

Psicogeriatría: Vejez y envejecimiento

Adela Herrera P.

Enfoque integral del paciente geriátrico

La población mundial está envejeciendo progresivamente como consecuencia de las mayores expectativas de vida y la disminución de la tasa de natalidad. Esto ha dado al fenómeno del envejecimiento un relieve sin precedentes, constituyéndose la situación del adulto mayor (AM), en un tema relevante y emergente de la sociedad contemporánea.

Aspectos demográficos

Entre 1600 y 1900 la población mundial comenzó a crecer, pero a un ritmo lento. Fue en el siglo XX cuando ocurre la “explosión de la población”, triplicándose en 90 años. Para hacernos una idea de la magnitud de este fenómeno, basta decir que en el año 2000 aproximadamente el 15% de la población mundial sobrepasó los 60 años y el número de mayores de 80 años es el que más ha aumentado cada año.

Chile no escapa a esta situación, encontrándose en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino pero sostenido, debido a un descenso de la natalidad y mortalidad con un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. La esperanza de vida en Chile es actualmente de 75 años para el hombre y 78 años para la mujer.

El porcentaje de chilenos mayores de 60 años en 1996 era de un 10,5% (1,5 millones de AM) esta proporción aumentó de un 10% en 1990 y hasta un 11% en el 2002. Se proyecta un 16% para el año 2025, con una población de adultos mayores (AM) que sobrepasará los tres millones en nuestro país, lo cual tendrá un alto impacto en la salud por la prevalencia de diversas y especiales patologías de este grupo etario.

A lo anterior se ha suma el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el incremento de los grupos de edades más avanzadas (mayores de 80 años). Esta “cuarta edad” va a tener un impacto creciente para la planificación de los servicios sanitarios y sociales.

Estos breves datos demográficos-sanitarios bastan para justificar la existencia de la Geriatría que se define como “la rama de la Medicina que estudia los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales del anciano en situación de salud y enfermedad”. Es decir, pretende poner en orden y ofrecer respuestas específicas y profesionalizadas a los problemas de salud que de forma tan particular afectan a los AM. Pretende hacerlo,

además, a través de un equipo multidisciplinario mediante una “*atención geriátrica integral*”.

Definiciones y conceptos

Gerontología: estudio del proceso de envejecer en cualquiera de sus aspectos, dentro de criterios biológicos de normalidad. Incluye la investigación básica del proceso de envejecimiento hasta los estudios socioeconómicos, consecuencias de la jubilación, etc.

Geriatría: constituye una parte de la Gerontología y se define como la rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino de la recuperación de su función y de su reinserción en la comunidad.

Envejecimiento: toda la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. El envejecimiento es un proceso *universal*, alcanza a todos los individuos sin excepción; *intrínseco*, genéticamente programado; *progresivo*, comienza prácticamente desde el nacimiento; y *deletéreo*, ya que inevitablemente termina con la muerte.

El envejecimiento puede ser *fisiológico* si los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve, o bien *patológico* en presencia de enfermedades que alteren el curso normal del envejecimiento.

Cuando se hablamos de vejez siempre entramos en el tema de las edades. Delimitar una edad tiene importancia, sobre todo a efectos de los estudios epidemiológicos, que suelen aceptar la edad de jubilación como referencia. Importa destacar que paciente mayor y paciente geriátrico no son sinónimos. En el caso del paciente geriátrico la edad no es el único ni el principal determinante para definir el concepto, ya que se considera aspectos mucho más importantes.

Adulto mayor (AM): persona de 60 años o más, sin patología, problemática funcional, mental o social.

AM enfermo: AM que padece alguna enfermedad, aguda o crónica, pero que no cumple criterios de anciano frágil.

AM inmovilizado: AM que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama, la cual solo puede abandonar con la ayuda de otra persona, hay dificultad importante para desplazarse.

AM frágil o de alto riesgo: AM que cumple con tres o más de los siguientes criterios:

- Edad > 60 años, preferiblemente >75 años
- Pluripatología relevante (problemas médicos múltiples y complejos).
- Polifarmacia
- Enfermedad principal incapacitante
- Algún grado de deterioro mental
- Trastornos afectivos (ansiedad o depresión)
- Hospitalización en el último año
- Problemática social en relación con su estado de salud (vive solo, viudez reciente, cambio de domicilio reciente, bajo nivel socioeconómico, institucionalizado, etc.)

Paciente geriátrico: es el AM frágil al cual se le añade algún proceso agudo que lo obliga a consultar médico y/o a hospitalizarse. Se estima que entre un 20-30% de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en un hospital general pueden reunir los criterios de paciente geriátrico.

Evidentemente, cuánto más años tenga una persona más posibilidad tendrá de cumplir los criterios de paciente geriátrico, ya que lo que caracteriza al envejecimiento humano es la disminución homeostasis o la capacidad de reserva para hacer frente a las agresiones del medio, es decir, un accidente, una gripe, un cambio de residencia o la pérdida de un familiar, se soportará peor a mayor edad donde puede crear una situación catastrófica.

Características particulares del AM

Es importante tener presente que los AM tienen características propias, diferentes a los de menor edad. El AM tiene peor pronóstico de su enfermedad, mayor comorbilidad, mayor incidencia de complicaciones y mayor frecuencia de subtratamiento.

En relación al nivel educacional el 13% de los AM no sabe leer ni escribir (Encuesta CASEN 2000), porcentaje que triplica la media de la población general (4,6%) y es más frecuente entre las mujeres.

En lo que se refiere a Salud Mental, un estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en Santiago mostró que los AM presentan un 5,6% de trastornos afectivos y un 13,4% de trastornos cognitivos.

Otro estudio realizado en siete ciudades del país encontró que la frecuencia total de eventos de salud anuales en los AM era de 12,7, en comparación al 7,4 en niños y adolescentes y al 5,6 en adultos menores de 60 años.

En Chile, algunos investigadores han estudiado distintos aspectos de la salud de los AM, destacando un novedoso estudio que analiza las necesidades de salud desde la perspectiva de los propios AM.

Según los propios ancianos, sus problemas más importantes estaban relacionados con las necesidades económicas y de salud. El 72% declaró tener algún problema de salud al momento de la encuesta. Los problemas percibidos con mayor frecuencia fueron: cardiovasculares, osteomusculares, traumatismos y accidentes y alteración de los órganos de los sentidos.

Según los indicadores de autonomía funcional de este mismo estudio se observó que el 67% de la población AM se definió como funcionalmente sana, autovalente, capaz de llevar una vida independiente. El 30% se consideró frágil, con ciertas incapacidades que requerían ayuda parcial para realizar las actividades de la vida diaria. Sólo el 3,3% se definió dependiente por padecer una incapacidad severa.

Existe información muy limitada sobre el estado nutricional del AM en Chile. El estudio más reciente fue realizado en 1997, en una muestra de AM de las comunas más pobres de la Región Metropolitana (Santiago), demostrándose que el consumo de la mayor parte de los alimentos era muy inferior a la ingesta recomendada. Había un 21,4% de déficit en la muestra global y un 30% en los mayores de 75 años; existe un mayor deterioro nutricional a medida que avanza la edad. Más del 25% de los AM nonagenarios presentan un IMC menor de 20, reduciéndose la obesidad a menos de un 4%.

Por todas estas consideraciones, es necesario no intentar extrapolar las necesidades o características de los pacientes más jóvenes a los mayores, y orientar las medidas diagnósticas y terapéuticas teniendo en cuenta estas diferencias.

Valoración (o Evaluación) Geriátrica Integral

El anciano no es simplemente un adulto mayor (AM). En el curso del envejecimiento se producen importantes pérdidas a nivel de todos los órganos y aparatos. Se pierden buena parte de las reservas funcionales y ello convierte al AM en un ser mucho más vulnerable ante cualquier tipo de estímulo nocivo.

En la génesis de los cambios que se producen en el proceso de envejecimiento inciden tres grandes factores muy relacionados entre sí. El primero son los cambios fisiológicos propiamente dichos; el segundo, las distintas enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se han ido sucediendo a lo largo de la vida; y el tercero se deriva de la influencia de los factores ambientales, que, en muchos casos constituyen por sí mismos factores de riesgo.

En resumen, el paciente AM padece más enfermedades, es más vulnerable ante cualquier tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son más limitados, su reserva fisiológica es menor, las patologías se superponen una sobre otras, se manifiestan, diagnostican y tratan de distinta forma ("presentación atípica") y tiene una mayor implicación social.

La Geriatría es una especialidad que se caracteriza por la evaluación global del paciente AM, lo que se logra a través de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) que facilita alcanzar las metas primarias del anciano, de su familia y del médico que lo trata: "recuperar la función perdida, potenciar los remanentes y así mantener la independencia, autovalencia y autoestima".

Por definición, el concepto de VGI lleva aparejado la necesidad de profundizar en las cuatro áreas clásicas: clínica, funcional, mental y social generando un *Diagnóstico Cuádruple Dinámico*. Una evaluación

correcta identifica las áreas deficitarias que no son evidentes con la evaluación tradicional.

Objetivos de la valoración geriátrica integral (VGI)

- Diagnóstico integral cuádruple dinámico
- Mayor precisión diagnóstica
- Ubicación óptima del paciente.
- Aumentar el uso de servicios de atención domiciliaria (idealmente)
- Documentar la mejoría del paciente en el tiempo
- Disminuir hospitalizaciones por procesos agudos
- Disminuir institucionalización
- Mejorar el estado funcional, cognitivo y afectivo
- Mantener la independencia
- Planificación terapéutica individualizada
- Minimizar polifarmacia y de reacciones adversas
- Disminuir el costo global de la asistencia.

La VGI cuenta con un conjunto de técnicas que permiten encontrar la mayoría de los problemas de salud, funcionales, mentales y sociales en un individuo dado, y como consecuencia permiten iniciar una serie de medidas terapéuticas globales para manejar dichos problemas.

Las Escalas de Evaluación son un medio rápido y reproducible de acceder a información importante dentro de la evaluación global del anciano. Deben usarse con precaución ya que suponen una simplificación de una situación necesariamente compleja, con la pérdida de información que esta simplificación conlleva. Son un instrumento muy eficaz en el cuidado de los pacientes AM, pero no constituyen diagnóstico aislado.

Estas escalas deben cumplir ciertos requisitos. Deben ser las más adecuadas al ámbito de trabajo y al tipo de enfermos en los que se va a utilizar, deben aplicarse solo escalas validadas en la literatura científica y además la escala aplicada debe corresponder al nivel cultural y socioeconómico del individuo a evaluar, es decir, deben situarse en el contexto adecuado.

Valoración clínica

La valoración clínica se aparta en algunos aspectos de la evaluación médica tradicional. Su objetivo es “cualificar y cuantificar enfermedades sintomáticas, identificar afecciones desconocidas, evaluar sus efectos sobre la función y planificar y priorizar la intervención terapéutica”. Requiere de un profundo conocimiento de la fisiología del envejecimiento. Las enfermedades aparecen en los ancianos sobre un organismo cualitativamente distinto al del adulto joven y, por lo tanto, su expresión puede ser distinta, lo que se conoce como presentación atípica de las enfermedades en el AM.

Dado que muchos AM ocultan involuntaria-mente síntomas de interés por considerarlos inherentes al propio proceso de envejecimiento, es obligado realizar un interrogatorio activo al respecto focalizado en las

afecciones no comunicadas que se sintetizan en los denominados síndromes geriátricos.

¿Por qué hay presentaciones atípicas en el AM?

- Organismos fisiológicamente diferentes.
- Efecto de la pluripatología (una enfermedad o su tratamiento ocultan otra o la exacerban)
- Polifarmacia.
- Actitud del AM frente a su proceso de envejecimiento y su enfermedad.
- Actitud del médico y cuidadores.
- Dificultad para obtener la historia clínica y realizar la exploración física.
- Pruebas complementarias difíciles de obtener y dificultad (o desconocimiento) en la interpretación de los resultados.
- Escasez (o inexistencia) de estudios sobre el tema.

Valoración funcional

Su objetivo es identificar y cuantificar las funciones físicas del AM, su capacidad para la movilización y para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) para determinar su capacidad de vivir independiente, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia.

El método para esta evaluación se basa en la medir el grado de movilidad y, principalmente, la capacidad para realizar AVD tanto básicas como instrumentales y avanzadas.

Actividades básicas de la VD (ABVD o Activities of Daily Living-ADL) miden los niveles más elementales de la función física, es decir, comer, moverse, asearse, transferencias, contener esfínteres. Su valoración es de gran importancia en los ancianos institucionalizados, hospitalizados y en rehabilitación.

Uno de los índices más utilizados es el Índice de Katz, que consta de seis ítems ordenados jerárquicamente según la forma en que los pacientes pierden y recuperan las capacidades. Clasifica a los pacientes en seis grupos (A-G) desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización.

El Índice de Barthel mide independencia funcional en movilidad y cuidado personal. Monitoriza la evolución de tratamientos en pacientes crónicos hospitalizados y determina la necesidad de cuidados de enfermería. Se ha utilizado en pacientes con enfermedades que condicionan larga estada, en rehabilitación, para predecir duración de la hospitalización, efectuar un pronóstico y como instrumento de evolución. Es una escala de puntaje que consta de 10 ítem y la realiza un profesional de la salud a través de observación directa. También puede ser autoadministrada. El índice debe registrar lo que el paciente *hace* y no lo que *puede hacer*.

Actividades instrumentales de la VD (AIVD o Instrumental Activities of Daily Living, ADL) son aquellas que requieren algunos instrumentos y precisan

mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Incluyen el uso de teléfono, cuidado de la casa, salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos.

Las escalas AIVD se usan en personas que no están severamente dañadas y miden acciones que son necesarias para vivir en la comunidad. Una de las escalas más utilizada es la escala de Lawton y Brody que consta de 8 ítems y fue diseñada para medir el bienestar general de ancianos viviendo en la comunidad. Incluye aspectos de salud física, uso de tiempo, relaciones sociales e interpersonales, ambiente y elementos psicológicos. Una de las críticas a esta escala es que tiene un sesgo de género ya que incluye tareas que muchas veces el sujeto no ha hecho nunca por razones sociales, como por ejemplo, en nuestro medio la mayoría de los hombres nunca han cocinado o lavado y existen mujeres que no han manejado asuntos económicos.

Actividades avanzadas de la VD (AAVD o Advanced Activities of Daily Living- AADL) son de mayor complejidad y no son necesarias para mantener la independencia (viajes, negocios, etc).

Estas actividades mantienen entre ellas una relación jerárquica de forma tal que, en general, se tienden a perder primero las más complejas y al final las básicas.

Valoración mental

Tiene como objetivo identificar y cuantificar trastornos en las áreas cognitiva y afectiva que puedan afectar la capacidad de autosuficiencia. La valoración mental se subdivide en valoración del estado cognitivo y valoración del estado afectivo

Valoración del estado cognitivo

Llamamos **función cognitiva** o cognoscitiva a la capacidad de realizar funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, comprender, resolver problemas) que permitan el papel social normal del individuo.

La disfunción cognitiva no es un diagnóstico, sino un síndrome que necesita una cuidadosa evaluación diagnóstica etiológica y tratamiento, si es posible, de las causas subyacentes. La disfunción cognitiva tiene importantes repercusiones personales y sociales. Esta función se puede afectar por numerosas enfermedades, de forma lenta y progresiva (demencia) o rápida y fluctuante (delirio o estado confusional agudo).

El uso de escalas es útil para la detección y medición del deterioro cognitivo pero *no son instrumentos diagnósticos*, sino que son tan sólo un instrumento más cuya información se debe integrar con los otros datos obtenidos y jamás debe tomarse como un instrumento diagnóstico aislado. El principal valor de estas escalas es la capacidad de detectar deterioro en fase precoz. El diagnóstico de demencia es siempre clínico.

El *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein es el test más referido en las publicaciones internacionales de deterioro cognitivo y está validado a nivel nacional. Precisa de 15 minutos para su aplicación. De un total de 30 puntos, la normalidad se sitúa sobre 24 puntos. Tiene ciertas limitaciones en personas de nivel cultural previo muy alto o muy escaso.

Un cuestionario abreviado sobre el estado mental fue diseñado y validado por Pfeiffer, específicamente para pacientes de edad avanzada. Es un test de 10 preguntas y precisa de 3 a 5 minutos, por lo que es uno de los más generalizados.

Valoración del estado afectivo

Su valoración en el AM es de gran importancia por la frecuencia con que se altera y por su efecto en las distintas áreas funcionales. Se deben buscar síntomas depresivos y ansiosos.

La evaluación afectiva muchas veces se dificulta en los ancianos ya que tienden a negar sus sentimientos de depresión o ansiedad y presentan con mayor frecuencia molestias somáticas con base orgánica real. Además, muchos medicamentos usados habitualmente por los AM pueden producir efectos secundarios en esta esfera. Por otro lado, los AM constituyen el grupo de más alto riesgo de suicidio, muchas veces en cuadros depresivos no diagnosticados.

Una escala especialmente útil es la *Geriatric Depression Scale de Yesavage* (30 preguntas), diseñada para el uso específico en pacientes ancianos. Es un buen método de screening, aunque plantea problemas en pacientes con demencia. Una versión reducida del GDS (15 preguntas), recomendada por la Sociedad de Geriátrica Británica, es útil en diversos niveles asistenciales.

La *ansiedad* es un problema frecuente, tanto aislado como asociado a depresión. Existen diversas escalas para su evaluación, pero ninguna se ha popularizado lo suficiente como para recomendar su uso. No obstante, el grado de ansiedad debe ser valorado en cada paciente.

Valoración social

Su objetivo es identificar situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional de los pacientes ancianos.

La valoración social (VS) pretende evaluar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que lo rodea. Es un concepto amplio y multifactorial, muchas veces de difícil medición. No existen escalas que permitan estudiar las funciones sociales en su totalidad, pero sí múltiples de ellas que intentan medir cada uno de sus aspectos.

Como propuesta final se elaboró un cuestionario modificado de una escala diseñada por la Sociedad Británica de Geriátrica y el Colegio Médico de Londres, el cual evalúa en forma rápida los cuatro aspectos sociales más importantes: actividades, relaciones, soporte y recursos sociales.

Aspectos que considera la VGI

Aspectos biomédicos: diagnósticos actuales y pasados, su duración e impacto en la capacidad funcional y esperanza de vida; datos nutricionales (dieta, apetito, dentadura, variaciones en el peso, parámetros antropométricos y bioquímicos); medicamentos y efectos secundarios o reacciones adversas; función renal (clearance de creatinina) y hepática.

Aspectos funcionales: actividades de la vida diaria (AVD) básicas, instrumentales y avanzadas); trastornos de la marcha y caídas; función perceptiva (audición, visión, habla).

Aspectos mentales: función cognitiva, función afectiva y el tipo de personalidad; capacidad de adaptación.

Aspectos sociales: capacidad de relación social, relación de pareja, relación con la familia y amigos, algún confidente, aceptación de la ayuda. Sistema de soporte, como un cuidador principal, uso de soporte organizado, red de apoyo social formal y/o informal. Recursos económicos, vivienda, acceso a los servicios sociales y sanitarios. Necesidades percibidas.

Calidad de vida en Geriatría

Su estudio está adquiriendo una importancia progresivamente mayor en las últimas décadas y será cada vez más relevante en el proceso de transición demográfica. Su evaluación sistemática se debe recomendar como una parte esencial en el proceso de valoración geriátrica.

No existe acuerdo unánime sobre el concepto y definición de calidad de vida (CV), dado que es un concepto multifactorial donde participan el estado de salud, efecto de los tratamientos, la autoestima, estado emocional, espiritual y social, entre otros.

Se han diseñado múltiples escalas para la valoración de la CV. Las más usadas son la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia, diseñada para su uso en población anciana. Pretende medir el grado subjetivo de satisfacción del AM con su situación actual en tres factores: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad y ansiedad o inquietud.

Otra escala usada es la *Family APGAR*, Smilkstein, 1978, creada por médicos de familia para evaluar la salud familiar desde el punto de vista de cada miembro de la familia. Esta escala no fue creada para ancianos, pero es interesante para valorar la percepción (satisfacción-insatisfacción) que el anciano tiene de su familia. Si se emplea esta escala para evaluar a familias de ancianos habría que introducir modificaciones (Kane y Kane, 1993).

La VGI sólo tendrá éxito si va ligada al manejo de los problemas encontrados. A partir de la evaluación se elaborará un listado de todos los problemas y se diseñará una estrategia terapéutica para cada uno de ellos, persiguiendo así, mejorar la funcionalidad, potenciar los remanentes, mejorar la autoestima y optimizar la calidad de vida.

Polifarmacia y automedicación el adulto mayor

Los ensayos clínicos de nuevos medicamentos suelen realizarse en los pacientes adultos, y con frecuencia la edad superior de 60 años es motivo de exclusión en este tipo de estudios. Sin embargo, sabemos que la respuesta a los fármacos es marcadamente diferente en los AM. Con frecuencia se asume que aquello que constituye una buena alternativa terapéutica en el adulto joven, también lo es en el AM y que la pauta ensayada es la recomendable en los pacientes geriátricos.

De acuerdo al esquema podemos ver que las causas de las diferentes respuestas de los medicamentos en el anciano incluyen tanto las consecuencias directas del proceso de envejecimiento como los factores asociados a él.

| Factores que modifican la respuesta farmacológica del AM | | |
|--|---|--------------------------------|
| Factor | Efecto farmacológico | Consecuencia terapéutica |
| Cambios fisiológicos | Modificaciones <ul style="list-style-type: none"> • Farmacocinéticas • Farmacodinámicas | Aumento de reacciones adversas |
| Polipatología | Aumento de consumo de medicamentos | Aumento de interacciones |
| Factores psicosociales | <ul style="list-style-type: none"> • Automedicación • Incumplimiento | Disminución de la eficacia |

Factores socioculturales

La pérdida de memoria, la soledad y la disminución de la capacidad intelectual, hacen que el incumplimiento de las indicaciones terapéuticas sea un problema especialmente frecuente en el AM. Los niveles de incumplimiento son alarmantes (demostrado por diferentes estudios), sugiriendo que más de la mitad de los pacientes no toman correctamente su medicación. Además, con mucha frecuencia estos errores son tan importantes como para comprometer la eficacia del tratamiento.

Por otra parte, esa falta de adhesión al tratamiento prescrito por el médico, coexiste con un elevado consumo de medicamentos que no han sido indicados por el personal sanitario. El paciente anciano toma con mucha frecuencia fármacos de venta libre así como medicamentos almacenados en los botiquines. Cerca del 80% de los AM se automedica en forma habitual. Este consumo incontrolado de medicamentos hace que las interacciones sean muy frecuentes.

También tienen con cierta frecuencia situaciones como alcoholismo y malnutrición que modifican por sí mismas la respuesta farmacológica. Una correcta alimentación contribuiría a mejorar la calidad terapéutica e impediría el desarrollo de ciertas carencias nutricionales que, entre otras cosas, impiden una buena acción de los medicamentos.

Polipatología

Cerca del 80% de los AM padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc. Además, muchos de estos AM presentan varias patologías simultáneamente. De hecho, el 36% de los ancianos tiene más de tres enfermedades crónicas.

Muchas enfermedades, como enfermedades del hígado y los pulmones, diabetes, hipo e hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, modifican por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos. Por otro lado los medicamentos utilizados para su tratamiento constituyen un potencial riesgo de interacciones, pudiendo disminuir la respuesta terapéutica o potenciar la toxicidad.

El consumo de medicamentos por el AM es variable de acuerdo al nivel asistencial, pero resulta alto en todos ellos. A nivel ambulatorio, el número de medicamentos consumidos es de 2-4 por día. En las residencias este número se incrementa hasta 6-8 fármacos por día, y en los hospitales son incluso más.

Se han realizado pocos estudios que evalúen la calidad terapéutica farmacológica en los pacientes AM. A nivel hospitalario, la necesidad de politerapia parece justificada, en las residencias la situación es diferente. Algunos estudios señalan que el 20% de las prescripciones no eran necesarias, otros encuentran cifras más altas que alcanzan el 60%. En asistencia primaria se utilizan con cierta frecuencia fármacos contraindicados, o en dosis no ajustadas para el AM.

Cambios biológicos

La farmacología tiene dos grandes vertientes: farmacocinética y farmacodinamia.

La farmacocinética caracteriza las acciones del organismo sobre el fármaco (liberación, absorción, distribución, metabolismo, excreción).

La farmacodinamia determina los efectos y el mecanismo de acción del medicamento (acciones del fármaco sobre el organismo).

Independientemente de la aparición de enfermedades, con el envejecimiento el organismo sufre una serie de cambios que producen profundas modificaciones en su fisiología. Estos cambios hacen que la farmacocinética y farmacodinamia sea diferente en los pacientes AM.

Normas de prescripción en pacientes AM

El incumplimiento, la automedicación, la polipatología y la polifarmacia son particularmente frecuentes en estas edades y modifican el efecto esperado de los medicamentos.

