GÉNERO Y EDUCACIÓN SANITARIA EN EL ANCIANO

Francisco Javier Iruzubieta Barragán

"Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior, no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político; trabajo intelectual, creador". (Simone de Beauvoir)

DEPENDENCIA VERSUS AUTONOMÍA

El envejecimiento es una dinámica en la que se encuentra involucrada la población mundial en general y la española muy en particular, tendencia que se incrementará en años venideros[1]. Esta situación va pareja a un incremento de la demanda de atención socio-sanitaria. En la medida que esta dinámica de envejecimiento poblacional persista, los sistemas de atención se verán sometidos a unas cargas asistenciales progresivamente mayores, debido a que la población de más edad tiende a utilizar en mayor medida los servicios sociosanitarios[2]. Esta mayor presión asistencial se ve favorecida por otros factores, además del demográfico, como son los avances científicos que se traducen en la aplicación de nuevas y más sofisticadas tecnologías en el campo sanitario, el incremento del nivel socioeconómico de la población en general,

1. Se prevé que en 2025 el número de personas de más de 60 años habrá aumentado en unos 875 millones respecto de la cifra correspondiente a 1970 (incremento del 281%). En 2025 habrá 1200 millones de personas de más de 60 años de las cuales 840 millones vivirán en países en desarrollo. Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, A55/17, 4 de abril de 2002.

2. El impacto en la utilización de servicios sanitarios tiene un mayor interés el incremento de la población anciana y de la esperanza de vida que la reducción en la tasa de natalidad, debido a que la frecuentación de los servicios sanitarios aumenta de forma muy considerable con la edad. Castells, X., Mercadé, L. y Riu, M. (2002): *Envejecimiento y utilización hospitalaria. En Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS) 2002, pág. 496.

los cambios que se han producido en la organización de los servicios socio-sanitarios que permiten a la población el tener a su alcance mejores recursos tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo[3].

En cualquier caso, los sistemas sanitarios están pensados para solucionar situaciones episódicas, agudas, las cuales no son las prevalentes en el caso de los ancianos que se ven afectados fundamentalmente por procesos de tipo crónico. Es necesario reforzar la atención hacia las auténticas necesidades de la población anciana, mejorar la integración entre los distintos niveles de atención socio-sanitaria para asegurar una imprescindible continuidad en la atención[4]. Las enfermedades crónicas son el origen de situaciones de discapacidad y disminución significativa de la calidad de vida que pueden llegar a comprometer seriamente la autonomía del anciano[5]. En esta situación, la atención primaria se convierte en el ámbito ideal para prestar apoyo a los ancianos y los cuidadores informales, estos últimos, figuras claves en la atención crónica de los ancianos dependientes en sus hogares. Los ancianos con problemas crónicos reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar que van a depender de factores económicos, afectivos y estructurales[6], el cuidador principal aporta hasta el 90% de las horas de atención familiar.

El envejecimiento es, ante todo, un proceso fisiológico, caracterizado por el cambio que se experimenta en distintos aparatos, órganos y estructuras y que implica para el ser humano una paulatina alteración de sus funciones. Existe una amplia gama de variaciones en términos de lo que este hecho supone para las personas y su capacidad de llevar una vida activa y satisfactoria. Muchas personas mayores permanecen activas y totalmente independientes hasta el final de sus vidas, otras desarrollan patologías que inciden claramente en su nivel de dependencia. En cualquier caso, la mayoría de las personas mayores expresa el deseo de permanecer en sus hogares

---

3. La población solicita acciones curativas porque enferma más y esto es debido en gran parte a que vive más. Al mejorarse de una enfermedad, por una acción curativa eficaz, la población queda lista para poder desarrollar otra patología. No sólo han aumentado las posibilidades matemáticas de enfermar, sino que la población, por alcanzar edades avanzadas, llega a edades en que se enferma más, como ocurre con la vejez. Iruzubieta, F.J. (2004): "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano", en *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Rioja, pág. 85.

4. La integración y coordinación de los servicios sociosanitarios en España es una de las asignaturas pendientes que condiciona de forma notable la asistencia. Esta situación, que podríamos calificar de grave disfunción, influye muy especialmente en aquellos sectores de la población que requieren con mayor frecuencia de servicios asistenciales, es decir los ancianos.

5. Las discapacidades físicas o mentales limitan las actividades básicas de la vida diaria del anciano como, asearse, alimentarse, desplazarse, cocinar, etc.

6. La disponibilidad de los familiares o las características del problema crónico que afecta al anciano son algunos de los factores a tener en cuenta.

mientras sea posible, esta es la reacción ante el desarraigo que implica una salida del hogar, generalmente irreversible, acompañada en algunos casos de la pérdida del contacto familiar o, en cualquier caso, de una disminución de éste tanto en frecuencia como en calidad.

Ante este panorama, no debe de extrañarnos este deseo de permanencia en el hogar expresado anteriormente y que choca con los limitados recursos de atención domiciliaria que podrían suplir las limitaciones de las personas mayores en la satisfacción de sus necesidades básicas. Es preciso fortalecer los servicios sanitarios orientados hacia las necesidades de las personas mayores y mejorar su integración con otros niveles de atención para asegurar la necesaria continuidad en la atención.

Los temas referentes a la edad avanzada y al envejecimiento constituyen un enorme desafío para toda la sociedad y suscitan dudas morales y éticas básicas sobre la postura social y la supervivencia de nuestra sociedad. Los problemas de edad son básicamente sociales y no meramente personales e individuales. Además no podemos olvidar que, más o menos, el 10% de la población anciana vive en instituciones y que el otro 90% es autónoma e independiente. Sin embargo los ancianos son una población de alto riesgo en lo concerniente a problemas de salud. Un estudio del Departamento de Sanidad y Consumo revela que la población mayor de 65 años padece como media, entre dos y tres enfermedades diferentes. Precisamente, este mal estado general de salud entre los ancianos hace que los viejos sean los mayores consumidores de servicios sanitarios y sociales. La falta de una asistencia adecuada al anciano en el nivel primario de salud, que posibilite un control precoz y eficaz de sus enfermedades trae como consecuencia que en la actualidad el anciano deba acudir con frecuencia a un centro hospitalario, precisando el ingreso en numerosas ocasiones con los riesgos que ello conlleva para el anciano el desarrollo de estados de inadaptación, inseguridad, dependencia. Desde la atención primaria, los profesionales sanitarios y sociales deben de jugar un importante papel para evitar estas situaciones, es necesaria una toma de conciencia del abandono y marginación que con frecuencia sufre el anciano y realizar un esfuerzo para comprender las necesidades y problemas que presenta a fin de contribuir en lo posible a su satisfacción.

