

Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor

Volumen I



Comps.

José Jesús Gázquez Linares
M^a del Carmen Pérez-Fuentes
M^a del Mar Molero Jurado
Ana Belén Barragán Martín
África Martos Martínez
Fernando Cardila Fernández

**Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física
en relación con la salud del mayor**

Volumen I

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
M^a del Carmen Pérez-Fuentes
M^a del Mar Molero Jurado
Ana Belén Barragán Martín
África Martos Martínez
Fernando Cardila Fernández**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Volumen I”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-608-2405-3

Depósito Legal: AL 1175-2015

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ENVEJECIMIENTO

| | |
|--|-----------|
| <i>CAPÍTULO 1</i> | |
| <i>Evolución del perfil de la persona en situación de dependencia</i> | <i>17</i> |
| <i>M^a del Mar Molero Jurado, Fernando Cardila Fernández, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Ana Belén Barragán Martín, África Martos Martínez y José Jesús Gázquez Linares</i> | |
| <i>CAPÍTULO 2</i> | |
| <i>El doble duelo en el anciano: el sufrimiento por el nieto</i> | <i>25</i> |
| <i>María Alba Pérez Romero, Cristina Rodríguez Silva, Guadalupe del Mar Díaz Rodríguez, y Raquel Martín Martín</i> | |
| <i>CAPÍTULO 3</i> | |
| <i>Abuelos cuidadores: consecuencias del cuidado</i> | <i>33</i> |
| <i>Cristina Rodríguez Silva, Guadalupe Díaz Rodríguez, Raquel Martín Martín, y M^a Alba Pérez Romero</i> | |
| <i>CAPÍTULO 4</i> | |
| <i>Sol, vitamina D y envejecimiento</i> | <i>39</i> |
| <i>Adriano Cano Ruiz y Purificación Castro Extremera</i> | |
| <i>CAPÍTULO 5</i> | |
| <i>Envejecimiento activo y bienestar en una muestra de personas mayores de 65 años en Lleida</i> | <i>47</i> |
| <i>Carles Alsinet Mora y Norma Jordana Berenguer</i> | |
| <i>CAPÍTULO 6</i> | |
| <i>Creencias y estereotipos del alumnado de enfermería en torno a la vejez</i> | <i>55</i> |
| <i>Miriam Celdrán Mañas y Candela Bonill de las Nieves</i> | |
| <i>CAPÍTULO 7</i> | |
| <i>El anciano, la comunidad y satisfacción con la vida</i> | <i>61</i> |
| <i>Casilda Antonia Martínez Fernández, Margarita Torres Amengual, Inmaculada González Morales, y Trinidad Luque Vara</i> | |
| <i>CAPÍTULO 8</i> | |
| <i>Calidad de vida y participación social de los mayores de 55 años del programa universitario para mayores de la universidad miguel Hernández de Elche</i> | <i>67</i> |
| <i>M^a Carmen Segura Cuenca, Beatriz Bonete López y Jesús Rodríguez Marín</i> | |
| <i>CAPÍTULO 9</i> | |
| <i>Promoción del envejecimiento activo</i> | <i>77</i> |
| <i>M^a del Carmen del Moral Lechuga, Esther Lerma Ortega, e Inmaculada Moreno Almagro</i> | |

CAPÍTULO 10

La Planificación Centrada en la Persona. Un modelo para intervenir en el domicilio con personas con dependencia sobrevenida. Implicando las fuentes naturales de soporte 85

M^a Teresa del Sol Chicharro y Jaione Ignacio de Jesús

CAPÍTULO 11

Valoración del conocimiento enfermero en la contención mecánica en Geriatría..... 93

Judit Ferre Soria, M^a Soraya Estrada Sánchez, y Paula del Carmen Espinoza Serrano

CAPÍTULO 12

Calidad de vida del paciente con cáncer y sus familiares 103

Manuel Sánchez García Carlos, Ana Rosa García López, María Campos Lucas, Elena Falagán Sama, Lucía Gallego Martínez, Juan Eduardo Andrades Martínez, Elena García Martínez, María Moreno Martínez, y Sánchez Pérez Juan Diego

CAPÍTULO 13

Personas mayores y dispositivos móviles 111

Luis Ángel Tamargo Pedregal y Susana Agudo Prado

CAPÍTULO 14

Envejecimiento e incontinencia urinaria 119

M^a José Aguilera Piedra, M^a Araceli Soler Pérez, e Isabel M^a Balaguer Villegas

CAPÍTULO 15

Polifarmacia e incumplimiento terapéutico en el anciano pluripatológico. Actuación de los profesionales sanitarios 125

Elvira Gázquez Fernández, Laura Sans Guerrero, y Miguel Vázquez de Agredos Núñez de Arenas

CAPÍTULO 16

La sustancia de la vida reside en la ocupación 133

Raquel García Reyes, Verónica Milagros Ramos Parra, y Ana Isabel Lozano Zorrilla

CAPÍTULO 17

Igualdad de acceso a los recursos sociosanitarios y diversidad cultural..... 139

Ana María Núñez-Negrillo y Antonia Pérez-Lázaro

CAPÍTULO 18

Visión de la vejez a través de los medios de comunicación..... 147

María Isabel Ventura Miranda, Jéssica García González, Sandra Sue Torres Giner, Natalia Sáez Donaire, Jesús David Abenza Hurtado, y Pedro Sáez Paredes

CAPÍTULO 19

Utilidad de las escalas de valoración funcional en el paciente anciano 153

Diego José Moreno López, Carmen López Buil, y M^a Carmen Moreno López

CAPÍTULO 20

Plasticidad Neuronal en el Envejecimiento 157
 M^a de las Mercedes Hidalgo Collazos

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y ENVEJECIMIENTO

CAPÍTULO 21

Relación entre la soledad de los ancianos y la percepción de su salud y estado general 165
 M^a del Mar Molero Jurado, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Nieves Medialdea Lázaro,
 Ana Belén Barragán Martín, África Martos Martínez, Fernando Cardila Fernández y José
 Jesús Gázquez Linares

CAPÍTULO 22

Tabaquismo en el anciano, un reto enfermero..... 173
 María del Mar Rodríguez Martínez, M^a Dolores Rodríguez Porcel, y Verónica Tortosa
 Salazar

CAPÍTULO 23

La esquizofrenia en el anciano: Análisis de la evolución..... 181
 Elena Falagán Sama , Lucía Gallego Martínez, Juan E. Andrades Martínez, Elena García
 Martínez, María Moreno Martínez, Juan D. Sánchez Pérez, Carlos M. Sánchez García,
 Ana R. García López, María Campos Lucas

CAPÍTULO 24

Crisis de angustia en geriatría..... 187
 Inmaculada Inglés Costa y María Ascensión Inglés Costa

CAPÍTULO 25

*Percepción de satisfacción y calidad de vida en población mayor de 65 años no
 institucionalizada*..... 193
 Verónica Tortosa Salazar, M^a Dolores Rodríguez Porcel, y M^a del Mar Rodríguez
 Martínez

CAPÍTULO 26

*Beneficios de la atención domiciliar de Enfermería en la mejora de la calidad de vida
 del anciano inmovilizado* 203
 Cándida Godoy Pastor, María Isabel Medina Robles y Ana María Carreño Gómez

CAPÍTULO 27

Tratamientos alternativos frente a la depresión en el anciano..... 209
 María Isabel Medina Robles, Cándida Godoy Pastor, y Ana María Carreño Gómez

CAPÍTULO 28

A propósito de los Programas de Inteligencia Emocional para Personas Mayores 215
 María de la Paz Bermúdez-Pérez, María del Carmen Pérez-Fuentes, y Alicia Galdeano
 Carrillo

CAPÍTULO 29

Síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado. Justificación de la intervención de terapia ocupacional 221

López Pingarrón Laura y Almeida Souza Priscilla

CAPÍTULO 30

La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención 229

Raquel Lorente Martínez y Esther Sitges Maciá

CAPÍTULO 31

Trastornos del sueño y su tratamiento en el anciano 237

Montserrat Fontalba Navas, Justo Sánchez Gil, y Raimundo Tirado Miranda

CAPÍTULO 32

El anciano nefrológico, depresión y dependencia 245

María Isabel Crespo Sánchez, Francisca Miralles Martínez, y Manuel David Sánchez Martos

CAPÍTULO 33

@SABE, cuestionario para la autopercepción de la Salud, la Enfermedad y el Bienestar 253

Lydia Giménez-Llort

CAPÍTULO 34

Beneficios de los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC) en Pacientes con Demencia tipo Alzheimer 261

María del Carmen Cañabate García

CAPÍTULO 35

Alteración de las funciones cognitivas en el anciano sano y enfermo 269

María Victoria Leal Romero, María del Pilar Carrillo de Albornoz Soto, María José Polvillo Avilés, Lidia Martínez Martínez, y Dolores Torres Enamorado

CAPÍTULO 36

Paciente anciano y síntomas psicóticos 275

Consuelo Ibáñez Allera, Diego Ramón Dueñas Alcalá, y María Rosa Sánchez-Waisen Hernández

CAPÍTULO 37

Trastornos del sueño en el envejecimiento 283

Rocío Casares Miranda, Carmen M. Pérez Cano, y Magdalena Bacas Ruiz

CAPÍTULO 38

Síntomas psicológicos y conductuales en demencia 289

Cintia Martínez Mateu, Purificación Sánchez López, Paloma Victoria Hidalgo Pérez, José Manuel Romero León, y Manuel Payán Ortiz

CAPÍTULO 39

Aspectos éticos y legales en las demencias.....297
 José Manuel Romero León, Cintia Martínez Mateu, Paloma Victoria Hidalgo Martínez,
 Purificación Sánchez López, y Manuel Payán Ortiz

CUIDADOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO 40

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador en pacientes con Alzheimer.....305
 Ana María Carreño Gómez, Cándida Godoy Pastor, y María Isabel Medina Robles

CAPÍTULO 41

Preferencias en Cuidados Paliativos.....313
 Antonia Berenguel Martínez y María Rosa Berenguel Martínez

CAPÍTULO 42

Incidencia del insomnio y sus causas en pacientes paliativos y cuidadores.....319
 Rocío Pérez Rodríguez, Rosa Noelia Alonso López, y Eva María Fernández García

CAPÍTULO 43

Repercusión en la red de apoyo familiar del usuario renal geriátrico dependiente.....325
 Margarita Torres Amengual, Consolación Lucía Rodríguez Mellado, y Beatriz García
 Maldonado

CAPÍTULO 44

*Características de los cuidadores informales en la provincia de Almería y los efectos que
 ocasionan los cuidados, en la carga objetiva y subjetiva*.....333
 Francisco Gabriel Pérez Martínez, Marta Hermoso Giménez, y Olga Martínez Buendía

CAPÍTULO 45

*Dimensiones del significado de cuidar adultos mayores por cuidadores familiares desde la
 perspectiva de género*.....343
 Aurora Félix Alemán, Manuel Lillo Crespo, Juana Edith Cruz Quevedo, y Rosa M
 Aguilar Hernández

CAPÍTULO 46

Superación de una crisis familiar a través del abordaje biopsicosocial.....351
 Emilia Arana Asensio, Pablo García López, y Francisco García Del Pozo

CAPÍTULO 47

Cuidados paliativos en la persona mayor.....359
 María Campos Lucas, Elena Falagán Sama, Lucía Gallego Martínez, Juan Eduardo
 Andrades Martínez, Elena García Martínez, María Moreno Martínez, Juan Diego
 Sánchez Pérez, Carlos Manuel Sánchez García, y Ana Rosa García López

CAPÍTULO 48

Capacitación en el cuidador informal hacia la gestión de las caídas por parte de enfermería..... 365

Jesús Arco Arredondo, M^a Ángeles Rodríguez Pérez, Isabel López Martín, Vanessa Cantos Uncala, y Alba Rivas Jerez

CAPÍTULO 49

Rasgos de las cuidadoras en una zona rural..... 375

María Josefa García Germán y María José Torres Castro

CAPÍTULO 50

Atención integral al paciente terminal, ayuda del sanitario para la calidad de vida en los últimos días..... 381

Ana Isabel Cortes Valverde, Ester Aiono Cabrerizo Aguilera y Rocío López Cintas

CAPÍTULO 51

Abordaje de la disfagia en ancianos institucionalizados..... 389

Elena García Martínez, María Moreno Martínez, Juan Diego Sánchez Pérez, Carlos Manuel Sánchez García, Ana Rosa García López, María Campos Lucas, Elena Falagán Sama, Lucía Gallego Martínez, y Juan Eduardo Andrades Martínez

CAPÍTULO 52

Caídas en ancianos institucionalizados: factores asociados, consecuencias y prevención..... 395

Ana Alicia Torres Reyes y Natalia Pilar Lanzas Garzón

CAPÍTULO 53

Estudio de la adaptación de personas de edad avanzada en una institución geriátrica de la provincia de Jaén..... 403

Natalia Pilar Lanzas Garzón y Ana Alicia Torres Reyes

CAPÍTULO 54

El anciano en la institución geriátrica, cribado nutricional..... 411

Isabel María Molina Martínez, Margarita Torres Amengual, Inmaculada González Morales, Trinidad Luque Vara, y Casilda Antonia Martínez Fernández

CAPÍTULO 55

Estrategias terapéuticas para la mejora del equilibrio estático en adultos mayores institucionalizados..... 417

Luis Espejo-Antúnez, Juan Rodríguez-Mansilla, José Vicente Toledo-Marhuenda, Berta Caro-Puértolas, y M^a Dolores Apolo-Arenas

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPENDENCIA

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO 56 | |
| <i>Ejercicio pasivo: una movilidad beneficiosa</i> | 425 |
| Ana Torres Conde, Esther Vicente Montes, y Inmaculada Concepción Cortés Hernández | |
| CAPÍTULO 57 | |
| <i>Relación osteoporosis-caídas: Una realidad</i> | 431 |
| Inmaculada Concepción Cortés Hernández, Ana Pilar Torres Conde, y Esther Vicente Montes | |
| CAPÍTULO 58 | |
| <i>Genética y envejecimiento: el efecto de ACTN3 y ACE en el deterioro físico</i> | 437 |
| Cristina Romero Blanco, y Susana Aznar Laín | |
| CAPÍTULO 59 | |
| <i>Respuesta del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isométricas del tobillo a distintas intensidades: una comparación entre jóvenes y mayores sanos</i> | 449 |
| Manuel González-Sánchez, María Ruiz-Muñoz, Jaime Martín-Martín , y Antonio I. Cuesta-Vargas | |
| CAPÍTULO 60 | |
| <i>Osteoporosis: prevención y factores de riesgo</i> | 455 |
| Soledad Escavy Marsilla, Blanca Minguéz López, Elena López Molina, Antonio Marín Yago, y Ana Bernal Belmonte | |
| CAPÍTULO 61 | |
| <i>Respuesta del músculo tibial anterior durante contracciones isotónicas máximas: Una comparación entre mayores sanos y supervivientes a un ictus</i> | 463 |
| María Ruiz-Muñoz, Jaime Martín-Martín, y Manuel González-Sánchez | |
| CAPÍTULO 62 | |
| <i>Porcentajes de participación de los músculos tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor largo del dedo gordo durante flexiones dorsales isotónicas máximas del tobillo</i> | 469 |
| Jaime Martín-Martín, María Ruiz-Muñoz, y Manuel González-Sánchez | |
| CAPÍTULO 63 | |
| <i>Influencia del deterioro cognitivo en la rehabilitación funcional de la fractura de cadera en el anciano</i> | 475 |
| Priscilla Almeida Souza y Laura López Pingarrón | |
| CAPÍTULO 64 | |
| <i>Las caídas en personas mayores</i> | 485 |
| María Teresa Oller Parra, María Mercedes Díaz López, y María Ángeles Pintor Cano | |

CAPÍTULO 65

Fisioterapia tras intervención quirúrgica de cadera (girdlestone). Caso clínico 493

María Luisa Peral Rodríguez, Encarnación Bermúdez Millán, y Josefa María Segura García

CAPÍTULO 66

Atención de enfermería en el paciente geriátrico intervenido de artroplastia de rodilla. 499

Noemí Gil Fernández, María Luisa Ballesta Fernández, Minerva Hernández Sánchez, y Patricia Pastor Muñoz

CAPÍTULO 67

Efectividad de la Fisioterapia con Biofeedback en la Incontinencia Urinaria 505

Yésica Carrión Amorós, Isabel María Rodríguez García, María Amparo Morales García, Silvia Rosa Ruiz, Francisco Javier Gonzalez Oller, y Yolanda García Fortes

CAPÍTULO 68

Beneficios del ejercicio físico en adultos mayores institucionalizados 513

María Isabel Tomas-Sánchez, Esther Quiles-Carrillo, Pilar Tomas-Pellicer, Cristina Serrano-Escudero, Marta Muñoz-Escudero, y Francisco Esquivia-Ferrández

CAPÍTULO 69

Artroplastia de cadera una herramienta para mejorar la calidad de vida en la vejez..... 521

Rosario Inmaculada Gimeno Mora, María Noelia Sánchez Manzano, Remedios Uribe Carreño, Lucia Restoy Guil, María Isabel Platero Sáez, y Ana Esther López Casado

CAPÍTULO 70

Bifosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis: tratamiento crónico o intermitente ... 529

Tirado-Miranda Raimundo, Sánchez Gil Justo, y Fontalba Navas Montserrat

CAPÍTULO 71

Escalas para evaluar el riesgo de caídas en el anciano nefrológico..... 539

David Álvarez Azor, Francisca Miralles Martínez, y Manuel David Sánchez Martos

CAPÍTULO 72

Fisioterapia y la Actividad Física: Motivación y Adhesión..... 545

Ana Gutiérrez Léonard, Jose David Medina Romero y Sara Moyano Trujillo

CAPÍTULO 73

A propósito de un caso: Tratamiento de Fisioterapia en un paciente con Hemiplejia asociada a patología cervical..... 551

Silvia Rosa Ruiz, Francisco Javier González Oller, Yolanda García Fortes, Isabel María Rodríguez García, María Amparo Morales García, Yésica Carrión Amorós

CAPÍTULO 74

Cuidados de enfermería y fisioterapia tras artroplastia total de cadera 559

Miguel Vázquez de Agredos Núñez de Arenas, Elvira Gázquez Fernández, y Laura Sans Guerrero

| | |
|---|------------|
| <i>CAPÍTULO 75</i> | |
| <i>Factores de riesgo en las caídas en una población anciana</i> | <i>565</i> |
| María Soraya Estrada Sánchez, Judit Ferre Soria, y Paula del Carmen Espinoza Serrano | |
| <i>CAPÍTULO 76</i> | |
| <i>Prescripciones Potencialmente Inapropiadas y Riesgo de Caídas en la Población Anciana.....</i> | <i>571</i> |
| M ^a Carmen Sánchez Argaiz | |
| <i>CAPÍTULO 77</i> | |
| <i>¿Puede el fisioterapeuta ayudar al amputado de miembro inferior?</i> | <i>577</i> |
| Isabel María Rodríguez García, María Amparo Morales García, Yésica Carrión Amorós, Silvia Rosa Ruiz, Francisco Javier González Oller, y Yolanda García Fortes | |
| <i>CAPÍTULO 78</i> | |
| <i>Incidencia de caídas en una unidad de hospitalización.....</i> | <i>585</i> |
| Juana Vera Piernas | |
| <i>CAPÍTULO 79</i> | |
| <i>Acondroplasia y fisioterapia.....</i> | <i>593</i> |
| María Amparo Morales García, Isabel María Rodríguez García, Yésica Carrión Amorós, Silvia Rosa Ruiz, Yolanda García Fortes, y Francisco Javier González Oller | |
| <i>CAPÍTULO 80</i> | |
| <i>Osteoporosis: prevención y cambios en el estilo de vida.....</i> | <i>603</i> |
| María Concepción Abarca Salas, Carmen M ^a López Moreno, y Eva M ^a Serrano del Arco | |

Envejecimiento

CAPÍTULO 1

Evolución del perfil de la persona en situación de dependencia

M^a del Mar Molero Jurado, Fernando Cardila Fernández, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Ana Belén Barragán Martín, África Martos Martínez y José Jesús Gázquez Linares
Universidad de Almería (España)

El Consejo de Europa (1998), define la dependencia como *“la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”* (p. 13), siendo recogida ésta en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006) como: *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”* (p. 44144).

Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para que una persona sea considerada beneficiaria de los derechos que otorga esta ley, son necesarios los siguientes requisitos: ser español, residir en territorio nacional y ser declarado dependiente por el órgano evaluador de la Comunidad Autónoma correspondiente (Vidagany y Vidagany, 2012). Se establecen además, según el artículo 26 de la Ley, una clasificación del grado de dependencia en función de la necesidad de atención. De esta forma, las personas pueden ser clasificadas en situación de dependencia de grado I, de grado II o de grado III, dependiendo del tipo de cuidados requeridos.

La necesidad de ayuda o asistencia puede darse sean cuales sean las características demográficas de la persona, de hecho, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia no dispone restricciones en función de la edad. No obstante, y tal y como se verá en los resultados del estudio, la proporción de personas mayores tanto solicitantes como beneficiarias supera con creces cualquier otro rango de edad. Esto responde a una nueva realidad social, la cual lleva a reconfigurar las ayudas que antes sí respondían a las necesidades de la sociedad en su conjunto, pero que a día de hoy han podido quedar obsoletas. En España, la población ha sufrido un cambio en sus características demográficas, encontramos una población más envejecida, que cuenta con un porcentaje del 18,2% de población mayor de 65 años, una cifra que se estima llegue al 24,9% en el año 2029, según el Instituto Nacional de Estadística (2014).

El envejecimiento de la población se trata de un fenómeno derivado principalmente de dos razones: el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida (González y San Miguel, 2001). En España, el aumento del número de personas mayores ha venido acompañado de: (1) un empeoramiento de la tasa de natalidad y fecundidad; (2) un incremento de la esperanza de vida de las personas mayores; (3) una pérdida de atención hacia las personas mayores en el núcleo familiar y (4) un incremento de la población extranjera (Belmonte, Corrales y Ruiz, 2009). El envejecimiento es un proceso que conlleva múltiples cambios no sólo físicos, sino también psicológicos, sociales y culturales que se influyen unos a otros y determinan las experiencias vitales de la persona (Martín y Martínez, 2010). Son estos cambios físicos y psicológicos los que resultan de interés para la realización del presente estudio, pues su pérdida supone que la persona pueda ser considerada a efectos legales en situación de dependencia y, por tanto, candidata a ser solicitante y/o beneficiaria de ayudas a la dependencia.

El objetivo, a día de hoy, se encuentra en preservar la funcionalidad en las personas ancianas, un cambio en la estrategia consistente en evitar la pérdida de funciones en lugar de recuperarlas una vez sean perdidas (Calero-García y Cruz, 2014). Identificar cuáles son las variables que acompañan al envejecimiento activo y transformar el ejercicio físico en un modo de vida se convierten en la clave para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento y la pérdida asociada de funciones (Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero y Mercader, 2012).

Este tipo de ayudas sociales, se dirigen a paliar la situación de un segmento de la población que puede estar en desventaja, en comparación con la población media. Como se ha comentado anteriormente, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se dirige a todos los rangos de edad, pero es la población de más de 65 años la que acumula el mayor número de ayudas. Esto se deriva del creciente envejecimiento de la población, lo cual supone un gasto socio-sanitario importante para cualquier país. Más aún, en el caso de España, donde se cuenta con un modelo de prestaciones caracterizado por el alto intervencionismo de la administración, en comparación con modelos de otros países desarrollados (Montserrat, 2006). Conocer y estimar cuáles serán las características y necesidades de la población dependiente se convierte en objetivo prioritario para la realización de programas y ayudas sociales, a fin de evitar la pérdida de recursos de los que dispone el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, clasificados en prestaciones de servicios o de tipo económico (González-Rodríguez, Gandoy y Verde, 2014). Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Lázaro, y Aguilar (2004), en su estudio sobre la tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento, estimaron que la población española sufriría un retraso en la edad de aparición de la dependencia asociada al envejecimiento, reduciéndose la tasa de dependencia en edades por debajo de los 83 años. Por encima de esta edad, dicha tasa se invertiría y la población femenina que no ha completado la enseñanza primaria sería la más afectada.

A día de hoy, la prevalencia de la dependencia en la población española se caracteriza por una diferencia en función del género donde las mujeres tienen un nivel medio de dependencia mayor que los hombres para todas las actividades de la vida diaria. No obstante, son los hombres viudos los que mayor nivel de dependencia poseen, tanto en las actividades para la vida diaria como en actividades instrumentales como usar el teléfono o hacer la compra, entre otras (Gázquez-Linares, Pérez-Fuentes, Mercader-Rubio y Molero-Jurado, 2011). El perfil de la dependencia podría dividirse en cinco grupos en función de los distintos niveles de gravedad, que van desde la población joven y de edad media, varones y personas con discapacidad sensorial en el grupo de menor dependencia, hasta mujeres, mayores de 80 años y personas con discapacidades de movilidad en el grupo de mayor dependencia (Gispert et al, 2008). Múltiples características están íntimamente ligadas a la situación de dependencia, no se limita en exclusiva al sexo o la edad. El estado civil, el tipo de cuidados que recibe la persona dependiente, su situación laboral y el nivel de estudios son variables que se relacionan con los diferentes grados de dependencia (Bermúdez, Bolancé, Guillén y Mustafa, 2007).

Metodología

Para la realización de este estudio, se ha llevado a cabo una búsqueda en la página web del Portal de la Dependencia, cuyos datos se obtienen a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD). En la búsqueda, se han revisado los informes estadísticos sobre el perfil de la persona solicitante y beneficiaria de ayudas a la dependencia que se publican mensualmente desde mayo de 2008 en el caso del perfil solicitante, y desde octubre de 2009 en el caso del perfil beneficiario.

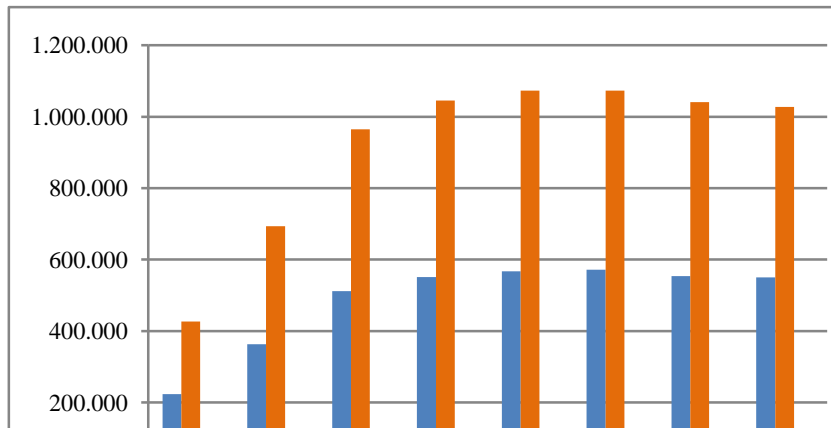
Se han seleccionado aquellos informes pertenecientes al mes de diciembre de cada año, desde el 2008 hasta el 2015, en el que se ha utilizado el informe del mes de junio, el último disponible en el momento de la revisión.

Resultados/ Estado de la cuestión

Se han analizado los datos pertenecientes a los informes mensuales del SAAD (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015) en sus meses de diciembre para los años del 2008 al 2014 y de junio para el año 2015.

A raíz de los datos que desprenden los gráficos, puede observarse que el perfil solicitante/beneficiario más usual es el de una mujer de 80 o más años. Dicho perfil se ha visto mantenido en el tiempo, comenzando a disminuir la solicitud de ayudas por parte de la población con dicho perfil a partir del año 2013, algo que también ocurre en el caso de los varones. En el caso de las personas beneficiarias de 80 o más años, su número empieza a decaer un año antes, en 2012.

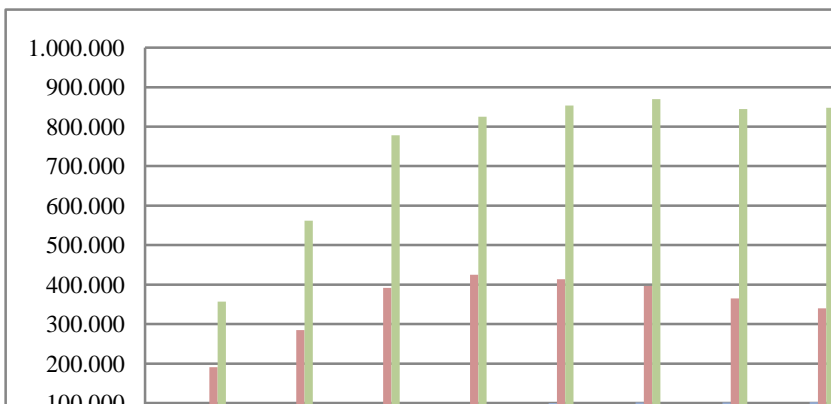
Gráfica 1. Número de solicitantes por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

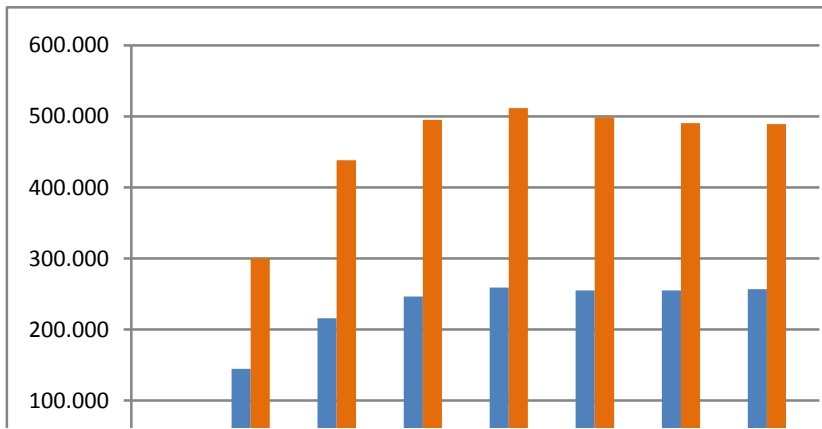
Se observa además, un incremento de solicitantes de todos los grupos de edad los tres primeros años, tendencia que se estabiliza a partir de 2010 a excepción de los grupos de edad de 65 a 79 y de 80 y +, cuyas variaciones son más acentuadas. En el caso del grupo de 65 a 79, su evolución ha realizado una curva con un punto de inflexión en el año 2011, a partir del cual ha mantenido una tendencia a la baja (Gráfica 2).

Gráfica 2. Número de solicitantes por edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

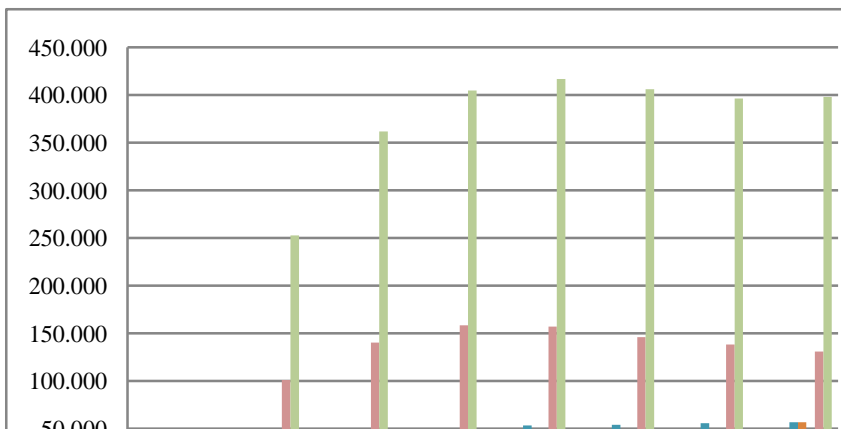
Gráfica 3. Número de personas beneficiarias por sexo



Nota: En el año 2008 no hay datos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Gráfica 4. Número de beneficiarias por edad



Nota: En el año 2008 no hay datos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Tal y como se aprecia en los gráficos 3 y 4, el número de personas beneficiarias realiza variaciones similares a los números que se obtienen de las personas solicitantes. Los picos no obstante, se sitúan en años distintos: el número de beneficiarios del grupo de 80 y + años vio aumentado su número hasta su máximo histórico en el año 2012, aún siendo el año 2013 aquel que obtuvo mayor número de solicitudes para tal grupo de edad. Por su parte, el segundo grupo más importante en representación, el de 65 a 79 años, tiene su punto de inflexión en el año 2011, coincidiendo con el año en el que más personas de dicho grupo de edad fueron solicitantes.

El número de personas solicitantes supone todos los años más del doble del total de las personas que finalmente son beneficiarias de algún tipo de prestación (Tabla 1).

Tabla 1. Comparativa entre el número de personas solicitantes y personas beneficiarias

| Año | Solicitudes | | | | Beneficiarios | | | |
|------|-------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Hombres | Mujeres | Sin especificar | Total | Hombres | Mujeres | Sin especificar | Total |
| 2008 | 223.991 | 426.585 | 33.949 | 684.525 | Sin datos | Sin datos | Sin datos | Sin datos |
| 2009 | 363.285 | 693.409 | 25.720 | 1.082.414 | 144.746 | 300.187 | 18.370 | 463.303 |
| 2010 | 511.420 | 964.801 | 6.154 | 1.482.375 | 215.826 | 438.465 | 208 | 654.499 |
| 2011 | 550.913 | 1.045.620 | 608 | 1.597.141 | 246.690 | 494.972 | 51 | 741.713 |
| 2012 | 567.034 | 1.072.927 | | 1.639.990 | 259.360 | 511.584 | 5 | 770.949 |
| 2013 | 571.500 | 1.072.784 | | 1.644.284 | 254.890 | 498.952 | | 753.842 |
| 2014 | 554.206 | 1.040.486 | | 1.594.692 | 255.224 | 490.496 | | 745.720 |
| 2015 | 550.244 | 1.026.963 | | 1.577.207 | 257.081 | 489.061 | | 746.142 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

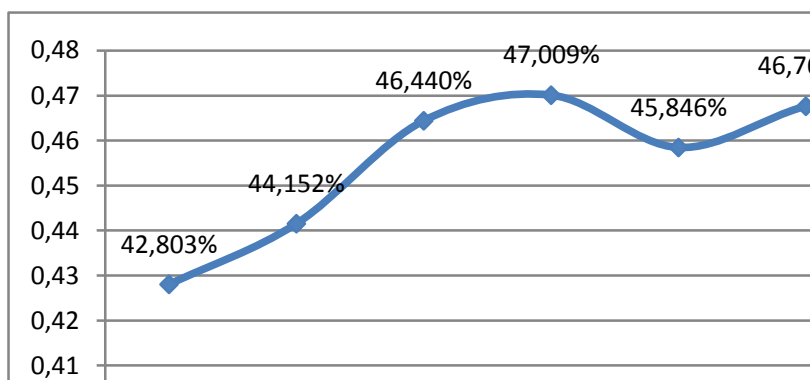
Tabla 2. Variación de solicitantes y beneficiarios por año

| | 2008- 2009 | 2009- 2010 | 2010- 2011 | 2011- 2012 | 2012- 2013 | 2013- 2014 | 2014- 2015 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Solicitantes | 58,1263% | 36,9508% | 7,7420% | 2,6829% | 0,2618% | -3,0160% | -1,0964% |
| Beneficiarios | Sin datos | 41,2680% | 13,3253% | 3,9417% | -2,2190% | -1,0774% | 0,0566% |

La tabla 2 muestra el crecimiento de solicitantes y beneficiarios desde el comienzo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Si bien el primer año el número de solicitantes se vio incrementado en más del doble, dicha subida no se mantiene en el tiempo y llega en el año 2014 a disminuir un 3,0160% con respecto al año anterior. Dicha disminución en el número de solicitantes puede ser debida a que se está respondiendo en un intervalo que va desde 42,803% al 47,308% a las personas que solicitan prestaciones de manera favorable (Gráfica 5).

En la gráfica 5 se puede observar la curva que realiza el porcentaje de solicitantes que finalmente son beneficiarios de prestación de ayudas a la dependencia. Desde el año 2009 hasta la actualidad, el número de personas beneficiarias ha aumentado en proporción a las personas solicitantes. Aún habiéndose incrementado año tras año el número de estos últimos, el nivel de resoluciones favorables se ha mantenido en alza (a excepción de 2013) llegando en el año 2015 a reconocer prestación al 47,308% de las personas que han solicitado ayudas.

Gráfica 5. Porcentaje de personas beneficiarias en función del total de solicitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Discusión/Conclusiones

En España en los últimos años, la población mayor no ha dejado de incrementar, en especial el tramo correspondiente a los mayores de 80 años, lo que entre otras cosas, ha provocado un cambio en la pirámide poblacional (Belmonte, Corrales y Ruiz, 2009). Resulta obvio que el incremento de la edad influye de manera directa a la posibilidad de que una persona pueda hallarse en situación de dependencia (Valdivieso, García-Martín, Ponce y Rodríguez, 2002). No obstante, puede encontrarse también un número (aunque reducido en comparación) de personas solicitantes/beneficiarias de ayudas a la dependencia que no entran en el grupo calificado como *personas mayores* (cuya edad está por encima de los 65 años) y cuyo origen de situación de dependencia suele estar en causas externas como accidentes laborales, de tráfico, etcétera (SAAD, 2013).

Que las personas solicitantes y beneficiarias de ayudas a la dependencia sean mayoritariamente mujeres está ligado, entre otros factores, a la mayor esperanza de vida del sexo femenino (Instituto Nacional de Estadística, 2012; Gázquez-Linares, Pérez-Fuentes, Mercader-Rubio y Molero-Jurado, 2011), que supone un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia, teniendo en cuenta la incidencia de las enfermedades crónicas o de larga duración (SAAD, 2014), así como el mayor número de enfermedades diagnosticadas en comparación con el sexo masculino (Montero-López, López-Giménez, Acevedo-Cantero y Mora-Urda, 2015).

La razón de ser de las ayudas a la dependencia reside en otorgar a las personas en esta situación una mayor calidad de vida. Motivo por el cual se debe atender a los perfiles específicos de solicitantes y beneficiarios para poder dar una cobertura adaptada al usuario. Un ejemplo de esto se encuentra en los distintos perfiles que acuden a los centros de día, centros residenciales o centros ocupacionales, encontrando diferenciaciones entre las personas que acuden a ellos. Atendiendo a esto, las personas dependientes que acuden a los centros de día suelen necesitar ayudas referentes a las actividades domésticas y tareas generales, mientras que aquellas que son atendidas en centros residenciales se identifican por una mayor necesidad de ayuda en campos como el tiempo libre y ocio o a resolución de problemas, entre otros (Fernández e Iglesias, 2008).

Como conclusión, se hace patente la necesidad de un estimador fiable de personas en situación de dependencia, que atienda a los distintos perfiles que puedan darse dentro de este grupo poblacional y que recoja no sólo a las personas con una dependencia severa, sino también a aquellas que encuentren mermada su funcionalidad en actividades relacionadas con las tareas domésticas, la movilidad o la alimentación (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

Referencias

- Belmonte, L.J., Corrales, A.J., y Ruiz, J. (2009). La sostenibilidad del sistema de pensiones en España. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 113-129.
- Bermúdez, L., Bolancé, C., Guillén, M., y Mustafa, K. (2008). Tipologías sociodemográficas de individuos con dependencia en España y su supervivencia en estado de salud. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(1), 19-31.
- Calero-García, M.J. y Cruz, A.J. (2014). Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 5-18.
- Consejo de Europa (1998). Recomendación nº 98 (9) del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998. Disponible en: <http://sid.usal.es/10476/3-3-5>.
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, p. 44142-44156
- Fernández, S. e Iglesias, M.T. (2008). Tipología de la dependencia de las personas con discapacidad atendidas en centros residenciales, de día y ocupacionales. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 15, 87-98.
- Gázquez-Linares, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Mercader-Rubio, I., y Molero-Jurado, M.M. (2011). Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Anales de psicología*, 27(3), 871-876.

Gispert, R., Clot-Razquin, G., Rivero, A., Freitas, A., Ruíz-Ramos, M., Ruíz, C., Busquets, E., y Argimón, J.M. (2008). El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 653-665.

González, M.J. y San Miguel B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 9, 19-45.

González-Rodríguez, R., Gandoy, M., y Verde, C. (2014). Aproximación al servicio de asistencia personal y su implantación en España. Perfil del beneficiario de la prestación en Galicia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 119-141.

Instituto Nacional de Estadística (2012). 2012: Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad intergeneracional. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Proyección de la Población de España 2014–2064. [Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>].

Martín, M. y Martínez, M.A. (2010). La vivencia del envejecimiento. *Cuadernos de relaciones laborales*, 28(1), 83-112.

Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2004). Libro blanco para la atención a las personas en situación de dependencia en España.

Montero-López, M.P., López-Giménez, M.R., Acevedo-Cantero, P., y Mora-Urda, A. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 55-63.

Montserrat, J. (2006). El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la ley de dependencia. *Revista Española del Tercer Sector*, 3, 81-108.

Otero, A., Zunzunegui, M.V., Rodríguez, A., Lázaro, P., y Aguilar, M.D. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 201-213.

Perez-Fuentes, M.C., Gazquez, J.J., Molero, M.M., y Mercader, I. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico. *Revista iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 19-37.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2008. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2008.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2009. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2009.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2010. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2010.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2011. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2011.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2012. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2012.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2013. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2013.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2013. Aspectos destacables de la gestión del SAAD a 31 de agosto de 2013.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2014. Informe sobre perfil de la persona solicitante y beneficiaria a 31 de diciembre de 2013. Informe anual. 2014.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2014. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2014.

SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) 2015. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Informe mensual. 2015.

Valdivieso, C., García-Martín, J., Ponce, L., y Rodríguez, L.P (2002). Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. *European Journal of Human Movement*, 8, 95-110.

Vidagany, J.M. y Vidagany, A. (2012). La ley de dependencia y el impulso del estado social. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*, 97, 17-22.

CAPÍTULO 2

El doble duelo en el anciano: el sufrimiento por el nieto

María Alba Pérez Romero*, Cristina Rodríguez Silva**, Guadalupe del Mar Díaz Rodríguez**, y Raquel Martín Martín**

**Hospital Virgen de las nieves (Granada, España) y **Hospital Virgen del Rocío (Sevilla, España)*

Introducción

La muerte es un acontecimiento que hoy en día la mayoría de las personas trata como un tema tabú (Borrella, 2012). Sin embargo a medida que la edad es mayor, la muerte está más presente como algo inevitable y natural que está próximo a suceder en el anciano. Sin embargo, existe una situación que no es imaginada por padres ni abuelos, la muerte de un nieto, lo que le produce un gran sufrimiento debido a la interrupción de las expectativas en el orden natural cuando estos sobreviven a sus hijos o nietos (Gilrane-McGarry, 2011). Esto lleva a un proceso llamado duelo que transcurre en varias etapas y con diferentes manifestaciones (Worden, 1997; Bolwby, 1980; Parkes, 1974). Existen varios tipos de duelo, los más conocidos son el anticipado, el retardado, inhibido o negado, el crónico y duelo complicado (Gil., 2008). Pero existe otro tipo de duelo que está poco descrito en los textos, se trata del doble duelo. Según la bibliografía, cuando muere un nieto, se da la situación conocida como “doble duelo”, ya que los abuelos no solo sienten la pena por la muerte del nieto, sino porque se sienten incapaces de aliviarles la pena a sus propios hijos (Gerner 1990; Reed, 2000; Henricickson 2009). Algunos estudios desprenden que debido a las experiencias pasadas de la muerte y la pérdida, muchos abuelos no necesitan de mucha consideración o apoyo, sin embargo, otros destacan que los abuelos necesitan un mayor apoyo y cuidados tras la muerte del nieto para superar las fases y manifestaciones del duelo descritas (Gilrane-McGarry, 2011; Nehari, 2007).

Objetivos

- Reseñar el concepto de la muerte y el proceso de duelo.
- Ahondar en el conocimiento sobre el duelo, para que sea posible cubrir las necesidades y demandas del anciano.
- Identificar y describir la vivencia de los abuelos por la muerte de un nieto.

Metodología

A través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura en inglés y castellano utilizando como palabras clave los descriptores en ciencias de la salud: “duelo”, “abuelo”, “anciano” y “nieto” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales) en las bases de datos PubMed, PubPysh, Cochrane, ENFISPO y el metabuscador Trypdatabase. De los 71 resúmenes encontrados, se excluyeron los textos no completos, y finalmente se realizó el análisis de 21 trabajos.

Igualmente se consultaron el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la décima versión de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los manuales de diagnósticos de enfermería (NANDA), la Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Resultados/Estado de la cuestión

Concepto de muerte

La muerte, es un acontecimiento que hoy en día la mayoría de las personas trata como un tema tabú del que evitan hablar, pues angustia el sentimiento de pérdida de la vida (Borrella, 2012).

La muerte es la pérdida total de las funciones vitales, es el final inevitable de todo ser humano, es la última etapa de la vida, aunque se tiene la incertidumbre de no saber a qué edad, en qué momento y cómo se va a producir (Oviedo, 2009).

El temor a la muerte es universal, puesto que el ser humano teme a lo desconocido. Según las autoras Kübler-Ross y Kessler, todos los miedos del ser humano provienen del miedo a la muerte, por lo que si el ser humano aprende a paliar ese dolor, sería posible afrontar con mayor tranquilidad todos los demás miedos (2002).

Actualmente, en nuestra sociedad occidental, se podría decir que la muerte es el último culto destacado del ciclo de la vida por el que se está obligado a atravesar cualquier humano. Los rituales funerarios ya sea entierro o incineración, son el medio para certificar la muerte (Oviedo, 2009). Sin embargo, este ritual no finaliza tras el entierro o la incineración, sino que se alarga en el tiempo en los familiares y seres queridos del fallecido. Algunas familias lo manifiestan con lo que se conoce como “luto”, expresando con éste la pena y el dolor por la pérdida de un ser querido bien vistiendo de negro, no utilizando complementos ni colores fuertes y no acudiendo a ningún tipo de fiesta o celebración (Blanco, 2005). Independientemente del ritual que sea, éstos son útiles para aceptar la pérdida de un ser querido y para recibir apoyo. Quien no realiza estos rituales y se aísla, tiene más dificultad para aceptar la pérdida (Borrella, 2012).

Concepto de duelo

Es una experiencia que lleva consigo sentimientos de dolor, sin embargo su superación aporta al ser humano madurez y crecimiento personal. Es un proceso de adaptación corriente y natural que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la pérdida (Carmona, 2008).

La palabra “duelo” proviene del término en latín “dolus” cuyo significado es dolor. El duelo responde emotivamente a la pérdida de alguien o algo. Corresponde al conjunto de procesos psicológicos y sociales que aparecen después de la pérdida de una persona y objeto significativos y conducen a una situación de sufrimiento y aflicción (Gil, 2008),

Cada pérdida lleva consigo una nueva adaptación a la circunstancia acaecida. Cada persona es única y por lo tanto la experiencia es única en cada individuo igual de complicada a cualquier edad (Borrella, 2012).

Los dos primeros años son los más duros, sucediéndose después un descenso progresivo del malestar emocional. En cualquier caso, cada cual tiene su propio ritmo y requiere un tiempo distinto para adaptarse a la nueva situación.

Manifestaciones del duelo

Según Worden (1997), algunas de las manifestaciones del duelo normal son:

Sentimientos:

- Tristeza: es el más común, suele ir acompañado de llanto.
- Enfado: se combina la sensación de frustración y desamparo por impotencia ante la muerte y por incapacidad de vivir sin esa persona respectivamente.
- Culpa y autorreproche: la persona que vive el duelo busca responsabilidades alrededor de la muerte de su ser querido. A ello se añaden arrepentimiento por aquellas cosas que no se hicieron o dijeron cuando el fallecido estaba con vida.
- Ansiedad: sensación de muerte personal y pensamientos de no querer o poder cuidarse a sí mismo sin el fallecido.

- Soledad: es más experimentada por los más allegados con los que se compartía más tiempo.
- Fatiga: se siente indiferencia y apatía.
- Impotencia: ocurre al principio de la pérdida.
- Shock: se da en las muertes no esperadas.
- Anhelos: se extraña al fallecido.
- Alivio: se suele dar cuando el fallecido padecía una enfermedad incurable y/o dolorosa que necesitaba atención continua.
- Insensibilidad: ausencia de reacciones, enmascara sentimientos. Ocurre en los primeros momentos de la muerte.

Sensaciones físicas que suelen derivar en consulta médica:

- Vacío de estómago.
- Opresión en el pecho y garganta.
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización.
- Falta de aire.
- Cansancio y debilidad muscular.
- Xerostomía.- Conductas:
- Trastornos del sueño como insomnio, pesadillas o miedo a no despertar.
- Trastornos alimentarios bien comiendo en exceso o en defecto.
- Distracción que pueden llevar accidentes domésticos o de tráfico.
- Aislamiento social.
- Evitar recordatorios del fallecido
- Buscar y llamar en voz alta, se tiene la sensación de escuchar al fallecido.
- Suspiros
- Hiperactividad desasosegada, siempre procuran tener la mente ocupada.
- Llanto.
- Acudir a lugares y portar objetos que recuerdan al fallecido.

Cognitivas/Pensamientos: aparecen en las primeras etapas del duelo y desaparecen tras un breve espacio de tiempo

- Incredulidad
- Confusión
- Preocupación
- Sentido de presencia de alguna manera del fallecido.
- Alucinaciones visuales y auditivas. Se producen en las primeras semanas en más del 50% de las personas.

Etapas del duelo

Según la bibliografía, las etapas del duelo se clasifican en tres o cuatro. Según Worden (1997), la primera de ellas es el shock, lo que traduce como “anestesia emocional” o como “insensibilidad”.

John Bolwby (1980) conceptualiza la siguiente fase, la segunda, como “rabia por la pérdida” o como “protesta por la pérdida”. Parkes (1974) la conceptualiza como anhelo.

“Desorganización” y/o “desesperación”, se da en la siguiente fase, la tercera tras encontrarse con la ausencia del fallecido.

Finalmente, como cuarta fase, se da una “reorganización de la conducta”, tras la asimilación y superación del fallecimiento de la persona querida.

Fases del duelo según distintos autores:

| Lindemann (1944) | Parkes y Bowlby (1970) | Engel (1964) | Kübler-Ross (2002) | Rondo (1984) | Neimeyer (2002) |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------|
| Conmoción e incredulidad | Aturdimiento | Conmoción e incredulidad | Negación | Evitativa | Evitación |
| Duelo agudo | Anhelos y búsqueda | Desarrollo de la conciencia | Ira | De confrontación | Asimilación |
| Resolución | Desorganización y desesperación | Restitución | Negociación | De restablecimiento | Acomodación |
| | Reorganización | Resolviendo la pérdida | Depresión | | |
| | | Idealización | Aceptación | | |
| | | Resolución | | | |

Catherine M. Sanders (1989) propuso la Teoría Integradora del duelo, donde especifica las cinco etapas de este proceso.

Shock (primera etapa)

Se produce en cualquier tipo de pérdida. El parentesco o la unión con el fallecido, la situación de la muerte, junto a la presencia o no de apoyo emocional, influyen en la duración y profundidad de esta etapa.

Esta etapa se caracteriza por: escepticismo, oposición, y desánimo.

Las manifestaciones que aparecen en el anciano pueden ser falta de apetito, cansancio, insomnio, y egoísmo. Aparece un alejamiento psicológico: es espectador.

Conciencia de la pérdida (segunda etapa)

Aparece un dolor agudo tras la pérdida.

Esta etapa se caracteriza por ansiedad, muestras de estrés de larga duración.

Las manifestaciones que aparecen pueden ser: culpabilidad, ira, responsabilizar a otros de la muerte, y protesta hacia los responsables de la muerte, anhelo, llores, desilusión, retraimiento, sentimientos de tener cerca a la persona perdida, soñar con él... En esta etapa aparecen las ganas de retirarse y preservar la energía.

Conservación y retiro: depresión, desesperanza reversible (tercera etapa)

Se asume que la persona perdida no regresará. La persona que sufre el duelo se encuentra desordenada, sin una rutina de tareas de la vida diaria.

Las manifestaciones que pueden aparecer son: retraimiento, desaliento, impotencia, cansancio, inmunodepresión y soledad.

En esta etapa se produce una selección de continuar hacia delante y luchar o de quedarse como se encuentra actualmente o morirse.

Aceptación. Reorganización. Recuperación (cuarta fase)

El entorno se encuentra organizado, existe visión de futuro y se recuerda a la persona perdida sin tristeza, lo cual conlleva un año lograrlo. Se aprende a vivir sin la persona perdida.

Las manifestaciones que pueden aparecer son: recuperar la identidad perdida, desaparece el insomnio, desaparece la inmunodepresión, se encuentra significado a la vida y se recupera la esperanza.

Renovación (quinta fase)

La persona que sufre la pérdida recupera la funcionalidad.

Las manifestaciones que se pueden dar son la autoconciencia, asumir responsabilidades y aprender a vivir sin la persona perdida.

La vida no será igual pero la inclusión de nuevas actividades irá reemplazando al duelo de manera gradual. La persona que ha sufrido la pérdida es capaz de continuar su vida.

Tipos de duelo

Duelo anticipado

El término duelo anticipatorio fue usado, inicialmente, por Lindeman (1944), con el cual indicaba las etapas que anticipaban el duelo, y que facilitaban la separación emotiva con anterioridad a la muerte. Es vivido por los enfermos y sus familiares, sobre todo en el caso de enfermedades en fase terminal (Parkes, 1974).

Según Fulton y Fulton el duelo anticipatorio permite integrar la realidad de la pérdida gradualmente, resolver asuntos inacabados con el moribundo, comenzar a cambiar esquemas sobre la vida y la propia identidad y hacer planes de futuro (1971).

Duelo retardado, inhibido o negado

Aparece en personas que en las primeras fases del duelo aparentan controlar la situación sin manifestar signos de sufrimiento. Es potencialmente patogénico el duelo cuya expresión es inhibida, o negada, porque la persona simplemente no afronta la realidad de la pérdida (Gómez, 1998).

Duelo crónico

El duelo no evoluciona hacia su resolución y casi parece que el deudo mantiene a su ser querido vivo a través de su dolor. Se da un anhelo intenso, normalmente asociado a una relación de gran dependencia del fallecido (Agrafojo, 2000).

Duelo complicado (Lacasta, 2009)

Este tipo de duelo es más frecuente sobretodo en el niño y en el anciano. Acentúa los procesos de interiorización, culpabilidad, favorecen la somatización y bloquean el trabajo del duelo durante un tiempo más o menos prolongado (Gómez, 1998).

El “duelo complicado”, ya se encuentra incluido en la clasificación del DSM-V. Sin embargo, se presentan problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, existen siete síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “no complicado” y que pueden ser útiles en la diferenciación en el episodio depresivo mayor (APA, 2013).

Doble duelo

Tras reseñar el duelo complicado, más predominante en niños y ancianos, se muestra otro tipo de duelo que, es el menos descrito se encuentra en estudios de investigación. Se trata del “Doble duelo”. Los nietos con los abuelos mantienen un vínculo muy especial, por ello, en el momento en que un nieto muere, los sentimientos de los abuelos se agravan. Según la literatura anterior, los abuelos experimentan un “doble dolor”, puesto su dolor se agrava al no poder calmar el dolor que también sienten sus propios hijos (Gerner, 1990; Reed, 2000). Este dolor se puede ver más agravado conforme aumenta la edad de la muerte, si el nieto muere adolescente, se han podido llegar a tener más experiencias con el niño, ha llegado a ser un amigo, por lo tanto fuente de muchos recuerdos.

De la literatura se desprende que el dolor de los abuelos es único sufriendo una “doble pérdida”, “doble dolor”. Los abuelos experimentan sentimientos de pérdida, inutilidad y dolor por sus hijos e incapacidad de poder protegerlos (Gerner 1990; Reed, 2000; Henrickson 2009). Según la bibliografía, entre padres y abuelos la relación se tensa, debido a que las expectativas en el orden natural de muerte no se plantean la posibilidad de que padres y abuelos sobrevivan a sus nietos (Nehari, 2007).

Según Reed (2000,2003), puesto que los abuelos son mayores, tienen muchas experiencias de la muerte. Se cree que se pueden tratar como inmunes al dolor o disponer de estrategias de afrontamiento desarrolladas por la edad, por lo tanto, su resistencia es desafiada pensando que requieren menos apoyo. Sin embargo, a pesar de extensas experiencias de la vida, en este difícil momento los abuelos tienen que cumplir muchos roles. A menudo se sienten sin preparación para un evento que nunca creyeron que experimentarían dejando su dolor en segundo lugar.

En esta situación, los padres del niño necesitan ciertos cuidados pero de igual manera, los abuelos también los necesitan. Para brindar estos cuidados, es necesaria una valoración enfermera, creando un plan de cuidados.

Para crear este plan de cuidados es necesaria una valoración de enfermería, estableciendo posteriormente unos diagnósticos de enfermería NANDA (NI, 2013), unos objetivos NOC (Moorhead, 2009) y unas intervenciones y actividades NIC (Bulechek, 2008).

Discusión/Conclusiones

Debido al aumento de la esperanza de vida, la probabilidad de que un abuelo sufra la pérdida de su nieto aumenta y no solo esto sino de que la edad del nieto sea mayor.

El conocimiento actual sobre el duelo se ha derivado principalmente de las experiencias de los cónyuges, los padres y los niños. Sin embargo los estudios sobre el dolor de los abuelos son escasos quizás porque cuando un niño muere la atención se centra en los padres y los hermanos. El término duelo abuelos no es de uso común (Nehari, Gebler, Toren, 2007).

Aunque existen estudios que muestran experiencias de los abuelos como Gerner en 2009; Nehari, Grebler, y Toren en 2007, o Gilrane-McGarry, Grady T, en 2011 mostrándonos experiencias a través de entrevistas con los abuelos, la complejidad y la profundidad de la pena de estos necesita ser validada a través de la investigación académica (Reed, 2003). Estudios similares a los de la pérdida de los padres deben llevarse a cabo, lo cual requiere atención inmediata ya que la esperanza de vida es mayor, y la probabilidad de experimentar la muerte de un nieto aumenta.

Sería interesante y necesario la clarificación de las necesidades de este grupo único.

Referencias

- Agrafojo E, Manrique B. (2000). *El Duelo: Modelos Teóricos. Reacciones normales y patológicas de duelo*. En: Die Trill M., López Imedio ME Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. Madrid: ADES. p. 475- 490.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Ed. Paramericana.
- Blanco JF. (2005). *La muerte dormida: cultura funeraria en la España tradicional*. Universidad de Valladolid. Ed. Secretariado de publicaciones e intercambio editorial.
- Borrella GP. (2012). *Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo*. Cultura de los cuidados, 27-43.
- Bowlby J. (1980). *La pérdida afectiva*. Editorial Paidós.
- Bowlby J., Parkes, C. M. (1970). *Separation and loss within the family*. In Anthony E.J. The child in his family. New York: Wiley: 197-216.
- Bulechek G M. [et al.]. (2008). **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)**. Elsevier Health Sciences.
- Carmona ZE, Bracho CE, Death M. (2008). *La muerte, el duelo y el equipo de salud*. Revista de Salud Pública; 2(2): 14-23.
- Engel G. (1964). *Grief and grieving*. American Journal of Nursing: 64.
- Fulton R, Fulton JA. (1971). *A psychosocial aspect of terminal care anticipatory grief*. Omega. 2: 91-9.
- Gerner MH. (1990) *For Bereaved Grandparents*. Centering Corporation, Omaha.
- Gil B, Bellver A, Ballester Arnal R. (2008). *Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento*. Revista de psicooncología: Investigación clínica biopsicosocial en oncología. 5 (1): 103-116.
- Gilrane-McGarry U, O Grady T. (2011). *Forgotten grievers: an exploration of the grief experiences of bereaved grandparents*, 17(4):170-6.
- Gómez Sancho M. (1998). *Atención en el proceso del duelo III. Tipos de Duelo. Intervención y Soporte a las personas en duelo*. Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. Canarias: ICEPSS S. L, 1019-1034.
- Hendrickson KC. (2009) *Morbidity, Mortality, and paternal grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent Health of parents*. Palliat Support Care 7(1): 109-34.
- Kübler-Ross E, Kessler D. (2002). *Lecciones de vida*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lacasta MA, García ED. (2010). *El duelo en cuidados paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Lindeman E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. American Journal Psychiatry. 101: 141-48.

- Luis, M.T. (2008). *Los diagnósticos enfermeros: revision crítica y guía práctica*. Elsevier España.
- Moorhead, S., Johnson, M (2009). **Clasificación de resultados enfermería (NOC)**. Elsevier Health Sciences.
- Nanda Internacional (2013). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014*. Elsevier España.
- Nehari M, Grebler D, Toren A. (2007). *A voice unheard: grandparents grief over children who died of cáncer*. *Mortality*: 12(1): 66-78.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la Pérdida. Una Guía para Afrontar el Duelo*. Ed. Paidós.
- Oviedo SJ, Parra FM, Marquina M. (2009). *La muerte y el duelo*. *Enfermería Global*, 8 (1).
- Parkes CM. (1974). *Seeking and finding a lost object: Evidence of recent studies of the reaction to bereavement. In: normal and pathological responses to bereavement*. New york: Mss Information Corporation.
- Rodríguez C. (2011). *El duelo. Cuidados enfermeros en el duelo hospitalario*. Trabajo fin de grado. Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria.
- Rondo T.A. (1984). *Grief, dying, and death. Clinical interventions for caregivers*. Illinois: Research Press Company.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Ed. Paidós.

CAPÍTULO 3

Abuelos cuidadores: consecuencias del cuidado

Cristina Rodríguez Silva*, Guadalupe Díaz Rodríguez*, Raquel Martín Martín*, y M^a Alba Pérez Romero**

**H.V. del Rocío, Sevilla (España), **H.V. de las Nieves, Granada (España)*

Introducción

La estructura familiar tradicional ha ido cambiando a lo largo de las últimas décadas y actualmente nos encontramos diversas tipologías familiares dando lugar a una reestructuración mental y organizativa en diferentes aspectos, destacando el cuidado de los hijos y el aumento de personas mayores que llevan a cabo tareas de crianza de los más pequeños. Los abuelos siempre han sido un referente familiar, social y educativo pero actualmente es más destacable la relación con el cuidado de los nietos dando un cierto alivio al ritmo de vida de padres.

En España las personas mayores son cada vez más activas, inician nuevas actividades tras la jubilación, llevan a cabo tareas del hogar, actividades de ocio, se incorporan a las nuevas tecnología y se sienten ocupadas. El 60% de las personas mayores preciben su salud como buena y la relación con la familia es muy frecuente considerando un fuerte apoyo familiar entre generaciones, es aquí donde aparece el cuidado de los nietos, ya que la mitad de los abuelos y abuelas cuidan a sus nietos todos los días. Las abuelas cuidan a los nietos por más tiempo, una media de 7 horas al día y los abuelos están empezando a cuidar más a sus nietos (IMSERSO, 2010).

Hay numerosos estudios que sólo incluyen a las abuelas como cuidadoras, centrándose en el género y dejando de lado el rol de abuelo cuidador que también realizan cada vez más hombres (Kolomer y McCallion, 2005)

El número de personas mayores implicadas en el cuidado de sus nietos va en aumento y es debido al envejecimiento de la población en mejores condiciones de salud y a la incorporación de la mujer al mundo laboral con la dificultad de pocos recursos públicos como alternativa para el cuidado de sus hijos (Triadó, 2008; Martínez, 2010). A todo ello se suma el retraso en la edad del matrimonio, edad de nacimiento de los hijos, incremento de las familias monoparentales y la existencia de problemas sociales (Martínez, 2010). Considerando a los abuelos como un recurso para la conciliación entre trabajo y familia, estimando que la proporción de mujeres mayores de 65 años que cuidan habitualmente a sus nietos es de un 21% en España (Pérez, 2007).

Encontramos que las abuelas maternas son las que más cuidan de sus nietos con el objetivo principal de ayudar a la familia mientras padres y madres trabajan. Desde un enfoque cualitativo el deber de cuidar parece estar implícito en las abuelas y se considera a la familia como la mejor proveedora de cuidados (Weisbrota y Giraudo, 2012).

Debido al número insuficiente de investigaciones sobre los abuelos cuidadores se encuentran dificultades para establecer unos parametros que enmarquen estos cuidados, ya que están influenciados por el contextos familiar y van a ser distintos dependiendo de cada situación (Martínez, 2010).

El rol de cuidador que asumen los abuelos se puede dar con intensidades diferentes, dedicando poco tiempo y ayudando de forma auxiliar a sus hijos o por el contrario ejerciendo el papel de padres dedicando mucho tiempo y esfuerzo (Pinazo y Ferrero, 2003).

Según Triadó (2008) el cuidado de los nietos tiene aspectos negativos y positivos, destacando que supone una actividad beneficiosa por estar en contacto con los nietos y el valor que continuan teniendo dentro de la familia. Sin embargo como aspectos negativos sobresalen las limitaciones para realizar otras actividades pudiendo sentirse “atados” al cuidado de sus nietos.

En la bibliografía encontramos contradicciones ya que por un lado el cuidado parece mejorar la salud y por otro lado, teniendo en cuenta ciertos factores, parece empeorarla, siendo difícil encontrar la relación, aunque parece que los abuelos que se ven obligados al cuidado de sus nietos por falta de responsabilidad de los padres padecen problemas físicos y mentales (Weisbrot, 2007). Sin embargo según el estudio de Muñoz (2006) el cuidado de los nietos es percibido por las abuelas como un elemento favorecedor.

Es muy conocido que el cuidado de personas dependientes, ancianas, enfermos crónicos o niños con necesidades especiales repercute en la vida del cuidador aumentando el estrés, depresión, disfunción familiar y repercutiendo en su calidad de vida (López, 2009).

Las consecuencias del cuidado de nietos por parte de los abuelos es un tema en auge con controversias y limitaciones en los diferentes estudios. Se destacan los aspectos positivos para abuelos y nietos, aunque también encontramos algunos negativos y surgen preguntas cómo ¿se conoce el límite en la implicación de los cuidados para que el cuidado sea saludable para abuelos y nietos?.

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es conocer las consecuencias positivas y negativas de abuelos cuidadores así cómo las consecuencias de los cuidados en sus nietos.

Cómo objetivo específico pretendemos conocer cuales son los aspectos a tener en cuenta para que la implicación de los cuidados sea saludable tanto para abuelos como para sus nietos.

Metodología

Para llevar a cabo el estudio se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Dialnet, utilizando las palabras claves: “abuelo”, “cuidado”, “nieto”, “beneficio” y su traducción al inglés (“grandparents”, “care”, “grandchildren” y “benefit”) en las bases de datos internacionales. Así cómo la utilización de la página web del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Se limitó la búsqueda a artículos en español e inglés, utilizando el filtro para fecha de publicación desde 2003 hasta la actualidad. Se analizaron un total de 59 artículos y resúmenes de los cuales 13 fueron seleccionados por ser los que mejor reflejan la temática de estudio, para su revisión posterior.

Resultados/Estado de la cuestión

Las consecuencias del cuidado de los abuelos en los nietos según los diferentes estudios revisados son las siguientes:

Ser abuelo en el siglo XXI es diferente con respecto a generaciones anteriores debido a la mejor calidad de vida, jubilaciones anticipadas, emancipación tardía de los hijos y las distintas tipologías familiares, todo ello hace que ser abuelo adquiera una dimensión diferente y un nuevo rol en la familia y la sociedad. La afinidad y relación de abuelos y nietos sufre una reestructuración con nuevas funciones de suplencia más que de complementariedad. Los nietos están creciendo, aprendiendo y perciben un vínculo especial dándoles presencia, respeto y libertad. El rol de abuelo desde el punto de vista infantil cumple funciones de cuidador, compañeros de juego, contador de historias, trasmisor de valores morales, modelo de envejecimiento, de ocupaciones y de muerte, diversidad de modelos con respecto a la forma de hacer las cosas de otra manera distinta a los padres, pacificadores en la relación entre padres e hijos, ayuda en momentos de crisis, amor incondicional, miman y malcrían, confidentes y compañeros. Son transmisores de valores pero no tienen la responsabilidad de educar, ya que dicha responsabilidad debe recaer sobre los padres (Hoyuelos, 2004).

Los nietos mayores tienden a generar más problemas de comportamientos como travesuras y desobediencia. Estos comportamientos son frecuentes, mientras que la agresividad o los insultos se dan de forma esporádica (Triadó, 2008).

Cuando un menor es cuidado por sus abuelos debido a incapacidad de sus padres, los niños tienen que adaptarse a un nuevo sistema familiar, aparecen sentimientos enfrentados y pueden derivar en conductas problemáticas, trastornos psiquiátricos y retraso evolutivo. A pesar de ello los niños son capaces de responder positivamente ante las adversidades y tienen gran capacidad de adaptación (Martínez, 2010).

Si los abuelos no son capaces debido a su edad, salud física o psíquica de llevar a cabo funciones de padres en los casos que sean necesarios, los niños pueden presentar carencias educativas. El proceso de socialización primaria se da en la familia y los abuelos tienen un papel insustituible debido a que sus conocimientos, su forma de vida y el estado de salud son muy diferentes a los padres pudiendo acercar a los nietos a una realidad que conviviendo sólo con los padres no llegarían a conocer (Badenes y López, 2011).

Las consecuencias positivas y negativas de los abuelos cuidadores de nietos según los estudios revisados son las siguientes:

El estudio observacional de Muñoz (2006), sobre el impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas tiene como resultado que el apoyo social percibido fue mayor en las abuelas cuidadoras cuando la iniciativa de cuidar fue de los padres y peor si los nietos dormían en casa, sin encontrar diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo la salud mental percibida fue mejor en aquellas que cuidaban de sus nietos debido al trabajo de los padres.

El artículo de Weisbrot (2007) analiza cuatro trabajos de investigación con los siguientes resultados:

- Lee (2003): niveles de responsabilidad alto en el cuidado de los nietos puede aumentar el riesgo de sufrir IAM en mujeres.
- Grinstead (2003): se encuentran contradicciones en la literatura, parece que algunos abuelos mejoran la calidad de vida cuando cuidan y otros empeoran sus condiciones físicas y mentales. Al ser estudios de corte transversal, sin grupo control se dificulta la relación causa-efecto.
- Hughes (2007): abuelas que cuidan nietos de generaciones salteadas presentan deterioro de la salud, sin embargo aquellas que cuidan nietos algunas horas si obtienen beneficios para la salud. Como limitaciones del estudio el número de participantes fue reducido y la medición de los cuidados fue imperfecta.

Los abuelos que padecen más problemas físicos y mentales son aquellos que deben criar a sus nietos por falta de responsabilidad de los padres, aunque la mayoría de estudios tienen limitaciones y resultados contradictorios.

El análisis cualitativo del Informe de investigación para el IMSERSO (2008) informa que las abuelas ven el rol de cuidadoras de sus nietos como la mejor alternativa de que los padres vuelvan al trabajo supliendo así el cuidado que desempeñarían guarderías o canguros, tomando este rol de forma natural y mostrando sentimientos de responsabilidad parental hacia sus hijos. Se sienten satisfechas por ver a sus nietos crecer y realizar actividades con ellos que no pudieron hacer con sus propios hijos, proporcionando beneficios intrínsecos. Se sienten activas, vivas, útiles, comprometidos y gracias al cuidado evitan el aburrimiento y no se sienten como “abuelas esclavas”.

Según el análisis cuantitativo del Informe de investigación para el IMSERSO (2008) a través de cuestionarios: el 57,7% cuida a sólo un nieto aunque la media de nietos por abuelos es de 4. La edad media del nieto que cuidan por más tiempo se sitúa en 5 años y hay una tendencia superior a cuidar nietos provenientes de la línea materna. La dedicación media es de 4 días a la semana y 22 horas semanales. Encontramos que las actividades de vigilancia, atención, elogiarlo y jugar son las más mencionadas mientras que hacer los deberes o reñirles son menos, pero según la edad del nieto se modifican las distintas actividades realizadas.

Se muestra una alta satisfacción emocional y cognitiva, aunque la emocional es más alta considerando que el impacto positivo fundamental del cuidado es afectivo. La intensidad de cuidados

influye en la satisfacción ya que aquellos abuelos que cuidan más horas a los nietos tienden a un menor disfrute con los cuidados, mientras que la seguridad de que el niño está recibiendo la atención adecuada se correlaciona con los días y las horas de cuidado a la semana. Los abuelos que cuidan sólo a un nieto muestran una mayor satisfacción emocional que el grupo de abuelos que cuida a más nietos.

Las dificultades parecen ser escasas, el 90% de los participantes del estudio cree que el cuidado no le impide disfrutar del tiempo libre o que no mejoraría su vida si dejara de cuidar. El 65% está algo de acuerdo con que cuidar cansa mucho y más del 50% está algo de acuerdo con que el cuidado suscita sentimientos de verse atado. Los años y días a la semana que se cuida al nieto no se relaciona con mayor dificultades, pero sí con las horas de cuidado, encontrando más dificultades si se dedican más horas al cuidado, generando sensación de situación injusta y de no tener tiempo para uno mismo y provocar más estrés. Al igual que con los problemas de comportamiento del nieto.

Los factores que influyen negativamente en la satisfacción son: mayor edad del nieto, menor peso en las tareas de cuidado, mayor peso en tareas de disciplina y mayor dificultad de cuidados.

Los problemas de salud se muestran en el 29,8% de la muestra de forma leve relacionada con mayor grado de problemas emocionales, de tipo depresivo, mayor dificultad de cuidado y mayor edad de abuelo cuidador (Triadó, 2008).

En la misma línea, pero en un estudio distinto Triadó (2008) muestra satisfacción en el rol de cuidador auxiliar por parte de los abuelos al ser una actividad beneficiosa y productiva por estar en contacto con sus nietos. Se sienten útiles en la familia y los abuelos más jóvenes perciben más beneficios. Como desventaja encontramos el cansancio relacionado con las tareas, sentirse atado y no tener tiempo para uno mismo. En las desventajas influye la edad del abuelo, a mayor edad más desventajas.

En el estudio de Martínez (2010) los efectos positivos en los abuelos cuidadores son: percepción de importancia para la sociedad y la familia, felicidad por la relación mantenida con sus nietos, ayuda y amor hacia sus hijos y nietos, sentimientos de utilidad y solidaridad a nivel social y familiar, mayor vitalidad y rejuvenecimiento, disfrute de la relación mantenida con sus nietos, aumento de la autoestima y dar sentido a sus vidas. Al empezar a ejercer como abuelos cuidadores, la vida da un cambio brusco y pueden generar efectos negativos: conflictos y alteración en las relaciones con los miembros de la familia y en las relaciones de amistad, frustración ante procedimientos legales, falta de recursos, dolor por la incapacidad de cuidado de su propio hijo, dolor por su pérdida de libertad, problemas de relación y educación con sus nietos, dificultades económicas, cansancio y agotamiento físico y psíquico, escasez de tiempo para sí mismos, dificultades para el seguimiento escolar y social de los nietos, empeoramiento del estado de salud físico y aparición de trastornos depresivos.

Respecto al estado de salud aparecen dos variables como foco de conflicto que son el número de nietos a cargo y duración de los cuidados. Estos generan alteración en el estado de salud como depresión y somatización, agotamiento, cansancio físico y psíquico, vulnerabilidad debido al estado de salud deficiente antes de empezar con los cuidados, falta de tiempo para revisiones médicas y autocuidado, así como riesgo de adicción a ansiolíticos.

En el caso de que los abuelos se vean obligados a ejercer de padres llevará a mantener con sus nietos relaciones afectivas que no les corresponden, pero cuando ejercen de cuidadores se sienten más útiles. Para que cada miembro de la familia desempeñe la función que le corresponde hay que dejar a los padres, ser padres y a los abuelos, ser abuelos. Los abuelos que cuidan muchas horas a sus nietos aunque lo acepten de forma voluntaria se han visto forzados por ser la única alternativa posible y los que lo hacen de forma más esporádica tienen un componente más voluntario. De forma contraria a lo esperado los que conviven con sus hijos y nietos dedican menos horas al cuidado. Existe una correlación positiva entre sentimientos de depresión y el cuidado de los nietos al igual que existe relación entre la intensidad de los cuidados y problemas de salud (Badenes y López, 2011).

Por último Weisbrot y Giraudo (2012) obtienen como resultado que las abuelas maternas son las que más ejercen de cuidadoras de sus nietos, siendo el motivo principal ayudar a la familia. El acto de cuidar es gratificante y placentero para la mayoría de las abuelas. El número de horas destinadas al cuidado influye en la salud ya que las abuelas que destinan más horas o las que conviven con ellos presentan peor salud percibida, más estrés, reclamos por falta de reconocimiento, sensación de sobrecarga y agotamiento. Las limitaciones del estudio son una muestra acotada de abuelas de área urbana y clase social media.

Conclusiones

El nieto considera la figura del abuelo como compañero, confidente, cuidador, contador de historias y transmisor de valores morales. Pero si los abuelos ejercen de padres se priva a los nietos de la relación afectiva propia de abuelo y nieto, alterando los valores que son capaces de transmitir, incluso pueden producirse carencias educativas (Hoyuelos 2004). Los niños al ser cuidados por los abuelos tienen que adaptarse a la nueva situación y aunque tienen gran capacidad para ello pueden aparecer conductas problemáticas, trastornos psiquiátricos y retraso evolutivo (Martínez, 2010). Los nietos que son cuidados por sus abuelos pueden conocer una realidad que conviviendo sólo con los padres no llegarían a conocer (Badenes y López, 2011).

Hay pocos estudios que consideren cómo afectan los cuidados de los abuelos a los nietos, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas, no sólo en la conducta, sino también en la salud, alimentación, educación, etc. Son necesarios más estudios que tengan en cuenta cómo afectan estos cuidados proporcionados por los abuelos en la figura del nieto.

Todos los estudios muestran que la satisfacción emocional y cognitiva de los abuelos cuidadores es alta, considerando que el impacto positivo fundamental se da de forma afectiva y encontramos sentimientos de utilidad y solidaridad a nivel social y familiar, mayor vitalidad y rejuvenecimiento, disfrute de la relación mantenida con sus nietos, aumento de la autoestima y dar sentido a su vida (IMSERSO, 2008; Martínez, 2010; Triadó, 2008).

En la mayoría de los estudios revisados la satisfacción de los cuidados depende de la implicación ya que a más horas de cuidado menor disfrute, aunque no hay resultados sobre cuántas horas habría que dedicar al cuidado para que la implicación sea beneficiosa para ambos. De la misma forma el número de horas destinadas al cuidado influye en la salud, presentando peor salud percibida, estrés y agotamiento las abuelas que cuidan más horas (Badenes y López, 2011; Weisbrot y Giraudo, 2012). Aparece mayor satisfacción emocional los que cuidan sólo a un nieto (IMSERSO, 2008), por lo tanto encontramos que el número de nietos a cargo y la duración de los cuidados son dos variables que influyen en el estado de salud. Los problemas que pueden aparecer son depresión, cansancio físico y mental, falta de tiempo y de autocuidado (Martínez, 2010).

Los abuelos que padecen más problemas físicos y mentales son aquellos que deben criar a sus nietos por falta de responsabilidad de los padres, mayor edad del nieto, menor peso en tareas de cuidado, mayor peso en tareas de disciplina y mayor dificultad de cuidado son los factores que influyen negativamente en la satisfacción (Weisbrot, 2007; Triadó, 2008).

La situación actual hace que las familias tengan dificultades para la conciliación de vida familiar y laboral, pero no debería significar que la tarea del cuidado de los hijos recayera únicamente en los abuelos, ya que aunque el cuidado se relaciona con una mayor satisfacción en ciertas circunstancias también encontramos consecuencias negativas. Una implicación en los cuidados que sea satisfactoria para abuelos y nietos parece ser difícil de medir, pero cuando la cantidad de cuidados es moderada, sin llegar a ser una suplencia del rol de padre garantiza una mayor satisfacción y menos dificultades. Conocer el límite de implicación en los cuidados nos proporciona información para que el cuidado sea lo más beneficioso posible para abuelos y nietos.

Nos encontramos ante un tema que tiene mucho más que estudiar, en el que la mayoría de los estudios tienen limitaciones, cómo una muestra pequeña o que sólo incluyen a las abuelas. Algunos muestran resultados contradictorios, por ello son necesarios más estudios con mayor especificidad y calidad, que también contemplen qué consecuencias tienen estos cuidados en los nietos, no sólo en los abuelos.

Referencias

- Badenes N, López MT. (2010) Doble dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España. Madrid: Cívitas. 107-125.
- Hoyuelos A, Aldecoa J. (2004). Abuelos, abuelas, nietos y nietas. El punto de vista infantil. *Indivisa, Bol. Estud. Invest*, 5:35-42.
- Instituto de mayores y servicios sociales. (2010). Encuesta mayores 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/encuestamayores_20.pdf
- Kolomor, S.R. y McCallion, P. (2005). Depression and caregiver mastery in grandfathers caring for their grandchildren. *The International Journal of Aging and Human Development*, 60(4), 283 – 294.
- López M, et Al. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* , 2(7): 332-339
- Martínez, A.L (2010).: Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/10/.
- Muñoz M.A, Zapater F. (2006).Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Aten Primaria*, 37(7):374-80.
- Pérez, L. (2007). Las abuelas como recursos de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Pinazo, S. y Ferrero, C. (2003). Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y abuelos acogedores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(2), 89-101.
- Triadó C, et al. (2008). Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar. Informe de investigación para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Triadó C, Et al. (2008). Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tarea de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *International Journal of developmental and educational Psychology*, 1(4): 455-464.
- Weisbrota A, Giraudoa. (2012). Grandmothers, concepts and perceptions in caring for their grandchildren. Qualitative study in a population from the Italian Hospital of Buenos. *Arch Argent Pediatr*, 110(2):126-13.
- Weisbrot M. (2007) Evidencia Orientada al Paciente. ¿Las abuelas que cuidan nietos tienen más riesgo de enfermarse? *Evid. actual. práct. ambul*; 10(6): 188-191.

CAPÍTULO 4

Sol, vitamina D y envejecimiento

Adriano Cano Ruiz y Purificación Castro Extremera
Complejo Hospitalario de Jaén (España)

Introducción

La exposición solar tiene un papel fundamental en la salud humana. Sus beneficios fueron descubiertos y utilizados hace miles de años. Desde las civilizaciones antiguas como Egipto, Grecia o Roma, el sol ha sido adorado y respetado por sus poderes curativos.

Durante el siglo XVIII la luz solar fue utilizada para aliviar el escorbuto y el raquitismo y hasta el descubrimiento de la penicilina, la terapia con sol estaba indicada para tratar las infecciones bacterianas. Florence Nightingale, considerada como la madre de la enfermería moderna, defendió en su teoría del entorno la importancia una adecuada iluminación con luz natural como elemento esencial para la recuperación del paciente. Tal era su convicción que luchó políticamente para intentar cambiar la orientación del hospital Royal Victoria de Netley (1856), que impedía la entrada del sol en las habitaciones de los pacientes (Quirós, Sanz y Adrados, 2009).

En la actualidad sabemos que muchos de estos beneficios que se atribuyen al sol se deben a la vitamina D, que se produce con la exposición de la piel a la luz ultravioleta.

Conocemos como vitamina D o calciferol a un grupo de compuestos liposolubles que pertenecen a la familia de los esteroides. Los más importantes son el colecalciferol (vitamina D3) y el ergocalciferol (vitamina D2).

Estos compuestos pueden llegar al cuerpo a través de diferentes vías; bien ser sintetizados por el propio organismo (a través de un proceso presente en la mayoría de los mamíferos), a través de algunos alimentos o en forma de suplemento.

Cuando la luz ultravioleta del sol incide sobre la piel, existe entre sus capas más profundas (estrato basal y estrato espinoso) un precursor conocido como 7-deshidrocolesterol, que es foto convertido a previtamina D3 y posteriormente transformado a vitamina D3.

Una vez en el torrente sanguíneo, la vitamina D3 es transportada hasta el hígado donde es procesada a 25(OH)D o calcidiol. Posteriormente con su paso por los riñones se transforma en 1,25(OH)D o calcitriol, la forma biológicamente activa de vitamina D.

Esta forma bioactiva regula diferentes procesos y funciones metabólicas gracias a su unión con el receptor de vitamina D (VDR) presente en el núcleo celular de enterocitos, osteoblastos, músculo esquelético y multitud de otros tejidos: cerebro, corazón, próstata, mama, páncreas o células inmunes. Ejerce su acción activando la transcripción de genes específicos, por lo que esta vitamina ha recibido la consideración de hormona.

Desde el punto de vista dietético, las principales fuente naturales de vitamina D3 son el pescado azul, el hígado y la yema de los huevos. Por su parte, la D2 tiene su origen en algunos tipos de plantas e invertebrados. Hoy en día la fuente dietética más habitual de la vitamina D son los alimentos enriquecidos industrialmente con este compuesto, como lácteos y cereales.

No se conoce la cantidad mínima diaria de vitamina D necesaria, esto se debe a que es difícil precisar la cantidad de vitamina que se produce con la exposición solar (varía según la estación del año, latitud, factores climatológicos, la pigmentación de la piel, superficie corporal expuesta, edad del sujeto, etc.). Para establecer el actual umbral se recurrió a estudios transversales, que comparaban los niveles de vitamina D con el estado de la hormona paratiroidea (PTH) y la cantidad de vitamina D suplementada.

Como resultado de estas investigaciones se observó que un nivel adecuado de la hormona PTH se alcanza cuando los niveles de 25(OH)D sobrepasan los 100 nmol/l. Quedaba por tanto definida la hipovitaminosis; concentración <100 nmol/L (40 ng/mL), insuficiencia; <50 nmol/L (20 ng/mL), definida como el umbral inferior que previene el hiperparatiroidismo secundario, aumenta el recambio óseo y la pérdida mineral ósea, y déficit de vitamina D; <25 nmol/L (10 ng/mL), niveles asociados a raquitismos en bebés y niños y osteomalacia en adultos (Mosekilde, 2005).

Para la medición del estado global de vitamina D corporal, recurrimos a la identificación de su forma hidroxilada en sangre; el nivel de 25(OH)D es el mejor indicador disponible, ya que refleja el total de vitamina D obtenido tanto de la ingesta como de la exposición solar.

La deficiencia de vitamina D en la tercera edad es un problema extendido a nivel mundial. En España, a pesar de ser un país soleado, diferentes estudios han encontrado que las personas mayores padecen insuficiencia e incluso deficiencia de vitamina D, sobre todo al final del invierno. Un estudio realizado por Vaqueiro et al. (2007) sobre una muestra de población española mayor de 64 años, encontró una prevalencia de hipovitaminosis D del 87%.

Este hallazgo puede explicarse por unos malos hábitos conductuales (un alto porcentaje de personas evitan exponerse directamente a la luz del sol) o alimentarios (las recomendaciones diarias no llegan a cubrirse debido a una ingesta insuficiente de alimentos ricos en vitamina D) (Rodríguez, Beltrán, Quintanilla, Cuadrado y Moreiras, 2008).

Las tasas de prevalencia más altas se observan entre los ancianos que viven en residencias, hospitalizados y con fracturas de cadera, que requieren una inmovilización prolongada. Pero también el déficit de síntesis cutánea (por una disminución del precursor 7-deshidrocolesterol en la piel) y la disminución de la función renal (donde se produce la conversión a la molécula bioactiva) que aparecen con el envejecimiento pueden producir déficit de vitamina D incluso en ancianos sanos.

La vitamina D tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la homeostasis del calcio y la salud ósea. Su función principal en los animales vertebrados y los humanos es el aumento de la absorción de calcio y fósforo a través del intestino para la mineralización ósea.

Su déficit produce hiperparatiroidismo secundario, recambio óseo acelerado, pérdida de hueso y alteraciones de la mineralización, que conducen a la aparición de osteoporosis y osteomalacia, además de aumentar el riesgo de sufrir caídas o fracturas.

Más recientemente la evidencia científica ha encontrado que la exposición al sol podría disminuir la incidencia de algunos cánceres, reducir la presión arterial y mejorar la salud cardiovascular, normalizar los ciclos del sueño y regular el estado de ánimo. Estas nuevas funciones de la vitamina D han puesto en relevancia la importancia de mantener unos adecuados niveles de esta hormona durante el envejecimiento.

Objetivo

General

- Describir y sintetizar la evidencia disponible sobre los beneficios de la vitamina D en personas mayores.

Específicos

- Recalcar la importancia y promover una exposición saludable a la luz solar como fuente natural de vitamina D.
- Evaluar la utilidad, seguridad y toxicidad de la suplementación oral de vitamina D.

Metodología

Revisión bibliográfica a través de los buscadores académicos Google Scholar, GERION y la base de datos PubMed. Para la búsqueda de revisiones sistematizadas recurrimos a la fuente secundaria: Biblioteca Cochrane Plus. Realizamos búsqueda cascada en la bibliografía de los artículos analizados

más interesantes. No limitadores relativos a fecha de publicación, artículos seleccionados en español e inglés. Palabras clave utilizadas: Sol, vitamina D, envejecimiento, salud, tercera edad.

Resultados

Vitamina D y mortalidad: Diferentes estudios observacionales han encontrado una correlación inversa entre los niveles de vitamina D en sangre y mortalidad por cualquier causa (Melamed, Michos, Post y Astor, 2008).

Los ensayos clínicos que han examinado el efecto de la suplementación con vitamina D sobre la mortalidad parecen confirmar estos hallazgos observacionales. Un reciente meta-análisis llevado a cabo por la colaboración Cochrane (Bjelakovic et al., 2011), que recopiló la información de 159 ensayos clínicos y 95.000 participantes, ha evidenciado que la suplementación con vitamina D3 disminuye la mortalidad en la población anciana que viven en la comunidad e institucionalizada.

Los posteriores resultados de un estudio observacional realizado con población anciana no institucionalizada sugieren que el mayor beneficio contra la mortalidad que aparecen los suplementos de vitamina D se debe a la reducción de la fragilidad de los ancianos.

En este estudio la fragilidad fue definida bajo los criterios de agotamiento, debilidad, caminar lento y baja actividad física. Los niveles de vitamina D encontrados entre los 4.700 participantes fueron divididos en cuartiles; La fragilidad fue el doble en el cuartil más bajo en comparación con el cuartil más alto, y se asoció positivamente con la mortalidad; el cuartil más bajo tuvo tres veces mayor riesgo relativo de muerte en comparación con el cuartil más alto (Smit et al., 2012).

Vitamina D y cáncer: Los resultados de diferentes estudios observacionales sugieren que unos bajos niveles séricos de vitamina D se asocian a un mayor riesgo de desarrollar diferentes tipos de cánceres; como el de mama, próstata, colon y ovario (Garland et al., 2006).

Respecto a la utilidad de la suplementación con vitamina D, meta-análisis como el de Bjelakovic et al. (2011) han encontrado una disminución estadísticamente significativa de mortalidad por cáncer.

Los resultados de varios estudios observacionales y de intervención respaldan los beneficios de la suplementación con vitamina D3 para la prevención de cáncer. Sin embargo, un posterior meta-análisis de estos trabajos (Chung, Lee, Terasawa, Lau y Trikalinos, 2011) destacó que la evidencia actual disponible no es lo suficientemente sólida como para recomendar estos suplementos para su prevención.

Fuerza y equilibrio: La etapa de envejecimiento se caracteriza por una progresiva pérdida de fuerza y masa muscular, que puede obstaculizarla autonomía de estas personas y dificultar la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Un estudio observacional prospectivo, que incluyó dos cohortes de 725 personas con una edad media de 60 años y 1.200 participantes con edad media de 75 años, evaluó la habilidad de estos grupos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria: subir y bajar escaleras sin descansar, vestirse y desvestirse, sentarse y levantarse, caminar durante 5 minutos sin descanso o usar el transporte público. Los autores encontraron que la deficiencia de vitamina D estaba asociada con un aumento de la probabilidad de tener (al menos una) limitación funcional (Sohl et al., 2013).

Según los resultados de una revisión y meta-análisis de 714 estudios de intervención, la suplementación diaria con vitamina D permitió a las personas mayores ganancias de fuerza y equilibrio (Muir y Montero-Odasso, 2011).

Prevención de caídas: La suplementación con vitamina D podría reducir el riesgo de caídas en los ancianos. Un meta-análisis de cinco ensayos clínicos aleatorizados, que incluyó un total de 1.237 participantes con una edad media de 60 años, encontró que la suplementación con vitamina D reduce el riesgo de caídas en personas mayores que viven en la comunidad o institucionalizadas con buena salud en más de un 20% (Bischoff-Ferrari et al., 2004).

Un posterior meta-análisis elaborado por la colaboración Cochrane (Gillespie et al., 2009), que analizó un total de 159 ensayos con intervenciones para reducir las caídas en las personas mayores,

encontró que la reducción del riesgo es válido únicamente para personas mayores con bajos niveles séricos de vitamina D, pero al incluirse estudios donde la población posee unos niveles normalizados, el anterior efecto protector dejó de ser significativo.

Fracturas: Un análisis de 11 ensayos clínicos aleatorizados investigó la suplementación con vitamina D y el riesgo de sufrir fracturas en más de 31.000 participantes mayores de 65 años. Los autores organizaron en cuartiles los datos extraídos según el consumo diario de vitamina D, que iba desde 0 hasta 2000 UI / día.

En sus resultados encontraron que en el cuartil de consumo más alto de vitamina D (800-2000 UI) existía un 30% menos de riesgo de fractura de cadera y un 14% menos de riesgo de otras fracturas en comparación con el grupo placebo. Los autores encontraron que no existía beneficio para la prevención de fracturas al tomar suplementos de vitamina D cuando las dosis eran inferiores a 800 UI/día (Bischoff-Ferrari et al., 2012)

Otro ensayo clínico aleatorizado evaluó la tasa de fracturas en 86 participantes mayores con enfermedad de Parkinson, a los que administraron inyecciones de vitamina D en su forma bioactiva. Tras un periodo de seguimiento de 18 meses, 8 pacientes sufrieron fracturas en el grupo placebo mientras que se registró 1 fractura entre los pacientes que recibieron la suplementación (Sato, Manabe, Kuno y Oizumi, 1999).

Salud cardiovascular: Numerosos estudios han encontrado altos índices de enfermedad cardiovascular entre los pacientes con niveles más bajos de vitamina D (Wang et al., 2008).

También se ha encontrado una fuerte asociación entre los niveles séricos de vitamina D y algunos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular como la hipertensión, la diabetes, el síndrome metabólico (Zittermann, 2006).

Una revisión sistemática encontró que la suplementación con 1.000IU diarios de vitamina D pueden reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (Wang, Manson, Song, y Sesso, 2010). Múltiples estudios han sugerido que la suplementación podría reducir la presión arterial en pacientes con hipertensión y mejorar la sensibilidad a la insulina en pacientes diabéticos tipo 2:

Una revisión sistemática de 4 ensayos de intervención que englobó un total de 429 participantes, encontró una pequeña reducción de la presión arterial sistólica (pero no diastólica) asociada a la suplementación de vitamina D (Wu, Ho y Zhong, 2010).

Otra revisión evaluó la utilidad y seguridad de la vitamina D para los pacientes con diabetes tipo 2. Aunque los resultados sugieren que podrían existir beneficios, la evidencia actual aún es débil y muy escasa, por lo que se requieren más estudios para extraer conclusiones fiables al respecto (Gao, Chen, Liu y Ran, 2013).

Vitamina D y sueño: Existen receptores de vitamina D en las neuronas de regiones del cerebro responsables de la iniciación y mantenimiento del sueño, por lo que se ha sugerido que la vitamina D tiene un papel importante en el sueño y su calidad.

Hoy en día pasamos la mayor parte del tiempo en el interior de edificios, por lo que ha disminuido la exposición al sol y con ella los niveles de vitamina D. Se ha planteado la hipótesis de que la deficiencia podría explicarla reciente epidemia mundial de patrones de sueño alterados (Gominak y Stumpf, 2012).

Un reciente estudio observacional, que seleccionó a 3.000 hombres mayores de 68 años, ha encontrado que los niveles bajos de vitamina D se asocian fuertemente con peores resultados en la eficacia y duración del sueño (Massa et al., 2015)

En otro estudio (Huang, Shah, Long, Crankshaw y Tangpricha, 2013) la suplementación a veteranos con dolor crónico y déficit de vitamina D mejoró la latencia y duración del sueño (además del dolor y el funcionamiento social).

Vitamina D y depresión: Existe evidencia que sugiere que la vitamina D podría estar implicada en la regulación del humor; a través de su acción en el hipotálamo, podría explicarse la relación entre los cambios estacionales y los cambios de humor.

Estudios prospectivos como el de Milaneschi et al., (2010) con una cohorte italiana compuesta por 1155 participantes, encontraron que los niveles inferiores a 50 nmol / L (hipovitaminosis D) es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores de 65 años.

Otro estudio observacional, con una gran cohorte compuesta por 1282 residentes de los Países Bajos mayores de 65 hasta 95 años, encontró que los niveles de vitamina D eran un 14% más bajos en personas con depresión (Hoogendijk et al., 2008).

Más recientemente, un estudio que seleccionó una cohorte de población Italiana compuesta por 1.039 mujeres y 636 hombres mayores de 65 años, encontró una relación inversa entre los niveles de vitamina D y la puntuación en la escala de depresión geriátrica (GDS) en mujeres, aunque no en hombres (Toffanello et al., 2014).

Enfermedades neurológicas

a) Funcionamiento cognitivo. Un meta-análisis de 14 estudios observacionales y 3 ensayos de intervención ha encontrado una relación entre bajos niveles vitamina D y peores resultados en memoria episódica y algunas funciones ejecutivas (velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y multitarea). Al suplementar al grupo con los niveles más bajos de vitamina D, se logró conseguir una mejora en todas estas funciones. (Annweiler et al., 2013)

b) Enfermedades degenerativas. Se ha propuesto a la vitamina D como un biomarcador de la enfermedad de Alzheimer, al encontrarse inversamente relacionada con el riesgo de sufrir esta enfermedad (Annweiler, Llewellyn y Beauchet, 2013).

También se ha sugerido que poseer altos niveles de vitamina D puede ser un elemento protector contra la enfermedad de Parkinson. En una cohorte de 3.173 hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 79 años, aquellos individuos con concentraciones séricas más elevadas de vitamina D mostraron un menor riesgo de desarrollar esta enfermedad (Knekt et al., 2010).

Cantidad diaria recomendada y toxicidad. La OMS (2004), en su publicación Requisitos de vitaminas y minerales en la nutrición humana, recomienda el consumo diario de 200 Unidades Internacionales (UI) de vitamina D para los adultos hasta 50 años, 400 UI para personas de 51 a 65 años y 600 UI para los mayores de 65.

Por su parte, las directrices publicadas en el año 2011 desde el organismo independiente Institute of Medicine (IOM), que trabaja para los gobiernos americano y canadiense, recomienda consumir 600 UI de vitamina D al día hasta 70 años y 800 UI al día para los mayores de 70 años. Este aumento de las cantidades recomendadas lo que muestra el notable progreso de la investigación en el campo de la vitamina D.

Las dosis excesivas de vitamina D en los adultos pueden provocar intoxicación. Los síntomas de la intoxicación aguda se deben a la hipercalcemia e incluyen confusión, poliuria, polidipsia, anorexia, vómitos y debilidad muscular.

El límite tolerable de vitamina D establecido por el IOM es de 4.000 UI al día. Sin embargo, algunos estudios sugieren que una ingesta mantenida a largo plazo de 10.000 IU/día de vitamina D podría maximizar los beneficios fisiológicos y ser segura para la población general (Ross et al., 2011).

Conclusiones

Existe una amplia y sólida evidencia científica que sustenta la importancia de mantener unos adecuados niveles de vitamina D para garantizar un óptimo estado de salud. Además de su relación con el metabolismo del calcio y la salud ósea, hemos visto que los receptores VDR están presentes en muchos otros tejidos del cuerpo humano participando en multitud de procesos y funciones.

En la tercera edad son muchos los factores que dificultan el poder mantener un adecuado estado global de vitamina D y hacen que su deficiencia sea muy común en la población anciana. Algunos de estos factores son: Una disminución de la cantidad incorporada a través de la alimentación, disminución

de la exposición al sol, reducción de los precursores en la piel y una menor hidroxilación en hígado y riñón.

La evidencia actual sugiere que la suplementación oral con vitamina D, además de segura, puede ser útil en personas mayores con un riesgo alto de sufrir caídas y fracturas. Sin embargo, los resultados de los estudios no son concluyentes para recomendar estos suplementos de vitamina D en la protección contra las enfermedades cardiovasculares y neurológicas, para la prevención del cáncer, la depresión y la diabetes o para mejorar la calidad del sueño y las cifras de tensión arterial.

A la vista de todo lo anterior sí podemos recomendar a todas las personas mayores una exposición responsable a la luz del sol, pasar menos tiempo en interiores bajo luces artificiales, practicar regularmente ejercicio físico y otras actividades de ocio en ambientes exteriores, además de seguir una dieta equilibrada que contenga diversidad de alimentos ricos en vitamina D.

Referencias

- Annweiler, C., Llewellyn, D. J. y Beauchet, O. (2013). Low serum vitamin D concentrations in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33(3), 659-674.
- Annweiler, C., Montero-Odasso, M., Llewellyn, D. J., Richard-Devantoy, S., Duque, G. y Beauchet, O. (2013). Meta-analysis of memory and executive dysfunctions in relation to vitamin D. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 37(1), 147.
- Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Willett, W. C., Staehelin, H. B., Bazemore, M. G., Zee, R. Y. y Wong, J. B. (2004). Effect of vitamin D on falls: a meta-analysis. *Jama*, 291(16), 1999-2006.
- Bischoff-Ferrari, H. A., Willett, W. C., Orav, E. J., Lips, P., Meunier, P. J., Lyons, R. A., ... y Dawson-Hughes, B. (2012). A pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention. *New England Journal of Medicine*, 367(1), 40-49.
- Bjelakovic, G., Glud, L. L., Nikolova, D., Whitfield, K., Wetterslev, J., Simonetti, R. G., ... y Glud, C. (2011). Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *The Cochrane Library*.
- Chung, M., Lee, J., Terasawa, T., Lau, J. y Trikalinos, T. A. (2011). Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 155(12), 827-838.
- Gao, W., Chen, D. W., Liu, G. J. y Ran, X. W. (2013). [Efficacy and safety of vitamin D for type 2 diabetes mellitus: a systematic review]. *Zhonghua yi xue za zhi*, 93(18), 1401-1406.
- Garland, C. F., Garland, F. C., Gorham, E. D., Lipkin, M., Newmark, H., Mohr, S. B. y Holick, M. F. (2006). The role of vitamin D in cancer prevention. *American Journal of Public Health*, 96(2), 252.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G. y Rowe, B. H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Library*.
- Glade, M. J. (2012). A 21st century evaluation of the safety of oral vitamin D. *Nutrition*, 28(4), 344-356.
- Gominak, S. C. y Stumpf, W. E. (2012). The world epidemic of sleep disorders is linked to vitamin D deficiency. *Medical hypotheses*, 79(2), 132-135.
- Hoogendijk, W. J., Lips, P., Dik, M. G., Deeg, D. J., Beekman, A. T. y Penninx, B. W. (2008). Depression is associated with decreased 25-hydroxyvitamin D and increased parathyroid hormone levels in older adults. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 508-512.
- Huang, W., Shah, S., Long, Q., Crankshaw, A. K. y Tangpricha, V. (2013). Improvement of pain, sleep, and quality of life in chronic pain patients with vitamin D supplementation. *The Clinical journal of pain*, 29(4), 341-347.
- Knekt, P., Kilkkinen, A., Rissanen, H., Marniemi, J., Sääksjärvi, K., y Heliövaara, M. (2010). Serum vitamin D and the risk of Parkinson disease. *Archives of neurology*, 67(7), 808-811.
- Massa, J., Stone, K. L., Wei, E. K., Harrison, S. L., Barrett-Connor, E., Lane, N. E., ... y Schernhammer, E. (2015). Vitamin D and Actigraphic Sleep Outcomes in Older Community-Dwelling Men: The MrOS Sleep Study. *Sleep*.
- Melamed, M. L., Michos, E. D., Post, W. y Astor, B. (2008). 25-hydroxyvitamin D levels and the risk of mortality in the general population. *Archives of internal medicine*, 168(15), 1629-1637.
- Milaneschi, Y., Shardell, M., Corsi, A. M., Vazzana, R., Bandinelli, S., Guralnik, J. M. y Ferrucci, L. (2010). Serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in older women and men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(7), 3225-3233.

- Mosekilde, L. (2005). Vitamin D and the elderly. *Clinical endocrinology*, 62(3), 265-281.
- Muir, S. W. y Montero-Odasso, M. (2011). Effect of Vitamin D Supplementation on Muscle Strength, Gait and Balance in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12), 2291-2300.
- Quirós, A. B., Sanz, E. A., y Adrados, J. G. (2009). Luz solar, vitamina D y tuberculosis. *Boletín de Pediatría*, 49, 220-226.
- Rodríguez Sangrador, M., Beltrán de Miguel, B., Quintanilla Murillas, L., Cuadrado Vives, C., y Moreiras Tuny, O. (2008). Contribución de la dieta y la exposición solar al estatus nutricional de vitamina D en españolas de edad avanzada: Estudio de los Cinco Países (Proyecto OPTIFORD). *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 567-576.
- Ross, A. C., Manson, J. E., Abrams, S. A., Aloia, J. F., Brannon, P. M., Clinton, S. K., ... y Shapses, S. A. (2011). The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(1), 53-58.
- Smit, E., Crespo, C. J., Michael, Y., Ramirez-Marrero, F. A., Brodowicz, G. R., Bartlett, S. y Andersen, R. E. (2012). The effect of vitamin D and frailty on mortality among non-institutionalized US older adults. *European journal of clinical nutrition*, 66(9), 1024-1028.
- Sohl, E., Van Schoor, N. M., De Jongh, R. T., Visser, M., Deeg, D. J. H. y Lips, P. (2013). Vitamin D status is associated with functional limitations and functional decline in older individuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(9), E1483-E1490.
- Sato, Y., Manabe, S., Kuno, H. y Oizumi, K. (1999). Amelioration of osteopenia and hypovitaminosis D by 1 α -hydroxyvitamin D3 in elderly patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(1), 64-68.
- Toffanello, E. D., Sergi, G., Veronese, N., Perissinotto, E., Zambon, S., Coin, A., ... y Manzato, E. (2014). Serum 25-hydroxyvitamin D and the onset of late-life depressive mood in older men and women: The Pro. VA study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(12), 1554-1561.
- Vaqueiro, M., Baré, M., Anton, E., Andreu, E., Moya, A., Sampere, R.,... y Gimeno, C. (2007). Hipovitaminosis D asociada a exposición solar insuficiente en la población mayor de 64 años. *Medicina clínica*, 129(8), 287-291.
- Wang, L., Manson, J. E., Song, Y. y Sesso, H. D. (2010). Systematic review: vitamin D and calcium supplementation in prevention of cardiovascular events. *Annals of internal medicine*, 152(5), 315-323.
- Wang, T. J., Pencina, M. J., Booth, S. L., Jacques, P. F., Ingelsson, E., Lanier, K., ... y Vasan, R. S. (2008). Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation*, 117(4), 503-511.
- World Health Organization. (2004). Vitamin and mineral requirements in human nutrition (2^oEd). Ginebra (Suiza).
- Wu, S. H., Ho, S. C. y Zhong, L. (2010). Effects of vitamin D supplementation on blood pressure. *Southern medical journal*, 103(8), 729-737.
- Zittermann, A. (2006). Vitamin D and disease prevention with special reference to cardiovascular disease. *Progress in biophysics and molecular biology*, 92(1), 39-48.

CAPÍTULO 5

Envejecimiento activo y bienestar en una muestra de personas mayores de 65 años en Lleida

Carles Alsinet Mora y Norma Jordana Berenguer
Universidad de Lleida (España)

Introducción

El tasa de envejecimiento de la población —en países desarrollados y en desarrollo— es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2.000 millones en el año 2050. En España se prevé que en 2050 un 30,85% de la población sean personas mayores de 65 años, actualmente este grupo de población representa un 18,34%. A partir de estos datos se puede constatar que las regiones que invierten en un envejecimiento saludable y activo pueden esperar un beneficio social y económico más significativo para toda la comunidad.

En las últimas décadas se ha incrementado el interés por el estudio del bienestar de las personas (Castellá et al., 2012; Dinisman, Monserrat y Casas, 2012; Tomyne y Cummins, 2011; Verdugo et al., 2013).

En este sentido Diener y Diener (1995) consideran la satisfacción con la vida como un indicador clave en el estudio de la calidad de vida de las personas y por lo tanto impulsar las fortalezas de las personas ofrece un amplio abanico de experiencias positivas que aumentan los beneficios en la vida, en consecuencia centrarse en los aspectos positivos está asociado con el placer, el compromiso y el significado de la vida (Seligman, 2011).

Una gran variedad de estudios ponen acento en la relación que existe entre el desarrollo de las fortalezas y el bienestar subjetivo (Steger, Hicks, Kashdan, Krueger y Bouchard, 2007; Park y Peterson, 2008; Park, Peterson y Seligman, 2004; Govindji y Linley, 2007). Más específicamente, aplicar las fortalezas a la vida diaria reporta una gran variedad de beneficios como la satisfacción con múltiples campos de la vida, niveles de bienestar subjetivo elevados y sostenibles, sensación de fluidez, significado de la vida, salud física, recuperación de enfermedades, calidad de vida en general y experiencias energéticas (Csikszentmihalyi, 1990; Seligman, 2002; Park et al., 2004; Peterson y Seligman, 2004; Lyubomirsky, King y Diener, 2005); Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005); Peterson, 2006; Littman-Ovadia y Steger, 2010; Proctor, Maltby y Linley, 2011). Además, el uso de las fortalezas está relacionado con la sensación de identidad, autenticidad y bienestar de los individuos (Peterson y Seligman, 2004; Proctor, et al., 2011) y con la autoestima y la auto-eficacia (Proctor, et al., 2011).

La calidad de vida en las personas mayores de 65 años se caracteriza por tener una dimensión integradora y un carácter multidimensional, diversos autores (Gonçalves, 2012; De Juanas, Limón & Navarro, 2013) consideran que además del funcionamiento físico, la voluntad y la vitalidad personal, se deben tener en cuenta otros aspectos, como el bienestar emocional y psicológico, el apoyo percibido y recibido, junto con la satisfacción con la vida y la percepción del estado de salud..

Entre los distintos dominios de la Calidad de Vida global, (Prieto-Flores et. al., 2008) el aspecto emocional presenta una estrecha relación con la dimensión de la salud, a nivel objetivo (morbilidad) y subjetivo (percepción de y satisfacción con la salud). La salud constituye un factor que influye sobre el bienestar emocional de las personas mayores, pero existe también evidencia del efecto protector de las emociones positivas en la salud y en la calidad de vida, y de la influencia de actitudes positivas en la

aceptación de limitaciones de la salud mediante estrategias de afrontamiento. De este modo, la dimensión de bienestar mantiene una correlación con el dominio de la salud.

Referente a la salud, cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud, des del 1948 ya la define como un componente intrínseco para el bienestar de las personas, concretamente utiliza esta definición: *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

En el marco del envejecimiento activo de las personas mayores de más de 65 años se ha estudiado la relación entre la satisfacción con su vida y la percepción de su estado de salud. El análisis se basa en una muestra de 132 personas mayores de 65 años de Lleida que manifestaran un envejecimiento socialmente activo y que participan en las actividades organizadas en los centros de personas mayores que se encuentran en los barrios de la ciudad.

Los objetivos de esta investigación son analizar de forma descriptiva el estado de salud subjetivo, la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo y en que intervalos se concentran las valoraciones entorno a la vida y la salud en una muestra de personas mayores de 65 años en Lleida.

Método

Participantes

Para la realización de esta investigación se ha contemplado una muestra representativa de 132 personas mayores de 65 años, partiendo de una población total de 9.766 que están asociadas a algún centro de jubilados de la ciudad de Lleida. La población de la muestra de este estudio corresponde a personas que envejecen activamente, del total de las 132 personas encuestadas un 46,2% son mujeres (N=61) y un 53,8% son hombres (N=71). Para este análisis se ha agrupados la variable edad en dos grupos, uno que corresponde a las personas de entre 65 años y 80 años y otro referente a más de 81 años. Teniendo en cuenta estos datos el 72,7% de las personas se encontrarían en la franja de edad de entre 65 y 80 años y el 27,3% de las personas encuestadas tendrían más de 81 años.

Instrumentos

Para la valoración subjetiva sobre la salud se ha utilizado una escala tipo Likert de igual manera que en la Encuesta de Condiciones de Vida del INE y en el Índice para una Vida Mejor de la OCDE (1= Muy Mala y 5= Muy buena). Igual para expresar la satisfacción con el Sistema Sanitario (1= Muy Poco y 5 = Muy satisfecho) y para la valoración del nivel socioeconómico subjetivo (1= Significativamente más bajo que la media y 6 = Significativamente más alto que la media).

En relación a la obtención de los datos sobre el bienestar subjetivo se utilizó la escala de Cummins (Casas, et al., 2013; Cummins, 2013) (1 = extremadamente infeliz y 10 = extremadamente feliz) y para la valoración de la satisfacción con la vida se ha utilizado *The Satisfaction With de Life Style*(SWLS), que está formada por 7 ítems que reflejan cómo piensan o se sienten las personas respecto a su vida) (1= muy insatisfecho y 7=muy satisfecho).

Procedimiento

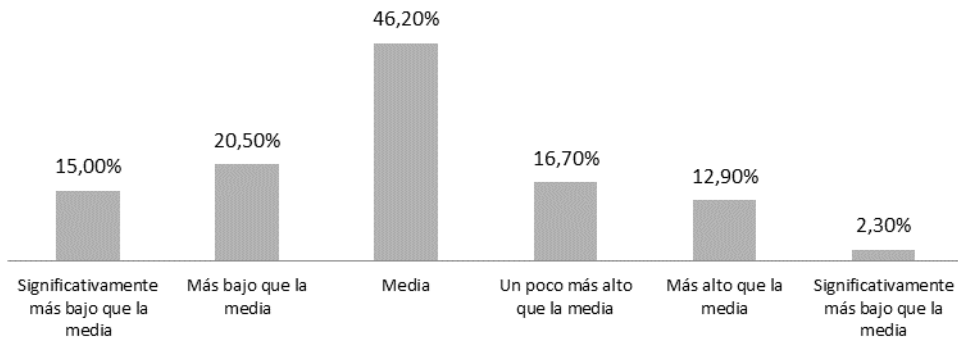
Para nuestro estudio hemos desarrollado la técnica de recogida de información de la encuesta. Se elaboró un cuestionario para las personas mayores de Lleida. Una vez presentado el estudio y obteniendo la colaboración de personas mayores, las encuestas fueron realizadas por el equipo de investigación y la aplicación tuvo lugar en los diferentes centros de personas jubiladas. Este estudio contempla varias variables agrupadas en grandes ámbitos, y estos se definen en: datos personales y familiares, datos sobre la vivienda, situación económica, actividades que realiza, autonomía en las actividades de la vida diaria y red de relaciones personales, salud, opinión sobre los servicios existentes en la ciudad de Lleida y su calidad, necesidades sentidas y habilidades funcionales y el ámbito referido al nivel de bienestar y satisfacción con la vida.

Análisis de datos

Una vez recogidos los datos establecidos por los formularios utilizados se hizo el traspaso al programa estadístico SPSS versión 20, para su futuro tratamiento estadístico. Se ha realizado un análisis descriptivo para las variables sexo, edad, nivel socioeconómico subjetivo, satisfacción con el sistema sanitario, el grado de bienestar subjetivo y el grado de satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años en Lleida y que participan activamente en los hogares de jubilados de la ciudad.

Resultados

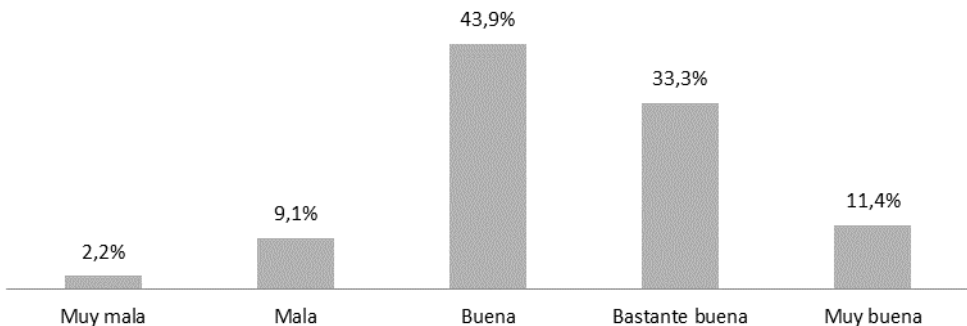
En relación al nivel socioeconómico subjetivo el 46,2% de las personas encuestadas han declarado considerar su nivel como el de la media, mientras que un 31,8% considera que está por encima de la media y el 22% restante declararía tener un nivel socioeconómico por debajo de la media.



Gráfica 1. Nivel socioeconómico subjetivo

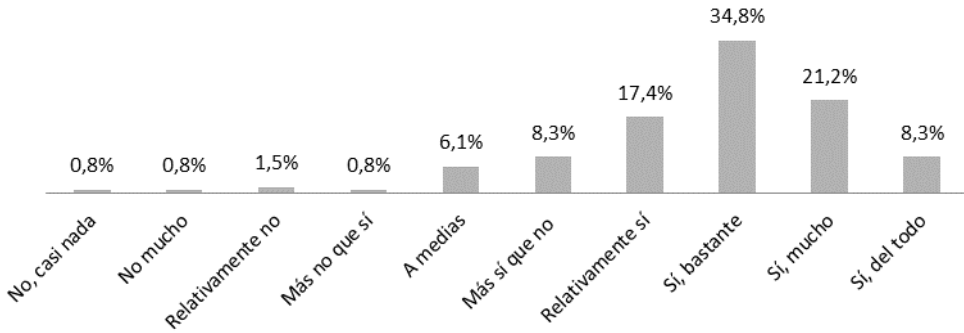
A la pregunta sobre el estado de salud subjetivo, *¿En general, como cree que está su salud?* el 88,6% considera que su salud se sitúa entre buena y muy buena mientras que un 11,4% considera que es mala o muy mala. Para esta variable la moda y la mediana corresponden a considerar la propia salud con la valoración intermedia “buena”.

Gráfica 2. Valoración del grado de salud subjetivo

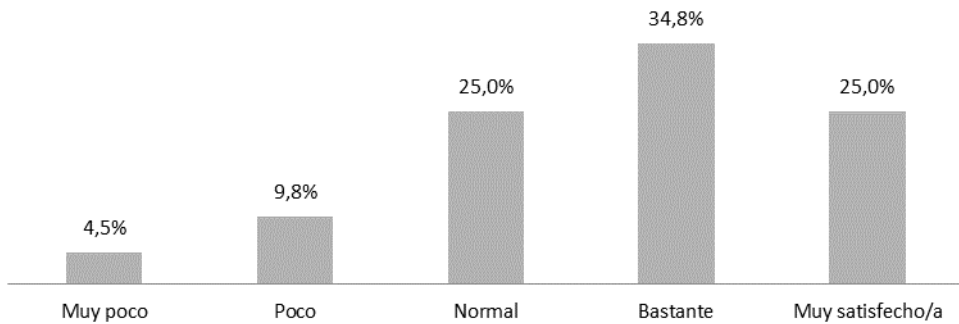


Para el estudio de la felicidad subjetiva se ha utilizado la escala de Cummins (Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Casas, et al., 2013; Cummins, 2013), *¿teniendo en cuenta el conjunto de su vida, en una escala del 0 al 10 donde 0 significa extremadamente infeliz y el 10 extremadamente feliz, usted podría decir que es?* Por un lado, evaluando las respuestas destaca que la mayoría de las personas encuestadas consideran que se sienten bastante, mucho o del todo felices con sus vidas, concretamente un 65,2% han respondido con un SÍ bien definido. Por otro lado, solo un 2,2% de las personas encuestadas han respondido que NO se sienten felices en general con su vida, mientras que un 32,6% no ha escogido ninguno de estos dos extremos (Sí –No) y ha valorado de forma relativa su felicidad con la vida.

Gráfica 3. Valoración del grado de bienestar subjetivo

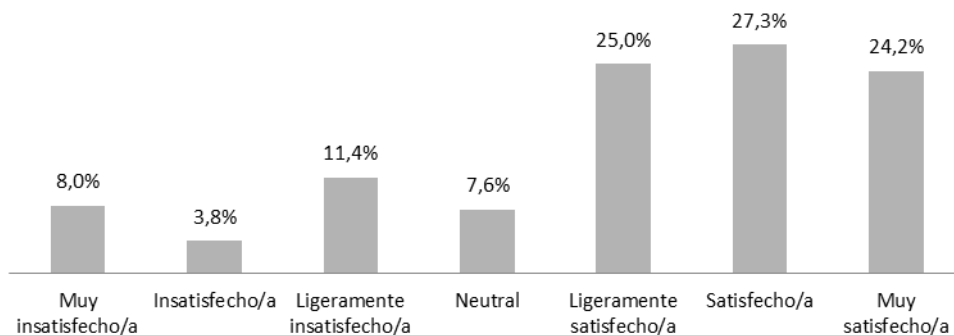


Gráfica 4. Valoración del grado de satisfacción con el sistema sanitario



En relación a la satisfacción con el sistema sanitario el 14,3% de las personas encuestadas están poco o muy poco satisfechas con este, el 25% valoraría su satisfacción como “normal”, mientras que un 59,8% están bastante o muy satisfechas con el sistema sanitario.

Gráfica 5. Grado de satisfacción con la vida



Para la obtención de los datos relacionados con el grado de bienestar se ha utilizado la escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), (Diener et al, 1985) que está formada por 7 ítems que reflejan cómo piensan o se sienten las personas respecto a su vida. El conjunto de las valoraciones de las frases da un resultado global que en el caso de la muestra estudiada, se podría destacar que el 51,5% declara estar satisfecho o muy satisfecho con su vida mientras que solo un 4,6% está insatisfecho.

En resumen, de una muestra de 132 casos, con un promedio de nivel socioeconómico subjetivo más alto que la media, un bienestar subjetivo por encima de lo neutral, una salud subjetiva por encima de la media, una satisfacción con el sistema sanitario cerca de bastante satisfecho y finalmente con una media de valoración global de satisfacción con la vida de 5,09 sobre 7 que significa que la mayoría de las personas encuestadas sobresalen de la valoración media acercándose a una opción más optimista del conjunto de su vida.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

| | N | Media | Desviación típica | Mínimo | Máximo | Percentiles | | |
|--------------------------|-----|-------|-------------------|--------|--------|-------------|--------------|----|
| | | | | | | 25 | 50 (Mediana) | 75 |
| Sexo | 132 | | | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Edad | 132 | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Nivel Socioeconómico | 132 | 3,26 | 1,046 | 1 | 6 | 3 | 3 | 4 |
| Satisfacción con la vida | 132 | 5,09 | 1,46789 | 1 | 7 | 5 | 6 | 6 |
| Salud Subjetiva | 132 | 3,42 | 0,892 | 1 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| Satisfacción Sanidad | 131 | 3,66 | 1,1 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 |
| Bienestar Subjetivo | 132 | 7,65 | 1,625 | 1 | 10 | 7 | 8 | 9 |

Si nos fijamos en los percentiles observamos que el 75% de las personas de esta muestra han valorado de forma superior al punto neutral su satisfacción con la vida, entre 5 y 7, mientras que el 25% declaran tener una satisfacción neutral o inferior con su vida en general. La media de valoración del estado de salud es superior a bueno y un 75% declara que es bueno o bastante bueno. Entre las valoraciones referentes a la confianza que tienen las personas respecto algunas instituciones cabe destacar que el sistema sanitario es uno de los más valorados. Para este estudio destaca que un 25% ha declarado que confía a medias o menos con el sistema sanitario, otro 25% ha declarado que confía mucho con este y el 50% que confía bastante. La mediana de valoración referente al bienestar en general es de 8,

correspondiente a Sí, bastante. Hecho que significa que el 50% de las personas mayores de 65 años en Lleida valora entre un 9 y un 10 su nivel bienestar subjetivo.

La prueba de estadísticos de contrastes nos permite rechazar la hipótesis de bondad de ajuste y concluir que las variables bienestar subjetivo, estado de salud subjetiva, satisfacción con el sistema sanitario y la satisfacción con la vida no se ajustan a una distribución uniforme.

La prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov nos ofrece los valores para el estadístico K-S y su nivel crítico (*Significación asintótica bilateral* = 0,000). Puesto que el valor del nivel crítico es muy pequeño (menor que 0,05), rechazamos la hipótesis de normalidad y concluimos que las puntuaciones de las variables bienestar subjetivo, estado de salud y satisfacción con la vida no se ajustan a una distribución normal. Las variables de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida indican que las personas no responden de forma heterogénea, sino de forma homogénea. Es decir, las respuestas se encuentran agrupadas en uno de los dos extremos o entorno a la media, así poca gente responde o muy mal o muy bien y se puede concluir que las respuestas son similares entre sujetos.

Discusión

El análisis refleja que el estado de salud, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida no se encuentran directamente relacionados con el sexo, la edad ni el nivel económico subjetivo. Mientras que como ya apuntaban (Prieto-Flores et. al., 2008) sí que existe una correlación entre el grado de bienestar subjetivo y el estado de salud subjetivo y también con el grado de satisfacción con la vida. Para este estudio esta correlación es baja y se debe tener en cuenta que aparte del estado de salud influyen otros factores en el bienestar y la satisfacción con la vida de las personas mayores de 65 años en Lleida. Según diversos autores (Gonçalves, 2012; De-Juanas, Limón y Navarro, 2013) la calidad de vida tienen un carácter integrador y multidimensional.

Entre las teorías sobre el bienestar subjetivo Luna, (2013) distingue entre las de bottom-up (aspectos externos o circunstanciales) y las del top-down (aspectos internos). Por un lado, las teorías del bottom-up defienden que la satisfacción global con la vida se consigue con la satisfacción en los diferentes ámbitos de la vida, así esta suma llevaría al bienestar general. Por otro lado las teorías del top-down, consideran que de forma global los acontecimientos son vividos de forma positiva (Casas, 1996) y, por lo tanto, la satisfacción con el estado de salud, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida considerados todos ellos de forma global se verían influenciados por esta perspectiva positiva. Como ya apuntan diversos autores, las respuestas recibidas en este estudio se concentran en los apartados más positivos de cada una de las preguntas sobre bienestar, satisfacción con la vida y estado de salud.

En un futuro, el objetivo es aumentar la representación ampliando el abanico de perfiles, incluyendo la perspectiva intercultural y las personas con algún grado de dependencia o discapacidad, así como aquellas que no se encuentren en la vida social activa. Para ello, por un lado, se debería de acceder a los diferentes programas (públicos y privados) y así encuestar a otros perfiles de personas. Y por otro lado, se debería de generar un grupo de discusión que englobara y representara a aquellos perfiles de personas que sea más difícil de acceder con la técnica de la encuesta.

Según uno de los 10 puntos fundamentales para el envejecimiento activo según la OMS es el hecho que los entornos estimulantes para las personas de edad avanzada estén adaptados a sus necesidades permitiendo así que tengan una vida más plena y maximicen su contribución a la sociedad. El envejecimiento saludable es un reto para todos los agentes que trabajan en este ámbito y no hay suficiente en darle años a la vida, sino que hay que dar vida a los años, y para ello es necesario envejecer activamente produciendo salud y bienestar.

Referencias bibliográficas

- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., & Valle, J. F. D. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de psicología*, 29(1), 148-158.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social*. Una introducción psicossociológica. Barcelona: PPU.
- Castellá Sarriera, Jorge; Saforcada, Enrique; Tonon, Graciela; Rodríguez de La Vega, Lía; Mozobancyk, Schelica; Bedin, Livia Maria. Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Un Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention*, vol. 21, núm. 3, 2012, pp. 273-280
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York, NY: Harper and Row.
- Cummins, RA (2003) Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research* 64, pp. 225-256
- De-Juanas Oliva, A., Limón Mendizábal, M.R. y Navarro Asencio, E (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en las personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp.153-168
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663
- Dinisman, T.; Montserrat, C.; Casas, F.(2012). The subjective well-being of Spanish adolescents: Variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review*, 34 , 2374-2380.
- Gonçalves Marques, E.M (2012) *Envelhecimento no Concelho da Guarda. Um estudo sobre qualidade de vida*. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Govindji, R., & Linley, P. A. (2007). Strengths use, self-concordance and well being: Implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2 (2), 143-153.
- Littman-Ovadia, H., & Steger, M. (2010). Character strengths and well-being among volunteers and employees: Toward an integrative model. *The Journal of Positive Psychology*, 5(6), 419- 430.
- Luna Soca, F.J (2013) *Bienestar subjetivo y satisfacción escolar en adolescencia*. Tesis doctoral. Universitat de Girona.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Park, N., & Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling*, 12, 85-92.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. New York: *Oxford University Press*.
- Prieto-Flores. M^a E, Fernández-Mayoralas, G, Rojo-Rérez. F, Lardiés-Bosque. R, Rodríguez-Rodríguez.V, Ahmed-Mohamed.K, Rojo-Abuín. José Manuel (Mayo – Junio 2008) Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82. Pp 301 – 313.
- Proctor, C., Maltby, J. & Linley, P.A. (2011). Strengths Use as a Predictor of Well-being and Health Related Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*, 12, 153-169.
- Seligman, M.E.P (2011). *Flourish*. N.Y. Simon & Schuster
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). *Positive psychology progress: Empirical validation of interventions*. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Steger M.F, Hicks M.B, Kashdan T.B, Krueger R.F, Bouchard T.J(2007). Genetic and environmental influences on the positive traits of the values in action classification, and biometric covariance with normal personality. *Journal of Research in Personality*, 41. Pp.524-539.
- Tomyn, A. J., & Cummins, R. A. (2011a). The subjective wellbeing of high-school students: Validating the personal wellbeing index-school children. *Social Indicators Research*, 101, 405-418.
- Verdugo-Lucero, J. L., Ponce de León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I. & Guzmán-Muñoz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79-91

CAPÍTULO 6

Creencias y estereotipos del alumnado de enfermería en torno a la vejez

Miriam Celdrán Mañas* y Candela Bonill de las Nieves**

**Universidad de Granada (España), **Hospital de Día Oncohematológico. Complejo hospitalario Torrecárdenas, Almería (España)*

Introducción

La vejez es considerada como una etapa en la vida, mientras que el envejecimiento es el proceso de envejecer, proceso que se inicia muy tempranamente (tras la infancia, adolescencia) y que transcurre a lo largo de la vida: el envejecimiento es un proceso que dura mientras la vida dura (García y Martínez, 2012). Sin embargo, según Dulcey (2011), existe la tendencia a homogenizar la vejez, como si todas las personas viejas se parecieran, como si mujeres y hombres envejecieran y llegaran a vivir la vejez del mismo modo. Hagestad (1998) señala que cuando hablamos del envejecimiento y de la vejez debemos contemplar diferentes realidades y condiciones, ocupando el género un lugar destacado en el análisis.

Los estereotipos son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social y están vinculados y son considerados la base de prejuicios y la discriminación hacia ese grupo. Según Cuddy y cols (2005) los estereotipos se asientan en falsas creencias empleándose a menudo para señalar imágenes negativas en torno a un grupo social. Estas falsas creencias parecen ser además comunes entre culturas y países. Los estereotipos e imágenes negativas en torno a la vejez parecen encontrarse no sólo en la población general y/o en la población joven sino también en las propias personas mayores y sus cuidadores. Por otra parte, el edadismo, término ideado por Robert Butler, es entendido como un proceso de estereotipia y discriminación en contra de la gente mayor en razón a su edad (Causapié y cols, 2011; Dulcey, 2011; Losada, 2004), conteniendo elementos objetivos que existen en la sociedad.

No obstante, la vejez ha sido valorada desde una visión dualista (negativa vs positiva). Frente a una imagen de la vejez como un estado deficitario (dependencia, enfermedad e incompetencia), aparece otra en la que la persona mayor es merecedora de un gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás (sabiduría, buen consejo, experiencia, alto estatus social), lo cual podría explicar los comportamientos ambivalentes que se dan en la sociedad en relación a la vejez: mientras que la visión negativa lleva a la exclusión social y la discriminación, la positiva lleva al desarrollo de programas de atención y protección (Causapié y cols, 2011; Carbajo, 2009).

Desde finales de la última década del siglo XX se ha puesto un interés creciente en la identificación y superación de creencias falsas relacionadas con la vejez y el envejecimiento (Dulcey, 2011). Como ejemplo de esto encontramos el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (2002), entre cuyos objetivos destaca el de favorecer ambientes respetuosos y propicios durante la vejez mediante la lucha contra imágenes y estereotipos negativos sobre el envejecimiento y las "personas mayores". A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS), apuesta por luchar contra los estereotipos negativos y las imágenes que favorezcan el edadismo entre los cuidadores de las personas mayores y los profesionales de la salud. Se asume que las imágenes edadistas mantienen un "valor causal patogénico", pudiéndose convertir en profecías que se autocumplen, atentando en forma sutil contra la calidad de vida de las personas mayores (Causapié y cols, 2011).

La existencia de estereotipos, imágenes negativas y edadistas y actitudes y comportamientos discriminatorios implica una reducción en la concepción de la vejez y el envejecimiento, ignorando la heterogeneidad y la diferencia del "adulto mayor" y constituyendo un obstáculo para el desarrollo de la conciencia de sí mismos. El estigma y los prejuicios negativos asociados al envejecimiento constituyen un obstáculo para un envejecimiento activo saludable que puede generar mayor discapacidad,

dependencia y deterioro, tal como describió Green (2005) y Serrani (2012). Afortunadamente, los avances que se vienen produciendo en torno al envejecimiento y la vejez continúan contribuyendo a la superación de creencias falsas (Dulcey, 2011).

Gracias a todo ello, conviene resaltar que la autopercepción que tienen las personas mayores sobre sí mismas está experimentando actualmente un proceso de cambio. Comparada con las expectativas del pasado sobre la vejez, entre la percepción de las limitaciones y las posibilidades que se perciben, más de un 75% de las personas mayores refieren sentirse “bastante o muy felices”. En torno al 55% están satisfechas con su situación, teniendo una imagen de sí mismas saludable, útil y alegre. Esto conlleva que las personas utilicen mecanismos de auto-regulación emocional, lo que lleva a un balance positivo en la vejez (Causapié y cols, 2011).

En relación a la medición de estereotipos o creencias negativas en torno a la vejez no existen apenas cuestionarios validados que midan exclusivamente creencias o estereotipos asociados a la vejez. Las escalas existentes evalúan actitudes hacia el envejecimiento y la dependencia. Las actitudes conforman un modelo tripartito, integrado por el afecto (sentimientos, expresiones y emociones), la conducta (acciones, respuestas motoras), y la cognición. Dentro de la cognición se incluiría nuestro objeto de interés, conformado por las creencias, estereotipos y los conocimientos de las personas. Entre los cuestionarios existentes para la evaluación de las actitudes hacia la vejez y la discapacidad destacan la "*Escala de Actitudes hacia el Envejecimiento*" (Kilty, 1976), la "*Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad*" (EAPD) (Verdugo, 1997) y la "*Fraiboni Scale for Ageism*", que no ha sido validada en nuestro contexto cultural. Los únicos cuestionarios recientes que no tengan más de cuatro décadas, adaptado a la población española y con un grado confiable de fiabilidad y validez que midan estereotipos y creencias sobre la vejez son "*El cuestionario para evaluar estereotipos hacia la vejez*", elaborado por Montorio e Izal (1991) y el "*Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez*" (Blanca y cols, 2005), el más reciente.

En el contexto Español no abundan los estudios que hayan evaluado creencias o estereotipos en torno a la vejez. Jiménez López y cols (2013) midieron actitudes en torno a la vejez en una muestra aleatoria de 216 alumnos de entre 18 y 39 años. En su estudio los jóvenes mostraron actitudes neutras, aunque con una actitud negativa marcada hacia el factor salud. Fuera del contexto español los estudios sobre actitudes del alumnado de enfermería en relación a la vejez son más abundantes, sobre todo en países como Suiza en la que la especialidad de enfermería geriátrica no es muy popular entre el alumnado (Söderhamn y cols, 2001). Lo que se puede extraer de estos estudios es que parece que las actitudes hacia las personas mayores pueden variar en función de una serie de factores como son la experiencia, la edad y el género. Así los alumnos y alumnas que han convivido o conviven con personas mayores tienen más actitudes positivas hacia la vejez (Jiménez López y cols, 2013; Usta y cols, 2012). Por el contrario ser joven y ser varón está asociado a sentimientos menos favorables hacia la vejez (Söderhamn, 2001).

Pero ¿qué hay del proceso de envejecimiento de España? Pues este sigue avanzando. De acuerdo con los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2014 contábamos con 8.442.427 personas mayores (65 y más años), el 18,1% sobre el total de la población (Abellán y cols, 2015). Según Fernández y cols (2010), en el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población española, llegando los octogenarios a superar la cifra de cuatro millones. Por su parte, el INE hace una proyección para el año 2061 en la que estiman que habrá más de 16 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años (38,7% del total) (Abellán y cols, 2015). A nivel internacional, las proyecciones llevadas a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU) sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años (Population Ageing and Development, citado en Fernández y cols, 2010).

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que refleja consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país, por lo que conviene resaltar que la esperanza de vida de la

población española, tanto al nacer como a los 65 años, se encuentra entre las más altas de la Unión Europea tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85,6 años, y los hombres de 80,0 años (2013). Estas cifras han experimentado un incremento espectacular a lo largo del siglo XX, alcanzándose edades que eran impensables en épocas anteriores, de ahí que la proporción de octogenarios continúe creciendo, representando actualmente el 5,7% de toda la población. En el caso español, el fenómeno del envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. A su vez, sigue existiendo un declive de la mortalidad a edades altas lo que provocará una mayor supervivencia de los mayores y un envejecimiento de los ya viejos (Abellán y cols, 2015; Fernández y cols, 2010).

A todo esto hay que añadir que más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a población de 65 y más años, constituyendo el 42,5% de todas las altas hospitalarias. Además, presentan estancias más largas que el resto de la población (Abellán y cols, 2015). El envejecimiento poblacional representa un reto que nuestro país y generaciones sucesoras no están preparadas para asumir. De ahí el interés del presente estudio, cuyo objetivo es conocer las creencias y estereotipos que tiene el alumnado de tercer año de enfermería en relación a las personas mayores. La evaluación de las creencias que tiene los futuros profesionales encargados de la atención de nuestros mayores supone el primer paso para establecer intervenciones concretas para favorecer el cambio de actitudes y la integración de nuestros mayores.

Método

Participantes

51 alumnos y alumnas que cursaban el tercer año del grado de Enfermería en la Facultad de Enfermería de Melilla. El 74,5 % de la muestra eran mujeres y el 25,5% restante hombres. La edad media del alumnado participante fue de 23,4 años, con una edad mínima de 20 años y una edad máxima de 52 años.

Instrumentos/ Procedimiento

Se solicitó a los estudiantes de tercer año de enfermería que describieran libremente, con sus propias palabras ideas o creencias que asociaban a la vejez, de manera individual. Se les pidió que hicieran dos columnas y escribieran tanto ideas positivas como negativas. Se realizó una primera organización conceptual de las ideas y se establecieron un total de 75 estereotipos o creencias.

No existen apenas cuestionarios validados que midan creencias o estereotipos aislados fuera de un contexto más general que es la evaluación de actitudes hacia la vejez y la discapacidad. El único cuestionario validado en nuestro entorno mide estereotipos negativos relacionados con la vejez, pero no mide los estereotipos positivos (Blanca, 2005). Nuestro objetivo no era medir actitudes sino simplemente estereotipos y creencias, positivos y negativos, por lo que se empleó este análisis abierto para no condicionar la imagen que el alumnado tuviera en relación a la vejez.

Se recogieron además de las creencias o estereotipos otras variables como sexo y religión del estudiantado.

Análisis de datos

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de variables cualitativas y análisis bivariante mediante tablas de contingencia y chi-cuadrado para ver si existen diferencias en las creencias en torno a la vejez según el sexo de los estudiante

Resultados

Los alumnos identificaron un total de 75 estereotipos y creencias entorno a las personas mayores. De las 75 creencias identificadas, 29 eran creencias positivas y 46 creencias negativas en relación a la vejez. El número de veces que se identificaron aspectos positivos y negativos fue de 283 frente a 727 veces. Las creencias o estereotipos positivos más compartidos en torno a los y las mayores según su frecuencia de aparición fueron: "sabiduría" (86,3%), "cariñosos" (80,4%), "experiencia/ vivencias" (60,8%), "cuidadores" (35%), "tener tiempo libre" (27,5%), "generosidad" (23,5%), "protección" (19,6%), "ser familiares" (19,6%) y "pacientes" (19,6%). Las creencias o estereotipos negativos que más se identificaron en torno a la vejez fueron: "mal humor" (62,7%), "mala salud y enfermedades" (43,1%), "torpeza" (39,2%), "dependencia" (37,3%), "pérdida de memoria" (35,3%), "cabezonería" (33,3%), "ser cerrados de mente" (31,4%), "falta de higiene" (37,5%), "carga/ estorbo" (27,3 %), "inactividad" (23,5%) y "chochear" (23,5%).

Al realizar el análisis contemplando la variable género se observa como estereotipos como ser "cuidadores" (44,7 % vs 7,7%), "tener tiempo libre" (34,2% vs 7,7%), "no tener preocupaciones" (21,5% vs 0%) o "buenas cocineras" (5,8 % vs 0%) eran más identificados por alumnas, mientras que ideas como "protección" (13,2 % vs 38,5%), "nobleza" (7,9% vs 23,1%), "tolerancia" (7,9% vs 38,5%), "inactividad" (15,8% vs 46,2%), "ser poco sociables" (7,9% vs 53,8%) o "falta de higiene" (37,5% vs 15,8%) eran identificados en mayor medida por alumnos.

En la siguiente tabla se describen las frecuencias en la aparición de los principales estereotipos en los que se ha encontrado diferencias entre hombres y mujeres, indicando si esas diferencias son o no estadísticamente significativas (ver tabla 1). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aparición de estereotipos entre mujeres y hombres en "ser cuidadoras", "protección", "tolerancia", "inactivos", "poco sociables" y "falta de higiene".

Tabla 1. Diferencias en la aparición de principales estereotipos, según el género

| Frecuencia principales Estereotipos | | Género | | Signif. |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| | | Mujer | Hombre | |
| POSITIVOS | | | | |
| Ser cuidadores | SI (%) | 44,7% | 7,7% | 0,016 |
| | NO (%) | 55,3% | 92,3% | |
| Tener tiempo libre | SI | 34,2% | 7,7% | 0,064 |
| | NO (%) | 65,8% | 92,3% | |
| "no tener preocupaciones" | SI | 21,1% | 0,0% | 0,072 |
| | NO (%) | 78,9% | 100% | |
| "buenas cocineras" | SI | 15,8% | 0% | 0,127 |
| | NO (%) | 84,2% | 100% | |
| Protección | SI | 13,2% | 38,5% | 0,047 |
| | NO (%) | 86,8% | 61,5% | |
| Nobleza | SI | 7,9% | 92,1% | 0,142 |
| | NO (%) | 23,1% | 76,9% | |
| Tolerancia | SI | 7,9% | 38,5% | 0,009 |
| | NO (%) | 92,1% | 61,5% | |
| NEGATIVOS | | | | |
| Inactividad | SI | 15,8% | 84,2% | 0,026 |
| | NO (%) | 46,2% | 53,8% | |
| Ser poco sociables | SI | 7,9% | 92,1% | 0,000 |
| | NO (%) | 53,8% | 46,2% | |
| Falta de higiene | SI | 15,8% | 61,5% | 0,001 |
| | NO (%) | 61,5% | 38,5% | |
| Torpes | SI | 44,7% | 23,1% | 0,167 |
| | NO (%) | 55,3% | 76,9% | |

Discusión/Conclusiones

La vejez parece estar asociada a estereotipos y creencias de índole negativo. De las 75 creencias identificadas, 29 eran creencias positivas y 46 creencias negativas en relación a la vejez. Así mismo el número de veces que se identificaron aspectos positivos y negativos fue de 283 frente a 727 veces. Este artículo se contradice con el estudio realizado sobre estudiantes de entre 18 y 39 años de Jimenez y cols (2013), que concluyó con que los jóvenes del estudio mostraron una actitud neutra, ni positiva ni negativa hacia los mayores.

En consonancia con otros estudios los principales estereotipos negativos se relacionan principalmente con la falta de salud física y mental, limitaciones funcionales y rasgos del carácter. Jimenez y cols (2013) encontraron que en el "Factor Salud" se muestra una actitud negativa que refleja que los jóvenes consideran al adulto mayor enfermo, incapacitado y cognitivamente deteriorado. En la misma línea van las investigaciones realizadas por Levy y cols (2002), que concluyeron que las creencias más comunes en esa etapa se asociaban con enfermedad, deterioro de las habilidades físicas y cognitivas y con la falta de intereses vitales.

Por otro lado en el estudio se observan la existencia de diferencias en relación a la identificación de creencias o estereotipos en función del sexo del estudiantado. Así es más frecuente que las mujeres identifiquen como estereotipos positivos roles tradicionalmente ligados a la mujer, a la esfera reproductiva, como pueden ser "cuidadores", o "buenas cocineras" y los varones estereotipos ligados al ámbito productivo (asociado al poder, la protección y la dominancia social), como son "protección", "tolerancia", "inactivos" o "poco sociables". Desde esta perspectiva, se sugiere que las creencias de la gente sobre los otros derivan, al menos parcialmente, de las atribuciones que se hacen en función de roles sociales normativos. Y tal como identificaron García Calvante y cols (2010) en un estudio sobre creencias de los profesionales sanitarios en relación al sistema de cuidados, se podría concluir que siguen predominando en nuestro entorno estereotipos y percepciones poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género.

Para finalizar incidir en la importancia que tienen estudios que evalúen las actitudes, estereotipos o creencias en torno al envejecimiento de los futuros profesionales de la salud. La evaluación de las creencias de dichos profesionales supone el primer paso para establecer intervenciones concretas para favorecer el cambio de actitudes y la integración de nuestros mayores y poder contribuir así a un envejecimiento saludable.

Referencias

- Abellán García, A., Pujol Rodríguez, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red nº 10 (documento en línea)*. Madrid: CSIC. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Blanca, M.J., Sánchez, C., Trianes, V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Mult Gerontol*, 15, 212-20.
- Carbajo Vélez, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24. Recuperado de: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
- Causapié, P. (coord.), et al. (2011). *Envejecimiento activo: Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Cuddy, A.J., Norton, M.I., Fiske, S. (2005). This Old Stereotype: The Perveasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *J Social Issues*, 61, 267-285.
- Dulcey Ruiz, E. (2011). Calidad de vida y derecho al reconocimiento en la vejez. *Oñati Socio-Legal Series*, 1(8). Recuperado de: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1983749
- Fernández, J.L., Parapar, C., Ruíz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Lychnos*, (2). Recuperado de: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
- García-Calvente, M.M., Río, M., Castaño, E., Mateo, I., Maroto, G., Hidalgo, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4), 293-302.
- García Hernández, M., Martínez Sellarés, R. (2012). *Enfermería y envejecimiento*. Barcelona: Elsevier Masson.

Green, S., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., Straight, B. (2015). Living stigma: the impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry*, 75, 197–215.

Hagestad, G.O. (1998). *Hacia una sociedad para todas las edades: nuevo pensamiento, nuevo lenguaje, nuevas conversaciones. Boletín sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas* (documento en línea), 2-3. Recuperado de: http://www.fundacioncepsiger.org/archivos/HagestadG_Hacia%20una%20sociedad%20para%20todas%20las%20edades1998-1999.pdf

Jiménez López, N., Cruz Quevedo, J.E., Véliz Cortes, M., Velásquez Domínguez, F., Colorado Carmona, E. (2013). Actitud hacia el envejecimiento en jóvenes universitarios. *Rev Paraninfo Digital*, 17. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n17/045.php>

Kilty, K.M., Feld, A. (1976). Attitudes towards aging and towards the needs of older people. *Journal of Gerontology*, 31, 586-94.

Levy, B.R., Banaji, R. (2002). Implicit ageism. In T. Nelson (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Losada Baltar, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Informes Portal Mayores, nº 14*. Madrid: Portal Mayores. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Montorio, I., Izal, M. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez*. Edición experimental. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Sánchez Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga. Recuperado de: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>

Serrani, D.(2012). Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Español de Geriatría y Gerontología*, 47 (1), 5-14.

Söderhamn, O., Lindencrona, C., Gustavsson, S.M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today*, 21(3), 225- 229.

Verdugo, M.A., Jenaro, C., Arias, B. (1997). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: estrategias de evaluación e intervención. En: Verdugo MA editor. *Personas con discapacidad, perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: siglo XX editores.

Usta, Y.Y., Demir, Y., Yönder, M., Yildiz, A. (2012). Nursing students' attitudes toward ageism in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr*, 54 (1), 90- 93.

CAPÍTULO 7

El anciano, la comunidad y satisfacción con la vida

Casilda Antonia Martínez Fernández*, Margarita Torres Amengual**, Inmaculada González Morales**, y Trinidad Luque Vara***

Distrito Almería (España)*, *Hospital Torrecárdenas (España)*,
****Centro Penitenciario. Melilla (España)*

Introducción

Junto al incremento de la esperanza de vida en la población, aparecen nuevas perspectivas y objetivos, entre ellos, la preocupación por mejorar la calidad de vida; diversos estudios apuntan una correlación positiva entre la calidad y satisfacción con la vida percibida por el usuario y la autopercepción del estado de salud, de forma objetiva. Así como indica Ramos (2001), en su revisión, existen múltiples hipótesis y estudios que relacionan la conducta de la persona con la salud, así como el aumento de la relación de ambas con el aumento de la edad.

Los factores influyentes en la calidad de vida del adulto mayor son: la salud, capacidad de autocuidado, nivel socioeconómico, relaciones sociales, nivel de actividad, acceso a servicios sociales y de salud, calidad de la vivienda, poseer oportunidades culturales y de educación y, estar satisfecho con la vida (Real, 2008).

Debemos añadir que, según Torres, Acosta, González y Carrizo (2011), la satisfacción y calidad de vida en el envejecimiento no influye únicamente sobre el grupo etario de mayores. La familia y la comunidad, en general, se ven influenciadas, favoreciendo y/o perjudicando los servicios sanitarios y sociosanitarios, por estas causas se requiere de un entrenamiento por parte de atención primaria para la detección de casos susceptibles de seguimiento y mejora, puesto que la misma está influenciada no solamente en el estado de salud del propio usuario, sino en el de la comunidad en su globalidad, con aumentos de demandas asistenciales y costes, por parte del usuario y familia; aumento de la demanda asistencial en cuestiones de dependencia por pérdida acelerada de la autonomía del usuario y/o falta de recursos del afrontamiento familiar. Por ello, y para una mejor planificación de estos servicios, sociosanitarios y sanitarios, se hace cada vez más necesaria la implementación de escalas que nos ayuden a medir, objetivamente, el nivel de calidad de vida de nuestros usuarios, para trasladarlo al nivel de satisfacción con la vida y salud autopercebida (Díaz, Nadal, Hernández, Hita y Magro, 2005).

Para la detección de posibles casos susceptibles de atención desde atención primaria, existen herramientas que posibilitan el acercamiento de la figura sanitaria a las características más sociales del usuario. Según el artículo de Puig, LLuch y Rodríguez (2009) se determinaron 11 instrumentos validados para la valoración de la soledad y aislamiento social, entre ellos encontramos la escala de Filadelfia, que valora de forma subjetiva el nivel actitudinal del anciano ante el propio envejecimiento y con ello su satisfacción ante la vida junto con la calidad de la misma.

Según Fernández-Ballesteros (1997) en su estudio con 1014 participantes procedentes de instituciones públicas, privadas y de domicilio, determinó que, en cuanto a la satisfacción con la vida existieron diferencias significativas entre vivir en una institución y el domicilio del usuario; siendo el grupo de usuarios que reside en su domicilio el que obtiene puntuaciones más elevadas en satisfacción con la vida; así mismo determinó que, la edad junto con el sexo y las condiciones socioeconómicas también fueron determinantes, siendo las personas más mayores, las mujeres y las que poseían un estatus medio-bajo y bajo los que presentaron puntuaciones inferiores en la escala de satisfacción.

A nivel cultural y educacional, las actividades cobran importancia cuando tienen una influencia positiva sobre los ancianos a nivel domiciliario, un ejemplo de ello es el estudio de Araújo, Gómez,

Teixeira y Ribeiro (2011), donde en un proyecto caso control con 14 participantes se determinó el estado anímico de un grupo de ancianos antes y post intervención en comparación con un grupo de participantes que no participaron en una Terapia de Remotivación, determinando que los usuarios que se incluyeron en la terapia mejoraron su estado anímico.

En el estudio de Real (2008) realizado en una institución donde participaron 68 usuarios residentes de una institución, obtuvieron resultados en la percepción de la calidad de vida del 55,88% media, 19,12% alta y 25% baja.

Según el estudio de Cuadros (2013) donde se realizó una comparativa entre usuarios mayores que convivían en el domicilio e institución, con una muestra de 50 usuarios, 25 por cada domiciliación, se determinaron diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a la satisfacción con la vida, siendo ligeramente más elevada para el grupo de usuarios que convivían en su domicilio, también determinó la influencia de estados depresivos y el sexo del anciano sobre la disminución de la puntuación.

En el estudio de Álvarez y Bertone (2009), realizado con usuarios residentes domiciliarios, se determinó que los hombres hasta los 74 años resultaron tener un nivel medio-alto de satisfacción con la vida, reduciéndose a poco más del 30% a partir de los 75 años. En cuanto a las mujeres, hasta los 74 años menos del 50% manifestaron satisfacción en un nivel medio-alto, aumentando a partir de los 75 años.

Las actividades recreativas tienen una clara influencia sobre el nivel de satisfacción con la vida. En una institución, en Chile, con una muestra de 30 usuarios, se determinó que el sexo femenino obtuvo mayor bienestar en la vida y por tanto mayor satisfacción con la misma, entre las características de las femeninas del estudio se observó que participaron en más actividades recreativas que los hombres (Trincado y Rodrigo, 2000). Otro estudio donde se llevó a cabo una encuesta a 1957 sujetos con edades superiores a los 60 años, determinó que, entre distintas causas, no realizar actividades lúdicas predisponía a un mayor riesgo de depresión (Gómez-Restrepo, Rodríguez, Díaz, Cano y Tamayo, 2013).

El presente trabajo pretende revisar el nivel de adaptación social de los mayores que conviven en su domicilio y con ello determinar la calidad de vida de los mismos desde una perspectiva global, para ello los objetivos del presente estudio fueron:

- Determinar el grado de satisfacción del anciano en su domicilio.
- Identificar si existe relación estadística entre puntuación de la escala y edad.
- Determinar si existe relación entre tipo de actividad (lúdica/ no lúdica) y puntuación.

Método

Participantes

La muestra la constituyó un total de 50 personas que acudieron a una charla de salud. La jornada estaba dedicada a adultos mayores y cuidados en el envejecimiento, realizada en Almería en Octubre de 2014.

Criterios de inclusión: se incluyeron a todos los participantes con edad superior a 65 años, residentes en su domicilio particular, que proporcionaran su consentimiento para participar y que no tuvieran dificultades de comprensión y comunicativas.

Instrumentos

Para la evaluación del nivel de satisfacción con la vida se utilizó *The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Lawton, 1975), validada con una confiabilidad de consistencia interna Kuder-Richardson= 0.81.

En su versión y adaptación española, *Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia*, obtuvo una confiabilidad Alpha de Cronbach= 0,81 y fiabilidad interjueces según Correlación de Pearson de 0,99 (Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998).

Este cuestionario, específico para la población geriátrica, mide el nivel subjetivo de bienestar del adulto mayor con la situación actual, en tres dimensiones: actitud hacia el propio envejecimiento, grado de satisfacción/insatisfacción con la soledad, estado de inquietud.

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 17 preguntas de respuesta dicotómica, de respuesta Sí/No, según acuerdo o desacuerdo con el reactivo. Cada respuesta que se corresponda con un estado de bienestar positivo suma 1 punto, la respuesta que se corresponda sin embargo, con un estado de no bienestar sumará 0 puntos, obteniéndose una puntuación mínima de 0 puntos y máxima de 17 puntos.

Una vez sumadas las puntuaciones totales de la escala, se clasificaron en tres grupos:

Grado de bienestar bajo: para puntuaciones de 0 a 8 puntos.

Grado de bienestar intermedio: para puntuaciones entre 9 y 12 puntos.

Grado de bienestar alto: para puntuaciones entre 13 y 17 puntos.

Procedimiento

Se solicitó individualmente al inicio de la charla la participación voluntaria de los participantes, aquellos que ofertaron su consentimiento, recibieron información sobre los datos solicitados, se les informó sobre la protección de los mismos y se le indicó el objetivo del estudio.

Se otorgó el cuestionario de forma autoadministrada, se les otorgó todo el tiempo que estimaron oportuno.

Se recogieron datos demográficos tales como edad, sexo, patologías previas, tipo de unidad convivencial y, actividades de ocio habituales y Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia.

Tras la recogida de datos éstos se procesaron mediante el programa SPSS 20.0.

Análisis de datos

El estudio fue observacional, descriptivo trasversal.

Se utilizó para el análisis de las variables el programa estadístico SPSS 20.0.

Para el análisis descriptivo se utilizó media, desviación típica, y frecuencia en porcentajes.

Los datos se expresaron mediante tablas y gráficas para facilitar su lectura y comprensión.

Para determinar la relación estadística entre la edad y el nivel de satisfacción, se utilizó la Correlación de Pearson. Para determinar la relación entre los subgrupos de actividades lúdicas y no lúdicas, se utilizó la prueba paramétrica T student para muestras independientes.

Resultados

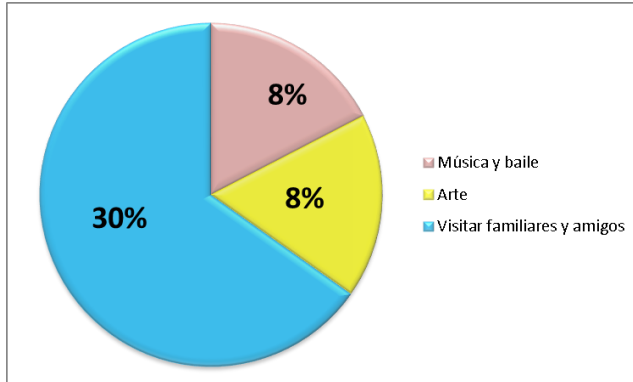
El 54% de los participantes fueron mujeres con una edad media de $73,14 \pm 7,62$ DE.

En cuanto a la convivencia de los usuarios, el 56% vivía con su cónyuge, el 18% solo, el 26% restante en situaciones diversas: el 12% con su cónyuge e hijos, el 14% con el núcleo familiar de sus hijos, siendo en este caso un 8% para convivencia única con hijos y 6% con hijos y nietos.

En cuanto a las patologías de los participantes, el 30% no tenían patología previa, el 36% tenía una patología, siendo la hipertensión la patología con mayor incidencia (30%) y el 34% eran pluripatológicos, siendo la diabetes mellitus junto con la hipertensión las comorbilidades de más incidencia en el colectivo (14%).

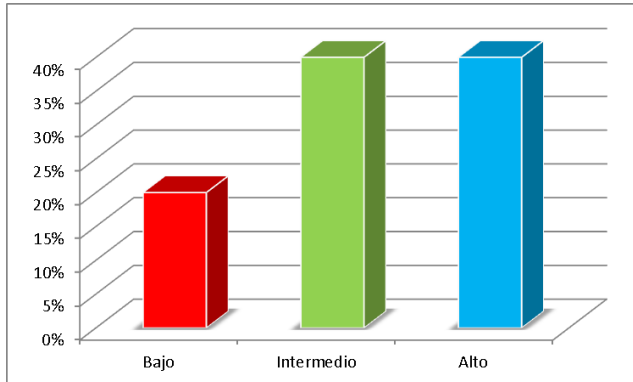
Con respecto a las actividades el 54% no realizaba actividades de ocio, de éstos el 26% no realizaba ninguna actividad y el 28% realizaban actividades en solitario no lúdicas y, el 46% realizaba actividades sociales y lúdicas (Gráfica 1) relacionadas con la comunidad.

Gráfica 1. Porcentaje del tipo de actividades sociales y lúdicas en la comunidad



Media de puntuación de la escala de $9,74 \pm 4,56$ DE, correspondiente a un grado intermedio (Gráfica 2). El 40% obtuvo un grado de bienestar intermedio, 40% alto y 20% bajo.

Gráfica 2. Porcentaje de resultados según clasificación de la escala.



No existió correlación entre edad y puntuación (Tabla 1) (Correlación de Pearson $0,64 > 0,05$).

Tabla 1. Correlación entre la edad del encuestado y puntuación numérica de la The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

| | | Edad | Puntuación |
|------------|------------------------|------|------------|
| Edad | Correlación de Pearson | 1 | ,068 |
| | Sig. (bilateral) | | ,640 |
| | N | 50 | 50 |
| Puntuación | Correlación de Pearson | ,068 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,640 | |
| | N | 50 | 50 |

Los usuarios que realizaban actividades no lúdicas o no realizaban actividades, obtuvieron puntuaciones medias en la escala de $8,11 \pm 0,88$ DE, equivalente a un porcentaje categorizado medio- bajo.

Mientras que los que realizaban actividades recreativas obtuvieron puntuaciones más elevadas con una media de $11,65 \pm 0,78$ DE, correspondientes a una puntuación intermedia.

Existieron diferencias significativas en ambos grupos. (T student para muestras independientes $p < 0,005 < 0,05$ con una Sig. 0,372).

Tabla 2. Frecuencias de respuesta satisfactoria según ítems del cuestionario

| Ítems o reactivos del cuestionario | Bienestar | No bienestar |
|---|-----------|--------------|
| Ítem 1. ¿Las cosas se han puesto peor a medida que usted se ha hecho mayor? | 32% | 68% |
| Ítem 2. ¿Tiene tanta energía como el año pasado? | 42% | 58% |
| Ítem 3. ¿Se siente solo? | 68% | 32% |
| Ítem 4. ¿Ve bastante a sus amigos y parientes? | 80% | 20% |
| Ítem 5. ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes? | 52% | 48% |
| Ítem 6. ¿Se siente menos útil a medida que se hace mayor? | 46% | 54% |
| Ítem 7. ¿A veces esta tan preocupado que no puede dormir? | 50% | 50% |
| Ítem 8. ¿A medida que envejece las cosas le parecen mejor de lo que esperaba? | 30% | 70% |
| Ítem 9. ¿A veces piensa que la vida no merece la pena vivirse? | 62% | 38% |
| Ítem 10. ¿Es tan feliz ahora como cuando era más joven? | 48% | 52% |
| Ítem 11. ¿Tiene muchos motivos para estar triste? | 68% | 32% |
| Ítem 12. ¿Tiene miedo de muchas cosas? | 66% | 34% |
| Ítem 13. ¿Se enfada más de lo que solía hacerlo antes? | 62% | 38% |
| Ítem 14. ¿Su vida es dura y difícil la mayor parte del tiempo? | 74% | 26% |
| Ítem 15. ¿Está satisfecho con su vida ahora? | 78% | 22% |
| Ítem 16. ¿Le cuesta trabajo hacer las cosas? | 60% | 40% |
| Ítem 17. ¿Se viene abajo, se altera o disgusta con facilidad? | 54% | 46% |

Las respuestas menos satisfactorias fueron las correspondientes al ítem 1 y 8, los participantes consideraron que “*las cosas se han puesto peor a medida que usted se ha hecho mayor*” (68%) y mostraron desacuerdo ante el reactivo “*a medida que envejece las cosas le parecen mejor de lo que esperaba*” (70%). (Tabla 2).

Sin embargo un 78% de los participantes estaban “*satisfechos con su vida*”, y un 74% no consideraron su vida actual como “*difícil y dura*”.

Discusión

Haciendo una comparativa del bienestar o satisfacción con la vida de los usuarios que conviven en instituciones, el presente trabajo obtuvo un grado de bienestar intermedio-elevado frente al estudio de Real (2008) donde se obtuvieron valores más bajos e intermedios, valores acordados tal y como refiere Fernández- Ballesteros (1997) donde se estimó que la satisfacción con la vida se da en mayor porcentaje en los adultos mayores que conviven en la comunidad.

La edad no fue factor determinante para la satisfacción personal, en comparación con el estudio de Fernández-Ballesteros (1997) donde la edad tuvo una clara influencia sobre el nivel de satisfacción con la vida; han pasado casi dos décadas desde el estudio mencionado por lo que cabe esperar que existe una clara influencia de los nuevos tiempos donde, se le atribuye mayor interés a la calidad de vida y con ello, uno se siente más satisfecho. Actualmente se llevan a cabo distintos programas para favorecer un

envejecimiento activo y mejorar, con ello, la salud evitando factores de riesgo y disminuyendo la incidencia y prevalencia de comorbilidades.

El realizar actividades lúdicas tuvo influencia sobre los resultados de la escala, respaldado con estudios como Trincado y Rodrigo (2000) y Gómez-Restrepo et al. (2013), siendo factor influyente en la percepción de bienestar (Real, 2008). Con este estudio se evidencia la necesidad de continuar con el fomento de actividades dirigidas a este colectivo para evitar el aislamiento social y mejorar el estado anímico del adulto mayor.

Referencias

Álvarez, M.F., Bertone, C. L. (2009). Apoyo Socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor, En Asociación de Estudios de la Población Argentina (Eds.), *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, San Fernando del Valle de Catamarca, Argentina.

Araújo, L., Gómez, V., Teixeira, C., Ribeiro, O. (2011). Programa de terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: estudo piloto. *Revista de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Coimbra*, 3 (5), 103-111.

Cuadros, B. A.D. (2013). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 109-132.

Díaz, H. A., Nadal, B. M. J., Hernández, P. Á., Hita, A. A., Magro, P. R. (2005). Calidad de vida autopercebida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el Área de Salud de Guadalajara. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(1), 26-31.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 21-35.

Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Díaz, N., Cano, C., & Tamayo, N. (2013). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 a nos en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 43 (1), 65-70.

Lawton, M.P. (1975): The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Montorio, I., Fernández, M. I., López, A., Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador: Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14 (2), 229-248.

Puig, LL. M., LLuch, C. M.T., Rodríguez, A. N. (2009). Nursing assessment: detection of loneliness and social isolation in old people in risk. *Gerokomos*, 20 (1), 9-14. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es&nrm=iso>.

Ramos, C. F. (2001). "Salud y calidad de vida en las personas mayores". *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, 83-104.

Real, F.T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 192, 163-178.

Torres, E., Acosta, L., González, L. M., Carrizo, E. (2011). Vulnerabilidad social y satisfacción con la vida en adultos mayores en un aglomerado urbano argentino. En Asociación de Estudios de la Población Argentina (Eds.), *XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Neuquén, Argentina.

Trincado, F., Rodrigo, A. (2000). *Influencia de las características sociodemográficas y culturales en el grado de satisfacción vital de los adultos mayores institucionalizados en los hogares Juan Pablo I y Nuestra Sra. de las Rosas perteneciente a la Fundación Las Rosas*. (Doctoral dissertation). Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería, Santiago de Chile.

CAPÍTULO 8

Calidad de vida y participación social de los mayores de 55 años del programa universitario para mayores de la universidad miguel Hernández de Elche

M^a Carmen Segura Cuenca, Beatriz Bonete López y Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

Introducción

El rápido envejecimiento de la población y el constante aumento de la longevidad humana representan una de las mayores transformaciones sociales, culturales, económicas y políticas de nuestra época. En el caso de la Unión Europea se prevé que en el año 2020, las personas mayores de 60 años sumarán una quinta parte de la población total de la UE, y las mayores de 65 superarán la cuarta parte (Walker, 1996).

Según Naciones Unidas en 2050 España será el país más viejo del mundo con una media de edad de 55 años. En efecto, el envejecimiento de la población española es un proceso imparable, a 1 de enero de 2014 existían en España 8.442.884 personas mayores de 65 años, que representaban ya el 18 por 100 de la población total. De ellos el 58 por 100 eran mujeres y el 42 por 100 hombres. El número de personas muy mayores -80 años y más- se ha incrementado, y ya son 2.651.016 que representan el 31 por 100 de las personas mayores. (INE, 2014)

Una de las características fundamentales de la edad mayor es la libre disponibilidad del tiempo, en un evidente contraste con la sistematización ocupacional durante la vida laboral o profesional. Y, es por ello por lo que se hace necesario para el adulto mayor encontrar formas de ocupar su tiempo, siendo una de estas a través de su participación social.

La Participación Social (PS) ha sido conceptualizada de diferentes modos, bien como actividades de viajar o realizar cualquier actividad fuera del hogar (Connidis y McMillin, 1992), pero también como la mayor posibilidad que tenemos en sociedad para expresarnos y que se puede definir como ‘la interacción de unos individuos con otros en situaciones y procesos más o menos estructurados, y que desarrollan una actividad con fines significativos dentro del sistema social’ (Francés, 2005). Estamos de acuerdo con Pérez (2001: 294) quien hace una reflexión muy interesante sobre la función de la participación de las personas mayores en una sociedad que envejece y en qué medida la participación puede favorecer la adaptación de nuestra sociedad al envejecimiento, destacando “el valor de la participación como un componente innovador”.

Desde el último cuarto del s.XX, han surgido iniciativas como el Plan Gerontológico Nacional (1992-1997), el cual entre sus cinco áreas de intervención se encuentra la participación con el objetivo de “extender el concepto de participación democrática, de manera que la sociedad integre de hecho a las personas mayores y éstas se incorporen realmente a todas las actividades de la vida social”. Actualizado en el Plan de Acción para la Personas Mayores (2003-2007), incorporando las recomendaciones, entre otras, de las Asambleas Mundiales de Envejecimiento. De la primera, celebrada en Viena en 1982, surge el El Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, primer instrumento internacional que contiene la base para la formulación de políticas y programas sobre el envejecimiento. En la II Asamblea, celebrada en Madrid en 2002, se adoptaron dos documentos clave: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

Por otro lado, en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2007) el artículo 25 establece que “la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”, una apuesta decisiva del derecho que se reconoce a las personas mayores.

Participar es, por tanto, implicarnos en la vida de nuestra comunidad, sentirnos responsables, como derecho y como deber. La participación es un “acto individual que adquiere mayor trascendencia y eficacia cuando se realiza de modo grupal o colectivo, a través de las organizaciones que constituyen el auténtico capital social” (Cuerda, 2004).

Junto al constante aumento numérico de mayores se observan una serie de tendencias que definen nuevos valores y nuevas formas de envejecer. Hacemos referencia a un sector de la población que se encuentran en su mayoría libres de cargas laborales o familiares, y que tienen todavía por delante entre quince, veinte o tal vez más años de vida con un buen estado de salud y con plena autonomía, cuyo objetivo es cada vez más implicarse en actividades que le ayuden a llenar su tiempo y a tener una presencia socialmente mucho mayor, desvinculándose de los viejos estereotipos asociados a la vejez, sobre todo de carácter negativo y que pueden afectar a los mayores reduciendo sus relaciones sociales, lo que conduce a un sentimiento de soledad o aislamiento.

La PS de las personas mayores es importante, no solo por su peso cuantitativo en la sociedad, sino por el gran valor de su experiencia y que representa un capital humano relevante que no puede ser obviado, sino que debe potenciarse a favor del conjunto de la sociedad.

Precisamente a partir de la necesidad de que las personas mayores tienen de ocupar su tiempo aprendiendo, porque la inquietud por el saber nunca deja de existir, la Universidad, como establece el informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el s.XXI (Informe Delors, 1996), se plantea como una “plataforma privilegiada de la educación durante toda la vida, al abrir sus puertas a los adultos que quieran reanudar su estudios, adaptar y enriquecer sus conocimientos, o satisfacer sus ansias de aprender en todos los ámbitos de la vida cultural”.

Independientemente de los objetivos meramente formativos, el principal objetivo de los programas universitarios para mayores es aumentar la calidad de vida y bienestar de las personas mayores. Cabría decir que los sistemas educativos se justifican mediante el planteamiento de un proceso de diálogo entre la satisfacción de necesidades individuales y sociales, que confluyen haciendo que los procesos educativos posibiliten una mejor calidad de vida (Jurado de los Santos, 2009).

La calidad de vida es una realidad difícil de definir, ya que comprende muchos factores y variables muy diversas. El concepto teórico o “científico” de Calidad de Vida incluye ámbitos como “la atención sanitaria, la educación, el mundo laboral, las posibilidades y condicionantes del tiempo libre, el medio ambiente, el ambiente social y las relaciones de seguridad y los derechos personales y el ámbito político” (Hillmann, 2001).

Según Cordero (2002), con los Programas Universitarios Para Mayores, se trata de cumplir una obligación de justicia distributiva que tiene la sociedad para con estas personas y así ayudarles a elevar su Calidad de Vida.

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Tal y como afirma Pinazo (2013) nuestra percepción de la vejez está influida por una “narrativa edadista”. En gerontología se ha acuñado el término “edadismo” para referirse al concepto peyorativo de alguien basado en su avanzada edad cronológica y que implica una visión estereotipada y despectiva sobre este grupo social (Butler, 1980). Por tanto, es necesario el trabajo intergeneracional para la eliminación de estereotipos negativos sobre la vejez, es decir, su inclusión en todos los ámbitos donde hay vida activa en la sociedad.

El concepto calidad de vida se empezó a utilizar en los debates públicos a principios de la década de los años sesenta del siglo pasado, teniendo en cuenta el cambio constante de las condiciones de vida urbana. El término comienza a definirse como concepto integrador que engloba todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a elementos subjetivos (Rodríguez Marín, 1993; Shalock, 2005; Felce, 2006; Gómez y Sabeh, 2000).

Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000). La Organización Mundial de la Salud hace años tenía como objetivo aumentar la esperanza de vida, hoy en día, sin embargo, pretende que las personas mayores tengan una mejor calidad de vida manteniéndolos activos (Gal, Santos y Barros, 2005). Existen múltiples conceptualizaciones de la calidad de vida, así como de un conjunto de medidas del más variado tipo y condición (Véase, entre otros, Lher, 2004; Rodríguez Marín, 1993; Ruíz y Baca, 1993; Walker, 2004, 2005; Vega y cols., 2005; para una revisión de la literatura consultar Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996; Fernández-Ballesteros, 1998). Sin lugar a dudas, se trata de un constructo de gran complejidad compuesto por diferentes dimensiones y dominios, con lo que conlleva una difícil definición operacional. Tal y como afirman Rodríguez-Marín y Neipp (2008), “Calidad de Vida es un concepto amplio, que aúna el bienestar subjetivo del sujeto, junto con la presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas valoran que determina poseer una vida en condiciones óptimas. El aspecto objetivo alude al “estado de bienestar” de la persona, mientras que a la parte subjetiva se la denomina “felicidad”.

En suma, desde una perspectiva multidimensional, la calidad de vida de una persona puede ser analizada en relación a su condición psicológica, salud física, salud mental, funcionamiento social, factores económicos y sujetos de derechos sociales, roles y percepción general de la salud (Ruiz y Baca, 1993). Siguiendo en esta línea, y como ya se ha mencionado con anterioridad, entendemos que la PS está íntimamente ligada a las actitudes y al comportamiento político. Diversos autores (Aragó, 1984, Buela-Casal, Carasco & Fernández-Ríos, 1997; Contreras de Lehr, 1980; Dulcey-Ruiz & Uribe, 2000; Fernández-Ballesteros & Maciá, 1996, Fernández-Ballesteros, 1998) han investigado en la calidad de vida la gran influencia que tienen las percepciones de la realidad, es decir, factores subjetivos, sobre la evaluación de los factores objetivos.

Y una de las poblaciones sobre las que hemos de tener especial consideración de ese bienestar o calidad de vida es el colectivo de personas mayores, grupo protegido a nivel nacional por los textos constitucionales y a nivel internacional por la Carta de Derechos Humanos de la ONU.

Los mayores aspiran seguir siendo parte activa y vital de la sociedad, y esta participación debe ser real, es decir, debe formar parte de un efectivo proceso de integración en la sociedad, permitiendo que sean actores sociales activos y que puedan participar en la toma de decisiones a nivel social y político. A su vez, entendemos que este reto debe ser abordado desde la propia perspectiva de los mayores, y por este motivo nos planteamos en el presente estudio conocer el nivel de participación social y política en una muestra de este sector de la sociedad.

En este trabajo analizaremos la relación entre la calidad de vida y la participación social de los mayores del Programa Universitario de la Universidad Miguel Hernández de Elche (AUNEX), presentando los resultados preliminares de un estudio que forma parte de una tesis doctoral.

Método

Participantes

Se ha utilizado una muestra de 140 sujetos de un total de 250 personas mayores de 55 años que han participado durante el curso académico 2014/2015 en las Aulas Universitarias de la Experiencia (AUNEX) en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Las Aulas Universitarias de la Experiencia (en adelante AUNEX) constituyen un programa específico de la Universidad Miguel Hernández de Elche creado en 1999.

De la muestra seleccionada el 75% son mujeres, y el 25% son hombres, lo que se corresponde con la distribución entre los estudiantes de las AUNEX. Esta distribución de la muestra atendiendo a la variable género es similar a otros Programas Universitarios para Mayores, en los que predomina la asistencia de mujeres (Alfageme y Cabedo, 2006).

La edad, la media es de 63.3 años, siendo la edad media de mujeres de 62.4 y la edad media de los hombres de 66.1. La edad mínima, que además era requisito para estar incluido en la muestra, es de 55 años. El 25% de la muestra son hombres y un 75% son mujeres. Por lo que se refiere al estado civil, un 42.5% de los encuestados están casados, un 27.5% viudos, un 12.5% solteros y un 17.5% están separados o divorciados. Finalmente, y en relación a los estudios, un 27% tiene estudios primarios, un 30% tiene estudios secundarios, un 43% tiene estudios superiores. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Datos socio demográficos de la muestra

| Edad Media | |
|--------------------------|-------|
| Mujeres | 62,4% |
| Hombres | 66,1% |
| Estado Civil | |
| Solteros/as | 12,5% |
| Casados/as | 42,5% |
| Viudos/as | 27,5% |
| Separados/as | 17,5% |
| Nivel de estudios | |
| Primarios | 27% |
| Secundarios | 30% |
| Superiores | 43% |

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados son: Cuestionario de calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993) y la Subescala “Ciudadanía y participación” del IMSERSO, 2010.

El cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca (1993) es un cuestionario genérico para valorar la calidad de vida percibida. Está conformado por 39 ítems, cada ítem con una escala de cinco respuestas tipo Likert, estas respuestas oscilan desde “nada”, “poco”, “algo” y “bastante” hasta “mucho” para evaluar la presencia o ausencia relativa de la situación en cuestión. El cuestionario evalúa 4 dimensiones: apoyo social, satisfacción general, bienestar físico/psíquico, ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre y la “calidad de vida global” es la suma de las cuatro dimensiones. En cada dimensión el resultado se obtiene sumando las puntuaciones directas obtenidas en cada ítem, teniendo en cuenta la inversión de los ítems 5-8, 11-15 y 25. El CCV ha sido adaptado en función de las características de la población objeto de estudio. En este sentido los ítems que hacen referencia al trabajo han sido suprimidos porque se considera que no se adaptan al segmento de mayores (ver tabla 2)

Tabla 2. Cuestionario Ruiz y Baca (CCV) adaptado

| Dimensiones | Ítems | Rango |
|---|--|--------------|
| Satisfacción General | 11,17,18,19,30,31,32,33,34,35 | 10-50 |
| Apoyo Social | 20,21,22,23,24,25,26,27,28,36,37,38,39 | 13-65 |
| Bienestar físico y psíquico | 9,10,11,12,13,14,15,16 | 8-45 |
| Ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre | 21 | 1-5 |

Respecto a la evaluación de la participación social, se ha utilizado la subescala de “Ciudadanía y participación” elaborado por el IMSERSO en 2010. Este cuestionario consta de 5 preguntas. En la primera se ofrecen 11 posibles respuestas a seleccionar una o varias por el entrevistado, sobre su

pertenencia a asociaciones políticas, sindicales, culturales, religiosas, profesionales, deportivas, empresariales, de voluntariado, de mayores, de mujeres, o ninguna. La segunda pregunta, guarda relación con la primera, ya que en caso de pertenecer, debe indicar el motivo por el que pertenece o ha pertenecido seleccionando una o varias respuestas de las que siguen: por ocupar el tiempo en una actividad que le guste, por poner en práctica sus ideas, valores o principios, porque de forma conjunta se pueden lograr más objetivos que individualmente, por defender sus intereses, por relacionarse con otras personas. La tercera cuestión hace referencia a si practica algún tipo de voluntariado, con dos posibles respuestas, sí o no. Las últimas cuestiones sólo deberá responderlas si ha contestado afirmativamente a dicha cuestión. Ya que en ellas se pregunta qué tipo de voluntariado práctica y el grupo de edades de dicho voluntariado.

Procedimiento:

Los encuestados responden de forma individual a su percepción sobre la calidad de vida y el grado de participación social. Los cuestionarios fueron aplicados y contestados por los sujetos durante su asistencia a los diferentes cursos de AUEX, de forma anónima, y con la coordinación y asistencia de una de las autoras del estudio. Los participantes deben cumplir las características de ser mayores de 55 años, no estar institucionalizados y formar parte de las AUNEX. La recogida de información se realizó mediante encuesta individual y auto-completada. La recogida de datos se realizó durante el período del 1 de diciembre de 2014 y el 30 de marzo de 2015, y por supuesto con el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

Resultados

Sobre la base de las hipótesis planteadas se ha realizado un análisis correlacional de las variables utilizadas así como una diferencia de medias de dichas variables en función de aspectos sociodemográficos como sexo, edad y convivencia.

En la tabla 3 mostramos los resultados descriptivos del Cuestionario de calidad de vida (Ruiz y Baca, 1993).

Tabla 3. Datos generales en las variables del estudio

| | Media | DE |
|---|--------------|-----------|
| Calidad de vida global | 109,3 | 15,58 |
| Dimensiones | | |
| Satisfacción general | 37,22 | 5,23 |
| Apoyo social | 41,07 | 8,74 |
| Bienestar físico/psíquico | 27,2 | 4,82 |
| Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre | 3,8 | 0.82 |

Satisfacción general: la media global obtenida en esta dimensión es de 37,22, en un rango de 10 a 50. Las mujeres han obtenido en esta escala una puntuación media de 29.55, mientras que los hombres han obtenido una puntuación de 35.6. Por tanto, se aprecia que los encuestados están “bastante” satisfechos con su calidad de vida percibida.

Apoyo social: se obtuvo un valor medio de 41.07, en un rango de 13 a 65. Las mujeres han obtenido en esta escala una puntuación media de 41 mientras que los hombres han obtenido una puntuación de 41.3. Por tanto, se repite el análisis anterior, donde los encuestados están bastante satisfechos con el apoyo social percibido.

Bienestar físico/psíquico: la media global obtenida en esta escala ha sido de 27.2, en un rango de 7 a 35. Las mujeres han obtenido en esta dimensión una puntuación media de 27.46 mientras que los hombres han obtenido una puntuación de 26.4. En ese aspecto los encuestados se muestran “algo” satisfechos con su bienestar físico/psíquico.

Ausencia de sobrecarga laboral: hay que recordar que en este apartado únicamente se ha seleccionado una pregunta, y la puntuación media obtenida ha sido de 3.8, en un rango de 1 a 5, no habiendo diferencias entre mujeres y hombres. Por tanto, se muestran “bastante” satisfechos en esta dimensión.

Respecto a la Participación Social, como decía, hemos utilizado la subescala denominada “ciudadanía y participación” de la encuesta del IMSERSO de 2010. Como se observa en la tabla 4, el 80% de los hombres ha manifestado participar al menos en una de las opciones ofrecidas, frente al 20% que no participa. El 66.66 % de las mujeres participa frente al 33.33% que no participa. El 70% del total de encuestados participa frente al 30% que no participa.

Tabla 4. Participación Social de la muestra

| | Sí | No |
|---------|----|----|
| Hombres | 28 | 7 |
| Mujeres | 69 | 36 |
| Total | 97 | 43 |

En la tabla 5 podemos observar que los encuestados que pertenecen al grupo de edad que oscila entre 55 y 65 años, el 40% han manifestado participar frente al 22.5% que no participan. En los encuestados mayores de 66 años, el 30% ha manifestado participar en alguna de las opciones ofrecidas, frente al 7.5% que ha manifestado no participar.

Tabla 5. Participa

| | Sí | No |
|-----------|----|----|
| 55-65 | 56 | 32 |
| Más de 66 | 42 | 10 |
| Total | 98 | 42 |

En cuanto al tipo de participación, cabe destacar que el 35% de los encuestados participa en una asociación de índole cultural. De los cuales el 78.57% son mujeres, y el 21.42% son hombres. El 17.5% participa en un club deportivo, de los cuales el 71.42% son mujeres y el 28.57% son hombres. El 15% de los encuestados forma parte de un colegio profesional, de los cuales el 66.6% son mujeres y el 33.3% hombres. El 15% forman parte de una asociación para mayores, de los cuales el 83.3% son mujeres y el 16.6% son hombres.

Tabla 6. Tipo de Participación

| Tipo de participación | Mujeres | Hombres | Total |
|-----------------------|---------|---------|-------|
| Partido político | 3 | 0 | 3 |
| Sindicato | 3 | 0 | 3 |
| Colegio profesional | 14 | 7 | 21 |
| Parroquia/Religioso | 7 | 3 | 10 |
| Club deportivo | 17 | 7 | 24 |
| Cultural | 38 | 10 | 48 |
| Mayores | 17 | 3 | 20 |
| Mujeres | 14 | 0 | 14 |
| Otro tipo | 0 | 0 | 0 |
| Ninguna | 24 | 7 | 31 |
| NS/NC | 3 | 0 | 3 |

Respecto a los motivos de la participación de los encuestados, cabe destacar que el 47.5% participa por ocupar su tiempo libre, de los cuales el 78.94% son mujeres y el 21.05% son hombres. Y el 40% participa por relacionarse con otras personas, de los cuales el 62.5% son mujeres y el 37.5% son hombres. (Véase tabla 7)

Tabla 7. Motivación de la participación social

| | Mujeres | Hombres | Total |
|--------------------------|---------|---------|-------|
| Ocupación tiempo libre | 52 | 14 | 66 |
| Práctica ideas o valores | 17 | 0 | 17 |
| Lograr objetivos comunes | 10 | 0 | 10 |
| Defender intereses | 3 | 3 | 6 |
| Relacionarse | 35 | 21 | 56 |

Respecto a la cuestión de si practica voluntariado, el 90% de los encuestados no practica frente al 10% que sí lo practica, destacando que este 10% son mujeres.

Tabla 8. Voluntariado

| | Sí | No |
|---------|----|-----|
| Mujeres | 14 | 91 |
| Hombres | 0 | 35 |
| Total | 14 | 126 |

Discusión

Como decíamos en nuestra parte introductoria, los mayores desean seguir siendo parte activa y vital de la sociedad, quieren ser actores sociales activos y participar en la toma de decisiones a nivel social y político. En este trabajo se aborda el estudio del nivel de participación social y política de este sector de la sociedad. A su vez, y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores surgen los Programas Universitarios Para Mayores creando un nuevo espacio de participación.

Tras los primeros resultados obtenidos podemos afirmar que no se observan diferencias de Calidad de vida percibida, entre hombres y mujeres, ni grupos de edad, aunque afirman tener buena calidad de vida percibida.

Respecto a la participación social, tampoco se aprecian grandes diferencias entre las puntuaciones respecto al género, ni al grupo de edad, pero nos parece un dato importante y a destacar que el 70% de nuestra muestra participa en al menos una de las opciones ofrecidas.

Como se indicó al principio, estos son resultados de un estudio más amplio, en el que se podrán establecer resultados a partir de una base de datos más extensa amplios, y un análisis más minucioso de los mismos.

Referencias

- Aragó, J. (1985). "Aspectos psicosociales de la Senectud". En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios, *Psicología Evolutiva* (Vol. 3) Madrid: Alianza.
- Alfageme, A. y Cabedo, S. (2005). "Los programas universitarios para mayores". En S. Pinazo, y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología*. Madrid: Pearson Educación, pp. 367-389.
- Bru, C. (2002). "Ponencia Marco. Los Modelos Marco de Programas Universitarios para mayores". En C. Bru (ed), *Los Modelos Marco de Programas Universitarios para Mayores*, Alicante, Conselleria de Bienestar Social, pp.17-44.
- Buela-Casal, G.; Carrasco, T. & Fernández, L. (1997) *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Butler, R. (1980). "Ageism: A foreword". *Journal of Social Issues*, 36, pp. 8-11
- Colón, A. et al. (2013). "La formación de personas mayores como favorecedora del envejecimiento y calidad de vida desde las percepciones del profesorado de la universidad de Jaén". *Revista de ciencias de la educación: órgano del Instituto Calasanz de ciencias de la educación*, 2013, no 234, pp. 239-252.
- Connidis, I. A. y McMullin, J. A. (1992). "To have or have not: Parent status and the subjective well-being of older men and women". *The Gerontologist*, 33, pp. 630 - 636.
- Conteras, E. (1980). "Investigación longitudinal y psicogerontología". *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 15 (6), pp. 583-598.
- Cuerda, J.A. (2004) "La participación social. Una ilusión y un deber". Asociación para el aprendizaje permanente y la formación de personas mayores, Taller "El empoderamiento y la participación social". pp 27-33.
- Albéniz, A. P., Pascual, A. I., y Navarro, M. C. (2012). "Evaluación del impacto personal y social de los Programas Universitarios para Mayores". *La calidad en los programas universitarios para mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades*, 327.
- Delors, J. et al., (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana/UNESCO)
- Dulcey-Ruiz, E., Uribe, C. (2000a). *La adultez: contexto y perspectiva*. Texto Inédito. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.
- Felce D. (1997). "Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research* 41(2), pp. 126-135.
- European Commission (2012). Special Eurobarometer 378. Active ageing and solidarity between generations.
- Fernández, R. (dir.) (1992). *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud*. Barcelona: SG.
- Fernández, C. (2003). "Estereotipos sobre la vejez y niveles de dependencia". *Geriatría*, 19,32-38.
- Francés, J. Y; Santacreo, O. (2005). "Modelos estructurales en Investigación Social. LISREL: programación en Simplis" *Manual de prácticas para Técnicas de Investigación Social III*. Dto. Sociología II, Universidad de Alicante.
- Gal, D. L., Santos, A. C., & Barros, H. (2005). "Leisure-time versus full-day energy expenditure: A cross-sectional study of sedentarism in a Portuguese urban population". *BMC Public Health*, 5, pp. 16-23.
- Gomez, M. y Sabeh, E.N. (2009). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Disponible en: <http://campus.usal.es/inicio/investigacion/invesinico/calidad.htm>. 2000
- Jurado, P. (2009). *Calidad de vida y procesos educativos*.
- IMSERSO (2008). *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. Nº 11005. Madrid.
- Levy, B.R. y Banaji, MR (2002). "Implicit ageism". En T. Nelson, (ED): *Ageism: stereotypes and prejudice against older person*. pp 49 – 75.
- Léplège A, Hunt S. (1997). "The problem of quality of life in medicine". *JAMA*, 278(1):47-50.
- Montorio, I., Izal, M, Sánchez, M y Losada, A. (2002). "Dependencia y Autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2 (12), 61-68.
- Montoro, J. (1988). "Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8 (1), 21-30.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Aging*. Geneva: WHO.

- Pérez, M. (2001). "Envejecimiento y participación. ¿Necesitamos nuevos enfoques?". *Intervención Psicosocial*, vol. 10, n° 3, pp. 285-294.
- Pinazo, S. (2013). "Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional". *Informació Psicològica*, 105, pp. 4 - 13
- Pinazo, S. y Kaplan, M. (2007). "Los beneficios de los programas intergeneracionales". En *Programas Intergeneracionales, Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de estudios sociales, N° 23. Obra Social. Fundación La Caixa.
- Reig-Ferrer, A. (2000). "La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- Rodríguez-Marín, J. (1993). Calidad de vida en enfermos crónicos: definición y evaluación. En V. Pelechano (comp.), *Psicología, Mitopsicología y postpsicología*. Valencia: Alfapplus.
- Rodríguez- Marín, J. y Neipp, M.C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid. Síntesis.
- Ruiz M.A. y Baca E. (1993). "Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (ccv). A Generic Health-related perceived Quality of Life Instrument", *European Journal of Psychological Assessment*.
- Schalock, LR (2006). "La calidad de vida como agente del cambio: Oportunidades y retos". En Verdugo, A.: Jordan, FB. (Coords). *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca, pp. 15-54.
- Schalock, R. L.; Verdugo, M.A.; Jenaro, C.; Wang, M.; Wehmeyer, M.; Xu, J. y Lachapelle, Y. (2005). "A cross-cultural study of quality of life indicators". *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311.
- Villar, F. (2005). "El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento". En S. Pinazo & M. Sánchez (Dir.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Prentice-Hall (Pearson Educación). pp. 147-184.
- Villar, F. et al. (2010). "Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain". *Educational Gerontology*, 36, pp. 244-259.
- Walker, A. (1996). "Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores". *Revista española de investigaciones sociológicas*, 73, pp. 17-42
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

CAPÍTULO 9

Promoción del envejecimiento activo

M^a del Carmen del Moral Lechuga*, Esther Lerma Ortega**,
e Inmaculada Moreno Almagro**

**Universidad de Sevilla, Hospital Universitario Virgen Macarena (España), **Universidad de Jaén, Complejo Hospitalario de Jaén (España)*

El envejecimiento poblacional es una de los más grandes triunfos de la humanidad y también uno de sus mayores desafíos. Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad esta visión ha cambiado hacia una perspectiva más positiva y participativa, que considera a las personas mayores como valiosos recursos que aportan una importante contribución en diversos ámbitos a nuestra sociedad. (Pajares, 2002)

Pero también debemos considerar, que en edades avanzadas hay mayor riesgo de presentar cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que generan fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implican, además la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad y el trabajo. Lo que conlleva una creciente preocupación en las cargas de la enfermedad y la incapacidad para las familias y las instituciones. (González, et al., 2007)

Con respecto a los datos epidemiológicos cabe destacar que si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales en España:

- El porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.
- La esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 84,0 años en los varones y los 88,7 en las mujeres en 2029 y en 2064 la esperanza de vida de los hombres superaría los 91 años y la de las mujeres casi alcanzaría los 95.
- Se incrementaría la población en la mitad superior de la pirámide de población, de manera que todos los grupos de edad a partir de los 70 años experimentarían un crecimiento de efectivos. En concreto, dentro de 15 años en España residirían 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que en la actualidad (un 34,1%) y esta cifra se incrementaría hasta 15,8 millones de personas (un 87,5% más) en 50 años.
- La tasa de dependencia se elevaría más de siete puntos, desde el 52,1% actual hasta el 59,2% en 2029 y en 2064 alcanzaría el 95,6%.(INE, 2014)

De lo que podemos concluir que la población envejecida se esta incrementando tanto en números relativos como en números absolutos, lo que provocará grandes cambios en la organización social, así como en las instituciones legales, políticas, educativas, de salud, familiares y económicas. (González, et al., 2007)

En el ámbito sanitario, la demanda asistencial de poblaciones cada vez más envejecida, han sobrecargado los servicios asistenciales de atención primaria y los de atención especializada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia al envejecimiento activo como el proceso que facilita alcanzar la salud, participar de forma activa y obtener seguridad con la finalidad de aumentar la calidad de vida a lo largo del proceso de envejecimiento, permitiendo a las personas desarrollar su potencial físico, social y mental durante toda su vida permitiéndoles participar de forma activa en la sociedad según su situación, necesidades y capacidades, a la vez que se les provee de seguridad, atención y cuidados. (OMS, 2002)

De manera que la palabra “activo” refiere una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica, y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo.

El enfoque del envejecimiento activo está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de: independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización. (Hernández et al., 2009)

Según la investigación científica, el proceso de envejecimiento no depende de la suerte o el azar, puesto que en cierta medida el comportamiento del individuo influye en la prevención de la enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) a la hora de establecer los determinantes del envejecimiento activo los clasifica en factores macrosociales (ambientales, económicos, sociales y sanitarios), factores del comportamiento o estilos de vida y factores personales (genéticos y biológicos).

A estos factores se les suman condiciones psicológicas de la personalidad que están relacionadas con la supervivencia y con la calidad de vida durante el envejecimiento, entre los cuales se han incorporado de forma reciente a valorar: habilidades de afrontamiento, autoeficacia y autocontrol, comportamiento prosocial y pensamiento positivo. Otras condiciones relativas al desarrollo de la personalidad como la aceptación de la muerte como una fase de la vida y el desarrollo de la funciones cognitivas (Fernández et al., 2005)

Mientras que diferentes autores han identificado un modelo patológico de envejecimiento, que aumenta el riesgo de dependencia y la consiguiente institucionalización, mediante criterios objetivos como: una baja frecuencia de relaciones afectivas con familiares y amigos, soledad o poco apoyo familiar, estado de ánimo depresivo, alteración de la forma física y dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria, el aumento de la edad y el mayor nivel educativo y el nivel cognitivo. (Hernández et al., 2009)

Objetivo

Objetivo general:

Reflejar la importancia de la promoción del envejecimiento activo en la calidad de vida de las personas mayores, así como los factores que intervienen en el mismo.

Objetivos específicos:

- Establecer los objetivos generales que debe de seguir un programa de promoción del envejecimiento activo.
- Establecer las intervenciones sanitarias a las que debe ir encaminado un programa de promoción del envejecimiento activo.

Metodología

Para la realización de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica organizada y sistematizada de diferentes bases de datos, tanto de ciencias sociales como de ciencias de la salud como son: Scielo, ISOC, Pubmed-Medline y Cochrane. Los descriptores utilizados fueron; “envejecimiento activo”, “envejecimiento con éxito”, “calidad de vida” “promoción” y “prevención”. (Términos que a su vez fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales.)

Los filtros introducidos para la fecha de las publicaciones: desde 2005-2015, y a texto completo, obteniéndose un total de 63 resultados, de los cuales seleccionamos 11 artículos que nos interesaban por tratarse de estudios descriptivos y experimentales con resultados estadísticamente significativos.

Resultados/Estado de la cuestión

Tras una amplia revisión bibliográfica, queremos destacar los cambios positivos y significativos que se produjeron en diversos indicadores, como frecuencia de actividades, opiniones sobre el envejecimiento y la vejez, cambios significativos en la percepción de calidad de vida, los costumbres de alimentación y de ejercicio físico diario, tras la realización de un programa de promoción del envejecimiento activo denominado “Vivir con Vitalidad”. (Fernández et al., 2005)

Así como en otro estudio longitudinal del envejecimiento activo realizado con 458 que refleja la influencia positiva de diferentes factores como variables psicológicas intelectuales, de la personalidad y motivacionales en el envejecimiento activo. (García et al., 2010)

Por último otro artículo que aporta datos positivos con respecto a resultados de un programa de promoción del envejecimiento activo denominado “I am active” (Soy activo). Con una muestra de 64 personas de más de 60 años,

con una duración de 6 meses, con intervenciones tanto teóricas como prácticas que se dividen en grupo control y experimental y que refleja resultados positivos tanto en la actividad física, a nivel nutricional y en las funciones cognitivas. (Mendoza et al., 2015)

De todos los datos obtenidos podemos concluir que la promoción del envejecimiento activo requiere de la implicación de toda la sociedad:

A nivel del Sanitario:

Los sistemas sanitarios deben encargarse de adoptar una perspectiva de ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. Todo ello sin discriminación por razones de edad, en continua coordinación con el sector social y el sistema de apoyo informal, detectando el abuso de los mayores y procurando una muerte digna (Hernández et al. 2009).

Una de las principales funciones de la geriatría es encargarse de difundir para que llegue a personas mayores, ciudadanos, profesionales y a la población en general las funciones que se pueden llevar a cabo mediante la prevención independientemente de la edad y el mensaje de que la realización de medidas convenientes va a conseguir alcanzar una mayor satisfacción por la vida de las personas mayores, así como un beneficio económico disminuyendo el gasto procedente de la mortalidad prevenida.

Puesto que se ha comprobado que entre un 40-70% de todas las enfermedades son prevenibles totalmente o de forma parcial a través de los cambios realizados en los estilos de vida, mediante el manejo y control de los factores de riesgo y mediante la prevención primaria y secundaria, debemos desmentir la idea de que la puesta en marcha de medidas prevención no va a cumplir con los objetivos esperados cuando se realiza con personas mayores. Todo lo contrario, debemos sacar el máximo partido a las facilidades que presentan al cambio de costumbres y comportamientos y de adherencia a los consejos de salud (Libro blanco, 2010, p.250).

De manera que con la prevención y promoción se pretende actuar sobre los principales factores de riesgo modificables, que son propios del estilo de vida habitual de nuestra sociedad, los cuales aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad no transmisible (González, et al., 2007).

Los ámbitos que se deben trabajar son:

- **A nivel cognitivo:**

En el ámbito del deterioro cognitivo asociado a la edad destacan los estudios longitudinales realizados por Schaie y Willis, en los que han observado como la disminución que se produce en la inteligencia fluida entre los 60 y 80 años de edad puede compensarse si se realizan entrenamientos adecuados. (Fernández et al., 2005)

Para ello se ha de fomentar:

- Realizar actividades diarias de lectura y ejercicios que favorezcan la agilización de la destreza mental.
- Prevención y detección temprana de problemas de salud mental.
- Abordar afecciones, drogas y medicación que pueda asociarse con el deterioro cognitivo. (Lesende, 2007)

Destacamos la importancia de considerar la inclusión de programas de entrenamiento cognitivo que permitan tratamientos multidimensionales para retrasar el mayor tiempo posible el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de sus familias y del entorno social. (Hernández et al., 2009)-

- **A nivel social:**

Según Rowe y Kahn, mantener relaciones personales satisfactorias, permiten tener un mayor apoyo instrumental y socio emocional, además los modelos teóricos de calidad de vida relacionan las habilidades de sociabilidad con un mejor funcionamiento físico y mental.

Lo habitual es que la actividad social disminuya con la edad, disminución que de alguna forma, viene impuesta externamente o como respuesta desafortunada ante la pérdida de salud y pérdida de familiares y

amigos. Una respuesta sana ante estos sucesos debe ir hacia el reemplazo de relaciones sociales, situación que favorece el mantenimiento de la actividad el mayor tiempo posible así como un mejor estado de ánimo. (Hernández et al., 2009)

- Favorecer la implicación activa de las personas mayores en la vida de la comunitaria.
- Establecer medidas de apoyo a los cuidadores. (Lesende, 2007).

- Actividad física:

Se ha demostrado que la actividad física mantenida aporta diversas ventajas y distintos niveles. Diversos estudios han demostrado que una reducida funcionalidad física en esta población se asocia con resultados negativos en la vida posterior, incluyendo mayor riesgo de demencia y mortalidad. (Pardo et al., 2014)

Las personas mayores y sedentarias pierden más masa muscular, la consecuencia de esta pérdida de masa es la pérdida de hasta un 40% de fuerza muscular y 30% de resistencia aeróbica, a su vez relacionada con la reducción de la movilidad en su entorno y de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, así como un mayor riesgo de caídas. (Hernández et al., 2009).

Los beneficios que aporta el ejercicio físico:

- Previene la aparición y el desarrollo de osteoporosis a través del mantenimiento de una buena masa muscular y estabilización de la masa mineral ósea.
- Mejora la capacidad aeróbica y disminuye el riesgo de caídas.
- Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Produce una modificación favorable en la homeostasis hidrocarbonada previniendo enfermedades como el sobrepeso y la diabetes mellitus.
- Disminuye la ansiedad, depresión y participa en el mantenimiento de actividad mental.
- Ayuda en la recuperación de la funcionalidad articular, a nivel respiratorio, traumatológico, circulatorio, tras una cirugía, etc.

- Aumenta la calidad de vida. (Libro blanco, 2010, p.248)

Se ha demostrado que existe un importante efecto positivo de la actividad física aeróbica realizada de forma regular en la actividad cerebral, que incluye la compensación de la disminución de sustancia blanca y gris, y la actividad cognitiva que está relacionada firmemente a la capacidad vital. (Fernández et al., 2005) Así como un efecto positivo sobre la postura, los dolores articulares y musculares, lo que hace posible que aumente su independencia funcional, entendiendo esta como la capacidad de una persona para ir a comprar, visitar a amigos, usar el transporte público, sin olvidar las funciones mentales y de socialización. (Hernández et al., 2009)

De manera que son evidentes los efectos positivos de la actividad física sobre el bienestar físico, psicológico y de satisfacción con la vida de los adultos mayores. (Pardo et al., 2014)

El personal sanitario, en este caso, tendrá que luchar por modificar las actitudes y comportamientos sociales relacionados con este ámbito, puesto que existen una falsa concepción de que a cierta edad el ejercicio físico puede estar contraindicado, por que en este caso debemos de transmitir que cualquier momento es el más adecuado para que una persona de cualquier edad comience a hacer ejercicio. (Lesende, 2007)

De modo que, esta población encuentre en el ejercicio físico una herramienta útil que puede mejorar su calidad de vida y su autoconfianza, así como contribuir a la consecución de objetivos o logros que los motive a continuar. (Pardo et al., 2014)

- Nutrición:

Se ha observado una tendencia general al sobrepeso en las personas mayores, y teniendo en cuenta que una mala alimentación, sumada a la falta de ejercicio físico puede conducir a enfermedades de corazón, cerebrovasculares, diabetes y a la obesidad, debemos de prestar especial atención a la promoción de hábitos de alimentación saludables. (Lesende, 2007)

A su vez, debemos tener en cuenta la elevada incidencia en las persona mayores de problemas de movilidad del tracto digestivo, problemas de disminución de las secreciones gástricas, problemas de dentición y disminución de la salivación, lo cual puede afectar en la alimentación de estas personas.

La nutrición más adecuada para cada persona variará en función de la edad, el sexo, su estado de salud, los fármacos que consume etc. pero aún así, de forma general se puede concluir que la nutrición de las personas mayores debe incluir:

- Una cantidad suficiente de calorías y guardar una armonía entre los nutrientes básicos (hidratos de carbonos, proteínas y grasas).
- Adecuada ingesta de micronutrientes: minerales y vitaminas, especialmente el Calcio y la Vitamina D.
- Adecuada ingesta de agua: por la mayor tendencia a la deshidratación y la disminución subjetiva de la sensación de sed. (Libro blanco, 2010, p.249)

- Hábitos tóxicos:

En el consumo de tabaco y el alcohol en personas mayores, la diferencias por sexo son muy acusadas, puesto que el consumo de ambos es mucho más elevado en varones que en mujeres. El abandono del consumo de tabaco y alcohol suponen un beneficio para la salud de las personas independientemente de la edad que tengan en el momento que deciden a dar el paso. (Lesende, 2007).

- A nivel afectivo:

Recientemente se han planteado algunos factores psicológicos y cognitivos, implicados en el área afectiva y de la personalidad que están implicados en la consecución de un envejecimiento óptimo:

- El control y la percepción del control, llamada también autoeficiencia.
- Estilos de afrontamiento positivos en el tratamiento del estrés o de la adversidad, los cuales permiten prevenir condiciones psicopatológicas en la vejez. (Fernández et al., 2005)

Otras actividades de las que son responsables en la promoción y prevención el sistema sanitario serían:

- Vacunación preventiva: vacuna de la gripe, vacuna antineumocócica y vacuna tétanos- difteria.
- Tratamiento adecuado de los cuadros específicos como los síndromes geriátricos, que favorecen la aparición de situaciones de dependencia y de fragilidad.
- Revisión periódica de medicación.
- Detección y manejo de ancianos de riesgo.
- Evitar situaciones estresantes en las que son más vulnerables (hospitalización) o minimizar sus repercusiones si son inevitables.
- A través de fisioterapia y terapia ocupacional potenciar los aspectos de movilidad, habilidades físicas y disminución de riesgo.
- Valoración geriátrica integral selectiva. (Lesende, 2007)

A través de una respuesta integral al control de los factores de riesgo comunes a la mayoría de las enfermedades crónicas y el inicio de las políticas de promoción de la salud desde el comienzo de la vida, podemos conseguir tanto a corto como a largo plazo, una mejora de la alimentación, estilos de vida más activos, una reducción del estrés, el abandono del tabaco o del consumo abusivo de alcohol...Lo que plantea la posibilidad de mantener a las personas con buena salud en independientes el mayor tiempo posible, consiguiendo así que la morbilidad se comprima al final de la existencia. (Merino, 2007)

A nivel Nacional:

Son necesarias políticas de Estado, proyectos, planes y programas con una planificación a largo plazo y dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas. (Azaña, 2009)

Para poder alcanzar estos objetivos, sería necesario:

- Políticas pública; vivienda, ingresos, apoyo familiar, medidas que mejoren la autonomía y la productividad social de las personas mayores etc.

- Políticas sanitarias; a través de la promoción y protección de la salud en edades más tempranas posibles, de manera que contemple todo el proceso vital de las personas y proporcionar acceso al sistema sanitario en condiciones de equidad.

Todo ello, acompañados de programas que coordinen, monitoricen y evalúen los servicios disponibles para las personas mayores, garantizando suficientes recursos y la equidad a su acceso. (Merino, 2007)

De todo lo reflejado anteriormente podemos concluir que cualquier programa que pretenda promocionar el envejecimiento óptimo individual deberá de plantearse como objetivos:

- Transmitir conocimientos básicos sobre cómo envejecer activa y competentemente, permitiendo eliminar concepciones erróneas sobre la vejez.

- Promover el nivel de actividad

- Promover estilos de vida saludables relativos a la nutrición y el ejercicio físico.

- Incrementar las relaciones interpersonales y el compromiso con la vida.

- Incrementar el bienestar.

- A largo plazo, mejorar la salud previniendo la enfermedad y la discapacidad asociada, y optimizando el funcionamiento psicológico. (Fernández et al., 2005)

Discusión/Conclusiones

De manera que de todo los resultados comentados anteriormente podemos concluir que través de diversos estudios queda reflejado que los programas que de promoción del envejecimiento activo realizados de forma grupal presentan cambios positivos y significativos en diversos indicadores conductuales.

Y esto se puede justificar, puesto que:

- La disminución que se produce en la actividad cognitiva se puede compensar a través del entrenamiento cognitivo y del aprendizaje de estrategias. De manera que en caso de que no haya enfermedades demenciales, el funcionamiento cognitivo se puede favorecer a lo largo de la edad adulta.

- Que el ejercicio físico tiene un efecto positivo sobre el estado físico de la persona y a su vez sobre el cognitivo y emocional, al igual que el trabajo de estimulación cognitiva influye positivamente en la esfera física de la persona.

- Se pueden considerar factores psicológicos relacionados con el envejecimiento óptimo el control y la percepción del control o autoeficiencia, además de estilos de afrontamiento del estrés evitando condiciones psicopatológicas en la edad adulta. Datos importantes a tener en cuenta, puesto ha sido probado que la tristeza y los síndromes depresivos aumentan en la edad adulta, situación que con frecuencia está asociada a su vez, con cierto distanciamiento entre el individuo y su contexto social, el cual tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad.

- Por último, cabe destacar la coincidencia de los diferentes modelos de envejecimiento positivo en la idea de que el envejecimiento activo favorece la interacción social, lo cual queda reflejado en una mayor participación e integración social. (Fernández et al., 2005)

Uno de los objetivos que se plantea en el “Libro Blanco” y nos resulta muy interesante para la promoción de la buena salud durante el envejecimiento es animar a percibir el gasto sanitario, no solamente en términos de coste, sino también como una inversión de futuro. Inversión que debe ir dirigida hacia la prevención, protección y mejora de la salud física y psíquica de esta población. (Pardo et al., 2014)

Unos de los problemas que nos encontramos ante el abordaje de la situación actual de creciente población envejecida, es que las políticas públicas y algunas medidas tomadas hasta la fecha presentan un enfoque únicamente paliativo, por lo que es necesario que el sistema establezca procedimientos para garantizar el derecho a la salud y los cuidados de salud (incluidos los cuidados paliativos de las personas mayores) hasta el final de sus días y sistemas de alarma para detectar la discriminación, el maltrato y conductas ageístas (discriminación por edad). (Merino, 2007)

De manera que se debe de realizar promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria:

Promoción de la salud: la cual incluye medidas en el ámbito sanitario, social, económico, legislativo y de políticas orientadas tanto a la persona de forma individual como a la sociedad, con la finalidad de aumentar el control sobre los determinantes de la salud, teniendo efecto sobre los estilos de vida y otros factores que intervienen en su conservación.

Prevención primaria: vacunaciones, evitar accidentes, tabaquismo, alcohol, dieta adecuada, ejercicio físico adecuado etc. A lo que se une el control de factores de riesgo y una serie de situaciones que favorecen la dependencia de las personas mayores (síndromes geriátricos, medicación, periodo de ingresos hospitalarios, soporte social inadecuado, etc.) en personas que aún mantienen la personalidad íntegra.

Prevención secundaria: consiste en la intervención sobre la situación de pérdida de funcionalidad precoz, cuando todavía existe posibilidad de reversión o modificación de su curso, y por tanto de mejorar su pronóstico.

Prevención terciaria: entre las que podríamos incluir medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte de cuidadores, permitiendo a las personas el mayor grado de calidad posible en sus últimos días. (Libro blanco, 2010, p.254)

Como sanitarios tenemos la responsabilidad de cuidar que el sistema sanitario no reproduzca en su interior ambientes desfavorables, establezca barreras para atender las necesidades sanitarias reales de las personas mayores y revisen de forma continua nuestras actuaciones teniendo en cuenta las últimas recomendaciones científicas consensadas a través de la investigación. (Merino, 2007)

Aumentar la esperanza de vida sin discapacidad es importante en el ámbito social e individual ya que supone disminuir el gasto tanto sanitario y social produciendo a su vez un aumento del bienestar y de la calidad de vida de la población. (Fernández et al., 2005)

De manera que el envejecimiento activo permite que se desarrolle el potencial físico, social y mental de forma plena a lo largo del curso vital y permite participar en la sociedad al individuo de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades, al mismo tiempo que se les facilita la protección, seguridad y cuidados apropiados. (Libro blanco, 2010, p.267)

Referencias

- Azaña, Y.S.U. (2009). Política de envejecimiento activo y protección social. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 79, 119-158.
- Datos del Instituto Nacional de Estadística. (2014). Proyección de la población de España 2014-2064.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J., García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40(2), 92-102.
- García, R.F.B., Casinello, M.D.Z., Bravo, M.D.L., Nicolás, J.D., López, P.M., & Del Moral, R.S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- González, C., Ham-Chande R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*, 49(4), 448-458.
- Hernández, C., López-Fernández, V., & Ortiz-Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(2), 61-67.
- Lesende, I.M., Zurro, A.M., Prada, C.M., & García, L.A. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42, 4-6.
- Marcos Pardo, P.J., Orquín Castrillón, F.J., Belando Pedreño, N., & Moreno-Murcia, J.A. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 149-156.
- Mendoza-Ruvalcaba, N.M., & Arias-Merino, E.D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical interventions in aging*, 10, 829.
- Merino, B.M. (2007). Un camino hacia el envejecimiento activo. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42, 12-14.
- Pajares, P.R. (2002). A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Atención primaria*, 30(2), 77-79.

Para la Igualdad, C., & Social, B. (2010). Libro Blanco del envejecimiento activo. *C. p. Social, Participando y construyendo la sociedad*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

CAPÍTULO 10

La Planificación Centrada en la Persona. Un modelo para intervenir en el domicilio con personas con dependencia sobrevenida. Implicando las fuentes naturales de soporte

M^a Teresa del Sol Chicharro y Jaione Ignacio de Jesús
Universidad de Málaga (España)

Introducción

El Plan de Apoyo a las familias andaluzas (decreto 137/2002) supuso aumentar las intervenciones que desde Atención Primaria iban dirigidas a las personas mayores y discapacitadas. A través de este plan se crean nuevas figuras como la Enfermería de enlace y los Equipos Móviles de Rehabilitación con Fisioterapia y Terapia ocupacional a domicilio. Fue en octubre de 2003 cuando se incorporan los primeros terapeutas ocupacionales en estos equipos. Las autoras del presente texto son Terapeutas ocupacionales del equipo móvil de Málaga.

El equipo móvil de rehabilitación está dirigido por un médico rehabilitador y sus intervenciones pueden ser activadas por la enfermería de enlace y por los servicios de rehabilitación hospitalarios. Como equipo tenemos tres líneas básicas de actuación:

- Atención rehabilitadora a pacientes con discapacidad física que son cuidados en su domicilio, entre los procesos discapacitantes principales que se derivan a nuestra unidad son secuelas por inmovilización, accidentes cerebrovasculares, EPOC, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, ELA, pacientes amputados de los miembros inferiores (López-Liria, et al., 2013).
- El apoyo y orientación a los cuidadores de personas con dependencia, productos de apoyo, ergonomía, movilización, gestión de los cuidados.
- La formación y apoyo a los profesionales de los Equipos Básicos de Atención Primaria.

Para ser usuario de rehabilitación en el domicilio se valora que el usuario tenga problemas de accesibilidad para salir del domicilio y elementos de seguridad del paciente; cuando el desplazamiento al hospital puede aumentar la comorbilidad en pacientes pluripatológicos. La mayor parte de los usuarios atendidos, presenta comorbilidad (López-Liria, et al., 2010).

El objetivo final de este servicio es colaborar junto con otros en tejer una red que ayude a reducir el desajuste entre las necesidades expresadas o no de los usuarios y de sus familias y la atención que reciben.

El rasgo común de los pacientes atendidos es la alteración de la función física, pero como terapeutas ocupacionales valoramos que son muy importantes otros dominios como la salud emocional, la participación social, la toma de decisiones, la comunicación, el funcionamiento del entorno familiar y social, la accesibilidad en el hogar, la calidad de los cuidados.

En nuestro país, aunque se han incrementado los recursos residenciales para personas dependientes, la mayor parte de personas con dependencia sobrevenida residen en su hogar, y suelen recibir cuidados y atención por parte de alguna persona cercana, (Bazo, 2008), por lo general se trata de familiares, esposos e hijos principalmente (López y Martínez, 2007) aunque con un marcado componente femenino. El domicilio ha dejado de ser únicamente el espacio familiar para convertirse en un lugar donde se atiende, se cura, se rehabilita y nuevos agentes sociales y sanitarios hemos irrumpido en la órbita de lo privado, con nuestros modelos de trabajo, protocolos, ritmos y lenguaje propio.

Ante la dependencia sobrevenida la familia sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento. Es un momento en que la familia y el usuario necesitarían de toda su red de apoyo, activar su entorno social. Pero, con frecuencia el cuidado queda reducido a una o dos personas, con lo que conlleva de agotamiento

para quien realiza las tareas de cuidado y de empobrecimiento de relaciones para la persona con dependencia. (Roger-García, 2010). El papel de cuidador constituye una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones emocionales (Fernández, 2004). El día a día puede hacer aumentar la tensión entre los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen la responsabilidad dentro de ella (Espín Andrade, 2012)

La red natural de apoyo, familia extensa, amigos, vecinos existe, pero las familias y el propio usuario suelen carecer de capacidad para organizarles, para demandarles tareas concretas y a menudo sus apariciones en modo de visita son percibidas más como una molestia que rompe el ritmo cotidiano que como un apoyo real. Sin embargo, es importante que la red familiar y social sea lo más amplia y adecuada posible, para disminuir la percepción de carga y para que la atención vaya más allá de las actividades básicas de la vida diaria e incluya otras facetas importantes para la persona.

La dependencia no es un hecho aislado, puede entenderse como una interacción entre la persona y el contexto socioambiental en que esta se desenvuelve y este contexto puede actuar como elemento barrera o como facilitador (González, 2004). Formar parte del contexto facilitador, ayudar a las familias a movilizar el entorno social (recursos y servicios disponibles), el entorno próximo (apoyo del grupo familiar y doméstico, redes sociales) construirlo y mantenerlo debería ser uno de nuestros objetivos. Los profesionales tenemos que conocer el contexto social y cultural en el que vive la persona. El ser consciente de la perspectiva única de cada familia nos permitirá ayudarles a que cultiven y recurran a sus sistemas de apoyo naturales, familiares y comunitarios.

La dependencia no sólo afecta al usuario que la padece sino a todo el contexto del que se rodea. Recibir el apoyo físico y social suficiente y adecuado constituye un elemento vital a lo largo de todo el proceso. El cuidado de la persona dependiente tiene un impacto en las relaciones sociales de los cuidadores. Mantiene al cuidador en el hogar durante la mayor parte de su tiempo, aumenta el tiempo dedicado a actividades domésticas y reduce su tiempo libre con lo que se dificulta la posibilidad de mantener relaciones sociales. Hay que remarcar como posibles efectos positivos del cuidado que puede aumentar la cohesión familiar y tienen un enorme potencial para el establecimiento de redes sociales y el mantenimiento en la comunidad (Roger-García, 2010).

Es importante valorar con qué criterios se realiza la atención o cuidado del usuario y si esta atención es acorde con sus deseos y valores. Son muchos los autores que remarcan la importancia de nuevos modelos de atención centrada en la persona, modelos que facilitan dar apoyos más coherentes con los deseos de la persona aunque sus capacidades cognitivas estén mermadas y el usuario no pueda expresarlas. Es en cuidados de larga duración donde la dimensión de valores y preferencias del usuario adquiere una importancia especial (Santos, Javier, Asencio, y Miguel, 2003; Martínez, 2011). La persona debe ser el centro del proceso: sus derechos, sus sueños y deseos constituyen el foco a partir del cual se construyen sus apoyos (Bradley, 2000).

Desde este análisis nos preguntamos: -¿Qué modelo o perspectiva podemos utilizar para maximizar los resultados de nuestra intervención?. - ¿Cómo provocar cambios que afecten a una mejor calidad de vida tanto de la persona dependiente como de su entorno?. -¿Cómo buscar que nuestra intervención vaya más allá de un número de sesiones prefijado?. -¿Cómo activar las redes naturales de soporte, aumentar la calidad de esas relaciones y la participación en actividades de interacción para la persona con dependencia? El modelo que exponemos a continuación creemos que ayuda a solventar algunas de estas cuestiones.

Objetivo

A partir de la búsqueda bibliográfica y de la práctica diaria con personas con dependencia sobrevenida pretendemos reflexionar sobre si el modelo de Planificación Centrada en la Persona (PCP) puede ser un instrumento válido para intervenir en el entorno del usuario con objeto de lograr una mayor coherencia con los deseos y valores de la persona y una mayor cooperación y colaboración de las fuentes

naturales de soporte.

Las autoras pretenden responder a las siguientes preguntas:

- ¿Puede la PCP ayudar a las familias a organizar la atención a las persona con dependencia? -¿Puede la PCP ayudar a que las necesidades, gustos, prioridades, valores de las personas con dependencia sean el punto de partida para el diseño de una intervención? - ¿Puede la PCP lograr una mayor cooperación de las fuentes naturales de soporte (amigos, vecinos, familia extensa)? - ¿Cuál es nuestro papel como profesionales en un proceso de PCP?

Metodología

Para la realización del presente trabajo se han llevado a cabo dos búsquedas sistemáticas en PubMed-Medline. Los descriptores utilizados para la primera búsqueda fueron “Person-centered planning”. El tipo de fuente seleccionada fueron Revistas científicas con el límite artículos en inglés. No se introdujo filtro de fecha de publicación. Obtenemos 29 resultados, que al establecer el límite texto completo se quedan en 9. Todos son artículos salvo una editorial de una revista. Las personas sobre los que se han aplicado los estudios son adolescentes, veteranos de guerra, usuarios de salud mental, usuarios con discapacidad intelectual, usuarios con múltiples discapacidades y retraso mental profundo. En dos de los estudios se aborda la organización y los cambios necesarios en las instituciones para desarrollar PCP, lo que nos ha aportado interesantes elementos para la reflexión que quedan recogidos en el presente artículo.

En la segunda búsqueda los descriptores utilizados han sido “Person-centered care” con límite artículos en inglés. Obtenemos 133 artículos a texto completo. Al introducir filtro de fecha de publicación últimos cinco años se reducen a 94. Los artículos analizados abordan tanto la filosofía y paradigmas de la atención centrada en la persona como su puesta en marcha. Los entornos donde se desarrollan los estudios incluyen tanto espacios residenciales de personas con discapacidad y personas mayores como entornos hospitalarios. Es una preocupación, creciente en los últimos años, que los sistemas de atención incluyan modelos de intervención centrados en las personas.

Se han consultado también otras fuentes de información como libros, artículos y páginas web sobre el tema. En los documentos analizados sobre Person-centered planning, y su traducción al español “planificación centrada en la persona”, se ha analizado tanto el modelo teórico, su metodología de acción, como las necesidades de las organizaciones para adaptarse a esta modelo.

Resultados/Estado de la cuestión

La planificación centrada en la persona surge en los años 80 inserta en un pensamiento ideológico más amplio de cambio social, de inclusión, de derechos, discapacidad, y valoración de los roles sociales. Se diseña inicialmente como un sistema que facilite construir apoyos personalizados que ayuden a las personas con discapacidad intelectual a proyectar su estilo de vida deseado y acercarse a él. Su uso se ha ido ampliando a muchos otros ámbitos: adultos con graves discapacidades, veteranos de guerra, adolescentes, usuarios con trastorno mental, niños con discapacidades múltiples, personas con autismo...

La persona es el centro del proyecto, sus derechos, sus sueños y deseos son el punto de partida para construir los apoyos y diseñar el plan de acción. Los miembros de la familia y personas significativas para la persona se convierten en plenos participantes. La PCP habla de acciones compartidas que provocan cambios en las persona y trata sobre la inclusión en las propias comunidades donde las personas viven. Para ello, se intenta constituir una amplia red social de apoyo en los que la familia juega un papel preponderante (Mansell y Beadle-Brown, 2004)

La PCP ofrece tres cambios importantes respecto a otros modelos de intervención:

Parte de la situación de la persona evitando etiquetas diagnósticas. Parte en positivo, se fija en su historia, situación actual, fortalezas y necesidades. Propone la búsqueda de soluciones personalizadas y creativas en vez de encajonar a las personas en los servicios que ofrecemos. Dirige la atención fuera de la

órbita de los servicios. Invita a mirar, explorar la comunidad ayuda a construir apoyos partiendo de la red natural (Sanderson, H. 2000). El centro del programa es quien es la persona y qué es lo que quiere en su vida, y no considerar lo que la persona puede o no puede hacer. Trae las capacidades de la persona, las cosas que son importantes para ellas y el apoyo que necesitan al primer lugar (O'Brien y O'Brien, 2000; Sanderson, 2000).

El primer paso en un proceso de PCP, lo constituyen la persona con dependencia, su facilitador y su grupo de apoyo. Es fundamental encontrar al facilitador del proceso. El facilitador es la persona capaz de funcionar como defensor, amigo, fuente de información y guía cercano de un grupo de personas que están interesadas en ayudar a la persona en su proceso de planificación de su futuro cercano y lejano. El facilitador puede ser un miembro de la familia, amigo o uno de los agentes (socio-sanitario) que interviene con el usuario. Tiene que saber escuchar, no ser rígido y estar comprometido, se valora la creatividad como un valor. Es la persona que genera confianza, que cree y potencia la sabiduría del grupo y que contribuye a que se consigan las metas pretendidas. Una de las primeras tareas del facilitador es profundizar su relación con la persona y con aquellos que la conocen bien a fin de identificar correctamente quien puede participar en el grupo de apoyo; se trata de identificar a las personas más relevantes, amigos y aliados que pueden contribuir a describir las capacidades y los deseos de la persona y planear juntos un futuro mejor. El grupo se forma de acuerdo con la persona interesada. Es fundamental tener en cuenta al construir el grupo de apoyo no solamente el aspecto afectivo, sino también los aliados que pueden facilitar que se consigan los objetivos, y metas. Es interesante que en el grupo de apoyo puedan tener presencia personas del área familiar, amistades, y profesionales. El proceso suele empezar con una reunión que implica a esas personas clave en la vida de la persona. Es el encuentro de constitución formal del grupo de apoyo y el modelo dice que es importante recogerla por escrito. Al grupo de apoyo hay que facilitarle información sobre el modelo de PCP y qué objetivos se persiguen. Uno de los primeros objetivos del grupo de apoyo será construir el perfil personal de la persona. Para ello, el modelo nos ofrece las herramientas maps o mapas. Un objetivo prioritario en la PCP incrementar el número de relaciones significativas que mantiene la persona, para ello podemos empezar con el mapa de relaciones. A través del mapa de relaciones iremos identificando a las personas que son significativas para el usuario y que pueden ampliar el círculo de relación y a quienes se pueda solicitar colaboración en actividades concretas de interés para el usuario.

El mapa biográfico es un buen recurso para estimular los recuerdos y motivar la participación en personas con déficits cognitivos. El mapa se realiza a través de imágenes o recuerdos que representan los hechos más relevantes de su vida. Serán las personas del grupo de apoyo que mejor le conozcan quienes le ayuden a recordar los acontecimientos más significativos de su historia. Otros mapas que pueden ser interesantes para desarrollar según el usuario son el mapa de preferencias o deseos donde se recogen las actividades que son importantes para la persona y le gustaría realizar independientemente de que las esté realizando en la actualidad, mapa de lugares, mapa de rutina diaria o mapa de vida este último describe como la persona quiere que se le presten apoyos a lo largo del día. Estas tareas nos ayudan a completar su perfil personal y definir capacidades de usuario y estrategias de mejora.

La herramienta PFP, planificación del futuro personal nos sirve para crear un futuro positivo como resumen de las experiencias que queremos potenciar, según las oportunidades y capacidades que acabamos de encontrar y los deseos de la persona. Para ello hay que realizar un detallado plan de acción. Se trata de desarrollar imágenes de futuro. Se puede hacer una lluvia de ideas entre los participantes y empezar a ver cómo se pueden llevar a cabo. No desdeñar pequeños objetivos porque pueden suponer cambios muy grandes. Centrarse en las pequeñas cosas aunque no quedarse sólo en ellas (un amigo con quien ver una película, una salida a la calle, alguien que me lea, adaptar el mando de TV para que pueda manipularlo, jugar una partida). hay que plantear qué pasos se pueden dar y cómo para alcanzar esa visión, es decir, diseñar estrategias al igual que identificar con qué personas y recursos contamos o podemos contar (volver al mapa de relaciones). Incluye planificar el día a día. Las personas del grupo de

apoyo deben comprometerse como van a participar y con que compromiso. (Mata y Carratalá, 2007). Establecer las prioridades: que metas son alcanzables a medio o corto plazo y dentro de todas cuáles vamos a priorizar. Otras herramientas útiles pueden ser: Planificación de Estilos de Vida (ELP) y Planificando Alternativas para Mañana con Esperanza (PATH) (Pallisera, 2011).

En la puesta en marcha de un proceso de PCP no podemos ser ingenuos, hay que valorar los obstáculos con que nos podemos encontrar y las oportunidades que podremos aprovechar. En la PCP es importante escribir lo decidido en las reuniones y el compromiso de las partes “quien se encarga de qué y en qué tiempo”. También es importante establecer reuniones de seguimiento con una periodicidad marcada, más continuas al principio y siempre que se estimen necesarias. Algunos puntos críticos de los que debemos ser consciente con el fin de evitarlos o minimizarlos:

-Que los objetivos del usuario se pierdan y se acaben reflejando más los de los familiares o los de los servicios.

-Que la implicación de cliente y familia o personas próximas en el proceso de sea insuficiente y no se sientan partícipes.

-Que se haga énfasis excesivo en las deficiencias personales y se preste escasa atención a las fortalezas y capacidades personales.

Se trata no tanto de plantear objetivos que puedan cumplirse desde los servicios, como de establecer los apoyos necesarios para que la persona pueda construir y conseguir sus proyectos de vida. Para ello, se intenta constituir una amplia red social de apoyo en los que la familia juega un papel preponderante (Mansell y Beadle-Brown, 2004).

Implica repensar y reformular el rol de los profesionales y reconocer que dejaremos de ser los “expertos” para convertirnos en participantes de un proceso de resolución de problemas. La interdependencia es importante: Las personas que usan la PCP suponen que la persona es la primera autoridad en su vida y que un diálogo con otras personas – familia, amigos, o los profesionales - puede ayudar en su proyecto de vida.

Discusión/Conclusiones

Actualmente, Cuando pensamos en personas con dependencia tendemos a pensar en términos de identificar y etiquetar problemas, y después en conectar a las personas a los servicios con los que contamos para ayudarles a resolver, manejar, o adaptarse a estos problemas. Como profesionales podemos sentirnos satisfechos por los objetivos logrados con este modelo Pero, esta forma de pensar casi siempre termina etiquetando y despersonalizando a la persona con dependencia.

Las expectativas de los usuarios respecto a la atención sanitaria han cambiado. En la continuidad de cuidados debe conseguirse la máxima participación del usuario y de su entorno. Las reformas que se plantean en la prestación de servicios tienen como objetivo situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que los servicios de atención sean más eficaces, eficientes y equitativos. Los servicios de salud que aplican este principio comienzan por establecer una relación estrecha y directa entre los individuos y las comunidades y sus dispensadores de atención (Organización Mundial de la Salud, 2008). La PCP forma parte de los modelos de atención centrados en la persona y ofrece un modelo y herramientas que han demostrado su eficacia en entornos de personas muy diferentes.

Los modelos de atención centrados en las personas no son una opción; los servicios de salud que trabajan creando vínculos entre las personas, las comunidades y los profesionales pueden atender mejor las necesidades de los pacientes. Estos modelos buscan que el paciente mantenga la máxima independencia y control de su vida cotidiana. Para ello, se tiene en cuenta, entre otros el respeto y apoyo a sus decisiones y la promoción de la independencia buscando crear entornos físicos y sociales facilitadores, (Martínez, 2011)

La PCP propone una forma de planificar la atención construyendo planes de vida. Sugiere la toma de decisiones compartida y la planificación colaborativa. Han elegido concentrarse en las fortalezas,

habilidades, y aspiraciones de la persona y no tomar decisiones enfocadas en los problemas de la persona. En otros modelos aunque figure el objetivo de la atención personalizada, el individuo tiene un papel de receptor siendo los profesionales quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

En el caso de personas con dependencia el sistema sanitario no puede sólo quedarse en ofrecer seguimiento y cuidados discontinuos, sino que requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, implicados en la atención a estos pacientes, garantizando la continuidad de los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno

Los procesos de PCP necesitan grupos de trabajo muy motivados, convencidos de que las cosas pueden hacerse de otra manera. Es una oportunidad como profesionales de transformar nuestras prácticas. (Torrent, Vega, Miller, Rua y Gil, 2010). Es una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Supone avanzar en una sociedad basada en relaciones de compromiso, de solidaridad, del cuidado mutuo, de construcción de ciudadanía (Gomà, 2008). Ver la ciudad como un espacio de acción social de inclusión y bienestar.

Debemos seguir avanzando en investigación y desarrollo del modelo. Disponer de un buen modelo de trabajo no garantiza el éxito. Nos plantea algunas dudas para la puesta en práctica que hay que resolver: - ¿Si nos centramos en las personas, no nos centramos en los servicios y en los protocolos?, - ¿Cómo asegurar la continuidad del proceso y del modelo en el tiempo?, -¿Cómo garantizar y movilizar eficazmente el espacio social, sanitario y comunitario?.