Aunque las normas generales de prescripción de medicamentos en los AM son similares a las utilizadas en otras edades, existen algunas diferencias que deben ser tenidas en cuenta y por ello deben realizarse siempre una serie de consideraciones.

- Disminuir al mínimo el número de fármacos: revisar otros tratamientos, valorar la necesidad del nuevo fármaco
- Considerar alternativas: no farmacológicas, fármacos menos tóxicos, mejor tolerados, pautas simples y cómodas
- Ajustar la dosis: disminuir las dosis, empezar por dosis bajas e incrementar
- Educar al paciente o algún familiar o cuidador
- Revisar regularmente la necesidad del tratamiento.

Comprobar que el AM no esté tomando más medicamentos de los que puede tolerar. Los AM muchas veces consumen fármacos sin una clara indicación, ya sea por prescripción médica o por automedicación. Por ello se debe revisar regularmente la necesidad del tratamiento e insistir y educar al AM sobre la importancia de no tomar medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico.

Los AM con alteración de la función intelectual y analfabetismo, mala visión o sordera requieren de una explicación especial, asegurándonos que todas las instrucciones hayan sido comprendidas y dándolas además por escrito para el uso de medicamentos de prescripción obligada.

Son recomendables las siguientes medidas:

1. Aconsejar y educar sobre los riesgos de la automedicación, ya que *la automedicación se basa en un auto-diagnóstico*, que no siempre es correcto y suele ser el origen de consumo de remedios inadecuados.
2. Aconsejar al anciano y su familia o cuidadores que los medicamentos estén etiquetados con letras grandes y fáciles de reconocer. Idealmente, escribir en la caja la dosis indicada y el horario en que debe tomar para evitar confusiones.
3. Revisar periódicamente los medicamentos y eliminar aquellos que estén vencidos
4. Insistir en que no se debe cambiar por su cuenta la dosis indicada del medicamento.
5. Educar al AM y su familia sobre el efecto de los medicamentos y sus reacciones adversas y que su acción y dosis se modifican con la edad.
6. Es muy útil que el AM lleve una libreta donde estén anotados los medicamentos, la dosis, el horario y el cumplimiento.
7. Es aconsejable, sobre todo cuando existe algún deterioro de la memoria, hacer coincidir la toma del medicamento con alguna actividad, como comidas, acostarse, levantarse.
8. Aconsejar al AM que si debe tomar más de un medicamento, no ingerirlos todos juntos, a menos que esté indicado por su médico.
9. Evitar en lo posible las pautas de días alternos o de suspensión en ciertos días de la semana, ya que empeoran el cumplimiento. En ocasiones se producen intoxicaciones, pues al no recordar el paciente si ha tomado la medicina puede volver a tomarla.
10. Determinar si es realmente necesaria la utilización del medicamento, ya que muchos de los síntomas referidos por

los AM no requieren tratamiento farmacológico y pueden ser controlados con medidas menos agresivas.

Muchas veces se obtiene mejoría cuando el médico suspende alguno de los fármacos. La mayoría de las veces el mejor fármaco es el tiempo que le dediquemos a nuestro paciente, la dedicación, comprensión y cariño con que lo acogamos. La calidad y el tiempo dedicado en muchos casos puede ser el mejor y más inocuo de los fármacos. Esto no solo depende del médico tratante, sino de todos quienes rodean al AM: familia, cuidadores, vecinos, amigos, la comunidad toda, ya que frecuentemente la principal enfermedad de nuestros AM es la soledad, el abandono, la falta de comprensión, de cariño, la falta de tiempo para ser escuchados.

Todo lo anterior se traduce en un “diagnóstico” muy frecuente en la mayoría de nuestros AM, independiente de su nivel socio-económico, que es la *miseria espiritual*. Nuestros AM se enferman o sus dolencias se magnifican muchas veces por falta de amor. Para este “gran mal” la mejor indicación es su antídoto: **AMOR**. Esta debería ser la gran medicina y la mejor y principal receta de nuestro siglo: es gratis, todos tenemos la capacidad para darlo y además es dosis-dependiente.

Abuso en el anciano. ¿Cuándo sospechar y cómo prevenir?

“*Sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa*”

Aunque el abuso y la negligencia en los ancianos no son un fenómeno nuevo, el conocimiento de estos ha crecido recién en los últimos años. A pesar de la atención creciente a este problema por los profesionales sanitarios, el abuso es todavía sumamente difícil de sospechar y diagnosticar.

Abuso y negligencia en los ancianos tienen lugar ya sea en su hogar, comunidad o institucionalizados. Los casos reportados incluyen ancianos de ambos sexos, de todas las razas y condiciones socioeconómicas.

Además, se dan casos de cuidados inadecuados a los ancianos por razones que van más allá del abuso y la negligencia, tales como la ignorancia, discapacidad, pobreza, falta de acceso a los cuidados y escaso o nulo entrenamiento del cuidador.

Las barreras que enfrenta el médico para diagnosticar abuso incluyen la falta de conocimiento de las regulaciones legales al respecto, la falta de entrenamiento para diagnosticar signos de abuso e información inadecuada por parte de la familia y/o del propio anciano.

Como en otros casos de abuso, tanto el anciano mal tratado como el familiar o cuidador mal tratador requieren de tratamiento. Es frecuente que la negligencia al anciano sea involuntaria; o el cuidador no sabe dar el cuidado apropiado, o bien, puede estar enfermo, deprimido o en situación de stress.

Abuso: “todo aquel acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana. Incluye el maltrato físico, abuso psicológico y abuso económico” (Asociación Médica Americana, 1987).

Abusos físicos: todo acto que produce daño o dolor físico. Comprende agresión física de cualquier tipo; golpes, puñetazos, apalear, pegar una paliza, atacar con objetos; provocar quemaduras; abusos sexuales

Abuso psicológico: agresiones verbales gritos, insultos, amenazas, “silencios ofensivos”; aislamiento social provocado, humillaciones; “infantilización”, amenazas de abandono o de institucionalización

Abuso económico: robos, mal uso o abuso del dinero en base a confianza recibida, ocultar los bienes materiales, privación al anciano de sus bienes propios.

Negligencia: “Deficiencia por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios en orden a evitar daño físico, angustia o daño mental”. (Congreso de EEUU, Marzo 1985)

La negligencia física es el tipo de abuso más frecuente, sea intencional o no intencional. Comprende la deshidratación, malnutrición, higiene inadecuada, vestimenta inapropiada, administración incorrecta de medicamentos y falta de cuidados médicos.

Ciertos ancianos se encuentran en una situación de mayor riesgo de maltrato, como aquellos que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos. Ancianos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida del control de la situación o presentan signos de stress. De especial cuidado son los ancianos a cargo de familiares con historia previa de violencia familiar (niños, esposa) o que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas).

Principales factores de riesgo de abuso y malos tratos al anciano

Deterioro funcional del anciano
 Alteración de las funciones cognitivas
 Aislamiento social
 Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo Cuidador con alteraciones psicológicas
 Ambiente familiar perturbado por causas externas
 Historia previa de violencia familiar

El perfil típico de la víctima es de sexo femenino, de 75 años o más, viuda, con importante deterioro funcional por una enfermedad crónica y/o progresiva (Alzheimer, Parkinson, AVC), dependiente de su cuidador para la mayoría de las AVD. Portadora de problemas y conductas anómalas como incontinencia, agresividad o agitación nocturna. Convive con un familiar que es el principal y único cuidador. Puede tener antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes, presentar signos de malnutrición, deshidratación, mal higiene o intoxicación

medicamentosa. Se encuentra en una situación de aislamiento social.

El perfil del cuidador generalmente incluye tener algún parentesco con la víctima (es el hijo/a, o esposo). Es frecuente que no acepte el papel de cuidador ni asuma la responsabilidad que ello conlleva. Por lo general depende del anciano desde el punto de vista económico y de vivienda. Suele ser consumidor de fármacos, alcohol y drogas y frecuentemente tiene antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad, con pobres contactos sociales, y renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad. En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz, demuestra pérdida del control de la situación. Tiene historia previa de violencia familiar (esposa, niños) y además sufre stress por causas diversas (pérdida de trabajo, portador de cualquier enfermedad, problemas conyugales).

Con la finalidad de ayudar a identificar al anciano abusado se han creado diversos protocolos. Varios investigadores han demostrado que el equipo geriátrico multidisciplinario es más eficaz para descubrir y diagnosticar señales de abuso en el anciano que un solo profesional sanitario.

De todas maneras, la explotación y el abuso psicológico son más difíciles de diagnosticar que el abuso físico. La propia negligencia por parte del anciano es un desafío y una dificultad para diagnosticar correctamente e involucra, invariablemente, importantes consideraciones bioéticas, el sanar, en el sentido más amplio del concepto, sólo puede ocurrir a través de un acercamiento humanístico al cuidado del anciano.

Indicadores de abuso físico

- Heridas
- Contusiones
 - Múltiples contusiones
 - En muñecas, hombros o alrededor del abdomen, en la boca
 - De forma extraña
 - De coloración diferente
 - En la zona interior de los muslos o brazos
 - En el área genital
 - Pequeñas e irregulares contusiones que indican pellizco
- Lesiones en el aparato genital
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes
- Abrusiones o laceraciones en diferentes estadios
- Lesiones en la cabeza o en la cara
 - Fractura orbitaria
 - Hematoma ocular en antifaz
 - Alopecia errática por tirar de los pelos de forma agresiva y brusca

Prevención de abuso y maltrato

Prevención primaria: todo anciano tiene riesgo de presentar este problema.

Prevención secundaria: identificación de los factores de riesgo y realización de programas de prevención para localizar a ancianos y familias de alto riesgo.

Prevención terciaria: es la forma de actuación más frecuente. Programas educativos y servicios poco efectivos. La intervención legal es más efectiva para evitar el maltrato.

Residencias de ancianos

Los pacientes deben recibir los cuidados y servicios necesarios para alcanzar o mantener el mayor nivel de bienestar físico, psíquico, mental y/o psicosocial, de acuerdo con una valoración exhaustiva y plan de cuidados establecido para cada paciente en particular.

Las residencias deben ayudar a proteger y promover los derechos de cada paciente en el mantenimiento de la privacidad, ausencia de abusos, acceso a la información, facilitar la comunicación y visitas, participación en la planificación de los cuidados (con derecho a rehusar tratamientos), cuidar posesiones personales y asuntos financieros.

Sin embargo, el deterioro cognitivo puede limitar la comunicación y la autodeterminación.

Las residencias de ancianos proporcionan (o deberían proporcionar) cuidados a ancianos con enfermedades crónicas discapacitantes, traumatismos y enfermedades congénitas, las cuales requieren cuidados médicos, de enfermería y rehabilitadores.

Generalmente, sirven para pacientes que son incapaces de cuidarse por sí mismos, que necesitan ayuda en la realización de las AVD o que se encuentran frágiles.

Aproximadamente, entre la mitad o $\frac{3}{4}$ partes de las residencias están ocupadas por pacientes con demencia.

Hay una larga historia de manejo inadecuado e inapropiado de pacientes con demencia senil en las residencias. Al mismo tiempo, es llamativa la ausencia de diseño específico para el tratamiento de esta enfermedad en las residencias.

Otro dato importante es la alta prevalencia en el consumo de psicofármacos: cerca de la mitad de los ancianos toman neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos. Generalmente los psicofármacos son prescritos sin la valoración del estado mental ni la consulta con el psiquiatra o sin establecer un diagnóstico psiquiátrico. Un estudio demostró que el 56% de los ancianos mejoraban su estado de agitación con la retirada de estos.

Sería deseable la utilización en nuestro país de algún sistema de control en la calidad de la asistencia médica y ética a los pacientes, sobre todo aquellos con demencia, ingresados en las residencias de ancianos.

Conclusiones

El maltrato al adulto mayor tiene carácter de reto social y educacional. Las soluciones varían mucho dependiendo de los recursos sociales disponibles. La colaboración del médico con los servicios sociales es necesaria para que la intervención sea eficaz. La justicia actuará en aquellos casos que sea preciso.

Envejecer con éxito debe pasar de utopía a la forma habitual de envejecer.

Depresión: cronicidad y riesgo de suicidio en el adulto mayor

La depresión contribuye a aumentar la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida y aumenta los costos sanitarios. A pesar del creciente conocimiento público de la depresión y de que se dispone de numerosos tratamientos efectivos, la depresión en los AM sigue sin ser diagnosticada y tratada. A esto se suma que los AM tiene menos posibilidad que los jóvenes de acceder a los servicios especializados de salud mental.

La depresión es la enfermedad mental más frecuente en los AM de 60 años. En los AM que viven en la comunidad, la prevalencia de depresión mayor es entre el 2% y 5% y la depresión subsindrómica del 15% al 30%. Los AM hospitalizados por razones médicas, presentan síntomas depresivos en una tasa del 10% al 30%. En los AM institucionalizados, la prevalencia de depresión es cerca del 10%, mientras que la tasa de depresión subsindrómica (no cumple con los criterios de depresión mayor) se aproxima al 30%.

Tres factores complican el diagnóstico de depresión en los AM: las enfermedades médicas asociadas, el deterioro cognitivo y los sucesos adversos de la vida.

La depresión tardía varía. Un metaanálisis (Colle MG y col) de 12 estudios publicados sobre pacientes AM deprimidos que viven en la comunidad atendidos en atención primaria, demostró que después de 24 meses de tratamiento el 33% de los pacientes mejoraron, el 33% no cambiaron apreciablemente y el 21% murieron. Los factores de riesgo para tener malos resultados incluyeron la falta de tratamiento adecuado, los episodios iniciales de depresión graves o de larga duración, el deterioro cognitivo y la comorbilidad física.

Riesgo de suicidio

Aunque la incidencia de la depresión no parece aumentar con la edad, la incidencia del suicidio sí lo hace, especialmente en los varones.

El suicidio es la consecuencia más grave de la depresión. La tasa de suicidio en los AM es aproximadamente dos veces mayor que en los grupos más jóvenes. En la población AM la tasa de muerte por suicidio es seis veces más alta en los hombres que en las mujeres. Aunque el suicidio en las personas más jóvenes puede asociarse con distintas enfermedades psiquiátricas, en las personas mayores se relaciona más específicamente con la depresión. Entre el 60% y 90% de los mayores de 75 años que se suicidan cumplen criterios clínicos de depresión.

Factores de riesgo de suicidio

Factores médicos

- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes e incapacitantes, como demencia tipo Alzheimer, Parkinson, neoplasias, diabetes mellitus con retinopatía o polineuropatía, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes, principalmente del aparato genitourinario o gastrointestinal.
- Los tratamientos utilizados para contrarrestar enfermedades frecuentes (digitálicos, propanolol, indometacina, metildopa, etc.)
- Las enfermedades pro-depresivas como la aterosclerosis, las demencias, el carcinoma de cabeza de páncreas, etc.

Factores psiquiátricos

- Se incluyen las depresiones de cualquier naturaleza, el abuso de alcohol y de drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran agitación y desconfianza, la confusión mental, el deterioro cognitivo.
- La falta de acuciosidad en la búsqueda de la ideación suicida y de sus factores de riesgo cuando se sospecha una depresión, tratamiento insuficiente o inadecuado para la depresión, suspensión precoz del tratamiento antidepressivo a pesar que el paciente aún presenta síntomas residuales.

Factores psicológicos

- La desesperanza, sentimientos de soledad e inutilidad, los ancianos inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a vivir el pasado.

Factores familiares

- Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio.
- El divorcio o la separación matrimonial.
- El primer año de viudez es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital desencadena una depresión que altera el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de enfermedades físicas, principalmente las infecciosas.
- El abuelo “ping-pong” o “golondrina” que se produce cuando se condena al anciano a la migración forzosa al ser trasladado de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares y en detrimento de la comodidad, privacidad y estabilidad del anciano.
- El ingreso a un hogar de ancianos en su etapa de adaptación o cuando se realiza en contra de la voluntad del anciano puede reactivar situaciones de desamparo previas que pueden precipitar un acto suicida.

Factores socio-ambientales

- La jubilación, el aislamiento o un escaso soporte social, y la actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia sus ancianos. La competencia de las generaciones más jóvenes, la pérdida de prestigio. El nivel socioeconómico bajo. Las situaciones adversas de la vida como pérdidas de trabajo, productividad, salud, amigos, personas queridas, vivienda, etc.

Para evaluar el riesgo de suicidio en la vejez se sugiere la siguiente guía práctica:

| Conducta observada | puntos |
|---|--------|
| Actitud poco cooperadora del anciano en la consulta. | 2 |
| Padecer una enfermedad física que ha requerido hospitalizaciones frecuentes y tratamientos prolongados. | 2 |
| Padecer una enfermedad mental. | 3 |
| Tener antecedentes personales de intento de suicidio. | 3 |
| Poseer antecedentes familiares de conducta suicida. | 1 |
| Anciano(a) que vive solo(a). | 2 |
| Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros | 4 |
| Manifestar ideas o plan suicida. | 5 |
| Cambios de conducta hacia aislamiento, agresividad, agitación, labilidad emocional frecuente, de pocos días de evolución. | 3 |
| Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil, que es perder el tiempo, a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista. | 5 |

Si la suma de la puntuación es mayor de 9 puntos, el anciano debe ser remitido a una unidad psiquiátrica para ser evaluado por el especialista.

