. 2007;25(5):285-91.
546. Pogrányivá AH, López MVG, Martínez MP, Fernández MJP, Paz JM. La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enferm Glob*. 2011;10(24):145-57.
547. Buchan J, Twigg D, Dussault G, Duffield C, Stone PW. Policies to sustain the nursing workforce: an international perspective. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):162-70.
548. Grah B, Dimovski V, Colnar S, Bogataj D. Modelling the nurses employment dynamics in the ageing society. *IFAC-Pap*. 2019;52(25):219-24.
549. Haron Y, Levy S, Albagli M, Rotstein R, Riba S. Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(11):1558-65.
550. Øster I, Munk KP, Henriksen J. Career dreams among health care students: I want to make a difference. *Gerontol Geriatr Educ*. 2019;40(3):357-70.

551. Hernández-Vicente I A, Moguel-Ortiz O, Hernández-Ramírez M, Lumbreras-Delgado I. Actitud de los estudiantes de enfermería hacia los adultos mayores evaluada con las escalas de Osgood y Kogan. *Enferm Univ.* 2018;15(2):147-58.
552. Nolan M. Gerontological Nursing: Professional Priority or Eternal Cinderella? *Ageing Soc.* 1997;17(4):447-60.
553. Martínez F. Mayores, enfermeras y COVID-19. *Gerokomos.* 2020;31(2):67-67.
554. Mezey M, Fulmer T. The Future History of Gerontological Nursing. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57(7):M438-41.
555. Daltrey J. Gerontology nurses lead the way. *Kai Tiaki Nurs N Z.* 2011;17(9):34-34.
556. Comas-d'Argemir D. Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuad Antropol Soc.* 2019;49:13-29.
557. Aledo LD. Los mayores del siglo XXI: nuevas imágenes y nuevas perspectivas. En Madrid: UMER; 2015.
558. Aledo LD. La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Soc Utopía Rev Cienc Soc.* 2013;483-502.
559. Cabrero GR. La crisis del coronavirus y su impacto en las residencias de personas mayores en España. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(6):1996-7.
560. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2017 [citado 17 de mayo de 2020];25(e2826). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en&tlng=en
561. Auerhahn C, Mezey M, Stanley J, Wilson LD. Ensuring a nurse practitioner workforce prepared to care for older adults: Findings from a national survey of adult and geriatric nurse practitioner programs. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24(4):193-9.
562. Burggraf V, Mueller C. Visionaries in geriatric nursing: A legacy for the future. *Geriatr Nur (Lond).* 2020;41(1):7-13.

ANEXO

Barcelona, 8 de junio de 2020

Sr. D. Javier Jaén Pérez
Residencia de Mayores Santa Teresa
Jaén

Estimado compañero:

Hemos recibido en la redacción de GEROKOMOS el informe de los revisores sobre su manuscrito titulado "Futuro del cuidado gerontológico de enfermería. Perspectiva de futuros usuarios" (ref. 931/20), firmado entre otros por usted.

Tengo mucho gusto en comunicarle que el mismo, tras ser revisado, ha sido aceptado para su publicación.

No me resta sino felicitarle y animarle a seguir en esta línea de investigación y producción que la comunidad científica sin duda sabrá valorar.

Reciban un cordial saludo.



J. Javier Soldevilla Agreda
Director de GEROKOMOS
www.editorialgerokomos.idemmfarma.com

GEROKOMOS
Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
y del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas