

**¿ES LA VEJEZ UNA ENFERMEDAD? PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES  
DE LA SALUD  
IS THE OLD AGE A DISEASE? PERCEPTIONS OF HEALTH  
PROFESSIONALS**

Ruth Gelehrter da Costa Lopes<sup>1</sup>; Aline da Silva Buttura; Bernadete de Oliveira.  
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

**RESUMEN**

La longevidad humana es un tema recurrente, que nos hace volver la atención hacia las personas de edad que padecen enfermedades crónicas. El estudio tuvo por objeto comprender el contexto profesional que da visibilidad a la persona adulta mayor enfermo, la cual develó este paradigma a la luz de la opinión de 20 profesionales que trabajan con esta población. La investigación estuvo centrada en el equipo multidisciplinar de una empresa de la ciudad de São Paulo, que desarrolla un programa de manejo del cuidado de usuarios de planes de medicina prepaga. Se usó una metodología de investigación cuantitativa y cualitativa, fundamentada en el análisis de contenido. Se observó que la mayoría de los sujetos es del área de enfermería y que su propuesta de intervención se centra en la calidad de vida de los pacientes. Aunque hay una comprensión de lo que es la vejez, la relación salud-enfermedad es un tema que necesita más atención en los planes de estudio.

**PALABRAS CLAVEZ:** vejez, salud-enfermedad, equipo multidisciplinar.

**ABSTRAC**

Human longevity is a recurring theme that makes us turn our attention to the elderly with chronic diseases. The study aimed to understand the professional context that gives visibility to the adult who is sick, which unveiled this paradigm in the light of the review of 20 professionals working with this population. The research focused on the multidisciplinary team of a company in the city of São Paulo, which develops a care management program for users of prepaid health plans. Methodology of quantitative and qualitative research, based on content analysis was used. It was noted that most of the subjects is the area of nursing and its proposed intervention focuses on the quality of life of patients. Although there is an understanding of what is old age, health-related illness is an issue that needs more attention in the curriculum.

**KEY WORDS:** aging, health and disease, multidisciplinary team.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Doctora en Salud Pública, Profesora en el Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología, curso de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil. E-mail: ruthgclopes@pucsp.br



## **Introducción**

Ser una persona adulta mayor es haber vivido muchos años (60 o más, según la definición oficial), pero no significa estar enfermo.

El envejecimiento biológico es parte del proceso de adaptación del organismo. Una serie de normas, valores e ideales humanos, construidos socialmente y relacionados con la situación social, el modo de vida y las condiciones culturales, pueden acelerar o retrasar el proceso de la morbilidad en la vejez.

Concone (2004) señala, que la percepción del cuerpo en sus complejas relaciones con el mundo, lo convierte en un espacio posible para la comprensión y la búsqueda de la superación del sufrimiento, llamado por la antropología «biológicamente cultural». En otro artículo, Concone dice, tanto que el equilibrio del cuerpo puede romperse al ser desafiado por las relaciones vivenciadas como inadecuadas. (Concone, 2004)

Lopes (2000) considera, que la comprensión de lo que es salud conlleva la aceptación de las necesidades humanas básicas, tales como: el afecto, la compañía, el reconocimiento y la seguridad. Cualquier pronóstico incluye el análisis del estado general del individuo y su capacidad para colaborar en el tratamiento. Por lo tanto, fomentar la participación de los adultos mayores en el mantenimiento de su propia salud y la prevención de enfermedades, implica una conducta profesional que establece una relación que aliente su autonomía, con una perspectiva de adaptación continua a su entorno.

Bruno (2002) añade, que los aspectos históricos de la construcción de la gerontología son necesarios para cubrir una composición multiprofesional, que permita la expansión del conocimiento sobre el envejecimiento humano por medio de la incorporación de disciplinas, tales como: psicología, filosofía, antropología, sociología y biología. Este esfuerzo por establecer una profunda intercomunicación de los

diferentes campos del saber, tiene por objeto la integración científica para tratar a las personas mayores en forma adecuada y provechosa. En Brasil, los estudios acerca del trabajo de profesionales de diferentes campos en este grupo etario, comenzaron hace no más de cincuenta años, es decir, son muy recientes.

El cuerpo no es solo anatómico, o sea, no solo existe en cuanto realidad objetiva y herramienta para diferentes funciones como la locomoción, aprehensión, sinestesia, etc., sino que también es una corporalidad que refiere a la realidad subjetiva. En este sentido, el cuerpo cuenta una historia, ya que pasó por diferentes situaciones, vivenció angustias, penas y alegrías; en él está inscrita la historia del sujeto; en definitiva, el cuerpo narra una historia de la vida. Es a través del tacto, el gesto y la palabra del otro, que las personas mayores pueden sentir y amar nuevamente su cuerpo.

El cuerpo de las personas mayores establece una comunicación entre el interior y el exterior. Los síntomas anuncian un acontecimiento a la conciencia del individuo, que moviliza mecanismos de cuidado. El hecho de que funcione de manera diferente, no significa que esté enfermo.

La cuestión del envejecimiento plantea la necesidad de reconocer que este proceso abarca dimensiones vitales, que no pueden reducirse a su naturaleza biológica. Por el contrario, hemos sido testigos en este campo de investigación, de que la vejez no es sinónimo de enfermedad, ya que esta etapa de la vida está marcada por un potencial de invención de diferentes modos de existencia. En efecto, la exploración de la compleja polaridad salud-enfermedad, se encuentra en la base de un debate de gran interés para la gerontología. Si no es lícito reducir la senilidad a un estado patológico, es necesario problematizar la relación saludable/patológico en el ámbito del proceso de envejecimiento.

La vejez es una etapa vital y, como tal, comporta la normalidad en la relación del sujeto con el entorno (físico, social, cultural). Es alrededor de este concepto eje, que se lleva a cabo el debate mencionado.

La hipótesis de la investigación del estudio busca qué distingue, desde el punto de vista de un equipo multiprofesional, vejez, salud y enfermedad.

### **Enfermedades crónicas entre las personas mayores**

Desde hace unos años, Brasil presenta un nuevo patrón demográfico caracterizado por el incremento de la cantidad de personas mayores, como reflejo del aumento de la esperanza de vida. Según IBGE (2009), entre las causas de mortalidad, destacan los problemas circulatorios, respiratorios y neoplásicos. Las enfermedades infecciosas, que representaban un 40 % de las muertes registradas en el país en 1950, ahora responden por menos del 10 %. Lo contrario se dio en relación con las enfermedades cardiovasculares: en 1950, eran causa de un 12 % de las muertes y en la actualidad, representan más del 40 %, es decir, las enfermedades crónicas son prevalentes en la población brasileña (IBGE, 2009).

En el 2003, según datos de la OMS, un 29,9 % de la población brasileña padecía al menos una enfermedad crónica, y el hecho notable en relación con las enfermedades crónicas es que crecieron en gran medida en los últimos años: entre las personas de hasta 14 años, se informó solo un 9,3 % de enfermedades crónicas, pero entre las personas mayores, esta cifra llega a un 75,5 % del grupo, que corresponde a 69,3 % entre los hombres y 80,2 % entre las mujeres.

Según IBGE (2009), la causa de hospitalización más frecuente entre las personas mayores es la insuficiencia cardiaca, que responde a un 12,1% y un 14,7 % en mujeres y hombres, respectivamente. La neumonía, la bronquitis y los accidentes

cerebrovasculares están entre las seis principales causas de hospitalización, tanto en hombres como en mujeres. La diabetes y la hipertensión son algunas de las seis principales causas solo entre las mujeres, mientras que la hernia inguinal, solo entre los hombres.

Debido al creciente aumento de las enfermedades crónicas y al envejecimiento demográfico, la Agencia Nacional de Salud (ANS, 2007), señaló la importancia de implementar programas de promoción de la salud. La ANS considera Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos y Enfermedades a los programas que están provistos de un conjunto de actividades estratégicamente ordenadas y sistematizadas por los operadores de planes de medicina prepaga. Se refiere no sólo a programas para el control de patologías y complicaciones, sino sobre todo para su prevención, dirigidos a toda la población en cartera o a los individuos con un perfil epidemiológico de riesgo conocido, y puestos en práctica y coordinados por equipos multiprofesionales.

El programa de manejo de enfermedades crónicas se incluye entre las medidas de intervención, y su ámbito de actuación abarca la atención primaria, secundaria y terciaria, en refuerzo de las medidas educativas para el autocuidado de la enfermedad y sus complicaciones.

No hay estudios que demuestren la eficacia de programas de este tipo, cuyo objetivo es la prevención. Por lo tanto, para determinar la eficacia, urge estudiar el perfil y la perspectiva de los profesionales que participan en estos programas.

### **Programa de manejo de enfermedades crónicas**

El programa de manejo de enfermedades crónicas ofrece asistencia centrada en la prevención, la educación para la salud y el autocuidado.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan en la actualidad el mayor desafío para los servicios médicos. Según la OMS (2003), las enfermedades crónicas son responsables de un 59 % de la mortalidad en todo el mundo y, en el 2020, responderán por un 78 % de la mortalidad.

Las ECNT se caracterizan por tener una etiología múltiple, muchos factores de riesgo, largos períodos de latencia, curso prolongado, origen no infeccioso y también por su asociación con déficits y discapacidades funcionales. (BRASIL, 2008).

En el 2005, en todo el mundo, murieron alrededor de 35 millones de personas afectadas por enfermedades crónicas, cifra que corresponde al doble de las muertes relacionadas con enfermedades infecciosas (BRASIL, 2008). Estas muertes se distribuyen en todos los países desarrollados, o en vías de desarrollo.

Sin un control adecuado, las personas mayores con enfermedades crónicas tienen una alta incidencia de demanda de servicios de emergencia debido a complicaciones descompensadas, que llevan a la hospitalización.

Dado el envejecimiento de la población brasileña, las enfermedades crónicas plantean en la actualidad una considerable y creciente demanda de servicios médicos, que ponen de relieve la necesidad de conocer su prevalencia (IBGE, 2009).

Los costos de la atención médica en enfermedades crónicas aumentan en gran medida cuando no se las trata adecuadamente, por lo que es necesario cambiar el foco de la atención y modificar el control y la implementación de programas de prevención.

De acuerdo con el informe sobre la Salud Mundial de la OMS (2003), los principales factores de riesgo de estas complicaciones de la salud, son: obesidad, hipertensión arterial, alto nivel de colesterol, consumo de alcohol y tabaco, estrés social sin control y estilo de vida sedentario.

El crecimiento de estas condiciones es tan preocupante, que se estima que, en el 2020, un 80 % de la carga de morbilidad en los países en vías de desarrollo se va a derivar de problemas crónicos, que serán la principal causa de discapacidad en el mundo, sin contar que son los problemas de salud más costosos para el sistema. (BRASIL, 2008).