Referencias

- Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85.
- Boise, L., & White, D. (2004). The family's role in person-centered care: practice considerations. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(5), 12-20.
- Bradley, V. J. (2000). Changes in services and supports for people with developmental disabilities: New challenges to established practice. *Health and Social Work*, 25(3), 191.
- Clegg, J. (1999). Ethics and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(5), 537-541.
- Carrola, P., & Corbin-Burdick, M. (2015). Counseling Military Veterans: Advocating for Culturally Competent and Holistic Interventions. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), 1-14.
- Espín Andrade, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 493-402
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Farkas, J., Tomasa, L., Cohen, L., & UCEDD, J. S. Youth in Transition: The Impact of Person-Centered Planning for Young Adults, their Families and Support Coordinators.
- Gardner, R. M., Bird, F. L., Maguire, H., Carreiro, R., & Abenaim, N. (2003). Intensive positive behavior supports for adolescents with acquired brain injury: Long-term outcomes in community settings. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 18(1), 52-74.
- Gomà, R. (2008). La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía. *RES: Revista de Educación Social*, (7), 1.
- González, A. I. M., López, M. A., & de la Parte Herrero, J. M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación: una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35(210), 45-55.
- González, M. Q. (2004). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Rehabilitación*, 38(6), 348-354.
- Green, C. W., Middleton, S. G., & Reid, D. H. (2000). Embedded evaluation of preferences sampled from person-centered plans for people with profound multiple disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 639-642.
- Javier, F, Asencio, M., & Miguel, J. (2003). Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
- Kripke, C. C. (2014). Primary Care for Adolescents with Developmental Disabilities. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 41(3), 507-518.

López-Liria, R., Góngora, D. P., Matamoros, D. C., López, C. A., Fernández, P. G., Cortés, M. D. C. M., & Ortega, F. Z. (2010). Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. *Atención primaria*, 42(5), 278-283.

López-Liria, R., Ferre-Salmerón, R., Arrebola-López, C., Granados-Valverde, R., Gobernado-Cabero, M. A., & Padilla-Góngora, D. (2013). Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*, 56(601), 7.

Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2004). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(1), 1-9.

Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.

Mata, G., & Carratalá, A. (2007). Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual. Cuadernos de Buenas Prácticas de FEAPS.

O'Brien, C. L., & O'Brien, J. (2000). The origins of person-centered planning: A community of practice perspective.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.

Palsbo, S. E., Mastal, M. F., & O'Donnell, L. T. (2006). Disability care coordination organizations: Improving health and function in people with disabilities. *Professional Case Management*, 11(5), 255-264.

Palliser, M. (2011). La planificación centrada en la persona (PCP): una vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2011, vol. 56, núm. 3, p. 1-12.

Reid, D. H., Everson, J. M., & Green, C. W. (1999). A systematic evaluation of preferences identified through person-centered planning for people with profound multiple disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(4), 467.

Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.

Sanderson, H. (2000). Person-centred planning: Key features and approaches. York, Joseph Rowntree Foundation.

Santos, M. González, A. I. M., López, M. A., & de la Parte Herrero, J. M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación: una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35(210), 45-55.

Sevilla, J., Herrera, G., & Sebastián, B. (2005). Revisión de herramientas de Planificación Centrada en la Persona. Informe interno del proyecto acierta 2.

Torrent, E. L., Vega, C. F., Miller, F., Rúa, M. I. P., Gil, G. F., & coordinadores de los equipos comunitarios de los centros AUPA. (2010). Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Atención primaria*, 42(4), 218-225.

CAPÍTULO 11

Valoración del conocimiento enfermero en la contención mecánica en Geriatría

Judit Ferre Soria, M^a Soraya Estrada Sánchez, y Paula del Carmen Espinoza Serrano
D.U.E. Hospital Torrecárdenas (S.A.S.), España

Introducción

Según la definición de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* (2001), se considera restricción física, cuando se emplea cualquier método que restringe la libertad de movimiento de la persona, actividad física o el acceso normal a su cuerpo. No se va a tener en cuenta el uso de medidas de sujeción empleados de forma habitual en procesos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos que precisen de la inmovilización temporal para la realización de los mismos.

Dentro del concepto de contención mecánica se incluye el uso de chalecos, cinturones para cama o silla, sujeción de muñecas y tobillos, barandillas de cama...

Tomando como referencia a Ramos (1999), dentro de la definición de restricción de movimientos, no se incluirán los procedimientos diagnósticos ni terapéuticos, como la sujeción necesaria en una intervención quirúrgica, que se aplican de forma puntual y con una justificación que difiere de la empleada de manera habitual en el uso de estas medidas.

El uso de medidas de contención mecánica en España, es una práctica bastante habitual tanto en el contexto hospitalario, como en el de residencias geriátricas asistidas. En un estudio comparativo realizado en ocho países (España, Italia, Francia, Suiza, Dinamarca, Islandia, Japón y EEUU) referente al uso de estas medidas, se obtuvo como resultado una prevalencia que oscilaba entre el 2.2% de Dinamarca y el 39.6% correspondiente a España, que dista de su antecesora Italia en más de la mitad, situándose la prevalencia de ésta última en un 16.6% (Ljunggren, Phillips y Sgadari, 1997)

Sin embargo, en otro estudio realizado con posterioridad en 25 residencias públicas de la Comunidad de Madrid, sitúa la prevalencia, incluyendo el uso de barandillas, en un 20,8%. Esta cifra nada despreciable, podría interpretarse como una disminución durante la última década en el uso de la contención física en nuestro país. (Galán, 2008)

No existe unanimidad entre los profesionales sanitarios en cuanto al tipo de restricción más adecuada o el tiempo de uso de la misma, presentándose en muchos de ellos un dilema ético difícil de solventar.

Las razones por las cuales se deciden aplicar uno o varios mecanismos de contención mecánica en el anciano son muy variados. Alarcón (2001) describe algunas tan dispares como la creencia de una mayor seguridad ante un paciente frágil que presenta riesgo de caída/lesión o la administración de tratamientos y el uso sin interrupciones de instrumentos de monitorización.

En otros casos se justifica su uso como prevención de vagabundeo, agitación o en casos en los que el anciano presenta alteraciones de la conducta y alteraciones cognitivas.

No se ha encontrado ningún estudio en el que se le atribuya al uso de contención física/mecánica en el paciente geriátrico beneficio alguno, pero sin embargo, son muy numerosos los que señalan una gran cantidad de riesgos y efectos indeseados.

En la literatura se describen como complicaciones asociadas al uso de sujeciones físicas la asfixia, isquemias en miembros, lesiones neurológicas, magulladuras, laceraciones, etc. Señala como efectos adversos aumento de las úlceras por presión, mayor deterioro cognitivo, mayor frecuencia urinaria y fecal y el incremento de las tasas de mortalidad. (Suárez, Ortega, Rivera y Aja, 2012)

Otras consecuencias negativas son: estrés severo, inmovilidad, deterioro de las AVD, agitación, aumento de la pérdida de memoria o aumento de complicaciones no relacionadas con la enfermedad base.

En un estudio realizado por Quintero, Blanco y Zarrabeitia (2012), se señalan de forma más concreta, los riesgos derivados del uso de cinturones de contención, los mecanismos de producción de las lesiones, así como algunas indicaciones que ayudan a minimizar riesgos.

En la misma línea Fariña, Cáceres, Estévez y Serra (2009), estudiaron las circunstancias que rodearon la muerte de 3 ancianos que presentaban trastornos cognitivos y que estaban usando cinturón de seguridad en el momento en el que fallecieron. Concluyeron que tanto en estos casos como en otros similares, se presentaban unos patrones comunes, que combinados, aumentaban la probabilidad de que ocurriera un accidente.

Miles (2002) llevó a cabo un estudio en el que puso de manifiesto el riesgo que entraña el uso combinado de colchones de aire y barandillas. Investigó 35 muertes en cama, y observó que en 21 de ellas se había colocado un colchón de aire sobre uno normal.

En este sentido, Fariña (2012) describe los mecanismos por los que diversos dispositivos causan lesión. Además señala un aspecto interesante, como es la utilización de dispositivos no homologados o aquellos que han sido modificados para incrementar su eficacia de contención. Finalmente, expone una serie de recomendaciones para el uso más seguro en la aplicación de medidas de restricción física en personas mayores.(Fariña, 2011). De igual forma, otros estudios como el de Alarcón (2001) elaboran guías en el uso de restricción física en las que se tratan aspectos como el tiempo de duración, de revisión, la valoración de las necesidades básicas del paciente y de los posibles efectos negativos que ésta pueda estar ocasionando en el sujeto.

No podemos olvidarnos de mencionar la importancia que tiene valorar en cada caso las posibles alternativas a la restricción física. Se debe intentar controlar al paciente con otros medios menos restrictivos y relegar al último lugar la decisión de usar la contención mecánica.

Como alternativa a la restricción física, hay autores que ofrecen una serie de abordajes como son la contención verbal o contención psicológica, el control ambiental, la contención química o farmacológica y el control ambiental.(Fernández y Zabala, 2014).

Tras el análisis de la bibliografía mencionada y una reflexión de la situación actual del tema, el objetivo principal de este estudio se centra en valorar el conocimiento de las enfermeras y auxiliares de enfermería de una residencia asistida, en el uso de medidas de restricción física.

Esperamos que los resultados obtenidos ayuden a mejorar, de forma global, la atención del anciano institucionalizado, ya que este numeroso grupo es susceptible del empleo de medidas de contención sobre ellos y tanto la cantidad como la calidad de muchos de los estudios publicados aún es escasa o no profundizan lo suficiente en aspectos tan relevantes como el nivel de actualización de conocimientos que tienen los profesionales implicados.

Método

Participantes

Para la realización del presente estudio descriptivo transversal, se ha tomado como muestra a los trabajadores sanitarios de una residencia asistida Andaluza.

Han sido incluidas todas las Enfermeras y Aux. de Enfermería que desempeñan su labor profesional en esta residencia de carácter privado, situada en la provincia de Almería, y que cuentan con al menos un año de experiencia y además llevan más de 6 meses desempeñando su labor asistencial en esta empresa en concreto.

La muestra consta de 45 profesionales; de los cuales 5 son enfermeras y 40 son Aux. de Enfermería.

No se ha seguido ninguna otra estrategia de selección.

Instrumentos

Para la valoración de los conocimientos de los profesionales, se ha empleado un cuestionario elaborado por el propio equipo investigador (ANEXO I).

Consta de un total de 18 preguntas cerradas que deben responderse seleccionando una de las tres opciones disponibles: *SI, NO ó NO LO SÉ*

Los 18 ítems se agrupan en 3 variables:

- Conocimientos referidos a las indicaciones de colocación de medidas de contención mecánica (6 preguntas).
- Conocimientos referidos a la seguridad en el uso de medidas de contención mecánica (6 preguntas).
- Conocimientos referidos a las técnicas en colocación de medidas de contención mecánica (6 preguntas).

No se atribuye ningún valor específico a cada respuesta.

Procedimiento

Previamente al inicio del estudio, se explica a los participantes cual es la finalidad del mismo, y por tanto, la conveniencia de contestar a las preguntas con la mayor sinceridad posible, garantizándose el anonimato durante todo el proceso.

El documento ha sido entregado a los participantes en formato papel y cumplimentado de forma individual en presencia de al menos un miembro del equipo investigador.

Con el fin de adaptarnos a los horarios laborales y de descanso del personal, los actos se llevaron a cabo en diferentes jornadas en una sala del centro habilitada para tal uso.

Los participantes respondieron en un tiempo medio aproximado de 20 minutos, precisando en varias ocasiones la aclaración o puntualización de algunos términos.

Análisis de datos

La recogida de datos se ha llevado a cabo utilizando como soporte, el programa informático Excel de Windows XP.

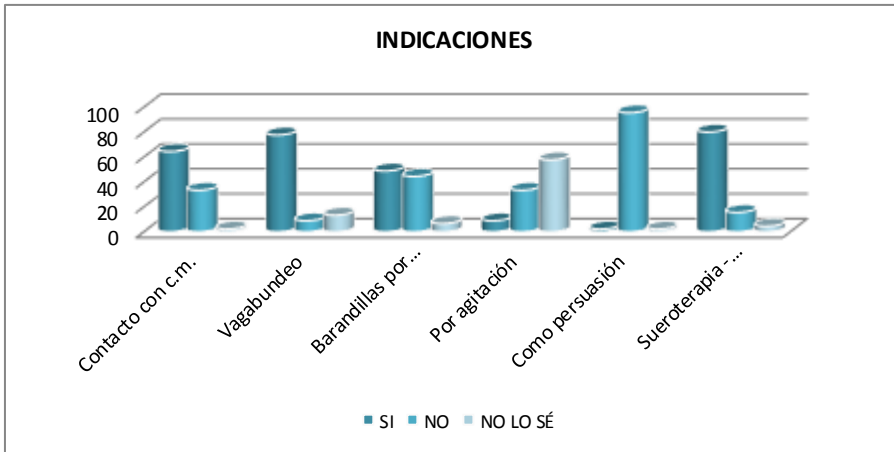
Para la representación de los resultados hemos empleado el diagrama de barras.

No se ha precisado de ningún programa estadístico específico, puesto que el análisis de los datos no lo ha requerido.

Resultados

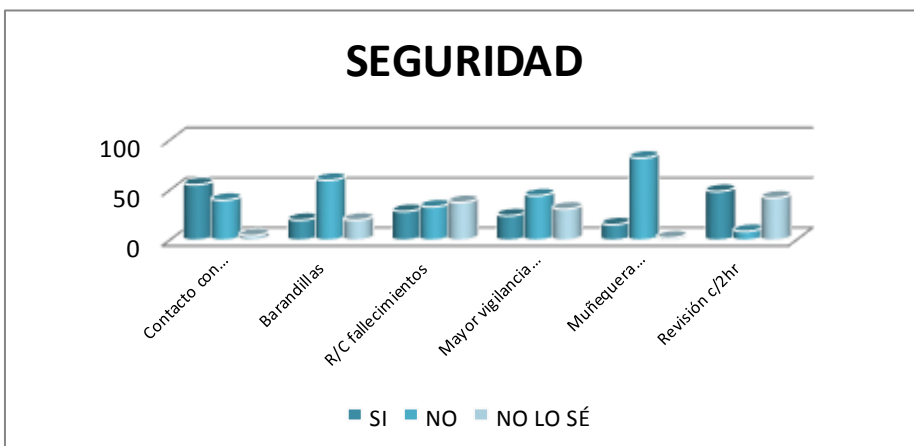
En cuanto a los conocimientos sobre las indicaciones de colocación de medidas de c.m. (GRÁFICO 1) un 64.4% manifestó haber tenido que usar en alguna ocasión medidas de c.m. La mayoría (77.7%) consideran al anciano que presenta conductas de vagabundeo como candidato a la colocación de cinturón de seguridad en cama, al igual que ocurre con aquel que se encuentra en una situación en la que se precisa su total colaboración (80%). Pero sin embargo, no están de acuerdo en que sistemas de contención mecánica sean empleadas como medida ante el incumplimiento de normas (95.5 %). El uso de barandillas en cama, es un aspecto en el que no existe homogeneidad, de modo que un 48.8% las considera como una medida de seguridad durante las horas de sueño, y un 44.4% no. Pensar en el empleo de la c.m como la primera acción ante un anciano agitado, es lo que harían un 8.8%, aunque son más de la mitad, un 57.7%, los que manifestaron no saber si considerarlo o no, como primera opción.

Gráfico 1. Conocimientos del personal referentes a las indicaciones en la colocación de medidas de contención mecánica



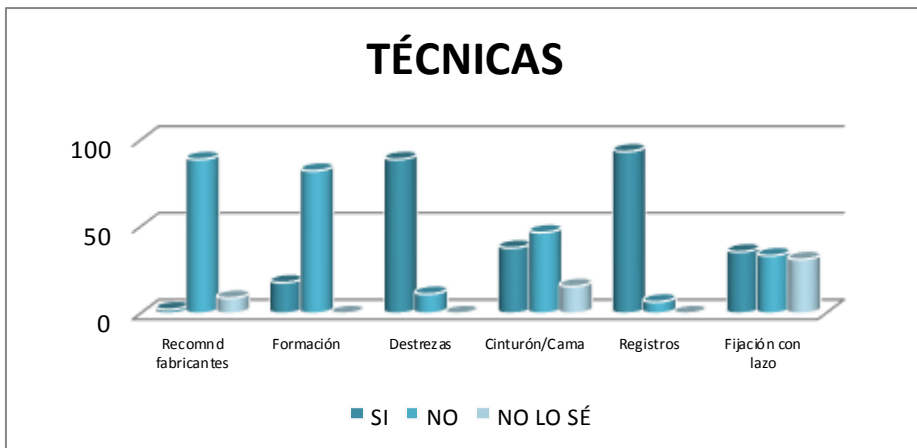
Respecto a los resultados obtenidos en la seguridad de estos dispositivos (GRÁFICO 2), cabe resaltar que el 55.5% había observado en alguna ocasión lesión o daño físico derivado de su uso, a pesar de lo cual, el 33.3% no consideraban que pudiesen estar relacionados con el fallecimiento de pacientes. El 60% manifestó no tener ninguna precaución cuando colocan barandillas en cama. En cuanto al uso de muñequeras, la gran mayoría (82,2%) no permitirían cierta movilidad en la extremidad que precisara contención. En lo referente a la vigilancia de un anciano agitado al que se le ha colocado un cinturón de sujeción de aquel al que no se le ha colocado, un 24.4% lo consideraban más seguro y por tanto precisaban de menos vigilancia. Un 48.8% creía suficiente el control cada 2 hr cuando se una el cinturón durante las horas de sueño.

Gráfico 2. Conocimientos del personal referentes a la seguridad en el uso de medidas de contención mecánica



En lo referente a las técnicas necesarias para la correcta colocación de dispositivos de contención mecánica (GRÁFICO 3) un destacable 88.8% admitieron no estar al corriente de las recomendaciones realizadas por los fabricantes de los dispositivos que se usaban en su centro. Sólo 8 de los participantes, es decir, un 17.7% manifestaron haber recibido formación teórica y/o práctica referente a técnicas de restricción, a pesar de lo cual, la mayor parte de ellos, el 88.8% refirieron disponer de las destrezas suficientes para colocar los dispositivos presentes en su centro de trabajo. De igual forma, la inmensa mayoría (93.3%), estaban familiarizados con el cumplimiento de los registros de contención. En cuanto al uso de dispositivos específicos, un 37.7% colocarían un cinturón de sujeción en una cama, independientemente del colchón del que disponga. Los datos obtenidos en lo referente a la fijación con lazo de dispositivos que hay que atar a otra estructura, han sido muy dispares, situándose en un 33.3% los que no lo consideran correcto, 35.5% los que sí y por último un 31.1% marcó la casilla de *no lo sé*.

Gráfico 3. Conocimientos del personal referentes a técnicas en la colocación de dispositivos de contención mecánica



Discusión

Los datos obtenidos en este estudio corresponden a una pequeña cantidad de trabajadores que desempeñan su labor en un centro asistencial en concreto. Aunque los datos presentados no sean significativos, sí que reflejan de manera útil cuales son los conocimientos de los profesionales en el uso de medidas de restricción física en la población anciana.

En nuestro estudio, una de las cuestiones planteadas se refiere a la utilización en algún momento de medidas de contención, a lo cual el 64.4% de los entrevistados, admitieron haberlas empleado en algún momento. Esta cifra no corresponde con la obtenida en el estudio de Ljunggren, Phillips y Sgadari (1997), el cual, sitúa la prevalencia en el uso de medidas de contención mecánica en el 39.6%. De igual forma ocurre con el estudio de Galán (2008), que sitúa la prevalencia en una cifra cercana al 21%.

Otro aspecto a destacar, es el referido a las razones por las que se aplican medidas de c.m. En este sentido, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Alarcón (2001). En ambos casos la administración de tratamientos/monitorización y la prevención del vagabundeo se perfilan como las principales razones. Si es cierto que nuestro estudio, el empleo de barandillas como sistema para dar una mayor seguridad, es una cuestión en la que los profesionales no reflejan consenso.

A pesar del gran número de complicaciones asociadas al uso de sujeción que describe la literatura consultada (Suárez, Ortega, Rivera y Aja, 2012; Quintero, Blanco y Zarrabeitia, 2012), solo la mitad de

los entrevistados admitían haber observado lesión derivada y menos del 30% consideraban que el uso de medidas de sujeción podía estar relacionado con el fallecimiento de pacientes. Cabe esperar que la combinación de varios sistemas de sujeción, aumente la percepción del riesgo de los profesionales, a pesar de estudios como el de Miles (2002), que así lo demuestran.

Otro punto a destacar, es el análisis de las medidas de prevención en cuanto a la aparición de lesiones. La descripción de los mecanismos por los que un dispositivo puede causar lesión, así como guías para el empleo de restricción física, son aspectos ampliamente desarrollados por numerosos autores (Fariña, 2002; Alarcón, 2001) y a pesar de ello, los datos obtenidos en nuestro estudio no son nada alentadores, ya que un 42.2% manifestaba no creer necesario aumentar la vigilancia de un paciente sometido a contención, o no saber si es necesario revisar una sujeción cada 2hr, circunstancias que ponen en serio peligro la seguridad del paciente.

Referencias

- Alarcón, T. A. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI¿ Necesidad o falta de formación?. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 46-50.
- Cabello, C. M. G., Trinidad, D. T., Cordero, P. R., Fernández, J. P. G., Ruiz, J. G. A., Pecharroman, A. O. y Ovejero, H. H. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(4), 208-213.
- Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 46(1), 36-42.
- Fariña-López, E., Cáceres, A. J. C., Estévez-Guerra, G. J. y i Serra, M. B. (2009). Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(5), 262-265.
- Fernández Rodríguez, Á. y Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63-67.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.(2001). Restraint and seclusion standards for behavioral health. *OakbrookTerrace, IL: Author*.
- Ljunggren, G., Phillips, C. D.ySgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and ageing*, 26(suppl 2), 43-47.
- Miles, S. H. (2002). Deaths between bedrails and air pressure mattresses. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1124-1125
- Quintero-Uribe, L. C., Blanco-Arriola, L. y Zarrabeitia, M. T. (2012). Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(1), 28-31.
- Ramos Brieva, J. A. (1999). Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. *Masson*.
- Suárez, A. A., Ortega, M. C. A., Rivera, E. F. y Aja, B. G. (2012). Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos*, 31.

ANEXO I. CUESTIONARIO

Indicaciones de la colocación de medidas de contención mecánica

1. ¿Ha tenido que usar en alguna ocasión medidas de contención mecánica?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

2. ¿Considera que un residente que presenta conductas de vagabundeo durante la noche es candidato a la colocación de un cinturón de seguridad en cama?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

3. ¿Considera el uso de barandillas en cama como una medida de seguridad durante las horas de sueño?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

4. ¿Cree que ante un anciano agitado la primera medida en la que debemos pensar es en la contención física/mecánica?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

5. ¿La contención mecánica o la insinuación de la misma, son una buena medida para aquellos residentes que no cumplen reiteradamente las normas del centro?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

6. Ante un residente que se encuentra en una situación en la que precisa sueroterapia o monitorización continua y no se dispone de su total colaboración... ¿consideraría necesario colocar algún dispositivo de contención, hasta la finalización de dicho procedimiento ?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> LO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

Medidas de seguridad en el uso de un dispositivo de contención mecánica

7. ¿Ha observado en alguna ocasión, algún tipo de lesión/daño físico derivado del uso de un dispositivo de c.m.?

8. SI NO LO SÉ

SI NO LO SÉ

9. ¿Considera que el uso de mecanismos de sujeción puede estar relacionado con el fallecimiento de pacientes?

SI NO LO SÉ

10. ¿Cree que un paciente agitado al que se le ha colocado un cinturón de sujeción en cama, está seguro, y por tanto precisa menos vigilancia que si no usase contención?

SI NO LO SÉ

11. ¿Le parece apropiado al colocar una muñequera, permitir cierta movilidad de la extremidad?

SI NO LO SÉ

12. Ante un anciano al que se indica c.m. mediante el uso de cinturón durante las horas de sueño...¿considera suficiente su vigilancia cada 2hr?

SI NO LO SÉ

Técnicas en colocación de medidas de contención mecánica

13. ¿Está al corriente de cuáles son las recomendaciones que realizan los fabricantes de los dispositivos de c.m. que se encuentran disponibles en su centro?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

14. ¿Ha recibido algún tipo de formación teórica y/o práctica en cuanto a técnicas de restricción física/mecánica?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

15. ¿Diría que posee la destreza suficiente para colocar, de forma teórica, cualquier dispositivo de los que dispone en su centro de trabajo?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

16. ¿Considera que un cinturón de sujeción puede colocarse en una cama, independientemente del colchón del que disponga?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

17. ¿Está familiarizado con el protocolo de cumplimentación de la documentación relativa a los registros de contención?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

18. ¿Cree que es correcto fijar con un lazo aquellos dispositivos que hay que atar a otra estructura, por ejemplo, a una barandilla o silla?

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NO SÉ |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

CAPÍTULO 12

Calidad de vida del paciente con cáncer y sus familiares

Manuel Sánchez García Carlos*, Ana Rosa García López*, María Campos Lucas**, Elena Falagán Sama*, Lucía Gallego Martínez*, Juan Eduardo Andrades Martínez*, Elena García Martínez*, María Moreno Martínez*, y Sánchez Pérez Juan Diego*
**Grado en enfermería (España), **Diplomada en enfermería (España)*

Introducción

Cuando un miembro de la familia ha sido diagnosticado con cáncer, esto tiene un gran impacto no solo en esa persona, sino también en el resto de la familia. Frente a la situación que amenaza la vida de su ser querido, confrontación de experiencias de miembros de la familia, sufrimiento psicológico y un sentido de vulnerabilidad, los estudios de investigación muestran que los familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional y que deben considerarse clientes y no meros instrumentos del paciente.

Los cuidadores familiares de las personas con grave y potencialmente enfermedad mortal son fundamentales, la familia proporciona la mayor parte de los cuidados del enfermo ya que es evidente la reducción en otras responsabilidades familiares. Estos ofrecen un extraordinario cuidado no compensado que es física, emocional, social y económicamente exigente y en ocasiones conlleva en el abandono de sus propias necesidades (Bahrami y Farzi, 2014).

Durante el curso de los tratamientos médicos, la familia y los cuidadores proporcionan apoyo físico, emocional y el cuidado de sus seres queridos, como los que se enfrentan a las devastadoras pérdidas que influyen negativamente en la calidad de la vida de los pacientes y familiares. Los cuidadores deben ser reconocidos como beneficiarios de los cuidados por derecho propio.

Los cuidadores familiares tienen el derecho a su propio sustento y una evaluación de sus propias necesidades. Las experiencias de los miembros de la familia deben ser evaluadas como propias y no como un accesorio a la experiencia del paciente. Tener una visión holística y comprensión del cuidador da unos resultados que permite, que los recursos se limiten a ser objeto apropiado y hacen que las intervenciones sean necesarias para la mejora. Además, de una variedad de programas y servicios estos son necesarios para ofrecer ayuda y apoyo a los cuidadores familiares que son la base de nuestro sistema de salud (Bahrami y Farzi, 2014).

Los miembros de la familia del paciente con cáncer padecen múltiples necesidades, muchas de las cuales no se cumplen debidamente. Las necesidades no tratadas de la familia o el cuidador también se han relacionado con los pacientes y sus propias necesidades emocionales no satisfechas, repercutiendo en su funcionamiento y con una peor calidad en la atención prestada por la familia, repercutiendo negativamente en el paciente. Dado el papel que los miembros de la familia se espera que desempeñen en la atención de apoyo de los pacientes, la atención de la salud debe incluir tanto al paciente como la familia, por otra parte se argumenta que las intervenciones de apoyo a la familia para ser eficaces, deben basarse en las necesidades de evaluaciones para guiar la planificación del cuidado, tal y como refrendan los estudios analizados (Sjolander, Hedberg y Ahlstrom, 2011).

Los profesionales sanitarios al encontrarse con los familiares de personas con cáncer que tienen un mal pronóstico necesitan conocimientos sobre cómo los miembros de la familia pueden gestionar la situación a la cual deben enfrentarse. En la prestación de servicios de atención de cáncer de alta calidad debe incluir apoyo estratégico no solo enfocado al paciente sino también que tenga en cuenta las necesidades de los miembros familiares, mayor conocimiento acerca de las necesidades familiares

para poder actuar poco después del diagnóstico significa una mayor oportunidad para proporcionar el mejor soporte posible para la familia.

No hay que olvidar la importancia de enfocar los desafíos a los cuales se enfrentan los miembros de la familia cuando uno en la familia ha sido diagnosticado de cáncer en estado avanzado. Miembros de la familia viven en un estado de inseguridad, no sabe cómo, para cuándo, de hecho la aterradora posibilidad de la pérdida del ser querido se convertirá en realidad. No pueden escapar a la sensación de que esta ocasión viene más cerca con cada día que pasa. En el fondo de sus mentes, ellos se preparan para una aterradora vida solitaria sin su ser querido, sabiendo que van a ser dejados solos en el dolor, pero sin la más mínima idea de cuándo. Los pensamientos acerca de la pérdida inminente revelan que los miembros de la familia experimentan la situación como emocionalmente muy estresante y lo reflejan con el distanciamiento. La mayoría de la veces los miembros de la familia no comprenden cabalmente que el cáncer es una enfermedad grave e incurable que está llevando a la muerte del paciente. Sin embargo, debido a que se desconoce la fecha de la muerte, ocultar esta información en lo profundo de sus corazones, les permite vivir como si la muerte se encontrase lejos, en el futuro. Esto hace posible, a pesar de la percepción, que su actitud ante el paciente sea como una persona viva en lugar de una agonizante (Benkel, 2010; Winterling, Wasteson, Glimelius, Sjöden, y Nordin, 2004).

Ante estas circunstancias enfermería tiene la oportunidad de realizar una actuación dirigida hacia la familia que como sugieren los estudios es demandadora de cuidados, teniendo una visión holística del paciente ya que al trabajar con la familia se trabaja también con el paciente al ser éste parte inseparable de esta.

Los familiares al no aceptar la enfermedad y mantenerse como si nada hubiese pasado, no se sienten responsables del papel que tienen en este aspecto, evitando enfrentarse a la situación tanto en el diagnóstico como en el transcurso de la enfermedad, para los familiares es una situación útil porque así mantienen la enfermedad a distancia o como si no existiese. Teniendo aquí un papel de actuación importante enfermería para poder actuar prestando los cuidados demandados por la familia.

Las estrategias de afrontamiento de cada familiar son individuales y dependen de la capacidad de los seres queridos para hacer frente al encuentro de una persona que pronto morirá y de que están muy cerca. Puede ser difícil para los familiares el gestionar este tipo de situaciones y pueden necesitar apoyo o ayuda de alguien de fuera de la familia. La ayuda externa es siempre necesaria, es importante que los que dan apoyo, por ejemplo, el personal de atención de salud (la enfermera, suele ser el personal de salud que más tiempo pasa con el enfermo), comprendan que está directamente relacionada con las estrategias de afrontamiento y que no es el resultado de la negación (Palos, Mendoza, Liao, Anderson, Garcia-Gonzalez, Hahn y Cleeland, 2011).

Porque los seres humanos somos criaturas sociales, experimentamos los eventos de nuestras vidas dentro de una red de relaciones. La investigación llevada a cabo por una amplia gama de disciplinas sobre una variedad de desafíos de la vida, siempre encuentra que las personas se desenvuelven mejor cuando ellos reportan tener una fuerte red de apoyo.

La familia es un contexto interpersonal, con la mayoría de los efectos inmediatos en el manejo de la enfermedad y con la mayor implicación para la intervención. Además, en la familia es donde se produce el mayor manejo de la enfermedad. De hecho, los pacientes con cáncer y sus familias descubrirán que el cáncer es una enfermedad de la familia y no únicamente del enfermo. Cualquier diagnóstico de salud grave, especialmente en relación con un cáncer, produce impactos en la red de toda la familia en una miríada de formas. Así los miembros de la familia juegan un papel importante en el aspecto psicológico y dentro de los roles biomédicos en el tratamiento del cáncer del paciente y la salud posterior refrendada con los resultados. En concreto, las familias sirven como un constante sistema de apoyo al paciente de cáncer y se observa a la vez la participación que tiene activamente en el cuidado del paciente. Los cuidadores y familiares se definen como familiares individuales no pagados y son los encargados de

prestar el cuidado físico y psicológico del paciente, para poder afrontar el proceso de la enfermedad. (Bevan y Pecchioni, 2008).

Los cuidadores familiares proporcionan un apoyo más práctico día a día, mas atención que los otros individuos y sus necesidades, no solo de acceso a la información, sino también la capacidad de procesar y actuar en esa información con el fin de proporcionar la mejor atención de calidad.

Los cuidadores familiares cumplir con una amplia gama de funciones de el intercambio de información entre todas las partes, la interpretación de el lenguaje, ofreciendo puntos de vista, explicaciones, e interpretaciones de los diagnósticos médicos, que colaboran para ofrecer cuidado personal para el paciente y el aprendizaje de procedimientos técnicos; participar en los regímenes terapéuticos y alentar a los pacientes para cumplir con sus tratamientos médicos. A pesar de esto, los cuidadores familiares a menudo luchan por el respeto de proveedores de salud y de ser tratado como parte inseparable del paciente (Bevan y Pecchioni, 2008).

Se sugiere que la ayuda hacia los cónyuges vaya dirigida a que adquieran habilidades para afrontar el impacto del cáncer de sus esposas en su vida diaria, incluyendo el estrés al que están sometidos. Sin embargo la mayoría de programas de gestión se centran en la mejora de habilidades de las pacientes. Pero un manejo en la conducta de los cónyuges muestra una mejora significativa en el estado de ánimo del cónyuge deprimido, ansiedad, habilidades y en el autocuidado. Teniendo como punto de partida los temores de acerca del bienestar de sus esposas, vulnerabilidad y la incertidumbre de los cónyuges (Lewis, Fletcher, Cochrane y Fann, 2008).

La importancia que tiene la familia ante la enfermedad es crucial para el paciente, ya que sus problemas e insatisfacciones repercuten negativamente en el paciente de ahí la importancia de que los sistemas de apoyo vayan dirigidos también a la familia repercutiendo estos positivamente también en el paciente. Tanto en su insatisfacción que repercute negativamente en el paciente como en los sistemas de cuidados dirigidos a los familiares. La preocupación por el paciente y su familia, como unidad de cuidado, es un elemento esencial en el manejo de las personas que padecen cáncer avanzado. La palabra familia se entiende en su sentido más amplio y abarca parientes cercanos (a menudo cónyuge, hijos o hermanos) que son afines para el paciente. Las familias deben tener todas las opciones posibles para cumplir con sus elecciones y necesidades individuales. No todo el mundo tendrá tiempo para embarcarse en discusiones familiares largas, pero todo el mundo puede reconocer a la familia o cuidadores, por su nombre y aceptar como una parte integral del equipo que atiende al paciente. Esto incluye el reconocimiento de las preocupaciones de la familia y encontrar mecanismo para que éstos sean escuchados y discutidos, más si la atención se da en el hospital (Higginson y Costantini, 2008).

La evidencia que apoya este planteamiento constata insatisfacción y problemas cuando la participación familiar no ocurre, habiendo pruebas de estudios comparativos y descriptivos en Europa y Estados Unidos de existir una mayor satisfacción cuando los sistemas de salud proporcionan apoyo a la familia (Higginson y Costantini, 2008).

También resaltar la importancia que para Enfermería tiene el aceptar la muerte del paciente ya que contradice el objetivo esencial de los profesionales sanitarios, que en la mayoría de los casos es conservar la vida y la salud.

Hay que resaltar la importancia de la actuación de Enfermería dirigida tanto al paciente como a la familia, expresiones de simpatía y afecto en la relación con los demás traen la certeza de que somos una parte importante de un todo, lo que trae comodidad y sensación de plenitud y paz interior. Haciendo uso de la comunicación verbal para enviar y recibir mensajes, la comunicación, la conversación se definen como imprescindibles.

Es necesario discernimiento y prudencia por parte del personal enfermero al usar estas habilidades para comunicarse con el paciente fuera de las posibilidades terapéuticas. El optimismo acerca de la relación no debe dar la impresión de que la comunicación no es realista, o que los

sentimientos negativos y las necesidades emocionales del paciente no son conocidos por el profesional. Algunos autores argumentan que mantener la esperanza y el optimismo sin mentir, o pretendiendo ignorar las verdaderas preocupaciones y los riesgos del paciente sin la posibilidad de curación y de sus familiares es probablemente uno de los aspectos más difíciles del trabajo de aquellos que cuidan de estos pacientes (AraújoI y SilvaII, 2007).

La transformación de los roles se centra en los cambios de éstos que presentan los familiares y el paciente, de manera que los marcos de la mente cambian radicalmente centrándose ahora en una situación de vida por parte de ambos que pasa a ser vista desde un punto de vista de tiempo definido. Los familiares experimentan un cambio en el papel de la familia después del diagnóstico del cáncer, con la aparición de la enfermedad se describe por varios autores como un acontecimiento traumático e inesperado. El cáncer produce un nuevo significado en los roles de la familia existentes antes de la enfermedad, lo que significa que la redefinición de los roles es necesaria. Los familiares se caracterizan principalmente por su nuevo y diferente rol como cuidadores, este papel se ha caracterizado por las diferentes situaciones ya que los familiares cuestionan su propia capacidad de cuidar en un grado suficiente (Melin-Johansson, 2007; Esbensen y Thomé, 2010).

Cuando el cáncer afecta a la madre y repercute negativamente en el padre que siempre había sido fuerte y saludable, la situación contrasta con la forma de vida que solía llevar la familia. A veces la enfermedad hace que los familiares se sientan afectados por el dolor no viendo a la persona enferma como tal, estas situaciones se caracterizan por la vulnerabilidad de sus propios sentimientos y reacciones emocionales. Disfrazar la propia ansiedad y la tristeza es una forma de evitar ser una carga para la persona enferma, por lo tanto se deja de lado las propias necesidades de la familia.

La importancia de dar apoyo por parte del personal sanitario es de sobra conocida, ya que al no hablar de la enfermedad se crea un sentimiento de soledad en la familia, teniendo un precio significativo, porque no están listos para tomar parte en la lucha contra la enfermedad, por tanto habían experimentado un dolor doble, sobre todo en vivir con el paciente con cáncer y en segundo lugar en no brindar el apoyo necesario a la persona enferma. En consecuencia los familiares debían reflexionar sobre su propia función y necesidad de apoyo. Cuando los familiares que suelen ser los más fuertes dentro de la familia, experimentan sentimientos de insuficiencia y deficiencia del problema que les rodea, ahora son ellos los que necesitan apoyo y ayuda. Lo que les hace estar involucrados en el contacto con el sistema de salud y que ellos mismos experimenten como importantes vínculos entre el paciente y los profesionales del hospital, siendo el grado y la autenticidad de la información ofrecida por los profesionales un estímulo para incrementar la sensación de control por parte del familiar repercutiendo en la confianza que depende en gran medida de todo el personal asistencial (Melin-Johansson, 2007; Esbensen y Thomé, 2010).

