

**Maribel Carretero Orcoyen**  
**Oscar Castedo Martínez**  
**José Carlos Fuertes Rocañín**  
**Rosa Adela Leonseguí Guillot**  
(Directores-Coordinadores)

# **ENFERMERÍA GERIÁTRICA**

## **Aspectos Médico-Legales**

### **Autores**

Maribel Carretero Orcoyen  
Oscar Castedo Martínez  
José Carlos Fuertes Rocañín  
Rosa Adela Leonseguí Guillot  
Patricia López Peláez  
Fernanda Moretón Sanz  
Juan Carlos de Peralta Ortega  
María Paz Pous de la Flor  
Juana Ruiz Jiménez  
Alfonso Serrano Gil  
Lourdes Tejedor Muñoz



©Maribel Carretero Orcoyen, Oscar Castedo Martínez, José Carlos Fuertes Rocañín,  
Rosa Adela Leonseguí Guillot, *et al.* 2015

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: [ediciones@editdiazdesantos.com](mailto:ediciones@editdiazdesantos.com)

ISBN: 978-84-9969-925-7

Depósito Legal: M-1952-2015

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

## Autores

---

**Maribel Carretero Orcoyen**

Médico Especialista en Geriatría

**Oscar Castedo Martínez**

DUE Enfermería HUPH

**José Carlos Fuertes Rocañín**

Médico Especialista en Psiquiatría

**Rosa Adela Leonseguí Guillot**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

**Patricia López Peláez**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

**Fernanda Moretón Sanz**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

**Juan Carlos de Peralta Ortega**

Profesor Derecho Civil UNED

**María Paz Pous de la Flor**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

**Juana Ruiz Jiménez**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

**Alfonso Serrano Gil**

Profesor UNED

**Lourdes Tejedor Muñoz**

Profesora Titular Derecho Civil UNED

## Colaboradores

---

**María Salomé Besada Torres**

DUE HUPH

**Omar Álvarez García**

DUE HUPH

# Índice de contenido

---

## Parte I CUIDADOS Y DIAGNÓSTICO

<b>1. Consideraciones generales sobre envejecimiento y su evolución.....</b>	<b>3</b>
Introducción .....	3
Envejecimiento.....	4
Enfoque histórico .....	5
Enfermería geriátrica y gerontontológica.....	10
<b>2. Teorías sobre el envejecimiento desde el punto de vista físico, psíquico y social .....</b>	<b>13</b>
Introducción .....	13
Teorías actuales.....	14
<b>3. Trastornos cognitivos, afectivos, neuróticos, psicóticos y de personalidad .....</b>	<b>21</b>
Trastornos cognitivos .....	21
Trastornos afectivos, neuróticos y psicóticos .....	28
Trastornos de personalidad en el anciano.....	33
<b>4. Valoración de la ancianidad .....</b>	<b>39</b>
Introducción .....	39
Valoración física.....	42
Valoración funcional.....	42
Valoración estado mental.....	49
Valoración social.....	52
<b>5. Medios sociales y sanitarios.....</b>	<b>55</b>
Introducción .....	55
Atención primaria.....	56
Atención especializada .....	58
Servicios sociales.....	60
<b>6. La importancia de la actividad y la rehabilitación en personas mayores .....</b>	<b>69</b>
Actividad .....	69
Rehabilitación .....	75
<b>7. El maltrato en los ancianos .....</b>	<b>83</b>
Introducción .....	83
Tipos de malos tratos a personas mayores .....	84
Prevención de los malos tratos .....	87
Actuación del profesional de atención primaria en los malos tratos a personas mayores .....	93
Recomendaciones de actuación al profesional de enfermería .....	94

<b>8. La figura del cuidador .....</b>	<b>97</b>
Introducción .....	97
El perfil de las cuidadoras y los cuidadores familiares en España .....	97
Tareas y las responsabilidades más comunes que realizan y adoptan los cuidadores .....	98
Impactos de los cuidados en el cuidador .....	99
El autocuidado del cuidador.....	102
Programas de intervención psicológica para el cuidador.....	103
Diagnósticos de enfermería y planes de cuidados del cuidador .....	104
<b>9. Cuidados paliativos.....</b>	<b>107</b>
Introducción .....	107
Historia de los cuidados paliativos .....	107
Definiciones y conceptos.....	108
Organización de los cuidados paliativos.....	109
Objetivos de los cuidados paliativos .....	111
Atención a la familia .....	118
<b>Bibliografía. Parte I.....</b>	<b>119</b>