Porcentaje de ancianos residentes en residencias
y receptores de atención domiciliaria

	Residencias de ancianos	Reciben atención domiciliaria
Holanda	10	8
Bélgica	4	6
España	2	1
Irlanda	5	3
Gran Bretaña	5	9
Italia	2	1
Grecia	0,5	-
Portugal	2	1
Francia	3	7
Suecia	5	12
Alemania	6	3
Finlandia	7	10
Dinamarca	6	20

Fuente y elaboración: Sociedad Española de Administración Sanitaria y Salud Pública[7]

A pesar del evidente aumento que han experimentado durante las dos últimas décadas los servicios de atención domiciliaria[8], los ancianos siguen sufriendo las insuficiencias de un sistema incapaz de dar una respuesta adecuada a las demandas de la población. Podemos apreciar una clara incongruencia entre los mensajes que se transmiten a la población desde las instituciones sobre las bondades del envejecer en casa, acompañado por los seres queridos, y la realidad de un país como España que sigue a la cola de la Unión Europea en cuanto a servicios de atención domiciliaria. Existe un erróneo enfoque que generalmente caracteriza los servicios de atención

7. Artazcoz, L., et cols. (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS), pág. 77.

8. La evolución y extensión de los Servicios de Atención Domiciliaria, según el Informe 2000, *Las personas mayores en España*, ha sido claramente progresiva a lo largo de la década de los años 90. En 1990 los usuarios del SAD 34.181 ancianos, el 0,48 % de la población de más de 65 años, en 1995 existían 63.712 usuarios del SAD, el 1,04 % de la población de más de 65 años, en 1998 ya eran 112.797 usuarios, el 1,82 %, y en el año 2000 los 138.101 usuarios superaban el 2 % del total de ancianos del país. Estos Servicios de Atención Domiciliaria, en el año 2000, alcanzaban al 9 % de la población anciana británica, al 11 % de los ancianos franceses, al 21 % de los ancianos holandeses y llegaba hasta el 31 % de los ancianos daneses. Sancho Castiello, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales", en 7DM, 20-XII-2002, pág. 34. También, existen estados

domiciliaria, en los que priman el tema relacionado con la atención de las tareas domésticas por encima de lo que son los cuidados personales de los ancianos y de su entorno[9].

A pesar de que los modelos culturales para comprender y vivir la vejez en nuestra sociedad están cambiando de modelos deficitarios a modelos de desarrollo personal, se mantienen imágenes sociales que incluyen estereotipos y aspectos peyorativos asociados al envejecimiento como carga, problema, pérdida de poder, déficit, disminución de facultades, asexuados, etc. El culto a la juventud y esta imagen social negativa de lo viejo dificulta la integración de esta etapa en la vida, contrasta con la positiva vivencia personal de muchos ancianos y no contempla las mejoras producidas en las últimas décadas en su calidad de vida.

El aumento de la esperanza y calidad de vida no ha sido seguida por una equivalente evolución social en modelos socioculturales relacionados con el envejecimiento. Aunque van teniendo más posibilidades, el contexto social ofrece todavía oportunidades limitadas a las personas mayores. Los servicios y alternativas socioculturales, educativas, deportivas y de ocio en general, son recursos muy útiles para esta edad pero todavía poco extendidos.

Es necesario analizar cómo es el anciano, tanto desde los aspectos físicos como psicológicos y sociales, y al mismo tiempo analizar la relación con ellos, las razones de determinadas posturas, el paternalismo, el rechazo. Ante esto, teniendo en cuenta todas sus necesidades, los profesionales socio-sanitarios deben asumir el lugar de quien cuida y controla la salud del anciano y de que quien ayuda a éste a convivir saludablemente con su edad.

Debemos establecer medidas encaminadas a lograr un objetivo que nos relacione conceptos como salud y actividad con el término envejecimiento. Esta aparente relación paradójica debe convertirse en un motor impulsor de acciones desde la sociedad en general y, muy particularmente, desde instituciones públicas, tanto sanitarias como sociales, que consigan en última instancia añadir calidad a una vida cada vez más prolongada. La O.M.S.

---

americanos, como Maine o Kentucky, que han desarrollado programas de atención global a los ancianos y sus familias, tratando de evitar la institucionalización de los ancianos apoyando el papel asistencial desarrollado por las redes sociales en general y más concretamente amigos y familias, a través de: 1.- suministro de servicios integrados específicos, para evitar la sobrecarga funcional de las redes. 2.- suministro de servicios sustitutorios para aquellas necesidades que no pueden ser cubiertas y satisfechas por las redes primarias. 3.- Transferencias monetarias. Donati, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, pág. 230-231.

9. Un programa de ayuda a domicilio debe desplegarse entorno a dos funciones básicas: 1.- Prestar apoyo psicosocial a la convivencia familiar. 2.- Proporcionar apoyo doméstico, compañía y movilidad para las relaciones sociales de las personas sin autonomía personal. MAZARRASA, L. y GERMÁN, C. (1996): "La vejez: demografía. Salud. Actitudes y atención social", en *Salud pública y enfermería comunitaria*, Madrid, Mc. Graw-Hill, pág. 1422.

establece el objetivo final de un envejecimiento sano y activo, para lo cual desarrolla un marco normativo que complementa las recomendaciones contenidas en el plan internacional de acción sobre el envejecimiento[10]. Este marco se explicita en los siguientes objetivos[11]:

- Prevenir y reducir la carga de las discapacidades, las enfermedades crónicas y la mortalidad prematura.
- Reducir los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles y la disminución de las funciones relacionada con la edad, reforzando al mismo tiempo los factores que preservan la salud.
- Establecer políticas y estrategias encaminadas a prestar una atención continua a las personas que padecen enfermedades o discapacidades crónicas.
- Impartir capacitación y educación a dispensadores formales o informales de atención.
- Velar por la atención, seguridad y dignidad de las personas que envejecen.
- Lograr que las personas que envejecen puedan seguir contribuyendo al desarrollo económico y participando en la actividad es tanto de los sectores formal e informal como de su comunidad y de su familia.

GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

En el proceso del envejecimiento se establecen diferencias ligadas al género. Estas características distintivas de las actitudes y aptitudes vitales desplegadas por los ancianos en función de su sexo no dejan de ser el reflejo de una impronta social del proceso evolutivo que ha determinado la vida del anciano. Tanto la salud como el envejecimiento no son únicamente el resultado de un proceso biológico si no que también son el resultado de consecuencias sociales y culturales. Existen tres factores claves en el envejecimiento, los determinantes hereditarios, los aspectos socioeconómicos que han rodeado la vida del anciano[12] y el

---

10. El Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento aprobado por la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) abarca tres líneas prioritarias:

1.- las personas mayores y el desarrollo.

2.- la promoción de la salud y el bienestar para la vejez.

3.- la creación de entornos propicios y de apoyo.

11. Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, A55/17, 4 de abril de 2002.

12. La O.M.S. plantea la necesidad de investigar en qué medida las raíces de las desigualdades de salud en la tercera edad se encuentran en las circunstancias socioeconómicas de la vida anterior. Las mujeres tienden a contar con menos ingresos que los

estilo de vida[13]. Las diferencias de género están presentes en los tres aspectos.

Las actitudes del anciano ante su vida y la de los que le rodean son, sin duda, distintas en función del sexo de éste y determinarán en mayor o menor grado aptitudes o capacidades para desenvolverse en el día a día. El nivel de dependencia del anciano está determinado por su sexo. Las ancianas desarrollan un elevado grado de autonomía que le capacitan para satisfacer sus necesidades básicas con gran suficiencia, por el contrario, los ancianos están frecuentemente sujetos a importantes niveles de dependencia. Esta situación explica en parte la elevada proporción de mujeres mayores que cuidan de otras personas. La ayuda dentro de la familia recae muy especialmente sobre la esposa, de tal modo que es muy probable que mujeres mayores cuiden de sus maridos de más edad y no a la inversa. Cuando no existe una esposa que pueda ejercer de cuidadora son otras mujeres, hijas o nueras, las que asumen este papel. Con cierta frecuencia serán mujeres de 50 o más años que cuidarán a sus progenitores de 70, 80 o más años.

Las mujeres asumen mayoritariamente el papel de cuidadoras informales, la propia O.M.S. ha reconocido la importancia de un papel que las instituciones públicas no han sido capaces de asumir convenientemente. Pero es evidente que hay que proporcionar asistencia a los cuidadores, y es esencial relevarles regularmente de su responsabilidad. Aunque los aspectos positivos que se derivan del papel de cuidadora son importantes, no lo son menos los efectos emocionales y físicos adversos que se derivan de cuidar a un anciano con un cierto nivel de discapacidad, durante años.

El envejecimiento establece diferencias en cuanto a sexo en aspectos relacionados con los tipos de problemas de salud y la edad en la que se implantan estos. Por ello es necesario desarrollar estrategias en función del género que permitan conocer mejor la situación de salud de los ancianos y establecer medidas adecuadas a la situación de la población anciana.

En cuanto a las mujeres ancianas, la O.M.S. plantea la necesidad de desarrollar programas que permita conocer las causas subyacentes de los problemas de salud que afectan negativamente a la salud de las mujeres al envejecer. Las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero esta esperanza

---

hombres en el mejor de los casos, cuando muchas veces lo que existe es una dependencia económica del 100%. La mala salud percibida es mayor en las mujeres que en los varones, en las personas mayores de 75 años se ha observado una asociación entre trastornos mentales y la red social, de tal modo que los ancianos que no ven a los amigos de forma regular presentan un mayor riesgo de trastornos mentales que si los ven. Existen numerosos estudios que han relacionado el grado de apoyo social y emocional y la salud mental del anciano. Borrell, C. et cols. (2004): "La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana", en *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), pág. 90.

13. Los factores conductuales como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol y el tipo de actividad laboral, son determinantes importantes del envejecimiento saludable.

de vida adicional va frecuentemente acompañada de enfermedades crónicas o discapacidades que limitan a las ancianas en su actividad diaria. Estos programas[14] deben desplegarse mediante estrategias que:

- Centren su atención sobre los principales problemas de salud evitables de la mujer al envejecer, reconociendo que:
  - Las enfermedades cardiacas y los accidentes cerebrovasculares son igual de prioritarios para la mujer que para el hombre.
  - El tabaquismo es un asunto importante tanto para las cohortes actuales de mujeres mayores como para las cohortes futuras de mujeres mayores.
  - Las mujeres de edad avanzada tienen mayor riesgo de sufrir cáncer de cuello de útero, y cáncer de mama que las mujeres jóvenes.
  - Las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de problemas de salud para las mujeres mayores.
- Desarrollen enfoques de prevención con una base amplia y que estudien simultáneamente varias áreas prioritarias en materia de salud, mediante:
  - El desarrollo de programas para fomentar la prevención de enfermedades no transmisibles (en especial las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares), como programas de nutrición y que animen a mantener una buena forma física.
  - La insistencia, entre las mujeres más jóvenes, de los beneficios que tiene no fumar sobre la salud de toda la vida, y el fomento de los programas para dejar de fumar entre las mujeres mayores.
  - La comprobación de que los programas de población para la detección precoz del cáncer de útero incluyen a las mujeres postmenopáusicas, y que los programas de exploración para detectar el cáncer de mama estén dirigidos a todas las mujeres postmenopáusicas (sin límite máximo de edad).
- Extiendan una alfabetización básica para las mujeres de avanzada edad de modo que puedan beneficiarse de los programas de educación relacionados con la salud y otros programas educacionales, y así aumentar su capacidad de participar continuadamente en la sociedad.
- Reconozcan el papel de las mujeres mayores como cuidadoras y proporcionen ayuda para éstas como parte de los servicios de atención sanitaria primaria basados en la comunidad.