En la actualidad, los sistemas de salud relegan al usuario al papel de receptor del tratamiento, y le impiden la oportunidad de tratar de promover su propia salud. Con este cambio de comportamiento se puede reducir drásticamente la incidencia de complicaciones y la demanda de tratamiento a largo plazo.

Para ello, es necesario invertir en la atención primaria mediante la creación de programas dirigidos al autocuidado de la salud, que ofrezcan medidas preventivas. Con los programas de manejo de enfermedades crónicas, se brinda el apoyo de un equipo multidisciplinario enfocado en la educación para la salud y la orientación sobre lo que es la enfermedad y cómo controlarla, con visitas domiciliarias y seguimiento telefónico periódico.

Para conocer a los participantes del programa de enfermedades crónicas y realizar su seguimiento, fue necesario implementar un legajo electrónico, con el perfil social y de salud; con esta información, se definieron los indicadores de los resultados de cumplimiento del programa.

La evaluación de los indicadores es sumamente importante para la estimación de la calidad, dado que proporcionan una medida que permite el seguimiento y la identificación de oportunidades para la mejora del servicio y los cambios positivos con respecto de la consecución de la calidad a un costo razonable. (D'innocenzo, Adami y Cunha, 2006)

### **Procedimientos metodológicos**

El estudio se llevó a cabo en una empresa de medicina preventiva, cuyo objeto es monitorear y manejar el cumplimiento de los tratamientos por parte de personas que padecen enfermedades crónicas y son usuarios del sistema de medicina prepaga, ubicada en la ciudad de São Paulo, de agosto del 2011 hasta abril del 2012.

La propuesta consistía en una investigación cualitativa, con el apoyo de un cuestionario aplicado a 20 profesionales del equipo multiprofesional (enfermeros, nutricionistas, asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).

La misión de la empresa es reducir al mínimo los costos de sus clientes (empresas de medicina prepaga) relacionados con la salud de grupos riesgo, por medio de la modificación de los hábitos de vida de las personas mayores con enfermedades crónicas y las redes de apoyo en sus hogares, con el foco puesto en la información, la educación y el autocuidado. Por lo tanto, la visión de la empresa es convertirse en un referente nacional en la gestión de la salud por medio del trabajo de profesionales.

El trabajo de campo se subdividió en etapas. Desde la construcción del proyecto se envió una carta donde se solicitaba la autorización de la empresa (Anexo 2) para la aplicación del estudio. El logro de la autorización de la Empresa constituyó la primera etapa de la investigación.

La segunda etapa fue elevar el proyecto a la Comisión de Ética de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (PUC-SP) para ser aprobado.

Tras el dictamen favorable de la Comisión de Ética, comenzaron las visitas a la empresa, para recopilar información sobre los sujetos, seleccionarlos y obtener la firma de la declaración de consentimiento libre e informado (Anexo 3) de los participantes, que cumplimentaron el cuestionario (Anexo 1), lo que constituyó la tercera y última etapa del trabajo de campo del estudio.



El instrumento de la investigación (Anexo 1) se elaboró alrededor de los siguientes ejes temáticos:

- i) Educación y perfil profesional del encuestado.
- ii) Aspiraciones e intereses en el campo académico-científico.
- iii) Experiencias y conocimientos sobre el cuidado y el autocuidado.
- iv) Percepción y comprensión de las personas mayores, la vejez y el proceso de envejecimiento en sí mismo.

Se usó un instrumento de encuesta en forma de cuestionario mixto con preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas se referían a aspectos socioeconómicos y culturales, a saber: grupo etario, sexo, educación, estado civil, formación, experiencia en el campo de la salud y el manejo de cuidados, antigüedad en la empresa y en el cargo, entre otros. Las preguntas abiertas se centraban en el cuidado, la vejez y el envejecimiento.

Se analizaron los datos cuantitativos para definir el perfil de los sujetos y la información, con respecto de los tres ejes temáticos que fueron tratados de acuerdo con el análisis de contenido definido por la profesora de la Universidad de París V, Bardin (1977), quien afirma, que el análisis de contenido es un método empírico, que depende del tipo de «discurso» al que se aplica y el tipo de interpretación que se pretende como objetivo. Señala también, que la técnica de análisis de contenido debe adecuarse al dominio y los objetivos propuestos, por lo que es necesario reinventarse una y otra vez.

## **Resultados**

### **1. Perfil**

Para mostrar el perfil social, económico y cultural de los 20 sujetos, se describen las siguientes características generales: 2 (10 %) hombres y 18 (90 %) mujeres; 5

(25 %) casados o en una relación estable, 12 (60 %) solteros y 3 (15 %) separados o divorciados; la mayoría, 16 (80%) informaron haber obtenido un título universitario (en promedio, 15,6 años de estudio, mínimo de 11 y máximo de 19,  $\pm 2,3$  años). En el 2011 (año en que se llevó a cabo el trabajo de campo), la edad mínima era de 22 años y la máxima de 53, con un promedio de 29 ( $\pm 10,2$ ) años. Una minoría (4) vivía sola (20%), la mayoría (9) con el padre y/o la madre (45 %); con respecto del papel que desempeñaban en la familia, 6 (30%) se identificaron como cuidadores, 4 (20%) como cabeza de familia y 10 (50%) no contestaron; el ingreso mensual familiar oscilaba entre 20.000 y 2.000 reales, el promedio se estimó en 5.700 reales ( $\pm 4.500$  reales).<sup>2</sup>

La mayoría provenía del campo de la salud, especialmente de enfermería: 10 (50%) enfermería, 1 (5%) medicina, 1 (5%) nutrición, 1 (5%) fisioterapia, 3 (15%) con curso técnico de enfermería, solo 1 (5%) administración, 1 (5%) asistencia social y 1 (5%) perito mercantil.

## **2. La vejez y el segmento de las personas mayores**

La vejez se considera desde los más diversos puntos de vista, que generalmente reflejan las opiniones relacionadas con el sentido común, sobre lo que es envejecer. Por lo tanto, las relaciones con interacciones y representaciones sociales positivas permiten que las personas mayores sigan formando parte de la sociedad.

Tras la lectura y el análisis de todos los cuestionarios respondidos por los empleados de la empresa, fue posible señalar los puntos importantes y pertinentes para comprender la visión y el concepto de vejez que ellos tienen.

En este análisis se usaron las respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario.

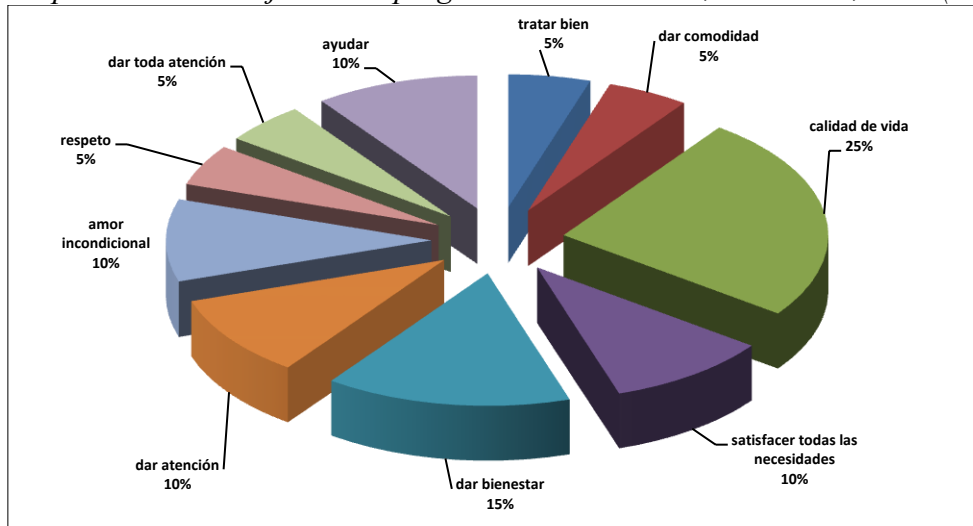
---

<sup>2</sup> En 2011, el salario mínimo ascendía a 545,00 reales. Disponible en: <[www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario\\_minimo.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/salario_minimo.htm)> Consultado el: 2 de febrero de 2012.

Cuando se les preguntó acerca de cómo entender y tratar la vejez, los profesionales respondieron en forma muy similar y, algunas veces, igual. Las respuestas se representaron en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1:**

*Respuestas de los sujetos a la pregunta «Cuidar es...», São Paulo, 2011 (n=20).*



Como se muestra en el gráfico 1, las respuestas denotan el concepto que cada uno tiene acerca de lo que es cuidar. Calidad de vida fue la respuesta dada con mayor frecuencia, y se entiende como un cuidado esencial a las personas mayores en un momento de mayor fragilidad física. Es necesario hacer notar que, puesto que son profesionales en el campo de la salud, consideran a las personas mayores como pacientes.

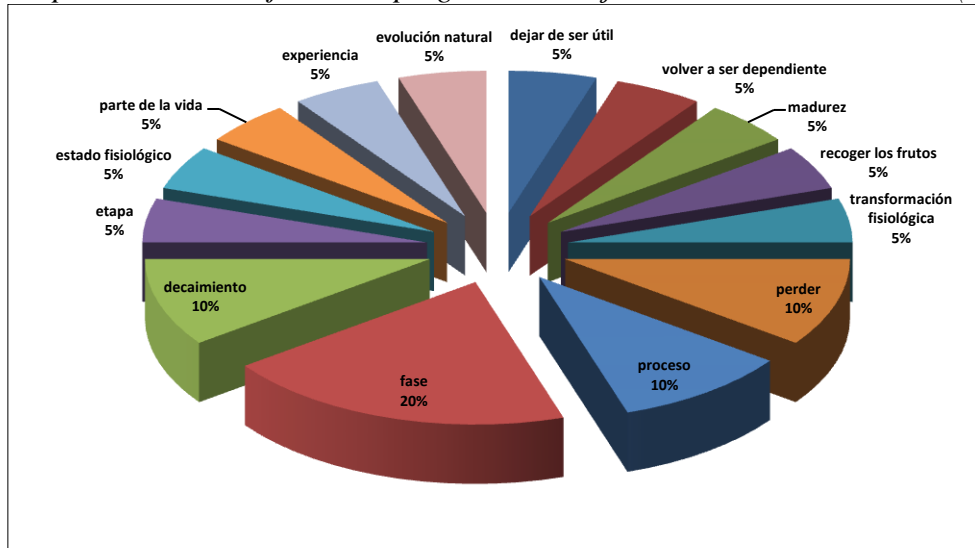
Relatan de la siguiente forma, cómo identifican al segmento de personas mayores:

- *Proporcionar comodidad al paciente en todos los aspectos.*
- *Dirigir el cuidado con calidad para el paciente.*

Cuando se les preguntó ¿qué es vejez?, los profesionales brindaron respuestas vinculadas específicamente con el proceso biológico, que en general y, por supuesto, es evaluado por los médicos y poco visto desde el punto de vista psicológico.

**Gráfico 2:**

*Respuestas de los sujetos a la pregunta «La vejez es...», São Paulo, 2011 (n=20).*



Destacan las siguientes opiniones:

- *Declinación gradual de las funciones biológicas del ser humano.*
- *Reducción de las capacidades funcionales.*
- *... no es estar enfermo.*

Aunque no consideran la vejez como una enfermedad, por causa de la demanda profesional, la asocian con el deterioro físico.

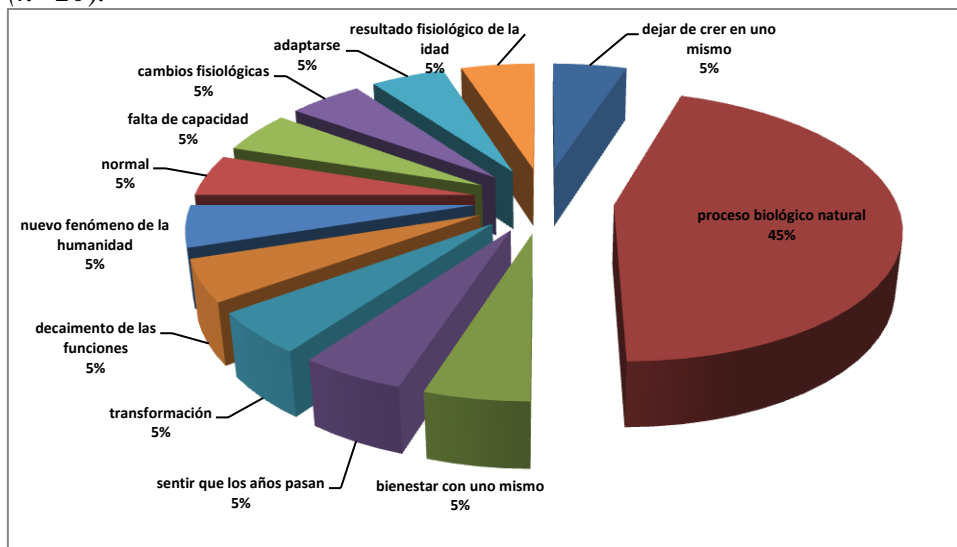
Llama la atención, la visión y la comprensión de que la vejez es un momento de dificultad representado por respuestas como declinación y pérdidas, y frases como dejar de ser útil. Tras la tabulación de los datos, resulta sorprendente que profesionales de la salud, en su mayoría, entiendan este proceso una vez más, solo por el lado biológico, y dejan de lado temas tan importantes, como conocimiento, vivencia y experiencia de vida de cada uno de sus pacientes.

### 3. Concepto de envejecimiento

Sobre el concepto de envejecimiento, los profesionales dieron respuestas diferentes, en las que destaca la visión biológica y médica.

**Gráfico 3:**

*Respuestas de los sujetos a la pregunta «El envejecimiento es...», São Paulo, 2011 (n=20).*



En el gráfico anterior, destaca la respuesta «Nuevo fenómeno de la Humanidad», e incluso después del análisis, no se puede saber si este concepto está vinculado a una nueva visión de la vejez, o a la dificultad de comprensión e interpretación de la pregunta.

A continuación, se presentan algunas respuestas a modo de ejemplo:

- *Deterioro natural, pero que requiere cuidados específicos.*
- *Cambios fisiológicos que se producen a lo largo de la vida.*

Todas las respuestas de los profesionales representan la forma en que comprenden al grupo etario con el que trabajan y la forma en que se posicionan ante cada una de estas cuestiones que se plantean a diario en contacto con el paciente mayor.

### **Conclusión**

A la pregunta del título «¿Es la vejez una enfermedad?», la respuesta de los profesionales encuestados es negativa. Sin embargo, pareciera ser dominante la idea de que tratan a pacientes y no a sujetos. Lo que refuerza este imaginario es el hecho de que comprenden la atención que prestan, como una propuesta de intervención que promueve una mejor calidad de vida para los pacientes. Por consiguiente, la mejora en la calidad de vida implica la conservación de la salud y la prevención de enfermedades por parte del paciente, que debe cumplir con las pautas de profesionales que, muchas veces, están capacitados para responder principalmente a demandas biológicas.

La hipótesis de la investigación del estudio busca qué distingue, desde el punto de vista de un equipo multiprofesional, vejez, salud y enfermedad.

En cuanto a la vejez, mencionada anteriormente, es evidente que los profesionales constatan la fragilidad biológica adquirida a lo largo de los muchos años de vida. Con respecto de la relación salud-enfermedad, la formación todavía establece fragmentaciones que solo alejan a los profesionales de las necesidades de la población de edad avanzada.

Godim (2002), en un estudio sobre el perfil del profesional de la salud y el mercado laboral, señaló que su falta de preparación está relacionada con la calidad de las prácticas, evaluadas como insuficientes e inadecuadas, que afectan negativamente tanto el perfil profesional como la inserción en el mercado.

En el proceso natural de envejecimiento, los cambios funcionales se dan en forma diferente de un individuo a otro, pero se producen en la mayoría de las personas adultas mayores y causan una mayor predisposición del individuo a la aparición de enfermedades crónicas y sus posibles secuelas debilitantes. Las enfermedades crónicas, definidas como una afección de la salud que acompaña a la persona durante un largo

periodo, que pueden cursar con momentos de mejora o empeoramiento sensible. Los profesionales de la salud necesitan una mejor calificación para captar las especificidades de las personas adultas mayores.