## Parte II PSICOGERIATRÍA

<b>10. Consideraciones generales sobre el envejecimiento.....</b>	<b>127</b>
Introducción .....	127
Definiciones y conceptos.....	128
Epidemiología del envejecimiento .....	131
Teorías del envejecimiento.....	133
Consecuencias de envejecer .....	136
<b>11. Envejecimiento desde el punto de vista físico (biológico).....</b>	<b>139</b>
Introducción .....	139
Órganos de los sentidos .....	139
Sistema nervioso .....	140
<b>12. Envejecimiento desde el punto de vista psíquico .....</b>	<b>142</b>
Introducción .....	142
Modificaciones de la función cognitiva .....	142
Modificaciones de la afectividad y personalidad .....	146
Cambio de rol en la comunidad .....	
<b>13. Envejecimiento desde el punto de vista social: rol individual, rol en la comunidad .....</b>	<b>149</b>
Introducción .....	149
Cambio de rol individual .....	150
Cambio de rol en comunidad .....	152
<b>14. Valoración del anciano en psicogeriatría: valoración geriátrica integral, escalas de evaluación.....</b>	<b>155</b>
Introducción .....	155

¿Qué significa presentación atípica de las enfermedades en el anciano? .....	156
¿Por qué las enfermedades se presentan de diferente forma en el anciano? .....	157
Estrategias en la recogida de información por parte del profesional....	157
Valoración geriátrica integral .....	158
Escalas de evaluación .....	164
<b>15. Trastornos cognitivos .....</b>	<b>167</b>
Demencias.....	167
Delirium o cuadro confusional agudo (CCA) .....	184
Pseudodemencia.....	187
<b>16. Trastornos del estado de ánimo .....</b>	<b>189</b>
Depresión .....	189
Epidemiología.....	189
Características clínicas.....	190
Diagnóstico.....	191
Tratamiento de la depresión .....	193
Actitud ante el anciano depresivo.....	194
Actitud ante el anciano suicida .....	197
Clínica: diferencias con el adulto.....	198
Tratamiento .....	199
<b>17. Trastornos de ansiedad .....</b>	<b>201</b>
Tratamiento médico .....	203
Actitud ante el paciente con ansiedad .....	205
<b>18. Trastornos de personalidad.....</b>	<b>207</b>
Epidemiología.....	209
Aspectos clínicos y diagnósticos.....	209
Tratamiento .....	210
<b>19. La sexualidad en los mayores: disfunciones sexuales y trastornos psicosexuales .....</b>	<b>213</b>
Sexualidad de los mayores en el momento actual .....	214
Respuesta sexual con el envejecimiento .....	215
Disfunciones sexuales .....	217
Trastornos mentales y disfunción sexual.....	218
<b>20. Trastornos psicóticos .....</b>	<b>221</b>
Introducción .....	221
Esquizofrenia en el anciano.....	221
Trastorno delirante.....	224
<b>21. Abusos de sustancias: alcohol.....</b>	<b>227</b>
Introducción .....	227
Trastornos asociados al consumo de alcohol en personas mayores .....	227
Epidemiología.....	229
Particularidades en los mayores.....	229
Incapacidades físicas y el alcohol .....	231

Tratamiento de la dependencia al alcohol en las personas mayores ....	234
<b>22. Trastornos del sueño.....</b>	<b>237</b>
Introducción .....	237
El sueño en el anciano normal .....	237
Ritmos circadianos .....	237
Estructura y fases del sueño.....	238
Trastornos del sueño en los ancianos.....	239
Actitud ante el anciano con trastornos del sueño.....	242
La familia del anciano con problemas psicogeriátricos .....	243
Recomendaciones prácticas .....	244
<b>23. Aspectos asistenciales .....</b>	<b>245</b>
Recursos sociosanitarios .....	245
Maltrato al anciano con trastorno mental .....	253
Sobrecarga del cuidador. cuidando al cuidador .....	254
<b>24. Aspectos éticos y medicoforenses de la vejez.....</b>	<b>257</b>
Introducción .....	257
Principios bioéticos .....	257
Principios legales.....	258
Documento resumen de la ley de dependencia.....	262
Conclusiones .....	268
<b>Bibliografía. Parte II .....</b>	<b>269</b>