Es necesario desplegar acciones encaminadas a proporcionar una mayor información y de más calidad sobre el proceso del envejecimiento. Resulta imprescindible potenciar medidas que permitan promocionar el envejeci-

---

14. Bonita, R. (1998): *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. O.M.S., Ginebra, pág. 62.

miento de una forma positiva y activa[15]. Así mismo, se debe potenciar la formación de trabajadores de asistencia sanitaria primaria que puedan atender los problemas específicos ligados al género del anciano.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Existe una clara justificación del despliegue de actividades preventivas en la población de más edad, justificación no siempre bien entendida desde ámbitos de decisión que no han dejado de apostar por atenciones más "gratificantes" desde un punto de vista social como es la atención de las capas más jóvenes de nuestra sociedad, niños, adolescentes, jóvenes adultos, adultos. La atención al anciano desde un punto de vista preventivo, tiene claros efectos de mejora de la calidad de vida de estos y, por ende, de mejora de una sociedad cada vez más envejecida que no puede obviar una realidad que le atañe en su conjunto.

La calidad de vida es importante en todas las edades, pero en etapas avanzadas de la vida reviste una importancia fundamental por el número adicional de años de vida que los mayores tienen por delante. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo las enfermedades no transmisibles crónicas son las causas principales de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la vejez. Las personas mayores no suelen contar con una red social amplia y, por consiguiente, es más probable que se encuentren aisladas. La soledad puede ser causa de una depresión, enfermedad que, generalmente, no se diagnostica correctamente ni recibe tratamiento adecuado. La depresión reduce en gran medida la calidad de vida tanto de los enfermos como de quienes los atienden. El tratamiento oportuno y apropiado reduce la utilización, y por lo tanto el coste, de servicios de atención socio-sanitarios. El enfoque de la educación sanitaria del anciano debe situarse en el entorno del autocuidado, de la capacidad del anciano para cubrir las necesidades de la vida cotidiana entre las que se encontraran las derivadas del proceso crónico que pudiera afectarle. Se trata de fomentar que la población anciana cuide su salud como lo ha hecho durante muchos siglos antes de que los profesionales de la salud medicalizarán su vida[16] y aumentarán de forma notable su grado de dependencia. El autocuidado supone un importante grado de autonomía en la vida cotidiana de los ancianos, e implica su adaptación a las limitaciones que pudieran aparecer con la edad. Cuando aparece la enfermedad crónica el

---

15. Documento O.M.S. "Hombres, envejecimiento y salud" (2001): Unidad del envejecimiento y el curso de la vida. Ginebra, pág.58.

16. La medicalización de nuestras vidas ha corrido pareja al desarrollo tecnológico de nuestra sociedad. Las acciones sanitarias no son neutras y condición nuestra vida, dejamos de tener, en ciertas ocasiones, las riendas de nuestro devenir, se toman decisiones desde el ámbito de lo sanitario que afectan a nuestras vidas. El individuo puede llegar a desarrollar una sensación de pasividad, que se percibe de forma notable en los ancianos. Esta situación es de total incompatibilidad con el concepto de autocuidado, de autoresponsabilización, que cada individuo pueda asumir, ante la vida y la enfermedad.

anciano pierde capacidades de autocuidado que irá recuperando en la medida que seamos capaces de desarrollar un programa de educación sanitaria que le permita recuperar la capacidad de cuidar de sí mismo ante la nueva situación.

La finalidad de la educación sanitaria es conseguir un aumento del nivel de cultura sanitaria tanto en la población anciana como de su entorno más cercano, la familia y amigos, para modificar conductas y actitudes que influyen negativamente en la salud del anciano. La mayoría de los ancianos recibe ayuda por parte de sus familias, por lo que resulta básico apoyarlas para reducir el estrés y mejorar las capacidades asistenciales que puedan desplegar. El que la familia adquiera una serie de conocimientos y aptitudes aumentará su capacidad para resolver los problemas de sobrecarga y psicológicos que la presencia de una persona con limitaciones conlleva. La educación sanitaria de la familia desempeñará un papel importante en esta circunstancia y tendrá como objetivo la reducción del estrés y el aumento de las capacidades de atención y asistencia al anciano. Se realizará a través de la formación y la información de aspectos relacionados con el proceso del envejecimiento, control del estrés, asistencia al anciano conocimiento de los recursos que la comunidad pone a disposición de los ancianos y las familias así como, de la correcta utilización de estos recursos.

La educación sanitaria no es una actividad exclusiva de los trabajadores sanitarios o sociales, otros ámbitos, como los medios de comunicación, juegan un papel decisivo en la divulgación y formación en temas que influyen en la calidad de vida de los ancianos. Según la O.M.S. la educación sanitaria se define como el "conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente, incluyendo formas de comunicación, con objeto de mejorar el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de habilidades para la vida que puedan conducir tanto a la salud individual como colectiva"[17]. La educación sanitaria no debe centrar sus esfuerzos en la mera información sobre ideas o actitudes que influyen en la salud del anciano. Debe ir mucho más allá, trabajando sobre conceptos como habilidades y motivación que puedan garantizar un mayor adherencia a programas educativos que buscarán mejorar la calidad de vida del anciano.

La educación sanitaria se explicita en los siguientes objetivos[18]:

1. Informar sobre la salud y la enfermedad y los medios para proteger la salud del anciano. Como comentábamos anteriormente, la sola información difícilmente nos permitirá conseguir modificaciones en hábitos malsanos y generalmente muy arraigados tras años de evolución pero, en cualquier caso, es el primer paso de un proceso complejo como es el de la educación sanitaria en el anciano.

---

17. Nájera Morrondo, P. y Hernández Martínez M.C. (2001): "Educación para la salud", en Sarría Santamera, A. *Promoción de la salud en la comunidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, pág. 199.