Se está debatiendo acerca de programas de manejo de enfermedades crónicas, eficaces en la prevención y promoción de la salud. Cambios en el estilo de vida, incluida la modificación dietética y la lucha contra el sedentarismo, se han identificado como factores importantes en la prevención y el control de enfermedades crónicas.

### **Consideraciones finales**

En el equipo multidisciplinario, el enfoque de los mecanismos latentes en las relaciones de aquellos que trabajan directamente con personas adultas mayores, aumenta la comprensión, lo que señala la conveniencia de que participen otros en los cuidados.

Llamar la atención sobre el derecho de las personas adultas mayores a recibir cuidados hasta el final de la vida, tiene por objeto compartir los recursos existentes en los diferentes campos del saber. Incorporar este debate en las materias de la carrera, los medios de comunicación y la capacitación de agentes de la salud, eliminaría el tema y a las personas adultas mayores de la marginación a la que están relegadas. El apoyo sistemático a los profesionales que tratan directamente con el sufrimiento de las personas adultas mayores, con síntomas sin perspectivas de remisión, se presenta como un recurso mediador.

Diversas experiencias se han desarrollado en la llamada vejez frágil, que pueden servir como un punto de referencia para el trabajo en esta materia.

Los dispositivos clínicos usados en estas prácticas se caracterizan por la flexibilidad del trabajo fuera de los ámbitos tradicionales del tratamiento. El texto

brindado en el análisis de los datos tuvo por objeto sensibilizar a los profesionales a adoptar una postura crítica con respecto de la vejez y el envejecimiento, con miras a desarrollar conocimientos que se propongan expandir las posibilidades de trabajo con el segmento de las personas mayores, teniendo en cuenta la intrincada relación entre las situaciones psíquicas y el cuerpo.

Desde esta perspectiva, el eje alrededor del cual tiene lugar la reflexión es el supuesto de la naturaleza dual del cuerpo humano, que es al mismo tiempo natural y cultural. Por lo tanto, se asume que a los problemas de salud y/o eventos normativos de la vida, los traspasa la dimensión sociocultural/subjetiva del envejecimiento.

De hecho, la gerontología debe responder al problema actual de la extensión de la longevidad humana, sin segregar a la numerosa población de personas adultas mayores a la condición de enfermos que gravan el Estado, la familia y la sociedad. Deben ser tratadas como sujetos que pueden subvertir y transformar los valores y modos de vida que se les impone social y culturalmente. Después de todo, envejecer — desde el punto de vista biológico — es un fenómeno que afecta a todos los que viven, pero la vida es un flujo cambiante y heterogéneo, lo que implica reconocer que los términos *envejecimiento* y *vejez* encubren la diversidad y singularidad que marcan esta etapa vital.

El tema es inagotable porque, ante la identificación de los diferentes sufrimientos, se deben buscar intervenciones que respondan a múltiples subjetividades.

El envejecimiento plantea un desafío al mercado laboral, los sistemas sociales y de salud, y destaca la necesidad de analizar específicamente los servicios/cuidados relacionados con la vejez, con la finalidad de colocar a disposición medios accesibles para satisfacer las necesidades o demandas de las personas adultas mayores, en el entorno en el que residen.



Así, hacemos hincapié en la necesidad de prestar atención a la forma como los profesionales de la salud entienden la vejez y a las personas adultas mayores, e interactúan con ellas. Cuando se les preguntó acerca de sus propios conceptos, fueron superficiales y presentan palabras o frases cortas, lo que demuestra un alejamiento — tal vez estratégico — del sufrimiento ajeno que pudiera ser suyo en el futuro.

La ayuda de un equipo multidisciplinario preparado, permite alcanzar una vida longeva no centrada en la enfermedad, y aprovechar los recursos de la comunidad con miras a la calidad de vida deseada.

Frente al cuadro que encontramos, sugerimos incorporar el trabajo profesional del psicólogo al equipo multidisciplinario, dada su importancia en los programas de enfermedades crónicas, por su visión y práctica globales de propuestas de tratamientos no farmacológico, ni medicamentoso. La participación en casi todos los momentos de contacto con los usuarios por medio de la escucha calificada, puede garantizar la calidad de la atención.

### Referencias

- ANS. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. (2007). Disponible en: [http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/promocao\\_prevencao.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp). Consultado el 20.02.11.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Ed. 70ª.
- Bruno, V.B.S. A (2002) *Transformação na última fase da vida – uma visão multidisciplinar do envelhecimento*. [Tesis de Máster en Gerontología] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência Série B*. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8 Brasília – DF.
- Concone, HVB. (2004). Cura e visão de mundo. *Revista Kairós - Gerontologia*. 6 (2): 131-134.
- D'innocenzo, M; Adami, NP; Cunha, Iko. O. (2006). Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. Brasileira de enfermagem*, Brasília, jan-fev; 59(1): 84-8.

- Gondim, S.M.G. (2002). Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estud. psicol. (Natal)* [online], vol.7, n.2, pp. 299-309.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. (2009). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lopes, R.G.C. (2000). *Saúde na velhice, as interpretações e os reflexos no uso de medicamentos*. Educ/Fapesp: São Paulo,
- Mercante, E. F. (1997). *A construção da identidade e subjetividade do idoso*. Tesis (Doctorado en Ciencias Sociales) – Instituto de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Ministério de Previdência e Assistência Social-MPAS. Secretaria de Estado de Assistência Social (SAS). (1999). *Idosos: Problemas e Cuidados Básicos*. Brasília.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Comunicado de prensa conjunto de la OMS*. Disponible en: <http://www.who.int>.