### Parte III ASPECTOS LEGALES

<b>25. Los mayores en situación de dependencia: Panorámica sobre políticas públicas en materia de servicios residenciales.....</b>	<b>273</b>
Introducción .....	273
Dependencia, discapacidad e incapacidad: analogías y diferencias.....	274
Protección social y atención a la dependencia.....	277
Distribución competencial entre el estado y las comunidades autónomas en materia de dependencia.....	279
Servicios y prestaciones sociales para las personas mayores en materia de atención residencial .....	283
Consideraciones finales.....	289
<b>26. Nociones introductorias sobre las residencias y centros geriátricos como centros integrados en un servicio sanitario no exclusivo: el contrato residencial o de hospedaje y el sistema de distribución de responsabilidad civil y patrimonial por los daños en un servicio de atención residencial según sea público, en régimen de concesión o privado.....</b>	<b>289</b>
Introducción .....	289
Residencias de personas mayores y geriátricos: Cuestiones fundamentales.....	290

El contrato residencial o de hospedaje como negocio jurídico atípico .....	296
El sistema de distribución de la responsabilidad patrimonial entre administraciones públicas y concesionarios y contratistas de centros residenciales.....	299
Ámbito de responsabilidad y doctrina jurisprudencial: contratistas y concesionarios y jurisdicción competente .....	305
Reflexiones conclusivas. El peregrinaje jurisdiccional y <i>vis atractiva</i> del orden contencioso vs. <i>vis residual</i> de la jurisdicción civil.....	318
<b>27. Personas mayores, autonomía y dependencia: sus derechos y obligaciones en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia .....</b>	<b>321</b>
Consideraciones preliminares: el envejecimiento de las sociedades occidentales y la correlación entre edad y discapacidad .....	321
El mayor ante la constitución y la atención a la situación de dependencia como nuevo derecho subjetivo de ciudadanía .....	324
El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones .....	329
El sistema para la autonomía y atención a la dependencia .....	334
Los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia: de los mayores con plena capacidad de obrar a los que estén incapacitados judicialmente .....	338
Los titulares del derecho subjetivo: los requisitos acumulativos y concurrencia de nacionalidad, acreditación previa de la dependencia y residencia en el territorio español .....	334
Reflexiones finales.....	347
<b>28. Personas mayores incapaces y responsabilidad del profesional de enfermería.....</b>	<b>349</b>
Introducción .....	349
La responsabilidad civil .....	350
La responsabilidad civil del profesional de enfermería en el ámbito de la salud mental .....	351
La responsabilidad de la administración sanitaria .....	356
La responsabilidad civil de los centros sanitarios.....	360
Especial referencia a la responsabilidad civil de los centros de salud mental: suicidio y fuga .....	362
<b>29. Incapacidad indignidad y desheredación.....</b>	<b>369</b>
Nociones previas: testamento y legítimas.....	369
Capacidad para suceder. Incapacidades. Causas de indignidad .....	372
La desheredación en el código civil. Concepto y requisitos .....	378
<b>30. La autotutela como mecanismo de autoprotección de las personas mayores .....</b>	<b>383</b>
Planteamiento .....	383
Marco normativo protector de las personas mayores .....	384

La autotutela como mecanismo de autoprotección de las personas mayores.....	386
Las personas mayores en la ley de dependencia .....	394
<b>31. Rentabilización del patrimonio privado de las personas mayores: Renta vitalicia, contrato de alimentos, hipoteca inversa, seguro de dependencia.....</b>	<b>397</b>
Planteamiento general.....	397
La renta vitalicia y el contrato de alimentos.....	400
El seguro de dependencia y la hipoteca inversa: planteamientos de futuro .....	420
<b>32. Derecho a la información y consentimiento .....</b>	<b>427</b>
Cuestiones previas .....	427
Definiciones legales.....	430
El derecho a la información. Contenido del derecho a la información .....	432
Sujetos intervinientes en el proceso informativo.....	438
Forma y modo que debe revestir la información .....	443
El consentimiento informado .....	446
Especial referencia a enfermos mentales.....	453
Internamiento voluntario .....	455
<b>33. Matrimonio (o la capacidad para contraer matrimonio).....</b>	<b>457</b>
Introducción .....	457
El matrimonio.....	459
Matrimonio en forma civil.....	460
Celebración del matrimonio civil.....	470
La inscripción del matrimonio civil en el registro civil.....	471
El matrimonio en peligro de muerte .....	471
<b>Bibliografía. Parte III .....</b>	<b>474</b>