18. Nájera Morrondo, P. y Hernández Martínez M.C. (2001): *opus cit*, pág. 200.

2. Informar sobre la correcta utilización de los servicios socio-sanitarios por parte del anciano. Este objetivo pasa, en primer lugar, por el conocimiento de la existencia de los servicios y, en segundo, lo que pueden aportar para el cuidado del anciano.
3. Motivar para que los ancianos quieran incorporar estilos de vida más saludables. Este es sin duda uno de los pasos más complejos en este proceso educativo, la motivación. Una de las claves del éxito de este objetivo reside en la percepción por parte del anciano de que estamos trabajando sobre una necesidad sentida[19]. Aquellas necesidades no sentidas detectadas por los profesionales socio-sanitario y, por su naturaleza, etiquetadas por estos como prioritarias, exigirán un abordaje especial que implicará una aceptación previa por parte del anciano de las actividades planteadas.
4. Ayudar a los ancianos a adquirir los conocimientos, valores y habilidades para adoptar estilos de vida saludables y mantener en el tiempo estos. Este proceso de capacitación debe ir parejo a la participación activa del anciano en la toma de decisiones razonadas[20].
5. Propugnar cambios en el medio ambiente físico y social que faciliten estilos de vida saludables.
6. Participar en la formación de los agentes de salud de la comunidad.
7. Investigar y evaluar las actividades de educación sanitaria en el anciano para incidir en los métodos más eficaces de conseguir estilos de vida saludables.

Los ancianos poseen unas características asociadas al proceso del envejecimiento que deben ser consideradas al realizar educación sanitaria. Por una parte, nos encontramos ante un grupo con costumbres y hábitos muy arraigados que dificultaran cualquier intento de modificación de conductas. Eliminar hábitos negativos que han podido acompañar al anciano a lo largo de toda su vida puede convertirse en una ardua empresa con resultados previsiblemente poco satisfactorios. Por otra parte, no debemos olvidar que el anciano tiene una menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación. La frecuente presencia de enfermedades crónicas o el simple hecho fisiológico del progresivo deterioro neurológico o vascular va a condicionar las posibilidades del anciano de adquirir nuevos conocimientos que puedan catalizar nuevas formas de comportamiento más saludables.

---

19. Una necesidad sentida puede no ser necesariamente prioritaria en el conjunto de nuestra actividad de educación sanitaria. Esto exigirá por parte del educador un esfuerzo al plantear iniciativas y actividades centradas en aspectos considerados claves en el mantenimiento de la salud o la mejora de procesos patológicos.

20. Salleras Sanmartí, L. (1990): *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones.* Madrid: Díaz de Santos, pág. 63.

En cualquier caso, esto no implica que el anciano sea incapaz de adquirir nuevos conocimientos y destrezas, más bien este aprendizaje será más lento y su logro estará muy condicionado por el nivel de salud en el que se encuentre y por el método educativo empleado. En situaciones de mayor deterioro serán las actividades individualizadas de educación sanitaria las elegidas. A través del diálogo interpersonal entre el trabajador socio-sanitario y el anciano y su familia, se conseguirá una acción más directa que solventará las posibles carencias del anciano. Desde un punto de vista metodológico podemos abordar la educación sanitaria desde dos perspectivas que, en numerosas ocasiones resultan complementarias:

1. Actividades grupales, serán todas aquellas que se desplieguen como charlas, coloquios, mesas redondas, conferencias y un largo etcétera. Estos métodos estarán supeditados a las características del anciano, como comentaba anteriormente, algunas de las limitaciones implicarán que esta metodología no sea utilizada primordialmente.

2. Actividades individualizadas, en estas primará el diálogo entre el profesional sanitario y el anciano o su familia. Estamos ante un método más directo, más adecuado a las posibles limitaciones que pueda tener el anciano y, por lo tanto, de una efectividad muy superior.

El despliegue de estas dos metodologías educativas implica por parte del trabajador socio-sanitario el adecuado manejo de la comunicación oral, teniendo en cuenta que no se deben emitir múltiples mensajes en un periodo corto de tiempo y que el código del mensaje ni transmitirse con un léxico apropiado al nivel cultural del anciano. El dominio de la comunicación escrita tendrá una especial relevancia puesto que completará la información transmitida oralmente por medio de folletos, dibujos. En cualquier caso, los textos utilizados deberán ser escuetos, claros y breves en cuanto a su contenido.

No debemos olvidar que es importante no emitir mensajes negativos involuntarios a través del comportamiento, aspecto y hábitos del personal educador. La credibilidad del educador estará directamente relacionada con la mayor o menor coherencia que perciba el anciano entre los mensajes emitido y las actitudes que puedan llegarle de forma directa o indirecta.

Al evaluar la percepción y comprensión del mensaje emitido no deben esperarse respuestas inmediatas, ya que todo el grupo de población precisa más tiempo para pensar, asimilar y responder a las nuevas ideas.

La educación sanitaria al anciano y su familia debe ser una actividad integrada y simultánea, evitando caer en el error de obviar a cualquiera de las partes. El abordaje desde una perspectiva global permitirá aumentar el grado de éxito de nuestras acciones.

CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA AL ANCIANO

El objetivo de las actividades de educación sanitaria y de prevención de los problemas de salud en el anciano es el aumento de las expectativas de una vida plena y activa, sin las limitaciones que las incapacidades conllevan. Estas actividades deben prevenir un temprano deterioro funcional o mejorar la calidad de vida si este deterioro se ha implantado. El objetivo último no puede ser otro que el anciano pueda permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible, desempeñando las actividades propias de una vida diaria autónoma. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud y de la calidad de vida del anciano[21].

En este grupo de población la prevención secundaria y la terciaria, y la educación sanitaria asociada a esos niveles de prevención, tendrán una mayor relevancia. El despliegue de acciones educativas encaminadas a abordar problemáticas subyacentes que, gracias a unas acciones precoces de detección y tratamiento, puedan limitar de forma considerable las posibles limitaciones asociadas a un problema de salud, serán sin duda de un gran beneficio. Éstas serán las acciones asociadas a la prevención secundaria. Por otra parte, si nuestros esfuerzos educativos se encaminan a evitar complicaciones o hacer éstas más llevaderas para el anciano, estaremos hablando de prevención terciaria. Se deberán desarrollar actividades que de algún modo puedan suponer una mejora desde un punto de vista individual, valorando no solamente la edad sino también las expectativas de vida.