Los ancianos utilizan todos los métodos habituales para suicidarse: fármacos, armas, ahorcamiento y precipitación desde una altura. Pero, en los últimos años de vida también pueden intentar el suicidio por otros medios más lentos y menos obvios como no comer, no tomar los medicamentos, beber mucho alcohol, retrasar un tratamiento o arriesgarse físicamente. Por lo tanto, la alta tasa de suicidios en los ancianos podría ser incluso mayor de lo que se cree.

Entre los elementos que parecen contribuir al suicidio en los ancianos está un sentimiento de alienación, el deseo de controlar la propia muerte e incluso una decisión filosófica y racional de morir cuando el estado mental y físico está comenzando a fallar.

De todos estos factores, los suicidios más fáciles de prevenir son los relacionados con la depresión. Reducir la frecuencia de depresión y tratarla efectivamente son las principales intervenciones para disminuir la tasa de suicidio en los ancianos.

Duelo y muerte

La muerte y el hecho indesmentible de que todos vamos a morir algún día ha sido siempre un tema tabú, al menos en nuestra sociedad. A los niños y jóvenes se los intenta mantener alejados del tema de la muerte, y sólo con la adultez comenzamos a reconocer el hecho de la muerte como existente, pero lamentablemente no como el hecho natural que es. El cine, la televisión y la cultura popular

tienden a mostrarnos la muerte como algo oscuro y terrorífico y rara vez nos encontramos con visiones más positivas, donde ésta se entienda como un paso más de la vida y quizás un paso hacia una vida mejor. Nuestras actitudes hacia la muerte, entonces, tienden a tener más que ver con las influencias que recibimos de nuestra cultura y familia, que con una valoración más objetiva de los hechos y un análisis profundo y personal.

Por lo anterior, resulta muy importante resignificar la muerte para poder asumir de un modo más sano tanto la muerte de nuestros seres queridos como también la propia. Pocas personas llegan a aceptar la muerte como un proceso natural, pero quienes lo consiguen logran tener una vida más feliz, pues ya no viven atormentados por el temor a la muerte.

Más allá del significado profundo que da cada uno a la muerte, hay ciertos elementos psicológicos que es importante conocer para poder ayudarnos a nosotros mismos a enfrentar mejor la muerte y el duelo:

Los seres humanos tenemos una tendencia innata a establecer vínculos emocionales con otras personas. Así conseguimos la satisfacción de necesidades biológicas (hambre, sed, sexo), y psicológicas (protección, seguridad, afecto). Muchos de estos vínculos afectivos tienden a durar gran parte de nuestras vidas, y es por esto que nos resulta muy difícil comenzar en un momento a vivir sin ellos, más aún cuando la causa de esta separación es tan irreversible como la muerte.

A pesar de que la pérdida sea irrecuperable, la persona intentará restablecer la relación. Pero tendrá que aceptar y acostumbrarse a vivir sin esa persona, lo cual toma tiempo. A este proceso de adaptación se le ha denominado duelo y es uno de los períodos de crisis más intensos que puede experimentar una persona a lo largo de su ciclo vital.

Se ha definido duelo como una reacción emocional que se da frente a una pérdida de cualquier tipo: física, económica, social. Se experimenta ese sentimiento como un modo de "poner distancia" hacia el hecho o suceso que nos afecta; aquel concluye cuando cambiamos y depositamos la carga afectiva en otra persona, animal o cosa diferente a aquello que ya no está

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido. Supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que conlleva.

La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: *tipo de muerte* (esperada o repentina, apacible o violenta), de la *intensidad de la unión* con el fallecido, de las *características de la relación* con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia), de la edad, etc.

La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre 1 y 3 años, aunque los síntomas agudos duran entre 1 a 2 meses.

Podemos decir que hemos completado un duelo (o que el duelo está resuelto) cuando somos capaces de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin él o ella, cuando hemos dejado de vivir en el

pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en la vida y en los vivos.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos (por ejemplo vestirse de negro, llevar flores), a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina.

El duelo se manifiesta a través de sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas.

El duelo trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero *NO se considera una conducta patológica*. Esto es muy importante, todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza.

Podemos dividir el proceso de duelo normal en tres etapas, tal como lo hace J. T. Brown:

Shock: La persona suele presentar aturdimiento, nudo en la garganta, llanto, desconfianza, negación, suspiros, sentido de irrealidad, vacío en el estómago.

Preocupación: Se observa ira, insomnio, tristeza, agotamiento, debilidad, anorexia, anhedonia, introversión, pensamientos sobre el difunto, culpabilidad, dificultad en el sueño (problemas para dormirse, despertares repentinos) y para concentrarse, sueños con la persona fallecida.

Resolución: La persona puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y establece nuevas relaciones.

Puede aparecer autorreproche, pero con menos intensidad que en el duelo patológico. Suele estar relacionado con actos triviales que se hicieron o dejaron de hacer con la persona perdida. El sobreviviente suele sentir culpa, deseos de haber sido él/ella quien debería haber muerto y no el otro.

En el adulto son más frecuentes los deseos de morir, de no seguir viviendo sin el ser querido. Suelen presentar una tendencia a la idealización y un recuerdo selectivo de los atributos valorizados.

Está comprobado que las personas en duelo son más vulnerables físicamente, lo que implica una mayor posibilidad de presentar algún tipo de enfermedad física.

La **resolución** del duelo tiene que ver con aceptar que la persona ha desaparecido de su vida, asumir las emociones negativas que se producen, adaptarse a un medio en el que esa persona no está, y a las nuevas tareas que han surgido, recolocarla emocionalmente y continuar viviendo. Esto es lo que suele llamarse "rehacer la vida". Cuando ya se es capaz de pensar en la persona fallecida sin dolor intenso, aunque con tristeza. Cuando el punto de interés vuelve a estar en la vida y las personas vivas.

Duelo patológico en el adulto

El duelo anormal puede presentarse de diversas maneras, que van desde el retraso del duelo o la ausencia, hasta un duelo muy intenso y prolongado, asociado a conductas suicidas o síntomas psicóticos.

Factores de riesgo de duelo patológico en AM

- Una pérdida inesperada.
- Presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida.
- Aislamiento social.
- Sentimientos de responsabilidad por la muerte.
- Historia de muertes traumáticas.
- Intensa dependencia con la persona que falleció.

El duelo negado es la ausencia de la expresión de duelo en el momento de la pérdida. Este tipo de duelo es patológico, ya que la persona que sufre la pérdida intenta evitar la realidad. Pueden aparecer reacciones físicas similares a las que causaron la muerte de la persona fallecida o presentar reacciones desmedidas en el primer aniversario de la muerte. Habrá un duelo patológico también cuando la persona presenta una falsa euforia.

Otra forma de duelo patológico ocurre cuando aspectos normales de un duelo se distorsionan o intensifican hasta adquirir respuestas en proporciones psicóticas, es decir, creer que uno mismo es el muerto o se está muriendo de la misma manera que murió la persona (salvo que esto esté sucediendo realmente), oír la voz del difunto persistentemente y no en forma espontánea o efímera.

Las variedades patológicas del duelo abarcan alteraciones de la salud tanto física como mental, que pueden ser desde leves hasta graves.

En personas que por cualquier motivo se encuentran en un estado de dependencia, ya sea física y/o emocional, el duelo frente a la pérdida del objeto de su dependencia puede ser muy complicado, ya que se ve amenazada su seguridad. Necesitarán entonces un sustituto que les brinde dicha seguridad. En algunos casos, sin embargo, no parece haber un intento de búsqueda de un sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un intento velado de reunirse con la persona perdida; en estos casos pueden no parecer presentar dolor por la pérdida.

Algunos adultos mayores se ven enfrentados a sucesivas pérdidas, no sólo de personas de su entorno, sino que también de ciertas capacidades físicas y a veces de sus ingresos económicos, todo lo cual puede redundar en una pérdida más o menos parcial de la independencia. Esto puede hacer el duelo más complicado, por lo cual es de gran importancia mantener o rehacer vínculos afectivos y sociales que hacen de "colchón protector" contra las complicaciones de los duelos.