# PARTE I

---

## Cuidados y diagnóstico

OSCAR CASTEDO MARTÍNEZ

**Colaboradores:**

MARÍA SALOMÉ BESADA TORRES

OMAR ÁLVAREZ GARCÍA



# Consideraciones generales sobre el envejecimiento y su evolución

---

## INTRODUCCIÓN

Antes de entrar de lleno en la descripción del fenómeno del envejecimiento y de las repercusiones que tal hecho conlleva, conviene hacer referencia a las distintas disciplinas que se ocupan de abordar los variados y por los demás complejos problemas que afectan a los ancianos.

La Gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de la persona en particular desde todos sus aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales.

- Gerontología biológica: estudia las alteraciones y cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y funcionales.
- Gerontología social: estudia a la persona como un ser *integral*, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica y familiar donde vive, etc.

Etiológicamente la palabra Gerontología significa:

- GERON: anciano, viejo (griego).
- LOGOS: palabra, ciencia (griego).

La Geriatria es la rama de la Medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas del anciano, y además de su *recuperación y rehabilitación*.

La Geriatria es una especialidad *integral* que pretende llegar a todos los ancianos: sanos, enfermos (físicos y mentales), con problemática sociofamiliar y comunitaria.

Etiológicamente la palabra Geriatria significa:

- GERON: anciano, viejo (griego).
- IATRIA: curar (griego).

## ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento, como la recogida (a mediados del siglo XX) por Biner y Bourlière, que lo expresa como: “El conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.

Hoy la definición se amplía como: “El conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de su vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”.

### Vejez

Es un estado caracterizado por la pérdida de capacidad por la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella.

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edades:

- Edad cronológica.
- Edad fisiológica.
- Edad psíquica.
- Edad social.

### Edad cronológica

Se define por el hecho de haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años. Es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo para cada persona. La edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

### Edad fisiológica

Definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual: lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas.

### Edad psíquica

Es difícil establecer las diferencias a nivel psíquico entre los individuos de edad madura y los individuos ancianos. Los acontecimientos externos de la vida de cada

persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

## **Edad social**

Establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, los límites de la edad social cambian según las necesidades económicas y políticas del momento.

## **ENFOQUE HISTÓRICO**

En los últimos cien años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, cada día mayor, alcanzara una edad tan avanzada. No existían los complejos cuidados de salud para el anciano.

Uno de los puntos que preocupa especialmente a nuestra sociedad es que, dado que los ancianos son un colectivo de “no activos” que debe ser mantenido por el grupo de los “activos”. Asumir este hecho y poner los medios para que los individuos consigan vivir una vida plena y satisfactoria a cualquier edad, es tarea de todas las personas integrantes de un grupo determinado.

En el fondo la vejez, aun en situaciones de poder, es respetada, pero no amada ni deseada.

En el análisis de la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado, lo que pone de manifiesto que las condiciones socioculturales han proporcionado diferentes cuidados a los ancianos.

## **Evolución**

### ***Primeros antepasados***

La vejez era un estadio que pocos alcanzaban debido a las duras condiciones del hábitat. En algunas tribus el anciano era eliminado o abandonado, en otras se le aceptaba y respetaba. Hay que tener en cuenta que en las sociedades en que era posible alimentar jóvenes y ancianos, estos estaban más considerados; en caso contrario se imponía la supervivencia.

### **Civilizaciones antiguas**

Diversos médicos y filósofos hicieron importantes aportaciones gerontológicas en esta época. Para la escuela hipocrática, la vejez empezaba después de los 50 años. Era consecuencia del desequilibrio de los “humores”. En los aforismos hipocráticos se describe la presentación diferenciadora de las enfermedades en la vejez, como la temperatura no suele ser alta, los procesos tienden a la cronicidad, los há-

bitos intestinales cambian”, etc.; y se dan también normas de asistencia específicas de higiene corporal.