Los contenidos que podremos abordar en la educación sanitaria serán muy variados y tendrán que ver con la higiene en el sentido más amplio del término. Podremos abordar aspectos relacionados con la higiene individual, aquello que tenga que ver con aspectos como la alimentación, higiene corporal, ejercicio físico, hábitos tóxicos e higiene mental. Pero no debemos olvidar la importancia de lo relacionado con el entorno del anciano, es la higiene del medio físico y social en el que se desenvuelve el anciano.

---

21. La O.M.S. comentaba, en el lejano 1959, que “la salud del anciano como mejor se mide es en términos de función”. En el 2001, la O.M.S. establece nuevas directrices para medir la salud con respecto a la capacidad de las funciones mentales, funciones sensoriales y del dolor, funciones de la voz y del habla, funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, funciones genitourinarias y reproductoras, funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y funciones de la piel y estructuras relacionadas. Estas ocho funciones son medidas en cuanto a limitaciones funcionales del cuerpo, limitaciones de estructuras corporales, limitaciones de actividades y restricciones participativas y factores medioambientales. Las mediciones tratan de establecer por un lado las realizaciones del individuo y, por otro, las potencialidades. Esta doble valoración permitiría establecer las capacidades funcionales y el margen de mejora que estas pudieran ofrecer al amparo de las acciones socio.sanitarias que se pudieran impulsar. O.M.S. (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Documento nº 48.

Higiene del medio

El entorno físico está constituido por un conjunto de elementos que determinarán de una forma importante la calidad de vida del anciano, su grado de autonomía y capacidad de relación con otros individuos. La vivienda o los transportes constituyen un obstáculo, a veces insalvable, para el correcto mantenimiento de unas redes sociales que preserven la funcionalidad del anciano.

Las condiciones de las viviendas de los ancianos con frecuencia no reúnen suficientes condiciones higiénicas: malas condiciones de conservación, deficiente salubridad, humedades, poca iluminación. Podríamos decir que una vivienda es higiénica cuando reúne todos los requisitos de tipo estructural y arquitectónico, ciertas condiciones para evitar accidentes y enfermedades y, además, que pueda satisfacer las necesidades físicas, psíquicas y sociales del individuo. El problema de la vivienda se ve agravado en la ancianidad. Generalmente son viviendas viejas y en malas condiciones y su reforma resulta compleja ya que los recursos económicos de los que disponen los anciano son bajos y las ayudas públicas escasas.

Los contenidos de una iniciativa de educación sanitaria tendentes a informar y mejorar las condiciones de la vivienda deberán abordar aspectos como:

- Influencia de la higiene de la vivienda y la salud.
- Forma de mantener la limpieza del hogar.
- Desinsectización.
- Ventilación, importancia y forma de realizarla.
- Precauciones y normas de higiene cuando se convive con animales domésticos.
- Riesgos de accidentes que existen en el hogar, pautas a seguir para evitarlos.
- Normas básicos sobre primeros auxilios.

Un ejemplo de educación sanitaria del medio: las caídas

Las caídas constituyen por su frecuencia[22], por su alta mortalidad[23], por su

22. La incidencia de caídas registrada después de un año alcanzó el 32,1% (el 25,1% en varones y el 37% en mujeres) porcentaje parecido al observado en países de nuestro entorno. Tuvieron caídas múltiples un 3,8% de los varones y un 10,9% de las mujeres. Se encontró una relación positiva de las caídas con la edad, la actividad física reducida, las funciones físicas y cognitivas disminuidas, las enfermedades crónicas asociadas y con la existencia de caídas previas. Más del 70% de las caídas tuvo repercusiones sobre el estado de salud y un porcentaje considerable de casos requirió asistencia sanitaria. Medicina clínica (2004); 122; pág. 175.

23. En el Seminario sobre Motilidad y Envejecimiento que se celebró dentro de los

asociación a la inmovilización y la pérdida de independencia, un problema de primer orden entre los ancianos. Esta situación es el reflejo de un problema de adaptación entre el anciano y su entorno, generalmente su vivienda. El conocimiento de los factores que pueden predisponer al anciano a las caídas es primordial para evitarlas y reducir la frecuencia y la gravedad de las consecuencias asociadas a estas.

La educación sanitaria tratará de informar al anciano y su familia para que puedan identificar correctamente estos factores de riesgo y, de este modo, eliminarlos o en el peor de los casos minimizarlos. El grupo de expertos del Grupo de Actividades Preventivas en el Anciano[24] establece una relación entre factores de riesgo asociados a las caídas y las medidas potenciales de prevención que constituirán la base de los mensajes educativos:

- Hipotensión postural:
  - elevar la cabecera de la cama.
  - medias que mejoren el retorno sanguíneo.
  - sustitución o supresión si es posible de los fármacos que contribuyan a la hipotensión.
- Uso de benzodiacepinas o hipnóticos sedantes:
  - educación sobre el uso adecuado de hipnóticos y sedantes.
  - buscar las causas del insomnio.
  - potenciar medidas no farmacológicas.
  - uso discontinuo de hipnóticos y sedantes.
- Uso de más de 4 medicamentos:
  - revisión del tratamiento por parte del médico.
  - revisión regular del tratamiento.
- Alteraciones en la marcha, en el equilibrio y en la musculatura:
  - utilizar adecuados sistemas de apoyo (bastón, andador).
  - ejercicios de entrenamiento para andar.
  - ejercicios de estiramiento, equilibrio y resistencia de desarrollo progresivo.
- Alteraciones visuales, auditivas y de los pies:
  - correcciones protésicas o quirúrgicas.
  - cuidado diario de los pies, durezas y deformidades.
  - acudir al podólogo y utilización de plantillas.

---

cursos de verano de 2002 de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Figueroa, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Donosita, afirmaba “las fracturas cerebrales suelen afectar significativamente a la calidad de vida de quien las padece, pero son las de cadera las que mayor gravedad revisten: el 24 % de los afectados fallece al cabo de un año de producirse la misma, en la mitad de los casos arrastra alguna deficiencia para la marcha y el 33% experimenta una dependencia absoluta.”