Existe también una tendencia en algunos AM a expresar los conflictos emocionales relacionados con el duelo a través del cuerpo, presentando menor cantidad de expresiones de pena y aflicción y mayor cantidad de alteraciones somáticas que pueden estar a veces representando una especie de autocastigo, un deseo de muerte o la identificación con la persona fallecida. Habrá entonces que prestar especial atención a estas manifestaciones y estar alertas para prevenirlas. El hecho de conocerlas puede ser el primer paso para evitar que aparezcan reacciones adversas y darnos cuenta de que estamos frente a una reacción poco adaptativa ante el duelo que puede aumentar aún más el sufrimiento.

Muchas veces, sobre todo en personas mayores, aparecen recursos psicológicos que estaban dormidos y son capaces de hacer frente a la situación y hasta lograr un mayor grado de independencia y autonomía.

Apoyo frente al duelo

No todo proceso de duelo implica la indicación de una terapia. Un tratamiento o apoyo psicológico se justifica cuando se observa que el duelo no es "normal" y que presenta reacciones marcadamente divergentes a la pérdida, por ejemplo conductas o intentos de suicidio.

En general, frente a un duelo normal no es recomendable recetar somníferos o sedantes debido a que es necesario que la persona viva el duelo para poder superarlo positivamente.

Es importante ayudarse a uno mismo animándose a expresar los sentimientos de pérdida, soledad, de angustia, rabia y también los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy necesario buscar apoyo emocional en otras personas cercanas, sean familiares, amigos o algún otro tipo de grupo de apoyo.

Todo esto permitirá disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico, mejorar la adaptación al medio, aumentar la autoestima, estimular la esperanza, aumentar la autoeficacia, tener una visión diferente y positiva de la realidad, descubrir nuevos recursos para enfrentar el problema, enfrentar el duelo, pero en compañía de otros de los que se recibirá apoyo, identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares, estar acompañado y no sentir soledad, además de reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

Muy relacionadas con nuestras reacciones ante el duelo, están nuestras reacciones ante la propia muerte. Lograr entender la propia muerte como una parte más de nuestra vida, seguramente nos conducirá a tener una mejor aceptación de nuestra muerte y una mejor calidad de vida. Vivir la vida atormentados por la idea de la muerte es el peor error que un ser humano puede cometer. La muerte llegará en el momento que tenga que venir, así como han llegado todas las demás etapas de la vida, etapas a las que en algún momento, por desconocidas, temimos y luego enfrentamos con éxito y dejamos atrás. Aún cuando no sepamos que hay luego de ella, si estamos seguros de que todas las etapas de la vida anteriores nos han hecho crecer y madurar y han significado un paso más en un proceso de enriquecimiento y crecimiento personal... es probable que la muerte, siendo un nuevo hito en nuestra vida no esté exenta de estas características también. Vista así, dejamos espacio a vivir cada etapa de nuestra, aprovechando lo que hoy si tenemos en lugar de entristecernos por lo que ya quedó atrás o por lo que está por venir. Al darle un sentido a la muerte podemos darle un sentido a nuestra vida.

Sexualidad en el adulto mayor

Se define la salud sexual geriátrica como la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito. Este concepto se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación.

El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces, se opta por no resolverlo con razones y se deja que cada caso encuentre su solución espontánea. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada en gran parte de la sociedad. Este hecho, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad de estudiarla, por las creencias y actitudes culturales, han hecho que se generalice y se haga sinónimos envejecimiento y pérdida de la actividad sexual. La gran mayoría de la sociedad parecen pensar que el anciano es un ser asexuado.

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales sanitarios. Un porcentaje importante de la responsabilidad sobre este aspecto recae, en primer lugar, sobre ciertos hábitos culturales y sociales. En general, y hasta muy recientemente, no se considera correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso específico de los ancianos puede parecer hasta "improcedente" plantear siquiera la posibilidad de que vivan su propia sexualidad.

En segundo lugar está la autopercepción que nuestros AM tienen de su propia sexualidad que depende en gran medida de la socialización percibida desde sus primeros años de vida

Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho de mantener una actividad sexual satisfactoria.

Si se considera la sexualidad como una parte natural, necesaria y saludable de la vida, y se acepta que los sentimientos, los deseos y las actividades sexuales están presentes durante todo el ciclo vital de cada individuo, se comprenderá mejor la sexualidad de los mayores.

Para poder resolver las dificultades planteadas a todo nivel, se debe entender el concepto de sexualidad de una forma mucho más amplia, no considerarlo solo como anatomía, fisiología, bioquímica y actos físicos, sino que integrando en él el papel que desempeña el género, la identidad, la personalidad, los pensamientos, los valores, las afinidades, etc.

La evaluación de la función sexual del AM necesita de una visión global, donde se expresen individual y abiertamente las necesidades y se aplique tratamiento a través de educación y recomendaciones para cada caso en particular. Se debe educar además en los factores que influyen en el comportamiento sexual de los AM como es el Envejecimiento Fisiológico donde aparecen una serie de cambios anatómicos de los órganos sexuales que se acompañan de modificaciones funcionales.

| Principales cambios anatómicos en los órganos sexuales con el envejecimiento | |
|--|--|
| Varón | Mujer |
| ↑ ángulo peneano-abdominal | ↓ tamaño ovario, trompa y útero |
| ↓ tamaño testicular | ↓ longitud vagina |
| Menor ascenso testicular con la erección | Atrofia de los labios mayores |
| ↑ tamaño prostático | Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello y vagina. |

Estos cambios deben ser bien conocidos por los profesionales sanitarios y por los propios AM, evitando así una interpretación errónea de los mismos que pueda repercutir de forma negativa sobre su actividad sexual. El conocimiento de los cambios que conlleva el proceso de envejecimiento permite la adaptación a ellos, y la adaptación de la actividad sexual de las parejas de ancianos a dichos cambios permite una sexualidad más completa, positiva y gratificante.

Los cambios fisiológicos aparecen y evolucionan en forma muy diferente entre los dos géneros, ya que mientras en el hombre estos cambios se producen lenta y progresivamente a partir de la 5^o- 6^o décadas, en la mujer la mayoría de los cambios surgen de forma rápida a partir de la menopausia.

| Principales cambios funcionales en los órganos sexuales con el envejecimiento | |
|---|--|
| Varón | Mujer |
| Erección más lenta y menos completa | ↓ hormonas sexuales circulantes |
| Descenso rápido de la erección tras la eyaculación | ↓ lubricación vaginal |
| ↑ frecuencia de eyaculación retrógrada | |
| Orgasmo de corta duración | Orgasmo de corta duración ↓ número contracciones orgásmicas ↓ intumescencia del clítoris |
| Período refractario prolongado tras la eyaculación | Rápida reversión a la etapa previa a la excitación |

Estos cambios que aparecen en los órganos sexuales derivados del envejecimiento fisiológico, junto con la repercusión de otras enfermedades orgánicas crónicas y, sobre todo, el consumo de algunos fármacos, pueden justificar ciertas modificaciones en el comportamiento sexual del anciano.

Sin embargo, los cambios no condicionan obligatoriamente el cese de la actividad sexual, sino que

exigen más bien una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones, decepciones y situaciones de ansiedad ante las siguientes relaciones sexuales, que lo único que pueden llevar a provocar es el cese de la actividad sexual de una forma innecesaria.

Frecuencia de la actividad sexual

La actividad sexual disminuye con la edad, manteniéndose con una frecuencia variable, dependiendo de las características de la población estudiada. Cabe destacar que la gran mayoría de los estudios demuestran claramente que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad y que el mantenimiento de la actividad sexual en los ancianos depende principalmente de:

- ✓ Buen estado de salud física y mental
- ✓ La existencia de un compañero/a sin limitaciones y, sobre todo,
- ✓ La historia sexual previa

Así, aquellos sujetos con una actividad sexual habitual y periódica durante otras etapas de la vida, tienen mayor probabilidad de mantener esta actividad cuando envejecen.

Patrón sexual en la vejez

La sexualidad del anciano se debe considerar en una forma amplia e integral, incluyendo factores tanto físicos como emocionales. Por ello, se deben considerar normales ciertas modificaciones del patrón sexual, como la disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como los abrazos, caricias, ratos de intimidad, masturbaciones, etc.