En cuanto al rol del anciano en estas sociedades, Aristóteles creía que los viejos debían ser apartados del poder, mientras que por su parte Platón abogaba por la gerontocracia, ya que creía que en la vejez se reunían más conocimientos y las personas se acercaban a la verdad.

Más adelante, ya en los inicios de la era cristiana, Galeno refundió el saber griego y la teoría hipocrática postulando que el envejecimiento era la pérdida de calor interno y como consecuencia, suponía la deshidratación y alteración de los humores. De esta teoría derivaron los fundamentos de los cuidados aplicados a los viejos: evitar su enfriamiento, la pérdida de líquidos y la alteración de los humores.

## **Edad Media**

Representa un retroceso en la evolución social y por tanto en la situación de la ancianidad. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos.

A finales de la Edad Media resurgió el razonamiento científico-médico adormecido desde los escritos galénicos, lo que le facilitaría los conocimientos gerontogeriátricos.

## **Edad Moderna**

En estas épocas existieron dos tendencias: una religiosa y espiritualista, y otra materialista y burlesca. La vejez era el momento de asegurar la salvación.

La visión materialista, criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder. Para los ancianos, pobres, la invalidez, la dependencia, la pasividad, la decadencia y la miseria económica eran su alimento habitual.

En este tiempo aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: Las Hijas de la Caridad y los Hermanos de San Juan de Dios. Estas comunidades se ocupaban de las personas ancianas y enfermas dentro de planteamientos caritativos a pesar de los avances metodológicos.

En los siglos XVIII y XIX, con la revolución industrial, se manifiesta un aumento de la población mundial gracias a factores como la higiene, la medicina y una mejor alimentación, si bien esto se producía dentro de la clase adinerada.

## **Situación actual**

En la situación actual la Humanidad ha experimentado una revolución debido a la democratización de una vida larga y la posibilidad de una menor fecundidad, se traducen en una nueva estructura de la pirámide poblacional, también llamado “envejecimiento demográfico”. Sus consecuencias políticas, económicas y sociales son enormes.

La población de España está experimentando dicha transformación con una intensidad y rapidez sin precedentes.

## Situación en España

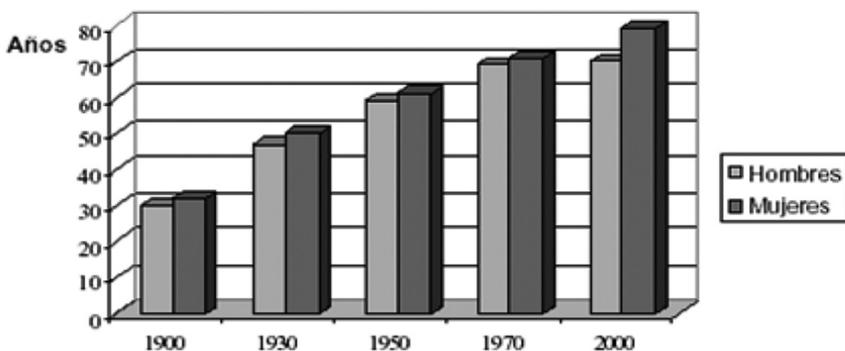
En España, el periodo transcurrido desde la transición democrática hasta la actualidad ha sido importantísimo. Se ha ido tomando conciencia del progresivo envejecimiento de nuestra población, y se han ido impulsando, en forma de programas, actuaciones dirigidas a este sector de la población que constituyen una oferta cada vez más diversificada.

Esta tendencia de envejecimiento se va a mantener e incluso irá en aumento en las próximas décadas. Esta situación debe ser analizada en el marco de un proceso evolutivo que ha tenido como protagonista a este sector de la población, activo en épocas de marcado desarrollo cultural, tecnológico e industrial. Es previsible que las personas jubiladas sean cada vez más instruidas, más urbanas, más cualificadas, más informadas y en general, más independientes, con lo que su nivel de exigencia (social-sanitaria) aumentará.

### *Esperanza de vida*

España parece un caso extremo de rápido envejecimiento demográfico. Pero toda su demografía es igualmente extrema. En los albores del siglo XX, la esperanza de vida no llegaba a los 35 años (muchos países europeos superaban ya los 50 años); un siglo después, con más de 80 años, se sitúa entre las más altas del mundo.