24. Estos factores son el resultado de 60 estudios observacionales que evidencian la mutifactoriedad de las caídas. De Alba Romero, C. et cols. (2001): “Actividades Preventivas en los ancianos”, en *Atención Primaria*, vol. 28, Supl. 2, noviembre, pág. 164.

- Iluminación en el lugar de residencia:
  - Evitar deslumbramientos y sombras.
  - Los interruptores de la luz accesibles a la entrada de las habitaciones.
  - El baño, pasillo y dormitorio con luz nocturna.
- Suelos:
  - no deslizantes.
  - usar cera no deslizante.
  - evitar alfombras y, si las hubiera, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesas.
  - eliminar objetos del suelo y cables.
- Escaleras:
  - siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz.
  - peldaños de altura máxima de 15 cm, con fondo y borde resaltado y en buen estado.
  - pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera.
- Mobiliario:
  - utensilios de uso diario siempre a mano, evitar alturas.
  - cerrar siempre los cajones y mejor armarios de puertas correderas.
  - las sillas que tengan reposabrazos para apoyarse al levantarse y de respaldo alto, sin ruedas.
  - camas anchas de altura adecuada.
  - evitar muebles bajos.
- Cuarto de baño:
  - asideros de sujeción en baño, ducha e inodoro.
  - alfombrilla o suelo antideslizante en baño y ducha.
  - ducha de teléfono con silla.
  - wc alto.
  - la puerta se abrirá hacia el exterior y sin cerraduras.
- Factores de la calle:
  - cuidarse de los semáforos de corta duración o intermitentes.
  - usar bancos altos.
  - evitar zonas de obras o aceras estrechas.
  - prestar atención a obstáculos como farolas, buzones, señales de tráfico, contenedores y existencia de charcos y placas de hielo.
- Factores climáticos:
  - no salir a la calle si ha helado por peligro de caída.
  - evitar exposiciones a temperaturas excesivamente altas.
- Factores en el transporte :
  - escalones de subida al autobús de altura adecuada o existencia de rampa.
  - intentar ir sentado o bien sujeto para evitar los riesgos de los movimientos bruscos del vehículo.
  - prepararse con antelación para salir y avisar para evitar arranques bruscos.

- Calzado y ropa:
  - suelas antideslizantes.
  - evitar tacones altos a menos que esté muy acostumbrada.
  - no andar solo con calcetines.
  - no usar zapatillas sueltas.
  - cuidado con la ropa que dificulta el movimiento.
- Residentes solos en la comunidad:
  - conexión de sistema de alarma.
  - centros de día.
  - organización de actividades comunitarias.

Higiene social

Otro de los aspectos que debemos considerar dentro de la higiene del medio como elemento susceptible de ser abordado desde la educación sanitaria es lo concerniente a lo social. Los ancianos tienen dificultades para adaptarse a los cambios, cada vez más acelerados, de la sociedad. Tienen disminuida la capacidad de adaptación y se convierten en personas introvertidas y aisladas. La educación sanitaria tratará de facilitar la integración social del anciano actuando sobre él y las personas que le rodean. Es evidente que este tipo de situación de aislamiento que pueda sufrir el anciano debe abordarse en todos los ámbitos de la sociedad, más allá del entorno próximo del anciano. Es necesario inculcar los valores asociados con el envejecimiento como un activo de gran valor social y para ello, será necesario trabajar con los más jóvenes la idead de respeto y comprensión hacia los mayores.

Los contenidos que podrían abordarse desde una iniciativa de educación sanitaria acerca del entorno social del anciano son:

- Situación actual de los ancianos en cuanto a aspectos económico, social y familiar. Tratando de resaltar las dificultades con las que viven y las soluciones que se pueden aportar.
- Importancia del papel del anciano en nuestra sociedad y plusvalía que puede aportar a esta.
- Trabajar las formas de integración social y familiar.
- Resaltar la importancia de mantener una actitud activa ante la vida, participando en actividades de ocio, culturales, creativas...
- Informar de los recursos que existen en la sociedad y que son susceptibles de completar aquellos aspectos que no pueda cubrir el entorno del anciano. Cómo se puede acceder a ellos y cómo se deben utilizar adecuadamente.

Higiene individual

La alimentación es un aspecto básico en cualquiera de las etapas vitales del individuo, en el anciano no podría ser menos. Existen factores que

influyen de forma decisiva en su alimentación como son las dificultades económicas, el estado de su boca, la soledad o las arraigadas costumbres alimentarias. Podemos establecer acciones educativas relacionadas con la alimentación que desarrollen los siguientes contenidos:

- Los elementos de una dieta equilibrada, alimentos necesarios, alimentos a suprimir o reducir, elaboración de dietas adecuadas al estado de salud del anciano.
- Importancia de la ingesta de líquidos.
- Formas de preparar y conservar los alimentos.
- Importancia de las prácticas higiénicas.
- Importancia de los buenos hábitos: número, horario y cantidad de las comidas.
- Importancia de la dieta en la salud de los ancianos.

La higiene corporal es otro aspecto a tener en cuenta ya que se encuentra, en algunas ocasiones, limitada por las deficientes condiciones de la vivienda o una inadecuada educación sanitaria que pudiera abordar:

- La importancia del aseo corporal.
- El cuidado de las manos y de las uñas
- El cuidado de los pies, este aspecto es especialmente importante en el anciano en el que callos, durezas, etc., pueden generar situaciones de inmovilidad que pueden ocasionar una importante pérdida de la calidad de vida.
- El cuidado de la boca es importante en esta franja de edad en el es bastante malo debido a la falta de atención.
- Importancia del vestido y calzado, adecuación de estos para que favorezcan el mantenimiento de una adecuada temperatura corporal y sean lo suficientemente cómodos para permitir una correcta movilidad.