**Anexo 1**

Estimado Sr./Sra.: **Inicio: Horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_**

El Centro de Investigación OLHE O Bem Estar está en proceso de implementación. Con la finalidad de establecer las estrategias de desarrollo, el grupo de Directrices de Investigación organizó un breve cuestionario y solicita su cooperación para responderlo con el objetivo de entender mejor el escenario de la gestión de cuidados en el Centro de Investigación.

Agradecemos de antemano su valiosa aportación.

Nombre \_\_\_\_\_

1. Sexo

varón	1	mujer	2
-------	---	-------	---

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ = Edad: \_\_\_\_\_ años.

3. País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si es brasileño:

4. Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

5. Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_

6. Vive

( ) en la ciudad de São Paulo (capital)

( ) en la región metropolitana de São Paulo, ¿en qué ciudad? \_\_\_\_\_

( ) en otra ciudad del estado de São Paulo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

7. ¿Desde hace cuántos años (o meses) vive en São Paulo?

8. ¿Por qué vive en São Paulo?

9. Región en que vive:

Zona Sur	1	Centro	5
Zona Norte	2	Gran São Paulo_Región metropolitana	6
Zona Este	3		
Zona Oeste	4		

10. ¿Con quién vive?

Madre	1	Hijo/hija	5
Padre	2	Cónyuge	6
Abuelo	3		
Abuela	4		

11. ¿Qué papel desempeña en la familia?

Cuidador	1		
Cabeza de familia	2		

12. ¿Cuál es su nivel educativo actual? (años de estudio, excluidos los años repetidos)

No sabe leer y escribir	0
Educación primaria	1 2 3 4 5 6 7 8
Educación secundaria	1 2 3
Educación superior	1 2 3 4 5 6 7 8

13. ¿Cuál es su estado civil?

Casado/relación estable	1	Viudo	3
Soltero	2	Separado/divorciado	4

14. ¿Cuál es su religión?

Ninguna religión	1	Espírita	4
Católico	2	Judío	5
Evangélico	3	Budista	6

15. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual actual? R\$ \_\_\_\_\_

16. En cuántas instituciones (empresas) trabaja: \_\_\_\_\_

17. Cite la(s) institución(es) donde trabaja, comenzando con la Empresa O Bem Estar

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

18. Función/actividad profesional en la Empresa O Bem Estar:

Empleado	1	Director	5
Encargado	2	Pasante	6
Jefe	3	Subcontratista (cooperativa)	7
Coordinador	4		

19. Área(s) donde trabaja en la Empresa O Bem Estar:

	1		5
	2		6
	3		7
	4		

20. ¿Tiene tiempo disponible para estudiar?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

¿Domingo? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Lunes? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Martes? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Miércoles? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Jueves? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Viernes? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

¿Sábado? ¿Período(s)?

Mañana	1	Tarde	2	Noche	3
--------	---	-------	---	-------	---

21. Título:

a) Técnico en: \_\_\_\_\_

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

b) Graduado en:

\_\_\_\_\_

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

c) Especialización/perfeccionamiento en:

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

d) Máster en: \_\_\_\_\_

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

e) Doctorado en: \_\_\_\_\_

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

f) Postdoctorado en:

Inicio: / . Término: / .

Institución: \_\_\_\_\_

22. ¿Considera que es importante realizar investigación científica?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

23. En caso negativo, por qué razón:

no tengo estímulo personal	1	no lo considero importante	3
no tengo estímulo profesional	2	no sé	4

24. En caso positivo, por qué razón:

para mi satisfacción personal	1	para la consolidación de mi profesión	3
para mi desarrollo profesional	2	no sé	4

25. Me gustaría tener la oportunidad de lograr en el 2011:

A) ¿Graduación?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

B) ¿Especialización?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

C) ¿Proyecto de investigación para la producción de un artículo científico?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

D) ¿Máster?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

E) ¿Doctorado?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

F) ¿Otra actividad profesional?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

26. ¿En qué campo(s) o materia(s)?

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) ( ) no tengo un campo/materia específico de interés.

27. Le resulta difícil lograr:

A) ¿Graduación?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

B) ¿Especialización?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

C) ¿Proyecto de investigación para la producción de un artículo científico?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

D) ¿Máster?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

E) ¿Doctorado?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

F) ¿Otra actividad profesional?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

28. En caso positivo, ¿por qué razón?

- a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_  
 d) ( ) no tengo una razón específica.

29. ¿Ha registrado su currículum en el sistema Lattes?

Sí, actualizado	1	Sí, desactualizado	2	No	3	No sé	4
-----------------	---	--------------------	---	----	---	-------	---

30. ¿Forma parte de algún grupo de investigación científica?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

31. En caso positivo, ¿cuál?

a. Grupo de investigación:

b. Línea de investigación:

c. Institución: \_\_\_\_\_

32. ¿Considera que es importante formar parte de un grupo de investigación?

Sí	1	No	2	No sé	3
----	---	----	---	-------	---

33. En caso positivo, ¿cuál es su contribución al grupo?

- a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_  
 d) No sé.

34. ¿Haría un curso de:

a) Metodología de investigación?

Sí	1	No	2	No sé	3	Depende	4
----	---	----	---	-------	---	---------	---

b) Básico de programa estadístico?