Las mejoras generacionales en materia de supervivencia son de una rapidez espectacular. Solo así se explica la eficiencia reproductiva conseguida y, por tanto, la posibilidad de reducir la natalidad hasta extremos nunca antes vistos, pese a que el volumen total de la población española no ha hecho más que aumentar, y muy por encima de las previsiones. La madurez de masas, umbral ya mencionado por el que las generaciones sobreviven mayoritariamente hasta los 50 años de edad, se consigue en España por primera vez en las generaciones femeninas nacidas entre 1901 y 1906, mujeres que cumplieron los 50 ya en la segunda mitad del siglo XX (Figura 1.1).



**Figura 1.1.** Evolución de la esperanza de vida al nacer. Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

## Cambio de la pirámide

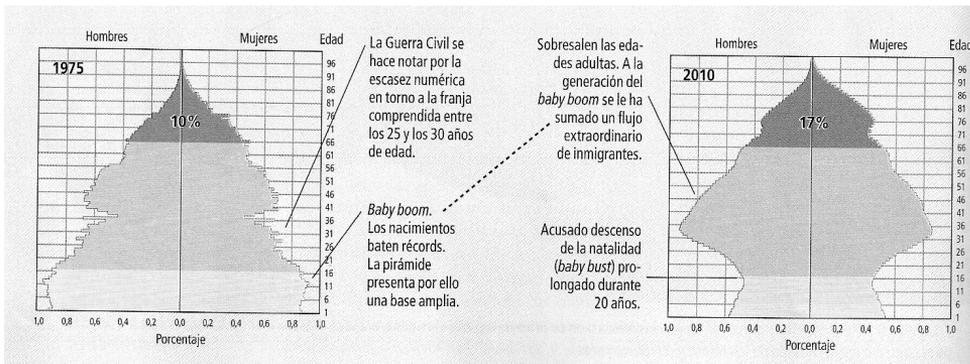
En España crece la proporción de personas mayores de 64 años.

Entre 1975 y 2010 ha pasado del 10% al 17% y seguirá aumentando en la próximas décadas. Las pirámides poblacionales correspondientes a estos años no pueden ser más distintas.

En la pirámide de 1975, la Guerra Civil se hacía notar por la escasez numérica en torno a la franja comprendida entre los 25 y 30 años de edad (lo mismo ocurría en Europa con la Segunda Guerra Mundial). Pero, a diferencia de otros países, España no recuperó la natalidad con el fin de la guerra. La dictadura y su aislamiento internacional se tradujeron en dos décadas de miseria y pocos nacimientos, pese al natalismo estatal.

Llego luego el *baby boom*. Los nacimientos batieron récords antes de iniciar un acusado descenso a partir de 1975; la base de la pirámide de ese año presenta una amplitud notable.

La pirámide de 2010 refleja, en cambio, un acusado descenso de la natalidad, prolongado durante 20 años. Sobresalen las edades adultas centrales (generaciones del *baby boom*), que además se han visto engrosadas con un flujo extraordinario de inmigrantes, sin precedentes en un país tradicionalmente emigratorio (Figura 1.2).



**Figura 1.2.** Pirámides poblacionales. Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

La reciente crisis económica ha frenado la inmigración y está retrasando las uniones conyugales y la natalidad, pronto empezarán a jubilarse las generaciones nacidas en los años 50 y 60. Ello conllevará un crecimiento notable del peso de los mayores sobre el conjunto, que superará el 20% probablemente antes de los próximos 15 años.

Se ha difundido la creencia de que España es uno de los países más envejecidos de Europa y del mundo. Sin embargo, esta idea, construida a finales de los años 90, cuando más acelerado era el ritmo de envejecimiento demográfico, es falsa.

Pero las proyecciones de tendencias son simples herramientas exploratorias, no predicciones. En la actualidad, el peso de los mayores en España, es muy similar al del conjunto europeo e inferior al que ya alcanza en países de gran peso como Alemania o Italia.

### **Las consecuencias del cambio de pirámide**

El cambio de la pirámide poblacional entraña, consecuencias en todos los ámbitos sociales. Algunas son automáticas: se trata de los “efectos de estructura”. Entre ellos destacan la feminización, el sobrevejecimiento y el aumento de la dependencia.