Hábitos tóxicos

Los hábitos tóxicos son elementos a tener en cuenta en la educación sanitaria del anciano y muy especialmente el consumo de alcohol y tabaco y, la muy extendida, automedicación. Transmitiremos al anciano:

- Las consecuencias de los excesos relacionados con el alcohol y el tabaco en cuanto al empeoramiento de las patologías que pueda tener el anciano o la aparición de otras nuevas.
- Importancia de una correcta medicación, consecuencias de la automedicación y de la interrupción de tratamientos.
- Importancia de la familia en el adecuado cumplimiento de los tratamientos.

- Riesgos relacionados con la polimedicación, llevar un registro de los medicamentos que toma y de los efectos secundarios de éstos, utilizar ayudas para la memoria y evitar riesgos de equivocaciones.
- Revisar botiquines al menos una vez al año y desechar medicaciones caducadas o tratamientos finalizados. No acumular medicamentos.

Higiene física

El ejercicio físico es un elemento a abordar en la educación sanitaria, el anciano verá favorecida su capacidad respiratoria, activará su circulación, favorecerá su higiene mental y mejorará su estado motor. En los contenidos se abordará:

- La actividad física y su relación con la salud.
- Ejercicios recomendados.
- Lugares donde se puede practicar.

Higiene mental

Por último, mencionaré la importancia de la higiene mental en el marco de un programa de educación sanitaria. Como he mencionado con anterioridad, los ancianos viven unos cambios vitales que pueden influir de forma negativa en su salud mental. Las situaciones de viudedad, soledad, pérdida de relaciones sociales, pérdidas de memoria, apatía, pérdida de la autoestima, así como, los abordajes erróneos que la sociedad en general o la familia en particular despliegan ante las necesidades del anciano (paternalismo, rechazo, negación o inhibición ante las necesidades del anciano), pueden plantear situaciones críticas en el ámbito de la higiene mental. Por lo tanto, será necesario trabajar aspectos como:

- El mantenimiento y aumento de las relaciones socio-familiares.
- Realización de actividades que ayuden a mantener la capacidad física y mental del anciano.
- Favorecer la motivación y la autoestima.
- Trabajar las actitudes del entorno del anciano.

Recomendaciones

Por lo tanto, debemos reafirmar la idea inicial de la importancia y utilidad de llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del anciano utilizando como herramienta básica la educación sanitaria. Podemos y debemos desarrollar acciones de educación sanitaria en el anciano y en la red social en la que éste se mueve, que le permitan[25]:

25. Quedan reflejados distintos aspectos planteados en los distintos niveles de higiene,

- Tener todavía proyectos.
- Mirar hacia delante y no sólo hacia atrás.
- No sentirse peor que otros de su edad.
- Ser independientes desde el punto de vista funcional.
- Relacionarse con amigos.
- Emprender actividades.
- Dar y recibir ayuda.
- No estar agobiado por los dolores.

individual y del medio. No debemos olvidar que la clave del éxito de estas acciones pasa por el abordaje global de los distintos aspectos reflejados en los dos niveles. GERMÁN, C. y MAZARRASA, L. (1996): "Promoción de salud en mayores. Implicaciones para le enfermería comunitaria", en *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: Mc. Graw-Hill, Tomo III, pág. 1436.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTAZCOZ, L. y otros (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).*

ASHTON, J. y SEYMOUR, H. (1990): *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson, pp.183-193.

BONITA, R. (1998): *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra: O.M.S.

BORRELL, C. y otros (2004): "La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana". *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), pp. 83-91.

CASTELLS, X., MERCADÉ, L. y RIU, M. (2002): "Envejecimiento y utilización hospitalaria", en *Informe de la sociedad española de salud pública y administración sanitaria (SESPAS).*

DEL REY CALERO, J. (1997): "Aspectos del envejecimiento de la población", en DEL REY CALERO, J. y CALVO FERNÁNDEZ, J. R. *Como cuidar la salud, su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace.

DONATI, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

ECHAURI, M, PÉREZ JARAUTA, Mª. J. y LAINEZ, M. (1998): "Transiciones y etapas vitales vulnerables: Educación sanitaria con personas mayores", en *Educar en Salud III*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

FRÍAS, A (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA-LA RIOJA (2000): "Prevención y detección de problemas en el anciano", en *Programa del adulto y anciano*, Insalud, pp. 3-10.

GERMÁN, C. y MAZARRASA, L. (1996): "Promoción de salud en mayores. Implicaciones para le enfermería comunitaria", en *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: Mc. Graw-Hill, Tomo III, pp. 1405-1429.

INFORME DE LA SECRETARÍA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, A55/17, 4 de abril de 2002.

INSALUD (1987): "Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud", en *Colección Atención Primaria de Salud*, 5, pp. 58-66.

IRUZUBIETA BARRAGÁN, F. J. (2004): "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano", en GIRO, J. (coord.): *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

JURADO, D. (1997): "Planificación de la educación sanitaria", en DEL REY CALERO, J. y CALVO FERNÁNDEZ, J.R.: *Como cuidar la salud, su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace.

LÓPEZ SANTOS, V. (2000): "Marco conceptual de educación para la salud", en FRÍAS, A.: *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

MAZARRASA, L. y GERMÁN, C. (1996): "La vejez: demografía. Salud. Actitudes y atención social", en *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill, Tomo III, pp. 1405-1429.

NÁJERA MORRONDO, P. y HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, M. C. (2001): "Educación para la salud", en SARRÍA SANTAMERA, A.: *Promoción de la salud en la comunidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, pp. 199-200.

O. M. S. (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Documento nº 48.

PLAN DE SALUD DE LA RIOJA (1998): Comisión para la elaboración del Plan de Salud, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

SALLERAS SANMARTÍ, L. (1990): *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.

SALLERAS, L. (1992): "Educación sanitaria", en PIEROLA GIL, G. (ed.): *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson.

SÁNCHEZ MORENO, A., RAMOS GARCÍA, E., y MARSET CAMPOS, P. (1998): "Educación para la salud", en MARTÍNEZ NAVARRO, F. y otros: *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 497-526.

SANCHO CASTIELLO, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales". *7DM*, 20-12-2002, pp.29-35.

SERRANO GONZÁLEZ, Mª. I. (1990): *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.