En el anciano pueden presentarse una serie de factores que van a influir sobre la actividad sexual, tanto en el mantenimiento de la misma como en el cambio de prácticas sexuales, entre los que destacan:

- ✓ El estado de salud del sujeto y su pareja
- ✓ El grado de incapacidad física y mental del sujeto y de su pareja
- ✓ La frecuencia y calidad de las relaciones sexuales previas
- ✓ El nivel de conocimiento de los cambios fisiológicos que aparecen con el envejecimiento en la función sexual
- ✓ Diferentes aspectos psicosociales (situación afectiva, viudez, institucionalización, cambio de domicilio, falta de intimidad)

Viudez: es uno de los principales condicionantes de cese de la actividad sexual en la vejez. Se ha demostrado que la interrupción prolongada de la actividad sexual dificulta la recuperación posterior de ésta. Les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada.

La viudez no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual en las mujeres que en los varones. Se suma la diferencia demográfica que afecta al sexo femenino, con una relación de 1 hombre por cada 4-6 mujeres, además de una fuerte tendencia social a

considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso los nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual, limita la actividad sexual de éstas. Aproximadamente el 90% de las mujeres viudas cesan sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.

Cambio del domicilio. No es infrecuente que el anciano tenga que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas médicos o por incapacidad importante, acudiendo al domicilio de familiares directos o incluso ingresando en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre, como mínimo se pierde la privacidad e intimidad de la pareja y muchas veces pueden presentarse conflictos con los familiares o cuidadores directos por no entender las expresiones sexuales del anciano adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia ellos. Esta situación se agrava más cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar siquiera que exista una necesidad de manifestación sexual. Los familiares pueden intentar imponer las normas de conducta que consideran apropiadas, sin plantearse que en esas nuevas situaciones los ancianos necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones.

Todo lo anterior se podría evitar si existiera un reconocimiento social generalizado de esta necesidad para así intentar, junto con los ancianos y sus familias, encontrar la mejor solución en el momento que se decida el cambio de domicilio.

Incapacidad física secundaria a enfermedades. Es uno de los hechos que con mayor frecuencia lleva al cese de la actividad sexual. La incapacidad puede influir en la actividad sexual de diferentes formas:

- ✓ Limitar la movilidad (enf. osteoarticulares y neurológicas, amputaciones)
- ✓ Comprometer su capacidad de esfuerzo y ejercicio (enfermedades cardíacas y respiratorias)
- ✓ Afectar a los propios órganos sexuales (uso de sondas urinarias, atrofia de la mucosa vaginal)
- ✓ Limitar psicológicamente (mastectomía, infarto del miocardio, depresión)

Al instaurarse en forma brusca (AVE, infarto agudo del miocardio, etc) la repercusión que provoca sobre la actividad sexual puede ser mayor que si la incapacidad se ha establecido en forma paulatina (artrosis, enfermedad de Parkinson, insuficiencia respiratoria).

Por todo lo anterior, se debe aceptar que los ancianos pueden mantener un grado variable de su actividad sexual, probablemente con un patrón algo diferente del previo.

Situación de la mujer mayor

En general, para las mujeres la sexualidad sigue siendo algo negado, víctimas de la educación y la cultura. Es un mito que se pierde el apetito sexual. Lo único que se ha probado es que la duración de la fase orgásmica en la mujer de 50 a 70 años sufre una disminución paulatina que no tiene mayor importancia.

La sexualidad permanece sin muchos cambios. La respuesta sexual física a la estimulación se mantiene a pesar de los cambios hormonales de la post menopausia (lo que se puede obviar con administración de hormonas femeninas). De acuerdo a los estudios de Master y Johnson (1987) la actividad sexual periódica facilitaría, al menos, un poco de protección contra las alteraciones fisiológicas del envejecimiento en la anatomía sexual femenina.

Es importante recordar que el climaterio ocurre en una etapa en la cual, generalmente, los hijos ya son adultos, con una vida independiente, y el cónyuge suele estar en la cúspide de su profesión o a punto de retirarse. Ambas situaciones generan ansiedad (“síndrome del nido vacío”) y que pueden llevar a la depresión con importantes efectos sobre la función sexual.

Son pocas las alternativas que tiene una mujer viuda, separada o divorciada para satisfacer sus necesidades sexuales básicas al igual que en las otras etapas de la vida. Las ideas que existen acerca de la sexualidad en la vejez tienen que ver más con prejuicios sociales que con elementos formales de conocimiento. Se cuestiona la virilidad del anciano o la femineidad de la anciana como si con la edad se perdiera su esencia. Nada más alejado de la realidad: *las necesidades sexuales básicas persisten aún hasta los últimos años de la vida.* Tienen las mismas necesidades de afecto, comunicación e intimidad que personas de menor edad.

Por último, no existen razones reales que justifiquen la ausencia de relaciones íntimas entre los individuos mayores. Excepto la *incapacidad física secundaria a las enfermedades, la falta de una pareja, y en no pocos casos, la limitación de la actividad sexual se debe a la no consideración por los profesionales sanitarios de la actividad sexual.* Nadie pregunta o aconseja al anciano sobre lo que debe hacer en cada caso.

En suma, la actividad sexual existe en el anciano. El abandono de la actividad sexual no es un hecho exclusivamente cronológico, sino que depende diversos factores psicosociales ya mencionados.

La existencia de factores estresantes, muy frecuentes en la vejez, como puedan ser la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia, contribuyen también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano. No hay que olvidar que el cansancio, el estrés y la tensión pueden constituir causas de disfunción sexual a todas las edades. Generalmente la función sexual vuelve a normalizarse cuando los motivos que la afectaban desaparecen, sin embargo, si la persona está demasiado preocupada, el problema puede continuar y también la disfunción.

La renuncia a la actividad sexual debe ser el último recurso y debe quedar como opción del individuo, nunca como consecuencia fatalista de un evento en particular.

Bibliografía recomendada

Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instrument for the functional assessment of elders patients. *New Engl J Med* 1990; 322:1207-1214

Beers M. Medical assessment of the elderly patient. *Clin Geriatr Med* 1987; 3:17-27

Folstein and Folstein. Mini -Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975; *J Psychiat Res.*, vol 12:189-198

Gallagher D: Assessing affect in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1987;3:65-85.

González Montalvo J, Salgado A. La evaluación de la "calidad de vida" una nueva dimensión de la evaluación geriátrica integral. *Rev. Esp. Geriatr. Geront.* 1995; 30:9-16

Guillén Llera F. y López-Doriga P. Valoración y Evaluación del Anciano. En D. Crespo "El envejecimiento. Un enfoque multidisciplinario". J.R. Prous Barcelona, 1997

Hazzard WR et al. (eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1994:203-212.

Herrera P. Adela. La vejez no es una enfermedad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 1999;Vol 10(3):117-119.

Herrera P. Adela. La vejez ¿Un paradigma de enfermedad? *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile.* 2000;Vol 11(1):5-8.

Kane RA: Assessing social function in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1987;3:87-98

Kane RA, Kane RL. Mediciones del funcionamiento social en la asistencia a largo plazo. En Kane RA, Kane RL (dirs.): *Evaluación de las necesidades de los ancianos.* Madrid: SG, 1993; 133-209

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Clinical Implications of the Aging Process. Essentials of clinical geriatrics.* New York: MacGraw-Hill, 1989.

MIDEPLAN. Chile. División Social. *Situación de los adultos mayores en Chile.* Resultados de la Encuesta de Caracterización Económica (CASEN) 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000. Ministerio de Planificación y Cooperación. Santiago. Chile.

Ribera Casado J:M: Aspectos diagnósticos y terapéuticos del paciente anciano. En Farreras Rozman (eds.) *Medicina Interna* (13 ed.) Mosby Doyma 1995 Págs. 1275-1286.

Ribera Casado J:M La salud como problema en la persona mayor. En Ribera Casado J:M: y Gil Gregorio P. *Atención al anciano en el medio sociosanitario.*

Clínicas Geriátricas. Madrid 1998, págs.11-24.
Wetle T. Living longer, aging better. *Aging research comes of age.* *JAMA* 1997, 278:1376-1377.

Williams M. *Clinical Management. The Elderly Patient.* En: WR Hazzard, EI. Bierman, JP. Blass, WH. Ettinger. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (3° ed.) New York: McGraw-Hill 1994; 195-201

Williams TF: *Comprehensive Geriatric Assesment.* En Duthie y Katz

Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Prof. Dra. Adela Herrera P.
Geriatra e Internista.
Clínica Las Condes.
Universidad de Chile.
Colaboración de
Javiera Rojas P. y Natalia Capdepon C.,
ayudantes-alumnas.
2008.