La feminización de la población se debe a la ancestral diferencia de mortalidad entre los hombres y mujeres. A los 80 años, las mujeres doblan a los hombres.

Conforme se generaliza la supervivencia hasta la primera vejez, se produce un sobrevejecimiento: cada vez es mayor el número de personas que alcanza edades muy avanzadas.

El envejecimiento demográfico causa el aumento de los problemas de salud y el creciente peso del cuidado a los dependientes.

La nueva pirámide poblacional afecta también a otros ámbitos sociodemográficos. Las formas de convivencia y las estructuras de los hogares son distintas en cada edad, de manera que la nueva pirámide implica mayor peso de los hogares que característicos de la vejez, con lo que disminuye el tamaño medio de los hogares españoles.

Según las proyecciones de población, en apenas dos décadas España alcanzará su porcentaje récord de personas mayores; ello coincidirá con la jubilación de las generaciones centrales del *baby boom*, que superarán la cuarta parte de la población total (Tablas 1.1 a 1.4).

**Tabla 1.1.** Población de 65 años y más (España 1950-2050). Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

<b>Año</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Nombre total</b>
1950	7,3%	2.044.000
2000	16,7%	6.797.000
2050	34,1%	14.504.000

**Tabla 1.2.** Proyecciones de población por grupos de edad. España. 2005-2030. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

<b>Año</b>	<b>De 0 a 15 años</b>	<b>%</b>	<b>De 16 a 64 años</b>	<b>%</b>	<b>65 y más</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
2030	7.182	14,06	31.916	62,50	11.971	23,44	51.069
2020	7.806	15,95	31.596	64,58	9.527	19,47	48.929
2015	7.764	16,36	30.986	65,30	8.704	18,34	47.455
2010	7.290	15,96	30.466	66,68	7.931	17,36	45.686
2005	6.786	15,61	29.392	67,59	7.306	16,08	43.484

**Tabla 1.3.** Población de 65 y más (1950-2050). Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

Año	% Europa	Total Europa	% mundial	Total mundial
1950	8,2	44.960.000	5,2	130.875.000
2000	14,7	107.418.000	6,9	421.351.000
2050	27,6	180.134.000	16,1	1.464.938.000

**Tabla 1.4.** Población proyectada según grupos de edad en la UE (en miles de habitantes).

Año	De 0 a 14	%	De 15 a 64	%	De 65 y más	%	Total
2030	55.124	14,33	235.048	61,12	94.401	24,55	384.573
2020	57.044	14,78	248.817	64,46	80.122	20,76	385.984
2015	58.523	15,19	251.969	65,41	74.694	19,39	385.186
2010	60.053	15,66	254.090	66,27	69.254	18,06	383.397
2005	61.868	16,27	253.074	66,56	65.252	17,16	380.194

Especial interés revisten las características de las generaciones que cumplen los 65 años de edad: los “nuevos viejos” españoles, con mucho retraso respecto a lo ocurrido en otros países desarrollados, están revolucionando el perfil sociológico tradicional de la vejez. Están cumpliendo 65 años las generaciones que, por primera vez, consiguieron la plena escolarización disfrutaron de una vida adulta y laboral sin interrupciones bélicas, vieron cómo el trabajo agrario o el origen rural dejaban de ser mayoritarios, y disfrutaron del consumo de masas de automóviles, electrodomésticos y otros productos.

## ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTONTOLÓGICA

### Desarrollo histórico y concepto actual

Desde hace mucho tiempo las enfermeras son las encargadas de velar por la salud de los ancianos. La tarea de atención a la población anciana enferma fue asignada socialmente a la enfermera, principalmente porque no había quien se ocupara de ella, pero no era apreciada ni se asumió la responsabilidad de proporcionar una atención profesional de alta calidad.

En esta era de rápidos cambios tecnológicos la sociedad se orienta hacia la juventud y la Productividad y en relación con la salud hacia la curación

### Funciones de la enfermería en geriatría

#### *Asistencial*

Consiste en ayudar al anciano sano o enfermo a conservar o recuperar la salud para que pueda llevar a cabo las tareas que le permitan el mayor grado de independen-