Sí	1	No	2	No sé	3	Depende	4
----	---	----	---	-------	---	---------	---

35. En caso condicional, ¿cuáles serían las condiciones?

- a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 d) No sé.

36. En un equipo multidisciplinario, ¿en qué aspecto contribuyó más?

Bio	1	Psico	2	Social	3	No sé	4
-----	---	-------	---	--------	---	-------	---

37. ¿En cuál(es) de estas actividades tiene experiencia y una propuesta de trabajo para el público de edad?

Actividad física	1
Actividad de memoria y aprendizaje	2
Actividad de cultura y entretenimiento	3
Actividad artística	4
Educación nutricional	5
Salud oral	6
Prácticas de autocuidado (actividades terapéuticas)	7
Educación para la salud	8

--	--

38. ¿Cuál es su profesión actual?

39. ¿Qué sabe sobre el centro de investigación Olhe O Bem estar? ¿Qué espera de él?

¿Qué puede hacer por él?

### PREGUNTAS ABIERTAS

40. ¿Qué lo llevó a elegir esta profesión?

41. ¿Trabaja en el mismo campo en que se graduó?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

¿Por qué?

42. ¿Qué es la gestión de cuidados en su opinión?

43. ¿Qué es My Care en su opinión?

44. ¿Qué importancia tiene My Care en el ejercicio de su trabajo en la empresa O Bem Estar?

Total	1
Parcial	2
Ninguna	3

¿Por qué?

45. ¿Qué haría para mejorarlo?

46. ¿Qué hace para que las personas mayores sigan sus orientaciones?

¿Por qué?

47. ¿Se prepara para atender a un paciente de edad avanzada?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

¿Por qué?

48. ¿Cómo le gustaría que los profesionales en campo lo atendieran?

49. ¿Ha participado en un equipo multidisciplinario?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

¿Dónde?

50. En su opinión, ¿qué es una reunión multidisciplinaria?

51. Cuidar es...

52. La vejez es...

53. El envejecimiento es...

54. En su condición de profesional de la salud, ¿cómo ve la vejez?

55. ¿Cuáles son sus dos mejores cualidades?

56. ¿Cuáles son sus dos peores defectos?

57. ¿Cuál es su mayor alegría?

58. ¿Qué prácticas de autocuidado sigue usted misma(o)?

59. Piense un caso suyo que haya marcado su carrera. ¿Cómo reaccionaría si el paciente fuera alguien de su familia? ¿Aceptaría que esta persona formase parte del programa My care? ¿Piensa que así la resolución del caso sería diferente?

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

Término: Horas: \_\_\_\_\_ minutos: \_\_\_\_\_

## Anexo 2



### PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SÃO PAULO

Carrera de Psicología

São Paulo, 14 de abril de 2011.

**A/A Edna Gasques Loureiro**

**Cargo o función:** Directora

**Institución:** *O Bem Estar, Rua da Consolação, 37, 3º. Andar, CP: 01301-000, São Paulo.*

**Asunto:** Autorización de recopilación de datos

Por la presente le informamos que la estudiante Aline da Silva Buttura, RA 00034674, que cursa el 7.º período (4.º año) de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (PUC-SP), está bajo la dirección de la profesora Dra. Ruth G. da Costa Lopes (si quiere contactarla, su número de teléfono es: PUC SP (011) 3670-8320) y quisiera solicitar su autorización para la recopilación de datos en la empresa O Bem Estar, en virtud de su trabajo de iniciación científica, cuyo tema es: **Qué significa vejez para profesionales de la salud que trabajan con personas mayores con enfermedades crónicas**

En este estudio, la estudiante:

- Recopilará datos de los legajos médicos.
- Aplicará un cuestionario a los sujetos de la investigación.

Para que la estudiante pueda dar continuidad a este proyecto de investigación, necesita una carta de su institución autorizando la recopilación de datos, que se elevará a la Comisión de Ética de la PUCSP.

Quedo a su disposición por cualquier duda o consulta.

---

Profesora Ruth Gelehrter da Costa Lopes

Carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo

---

## Anexo 3

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

El que suscribe, \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_, con cédula de identidad n.º \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado de que mi participación en la investigación desarrollada por la estudiante Aline da Silva Buttura del 7.º período (4.º año) de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo, en São Paulo, con la intención de obtener becas de investigación, no infringirá mis derechos humanos, y que mi participación, ya sea por medio de



entrevistas, respuestas a un cuestionario o como sujeto de observación directa, podrá usarse en medios académicos y científicos.

Autorizo la grabación de audio de la entrevista que realizaré y su transcripción posterior por el equipo de estudiantes-investigadores responsables, a los fines de investigación y enseñanza. Autorizo la publicación de este material en medios académico-científicos y soy consciente de que se eliminarán o modificarán mis datos de identificación personal, para asegurar mi privacidad, y de que recibiré los resultados de este estudio en el que he contribuido.

Soy consciente, también, de que puedo terminar mi participación en el estudio en cualquier momento en que lo considere necesario.

La Profesora responsable es Ruth Gelehrter da Costa Lopes, de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo, si quiere contactarse con ella, puede hacerlo al: PUC SP (011) 3670-8320.

São Paulo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del participante en la encuesta)

\_\_\_\_\_  
Estudiante investigador

\_\_\_\_\_  
Profesor responsable de la asignatura

**Artículo recibido:** 29 de Setiembre, 2013

**Artículo aprobado:** 19 de Mayo, 2014