Las necesidades de los cónyuges quedan de manifiesto en las preocupaciones y demandas que ellos mismos reconocen tener, están preocupados por sí mismos, incluyendo su propia mortalidad, la necesidad de reordenar sus prioridades de vida, y las múltiples incertidumbres que se enfrentan debido a que sus esposas padecen cáncer. No están preparados para lo que se enfrentan, preguntando si su vida volverá a ser como antes, y encontrándose muchas veces meditando en el modo de cómo hacer frente a esta nueva situación. La respuesta al tratamiento médico por parte de sus esposas también es una preocupación continua en el cónyuge, buscando más datos sobre los tratamientos y preocupándose intensamente acerca de la diseminación del cáncer. Así como haciéndose preguntas por los cambios en su relación sexual con sus esposas.

Los cónyuges estaban preocupados por su papel en ayudar a su esposa con su cáncer y tratamiento, luchando con lo que podían hacer para ayudarlas y preocupados por proteger a su mujer contra el estrés. Otros presentaban menos confianza en su capacidad para manejar las situaciones derivadas del cáncer de su mujer, llegando a evitar cualquier comunicación sobre el cáncer con su esposa, la evidencia actual es que los cónyuges es menos probable que hablen abiertamente con su esposa sobre el cáncer de mama y

tengan cada vez menos confianza en la gestión del impacto del cáncer en el tiempo (Fletcher, Lewis, y Haberman, 2010).

Objetivos

Objetivo general:

-Identificar las demandas del familiar del paciente de cáncer relacionadas con esta enfermedad.

Objetivos específicos:

- Revelar el papel de enfermería ante el familiar.
- Indagar si las acciones dirigidas al familiar repercuten en el paciente.
- Describir las necesidades de cuidados de enfermería del familiar.
- Analizar los beneficios identificados entre el familiar y la paciente.

Metodología

Para la revisión literaria del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos y buscadores como son: MEDLINE, CUIDEN, ELSEVIER, PUBMED, INDEX Y NURSING CONSULT. Los descriptores utilizados fueron: “cáncer”, “familia”, “enfermería”, “cuidador” y “calidad de vida” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

La mayor parte de artículos referenciados en este trabajo están incluidos en el primer tercio del Journal Citation Reports. El tipo de fuentes seleccionadas fueron manuales, libros, revistas especializadas y artículos publicados en revistas de enfermería con un alto factor de impacto.

Resultados/Estado de la cuestión

Los estudios referenciados y consultados ponen de manifiesto la relación entre la familia y el paciente con cáncer, los familiares son fundamentales, la familia proporciona la mayor parte de los cuidados del enfermo, por consecuencia la atención de la salud debe incluir tanto al paciente como la familia siendo esta última una parte indivisible del paciente. Además, en la familia es donde se produce el mayor manejo de la enfermedad. De hecho, los pacientes con cáncer y sus familias descubrirán que el cáncer es una enfermedad de la familia y no únicamente del enfermo (Bahrami y Farzi, 2014; Sjolander, Hedberg y Ahlstrom, 2011; Bevan y Pecchioni, 2008).

Se sugiere que la ayuda hacia los familiares vaya dirigida a que adquieran habilidades para afrontar el impacto del cáncer en su vida diaria, incluyendo el estrés al que están sometidos. Los familiares experimentan un cambio en el papel de la familia después del diagnóstico del cáncer, con la aparición de la enfermedad se describe por varios autores como un acontecimiento traumático e inesperado. El cáncer produce un nuevo significado en los roles de la familia existentes antes de la enfermedad, lo que significa que la redefinición de los roles es necesaria Sin embargo la mayoría de programas de gestión se centran en la mejora de habilidades de las pacientes pasando por alto a la familia. (Lewis, Fletcher, Cochrane y Fann, 2008; Melin-Johansson, 2007; Esbensen y Thomé, 2010; Fletcher, Lewis, y Haberman, 2010).

La evidencia que apoya este planteamiento constata insatisfacción y problemas cuando la participación familiar no ocurre, habiendo pruebas de existir una mayor satisfacción cuando los sistemas de salud proporcionan apoyo a la familia. Es indispensable la importancia que los profesionales sanitarios presten cuidados de apoyo e información a la familia como parte integral de la paciente. Identificando los beneficios mutuos que se consiguen al trabajar con el familiar, puesto que repercuten directamente en la paciente de forma positiva consiguiendo así mejorar la calidad de vida de ambos (Higginson y Costantini, 2008; Benkel, 2010; Melin-Johansson, 2007; Esbensen y

Thomé, 2010; Winterling, Wasteson, Glimelius, Sjöden, y Nordin, 2004; AraújoI y SilvaII, 2007; Palos, Mendoza, Liao, Anderson, Garcia-Gonzalez, Hahn y Cleeland, 2011).

Discusión/Conclusiones

Se tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Hemos podido observar que en nuestro estudio se ha identificado la conexión interdependiente que existe entre la familia y el paciente con cáncer, siendo de vital importancia la aceptación de la enfermedad por parte de la familia, puesto que la no aceptación de la enfermedad por parte de la familia repercute negativamente y directamente en el paciente. De ahí la importancia de tratar al paciente holísticamente y dirigir las acciones hacia la familia del paciente repercutiendo positivamente en este (Palos, 2011; Bevan y Pecchioni, 2008).

Algunos autores como resaltan que la importancia que tiene la familia ante la enfermedad es crucial para el paciente, ya que sus problemas e insatisfacciones repercuten negativamente en el paciente, de ahí la importancia de que los sistemas de apoyo no vayan dirigidos solo al paciente sino que también vayan dirigidos a la familia porque así conseguiremos que repercutan positivamente en el paciente. Tanto en su insatisfacción que influye negativamente en el paciente y los sistemas de cuidados dirigidos a los familiares. Coincidimos con estos autores, debido a que en los estudios queda definida esta postura, la paciente al no enfrentarse a la enfermedad debido a la no aceptación de la enfermedad por parte del familiar, por lo cual las acciones se dirigen al familiar repercutiendo el resultado directamente en el paciente. La familia debe de reconocerse como parte integral del paciente, esto incluye el reconocimiento de las preocupaciones de la familia y encontrar mecanismos para que éstos sean escuchados y discutidos, más si la atención se da en el hospital (Lewis 2008; Higginson y Costantini, 2008).

Los familiares al no aceptar la enfermedad y mantenerse como si nada hubiese pasado, no se sienten responsables del papel que tiene en este aspecto, evitando enfrentarse a la situación tanto en el diagnóstico como en el transcurso de la enfermedad, para los familiares es una situación útil porque así mantienen la enfermedad a distancia o como si no existiese. Teniendo aquí un papel de actuación importante enfermería, para poder actuar prestando los cuidados demandados por la familia y como ponen de manifiesto los estudios repercute directamente en el paciente (Melin-Johansson, 2007; Esbensen y Thomé, 2010).

Los estudios sugieren que la ayuda hacia los cónyuges vaya dirigida a que adquieran habilidades para afrontar el impacto del cáncer de su familiar en su vida diaria, incluyendo el estrés al que están sometidos. Sin embargo, la mayoría de programas de gestión se centran en la mejora de habilidades de las pacientes siendo esta una asignatura pendiente de cambio. Pero un manejo en la conducta de los familiares muestra una mejora significativa en el estado de ánimo, ansiedad, habilidades y en el autocuidado. Teniendo como punto de partida los temores de acerca del bienestar de sus esposas, vulnerabilidad y la incertidumbre de los cónyuges. Estos factores deben ser tratados, brindando la ayuda y apoyo necesario por parte del personal de salud (Lewis, Fletcher, Cochrane y Fann, 2008).

En resumen destacar que nuestra investigación va en paralelo a la bibliografía consultada, teniendo el mismo punto de vista en común, poniendo de manifiesto la importancia que la familia tiene en la calidad de vida del paciente y la oportunidad que los profesionales de salud tienen en hacer efectiva esa calidad de vida, tanto en la familia como en el paciente. Pero en el caso de enfermería al ser los profesionales que más tiempo pasan con los enfermos, se establece una relación más directa con el paciente, y más cercana de la familia pudiendo detectar los problemas y trabajando consecuentemente en ellos.

Referencias

Bahrami, M., & Farzi, S. (2014). The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(2), 119.

Sjolander, C., Hedberg, B., & Ahlstrom, G. (2011). Striving to be prepared for the painful: Management strategies following a family member's diagnosis of advanced cancer. *BMC nursing*, 10(1), 18.

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2010). Using coping strategies el not denial: helping loved ones adjust to living with a patient with a palliative diagnosis. *J Palliat Med*, 13:1119-23.

Winterling, J., Wasteson, E., Glimelius, B., Sjödn, PO., & Nordin, K. (2004). Substantial changes in life: perceptions in patients With newly diagnosed advanced cancer and their spouses. *Cancer Nurs*. 27(10), 381-8.

Palos, G. R., Mendoza, T. R., Liao, K. P., Anderson, K. O., Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K., ... & Cleeland, C. S. (2011). Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 117(5), 1070-1079.

Bevan, J. L., & Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient education and counseling*, 71(3), 356-364.

Lewis, F. M., Fletcher, K. A., Cochrane, B. B., & Fann, J. R. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(8), 1289-1295.

Higginson, I. J., & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 44(10), 1414-1424.

AraújoI, M. M. T., & da SilvaII, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev esc enferm USP*, 41(4), 668-74.

Melin-Johansson, C., Axelsson, B., & Danielson, E. (2007). Caregivers' perceptions about terminally ill family members' quality of life. *European Journal of Cancer Care*, 16(4), 338-345.

Esbensen, B. A., & Thomé, B. (2010). Being next of kin to an elderly person with cancer. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), 648-654.

Fletcher, K. A., Lewis, F. M., & Haberman, M. R. (2010). Cancer-related concerns of spouses of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1094-1101.

CAPÍTULO 13

Personas mayores y dispositivos móviles

Luis Ángel Tamargo Pedregal y Susana Agudo Prado
Universidad de Oviedo (España)

Introducción

La aparición de las Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante, TIC) en el mundo contemporáneo ha supuesto un cambio muy brusco en la sociedad actual, convirtiéndose en una condición casi determinante para desenvolverse en la misma. Estas tecnologías emergentes han transformado a la humanidad (Adell y Castañeda, 2012).

La necesidad de adaptarse ha sido, y es, motivo de estudio principalmente en la educación y formación de la gente joven, con vistas a adquirir competencias que les permitan desenvolverse de la mejor manera posible en su vida. Pero no debemos olvidar a otra gran parte de la población que también puede ver en las tecnologías emergentes un instrumento para una vida más autónoma, interesante y activa: las personas mayores.

El envejecimiento activo consiste, partiendo de la definición de la Organización Mundial de la Salud (IMSERSO, 2011), en optimizar la calidad de vida de las personas de mayor edad, en todos los ámbitos: participación social, salud, seguridad... haciendo gala de su potencial físico y mental. La mayoría de los estudios centrados en esta fase de la vida abordan el ámbito sanitario, dejando de lado aquellos aspectos referentes a la vejez como un colectivo válido, útil y de interés para la sociedad.

El envejecimiento tal y como indica y fue investigado por Triadó y Villar (1997) es percibido en términos de “declive”, y es habitual que se haga más referencia a las pérdidas que a las ganancias. Diversos estudios (IMSERSO, 1995, 2004a) han indicado que la imagen que los españoles teníamos acerca de las personas mayores estaba asociada, principalmente, con la idea de dependencia (61%), deterioro físico (56%) y/o cognitivo (31%). Como afirma M^a Teresa Bazo (2006:209) “eso es cierto para una proporción que en el grado máximo de dependencia no suele exceder el 10-15 por 100, pero no para todas, y muchas de ellas no experimentarán nunca tales necesidades”.

Envejecer no significa perder la capacidad de adaptarse al cambio ni querer vivir en el pasado. Juncos, Pereiro y Facal (2006:185) afirman que en el envejecimiento normal el acceso a los ordenadores y a Internet puede contribuir a desarrollar nuevos lazos sociales, nuevas ventanas al mundo y nuevas herramientas de comunicación y actividades de estimulación cognitiva; también puede permitir el acceso a la cultura y a la educación permanente y la implicación en actividades de cooperación social.

En una humanidad cada vez más tecnológica, ese potencial social sólo podrá obtenerse a partir del uso de las nuevas herramientas por parte de las personas mayores. En especial, son de reseñar el uso de dispositivos móviles, entre ellos los smartphones y tablets, conectados a internet, que implican nuevas formas de interrelación y colaboración humana en un entorno globalizado (Shuler, Winters y West, 2013). Sin embargo, la adaptación a estos nuevos utensilios puede resultar más compleja cuanto mayor es la edad del individuo dado que estamos hablando de una generación no tecnológica. Por ello es fundamental promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida, para todos, como medio para crear una sociedad capaz de responder de forma inteligente a los cambios que en ella se dan. En una sociedad que continuo cambio, como la que vivimos, el aprendizaje a lo largo de toda la vida amplía la significación que antes se le daba. El aprendizaje se convierte en un modo de vida, una actitud interiorizada y habitual de búsqueda y asimilación de conocimiento.

Entrando en detalles cabe plantearse ¿qué aspectos favorecen o dificultan el uso de los dispositivos móviles entre los miembros de este grupo poblacional? ¿cuáles tienen más peso? ¿qué usos son los más habituales? ¿cómo y por qué hacen uso de los mismos?

Podemos afirmar, observando el día a día de la sociedad en la que vivimos, que “las TIC están aquí y están para quedarse” (Adell, citado en Hernández, 2011). Su aparición ha afectado a todos los estamentos sociales, mejorando ostensiblemente las relaciones personales y empresariales a distancia, y la capacidad de obtención de información. Los procesos de enseñanza, a cualquier edad, también se han visto alterados; no en vano deben responder a lo que la sociedad demanda. La aparición tan rápida de las tecnologías emergentes propicia que el perfil del alumnado interesado o necesitado de mejorar sus competencias en su uso sea muy heterogéneo, con una actitud activa hacia el aprendizaje. Hernández, Penessi, Sobrino y Vázquez (2012) comentan al respecto:

En el actual contexto caracterizado por la progresiva inclusión de las TIC en los procesos de enseñanza-aprendizaje, cada vez es más fehaciente el cambio de actitud del alumnado: participa, se implica y muestra su afinidad, en especial en aquellos casos en los que se emplean tecnologías consuetudinarias a su día a día y hay docentes comprometidos. (p. 11)

Las personas mayores forman una parte muy importante dentro de ese alumnado heterogéneo. El envejecimiento demográfico en la Unión Europea se ha visto incrementado en los últimos veinte años de tal manera que, en 2050, será la región más envejecida del planeta. Dentro de Europa, países como Grecia, Italia, España, Serbia y Portugal son los más envejecidos. Este envejecimiento demográfico se traduce en un aumento de la proporción de personas consideradas como “personas mayores” (más de 65 años es el valor estadístico para que reciban esta calificación), en relación con el conjunto de la población total. Actualmente, según el informe ‘Proyección de la Población de España 2014–2064’, el porcentaje de personas de más de 65 años presente en el conjunto poblacional de España es del 18,2%, pasando a ser del orden del 25% en 2029 y alrededor del 38,7% en 2064 (INE, 2014b).

Actualmente, España posee una de las tasas de esperanza de vida más elevadas del mundo, tal y como demuestran los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014) para el año 2012. La esperanza de vida entonces era de 82,5 años, siendo el femenino el sexo predominante en la vejez (hay un 34% más de mujeres que de varones). Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20%.

El ámbito geográfico de esta investigación se centra en Asturias, una de las Comunidades Autónomas del norte de España con mayor porcentaje de personas mayores. Tal es así que, a fecha de 2012, el porcentaje de habitantes con 65 años o más constituía un 22,69% del total de la población (SADEI, 2013). Se considera una población aceptable de la cual obtener una muestra representativa en la que pueden analizarse variables como la edad, el nivel de estudios y el sexo relacionadas con el aprendizaje y uso de dispositivos móviles.

El objetivo final de este estudio busca analizar el impacto que la sociedad de la información tiene sobre las personas mayores, pretendiendo conocer la relación existente las personas mayores y el uso de entre los dispositivos móviles, en aras de favorecer un envejecimiento activo e inclusivo.

Método

Participantes

Los participantes en el estudio han sido 215 mayores usuarios de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y socios de los Centros Sociales de Personas Mayores de Asturias (CSPM) dependientes de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias. En total se ha contado con la colaboración de 22 CSPM, situados tanto en zonas urbanas como rurales.

Instrumentos

El diseño de la investigación es de índole descriptivo, a través del uso de una metodología cuantitativa. Los objetivos propuestos en la investigación y la forma de llevarla a cabo (metodología) nos llevan a adoptar la postura de optar por la diversidad y complementariedad paradigmática, dada la naturaleza del fenómeno objeto de estudio, aún por explorar, cambiante y dinámico.

Teniendo en cuenta que se da una complementariedad metodológica, la investigación se apoya en dos instrumentos diferentes para la recogida de información: encuestas y grupos de discusión. La *encuesta* orienta a la obtención de datos relacionados con la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios (datos personales y contextuales); además de las cuestiones relacionadas con el acceso y uso de las TIC. Los *grupos de discusión*, por su parte, complementan, contrastan y enriquecen los datos extraídos, con la opinión que los mayores tienen sobre las TIC y su facilidad o dificultad en el acceso y uso de las mismas.

En relación a la consistencia interna, el cálculo de la fiabilidad se realizó mediante el índice estadístico Alpha de Cronbach; el cual ofrece un valor de 0,755.

Procedimiento

Los resultados que se presentan están extraídos de la encuesta dirigida a las personas mayores usuarias de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los Centros Sociales de Personas Mayores de Asturias. Su finalidad va orientada a la recogida de información de una manera simple y directa, a través de las preguntas realizadas a las personas mayores sobre el uso de los dispositivos móviles.

La encuesta se estructura en 4 bloques de preguntas que dan forma al cuestionario, que intenta recoger toda la información necesaria e importante sobre las personas mayores y su relación con los dispositivos móviles. Las cuestiones identificadoras de la población se incluyen al principio (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, etc.), seguidas de las preguntas más fáciles de contestar para que la persona mayor se vaya adaptando al instrumento. Por último se proponen las preguntas más particulares y específicas, siguiendo una secuencia que va de lo más general a lo más específico.

Más adelante se presentan los resultados más relevantes.

Análisis de datos

Para el análisis de datos cuantitativo se ha utilizado la herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico SPSS (versión 12.0).

En el análisis, se lleva a cabo fundamentalmente un estudio entre dos variables (bivariantes), aplicando las pruebas de decisión estadística: prueba de Chi-cuadrado de Pearson, coeficiente de fi, coeficiente correlación de Pearson, coeficiente Lambda de Goodman y mediante el análisis factorial de la varianza (ANOVA).

Resultados

A través de los datos obtenidos en la investigación se desvelan varias premisas. Entre ellas, destaca que no todas las personas mayores hacen uso de los dispositivos tecnológicos móviles y que existe un perfil concreto de la persona mayor usuaria de los mismos: hombre, menor de 65 años, casado, que vive acompañado de su esposa en una zona urbana. En el caso de las mujeres (en menor porcentaje), también son menores de 65 años, están casadas, viven en una zona urbana y poseen estudios primarios. Cabe destacar que estos usuarios de CSPM menores de 65 años se corresponden con el colectivo de personas prejubiladas a edades anteriores que disfrutaban del uso de las instalaciones como cualquier otro jubilado.

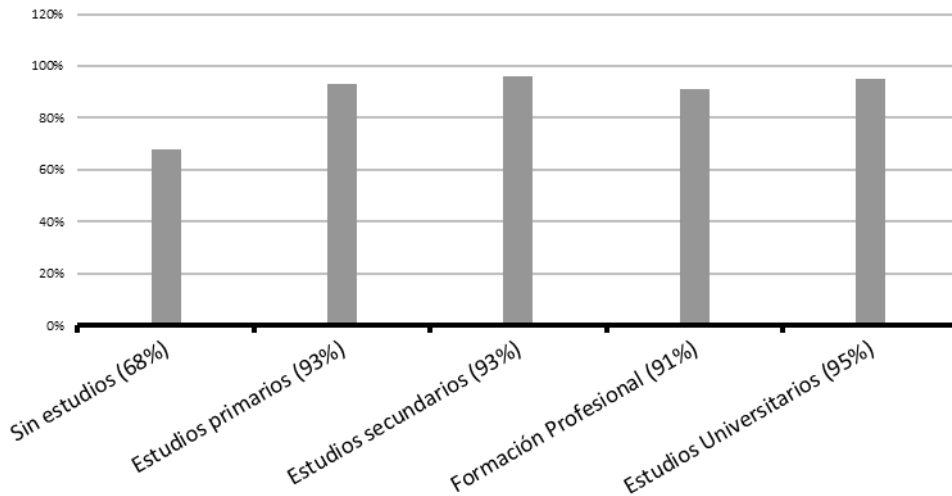
El 89% de las personas mayores encuestadas disponen de teléfono móvil. En la actualidad, cada vez son menos los ciudadanos jóvenes y mayores que no disponen de este recurso. Según la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares (TIC-H) (INE,

2014a), el 90,3% de los jóvenes de 15 años tiene móvil, dato que indica que no existen grandes diferencias a este respecto entre los jóvenes y los mayores. La edad no es, en este caso, un criterio que marque diferencias entre los jóvenes y las personas mayores usuarias de la telefonía móvil.

Presentamos a continuación los datos obtenidos en la investigación, centrándolos en la telefonía móvil como recurso más utilizado por las personas mayores dentro del abanico de posibilidades que encontramos en dispositivos tecnológicos móviles: ordenador portátil, tablet, lector digital de libros, etc... Se observa la absoluta preponderancia del teléfono móvil como dispositivo de uso habitual por parte de los mayores, a una enorme distancia de cualquier otro.

Dentro del propio colectivo de personas mayores usuarias de las TIC, un factor determinante en la disposición de “dispositivos móviles” es el nivel de estudios. Existe una relación estadística proporcional: a medida que el nivel de estudios es superior la posesión del este recurso es mayor; las grandes diferencias se encuentran entre los mayores que no poseen estudios y los que sí los tienen.

Gráfico 1. Porcentaje de posesión de Dispositivos Móviles por nivel de estudios. Elaboración propia.



El género, por su parte, es una variable independiente no determinante en la posesión y disposición de este recurso. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 1. Tabla de contingencias para la variable género y disponibilidad de teléfono móvil

| | Género | | Total | |
|---------------------------|--------|-------|-------|-----|
| | Hombre | Mujer | | |
| Dispone de teléfono móvil | Si | 103 | 80 | 183 |
| | No | 18 | 10 | 28 |
| Total | | 121 | 90 | 211 |

Cuando se les plantea cómo ha sido el primer acercamiento a estos recursos, las personas mayores señalan, en un 59%, que ha sido por iniciativa propia (necesidad, curiosidad) seguido de un 24,2% que indican que les han animado otras personas (familiares como hijos o conyugue).

En relación a la opción más destacada, “por iniciativa propia”, se encuentra una asociación significativa con el lugar de residencia (urbano, semiurbano y rural). El 81,8% de personas que viven en la zona urbana indican que ha sido su propia iniciativa lo que les ha impulsado hacer uso de los dispositivos móviles, especialmente, de los servicios de telefonía móvil.

Se ha recabado información sobre qué personas han influido en que los mayores hayan comenzado a utilizar los dispositivos móviles. En general, dichas influencias provienen de familiares como hijos y nietos. A su vez, la influencia de la familia en cierta forma está determinada, o depende, del lugar de residencia. Las personas que residen en la zona rural están más animados por sus familiares en el uso de los dispositivos móviles (85,7%).

Cuando se les plantea cómo han aprendido a utilizarlos, la respuesta más frecuente entre los ítems presentados es que *otra persona le enseñó*.

Al plantear que usos hacen de la telefonía móvil, señalan, principalmente, que utilizan estos dispositivos para llamar y recibir llamadas (98%). El uso de aplicaciones de mensajería de los dispositivos móviles (Whatsapp, Line, Telegram, Wechat...) y las redes sociales (Twitter, Facebook,..) no son tan usuales. Se observan diferencias en su uso entre las personas mayores que viven en un entorno rural, siendo menor, y un entorno urbano. Estos últimos hacen uso de las redes sociales y, especialmente, del Whatsapp, en un porcentaje de 4 de cada 10 personas mayores. El relacionarse con otras personas de su entorno cercano es uno de los principales fines que mueve a las personas mayores a utilizar las aplicaciones de mensajería y redes sociales.

Cuando preguntamos a las personas mayores porque no hacen uso de estas aplicaciones, principalmente, señalan que temen la falta de privacidad (95%). Existe gran desconfianza o falta de información sobre estos recursos.

Discusión/Conclusiones

Hoy en día, los dispositivos móviles son un recurso del cual disfrutan cada vez más personas, jóvenes y no tan jóvenes. Su uso se está generalizando en todos los estamentos de la sociedad (INE 2014a), incluido el colectivo de personas mayores, que no se ha quedado atrás pese a las reticencias y barreras que pudieran existir. Según Miranda de Larra (2004), las personas mayores se enfrentan a barreras funcionales o físicas, barreras económicas, barreras sociales y barreras del entorno; no obstante, pese a que es cierto que la introducción de las tecnologías emergentes entre estas personas es más lento que en otros grupos sociales, su asimilación también está resultando imparable.

Tras el desarrollo de esta investigación, podemos afirmar que, al menos entre la población de estudio, la edad no se erige como un criterio que marque verdaderas diferencias entre los usuarios de TIC, sean personas mayores o no, aunque se observa que, al menos entre el espacio muestral analizado, la desconfianza hacia el uso de estas tecnologías está muy presente.

De las variables de análisis, aquella que se detecta como realmente determinante a la hora de disponer, o no, de acceso y uso de dispositivos móviles, es el nivel de estudios. A medida que el nivel de estudios aumenta, la posesión de estos recursos es mayor; de hecho, las grandes diferencias se encuentran entre los mayores que no poseen estudios (68%) y los que tienen estudios (por ejemplo, estudios primarios: 93%; estudios secundarios: 96%).

El motivo por el que sucede esto no ha sido analizado en profundidad, pero podríamos aventurarnos a predecir que, cuanto mayor es el nivel de estudios, menores barreras psicológicas y mayor capacidad de adaptación presentan las personas. Parece ser que el esfuerzo que cada persona dedica a la asimilación de cambios es diferente según haya sido su trayectoria académica, laboral y vital; así pues, un graduado universitario acostumbrado a la adquisición de conocimientos posee, en principio, mayor facilidad a la

hora de utilizar tecnologías emergentes que una persona con bajos niveles de estudio o directamente sin ellos. Esto puede indicarnos lo que ya el informe Delors de la UNESCO (1996) señaló: “la educación encierra un tesoro”, constituyendo la educación un valor añadido para los países, para las organizaciones y para las personas.

Referencias:

Adell, J. y Castañeda, L. (2012). *Tecnologías emergentes, ¿Pedagogías emergentes?* En J.Hernández, M. Pennesi, D. Sobrino y A. Vázquez (Eds.), *Tendencias emergentes en educación con TIC* (pp. 13-32). Barcelona: Asociación Espiral, Educación y Tecnología.

Bazo, M^a T, (2006). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico. *Reis*, n^o 73, pp. 209-222

Delors, J. y otros, (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones UNESCO.

Hernández, J., Pennesi, M., Sobrino, D. y Vázquez, A. (Coord.), (2011). *Enredados, 20 propuestas de aprendizaje cooperativo basadas en la web 2.0. Colección Innovación*, n^o 18. Madrid: Secretaría General Técnica CNIIE.

Hernández, J., Pennesi, M., Sobrino, D. y Vázquez, A. (Coord.), (2012). *Tendencias emergentes en Educación con TIC*. Barcelona: Asociación Espiral, Educación y Tecnología.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO, (1993). *La fuerza de la experiencia*. Madrid: IMSERSO-Editorial Popular.

- (1995): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad Familiar*. Madrid: IMSERSO.
- (1996): *Voluntariado y personas mayores*. Madrid: Colección Servicios Sociales, IMSERSO.
- (1996): *Asociaciones de personas mayores. Panorámica del movimiento asociativo*. Madrid: IMSERSO.
- (1997): *Participación social de las personas mayores*. Colección Servicios Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- CIS (1998): *La soledad en las personas mayores. Estudio 2279*. Madrid: IMSERSO.
- (2000): *Guía de Programas Universitarios de Mayores*. Madrid: Instituto de Servicios Sociales.
- (2002): *Envejecer en España. Informe 2002*, para la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas.
- (2003): *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. [En línea] Recuperado el 03 de febrero de 2008 de <http://www.seg-social.es/imserso/normativas/planppmm20032007.pdf>
- y CIS (2004): *Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores*. Madrid: IMSERSO.
- (2004a): *Las personas mayores en España, Informe 2004*. Madrid: IMSERSO.
- (2004b): *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados*. Madrid: IMSERSO.
- (2006): *Las personas mayores en España, Informe 2006*. Madrid: IMSERSO.
- (2008): *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística, INE (2012). *Encuesta de condiciones de vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

- (2014a, octubre 2). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2014*. [Nota de prensa]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

- (2014b, octubre 28). *Proyección de la Población de España 2014–2064*. [Nota de prensa]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Juncos, O. Pereiro. A y Facal, D (2006). *Lenguaje y comunicación*. En Triadó, C. y Villar, F.: *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

Miranda de Larra, R. (2004). *Los Mayores en la Sociedad de la Información: situación actual y retos del futuro*. Madrid. Fundación AUNA.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación*. [En línea] Recuperado el 15 de febrero de 2015 de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2014-in-Spanish.pdf>

Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales, SADEI, (2013). *Datos básicos de Asturias 2013*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

Shuler, C., Winters, N. y West, M. (2013). *El futuro del aprendizaje móvil: implicaciones para la planificación y la formación de políticas*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Triadó, C. y Villar, F. (1997) Modelos de Envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*. Nº 73, pp. 105-118

CAPÍTULO 14

Envejecimiento e incontinencia urinaria

M^a José Aguilera Piedra*, M^a Araceli Soler Pérez**, e Isabel M^a Balaguer Villegas***

*UGC Parador (España), **UGC Níjar (España), ***UGC Ejido Sur (España)

Introducción

Se entiende por incontinencia urinaria cualquier escape involuntario de orina (Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier & Ulmsten, 2002). La pérdida de la continencia supone en sí una disfunción y no es consecuencia directa del proceso de envejecimiento (Verdejo, 2008) sino de las alteraciones estructurales que condicionan mayor vulnerabilidad de la persona anciana (Dubeau, Kuchel, Johnson, Palmer & Wagg, 2010). Para mantener la continencia influyen factores como la estabilidad de la vejiga, suelo pélvico intacto, estimulación nerviosa correcta, movilidad (Gavira et al., 2005), destreza manual y situación cognitiva adecuada. El ciclo funcional del tracto urinario inferior tiene una fase de llenado o almacenamiento y otra de vaciado o eliminación. En la fase de almacenamiento participan el músculo detrusor que se relaja, y el esfínter externo que se contrae. El fallo en esta fase, lleva consigo la aparición de la incontinencia (Vázquez, Bustamante, Rodríguez & Carballido, 2011).

La prevalencia es difícil de estimar, variando entre un 10% en mayores que viven en la comunidad, hasta un 60% en personas institucionalizadas (Salinas et al., 2010). Este problema de salud tiene repercusión a nivel físico, psicológico y social, y en definitiva supone un impacto negativo en la calidad de vida del paciente senil (Bartoli, Aguzzi & Tarricone, 2010).

Es necesario realizar una valoración específica e individualizada (Verdejo 2010), para determinar las causas y el tipo de incontinencia, así como la repercusión que genera en el paciente la pérdida de esta función (Villanueva, Valdés, Gama, Bravo & Damián, 2011).

Existen múltiples causas de incontinencia. En mayores de 65 años, es frecuente la incontinencia secundaria a fármacos, por trastornos neurológicos y debida a un entorno disfuncional (Hasegawa, Kuzuya & Iguchi, 2010).

Se establecen además, 4 tipos de incontinencia: de urgencia, de esfuerzo o estrés, por rebosamiento y funcional. A su vez, la incontinencia puede ser transitoria o aguda y persistente, establecida o crónica (Thüroff et al., 2011).

El tratamiento requiere una intervención especializada multidisciplinar (Miralles, 2011), dependiendo de la causa y el tipo de incontinencia, y comprende medidas higiénico-dietéticas, farmacológicas y tratamiento quirúrgico (Shamliyan, Kane, Wyman & Wilt, 2008).

Objetivos

- Relacionar envejecimiento e incontinencia.
- Conocer la prevalencia y repercusión de la incontinencia.
- Describir los tipos de incontinencia y las causas más frecuentes.
- Analizar las alternativas de tratamiento.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos de Pubmed, Medline, Biblioteca Cochrane Plus y plataformas de revistas Elsevier y Science Direct, sin restricciones de fecha ni al tipo de estudio, en español e inglés. Los descriptores utilizados fueron: “incontinencia urinaria”, “envejecimiento”, “calidad de vida” e “impacto”. En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas y artículos originales. Se revisaron los abstracts y en los

casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente los artículos que se mencionan en la bibliografía, que incluían referencias sobre incontinencia urinaria y envejecimiento, y eliminando el resto. También fueron consultados un libro de texto (Ribera & Cruz, 2008) y una publicación del grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI, 2010).

Estado de la cuestión:

Papel del envejecimiento sobre la incontinencia.

Según Dubeau (2010), el proceso de envejecimiento lleva consigo cambios en distintas estructuras del aparato urogenital (vejiga, uretra, vagina, suelo pélvico) y sistema nervioso que aumentan la susceptibilidad de padecer incontinencia.

También, existen factores de riesgo que favorecen la aparición de incontinencia en el anciano como la comorbilidad (patología neurológica, urológica, osteoarticular), el deterioro físico o cognitivo y la polimedicación (Hasegawa, 2010).

Prevalencia de la incontinencia:

La mayoría de los estudios revisados, hacen referencia al informe del Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Los datos epidemiológicos comunicados oficialmente, se refieren a la prevalencia de la incontinencia urinaria en la población española en 2009, estimándose en mayores de 65 años entre el 15-50% en la comunidad y oscilando entre un 43-77% en personas institucionalizadas. La prevalencia es mayor en mujeres (16.1-51%) que en varones (14-30%), con tendencia a igualarse alrededor de los 85 años en ambos sexos. Cabe destacar en este informe, el aumento de la prevalencia de la incontinencia asociada a comorbilidades (Verdejo, 2006) y al aumento de la edad. Existen algunos sesgos y un infradiagnóstico, que dificultan conocer la prevalencia real, como la tendencia a la ocultación del problema por el paciente por miedo al rechazo social y la deficiencia en la recogida de datos y metodología (Gavira et al., 2001), que hace que no se detecte el problema en un 50% de casos, en los que finalmente acabará adoptándose un manejo paliativo (Verdejo, 2010).

Repercusión de la incontinencia:

Las principales repercusiones de la incontinencia según Villanueva (2011) son (*TABLA 1*).

- Médicas: infección urinaria, caídas, úlceras e infecciones.
- Psicológicas: ansiedad, depresión, actividad sexual.
- Sociales: aislamiento, necesidad de ayuda familiar, consumo de recursos socio-sanitarios, aumento de riesgo de ingreso en residencias.
- Económicas: alto coste por demanda sanitaria, complicaciones y medidas paliativas (absorbentes, colectores, sondas).

Tabla 1. Principales repercusiones de la incontinencia*

| Médicas-físicas | Psicológicas | Sociales | Económicas |
|------------------------------------|-----------------------|---|----------------------------------|
| Infecciones perineales | Pérdida de autoestima | Aislamiento | Aumento de recursos terapéuticos |
| Caídas | Ansiedad | Disminución de actividades sociales | Aumento de recursos diagnósticos |
| Úlceras por presión | Depresión | Mayor riesgo de institucionalización | Complicaciones |
| Irritación y maceración de la piel | Disfunción sexual | Dependencia | |
| Sepsis | | Mayor necesidad de recursos sociosanitarios | |
| Celulitis | | Sobrecarga del cuidador | |
| Fracturas | | | |
| Alteración del sueño | | | |
| Nicturia | | | |

*FMC(2012).

Tipos de incontinencia:

Las guías EAU (Asociación Europea de Incontinencia) sobre la incontinencia, urinaria distinguen y definen los siguientes tipos clínicos de incontinencia (Thüroff et al., 2011):

- ✓ Incontinencia de urgencia: supone una necesidad imperiosa de orinar.
- ✓ Incontinencia de esfuerzo: desencadenada por tos, risa o estornudos.
- ✓ Incontinencia mixta.
- ✓ Incontinencia inconsciente: aquella que aparece sin percepción de la necesidad o deseo.

Etiología de la incontinencia (Verdejo 2008):

I. Incontinencia transitoria o aguda: menos de 4 semanas. El tratamiento se dirige hacia la corrección de los procesos responsables. Las principales causas que se describen son los fármacos (tabla 2) como factor a destacar (diuréticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepresivos, calcio-antagonistas, anticolinérgicos y opiáceos), infecciones, impactación fecal, retención urinaria, inmovilidad y delirium.

Tabla 2. Fármacos que influyen en la incontinencia*

| Fármacos | Mecanismo implicado |
|---|---|
| Diuréticos | Aumentan volumen orina, poliuria |
| Antipsicóticos | Sedación, inmovilidad, parkinsonismo |
| Benzodiazepinas | Disminuyen el estado de alerta |
| Antidepresivos | Sedación, acción anticolinérgica |
| Opioides | Retención urinaria, impactación fecal |
| Anticolinérgicos, antagonistas del calcio, antiparkinsonianos, inhibidores de las prostaglandinas | Deprimen detrusor y producen retención orina e incontinencia por rebosamiento |
| Bloqueadores alfa | Disminuyen el tono del esfínter |
| Estrógenos orales | Aumento incontinencia |

*FMC(2012).

II. Incontinencia establecida o crónica. Es producida fundamentalmente por:

1. Hiperactividad vesical: Se caracteriza por incontinencia de urgencia, polaquiuria y urgencia miccional, siendo el tipo más frecuente de incontinencia crónica en el anciano, por contracciones involuntaria del detrusor, que no son inhibidas por el sistema nervioso central. Los estudios analizados

destacan como principales causas:

- Patología neurológica: Parkinson, accidente cerebrovascular, demencia, hidrocefalia y tumores.
- Patología vesical: litiasis, neoplasia e infecciones.
- Obstrucción del tracto urinario inferior: por hiperplasia de próstata o estenosis uretral.

1. Incontinencia de estrés: se pierden pequeñas cantidades con los esfuerzos, tos, Valsalva...siendo más frecuente en las mujeres sobre todo multiparas, obesas y menopaúsicas por debilidad de suelo pélvico o cirugía previa ginecológica o prostática.

2. Incontinencia por rebosamiento: con dificultad para el inicio de la micción, retención urinaria o micción incompleta. Es característica de la hipertrofia de próstata, estenosis uretral, prolapso, compresión extrínseca, lesiones medulares y neuropatías.

3. Incontinencia funcional: se da en la demencia, incapacidad física severa, falta de cuidadores o existencia de barreras arquitectónicas.

En cuanto a la valoración diagnóstica, todos los artículos revisados destacan al respecto, la necesidad de un abordaje individualizado (Verdejo, 2006) y multidisciplinar en cada paciente para concretar el tipo y la causa según las características particulares que presente. Para ello es fundamental:

- Historia clínica: con antecedentes personales, historia ginecológica y urológica, cirugía pélvica, patología neurológica, radioterapia, patología osteoarticular, alteraciones visuales, consumo de fármacos, tiempo y momento de aparición, frecuencia e intensidad de escapes, presentación, factores de riesgo asociados como la polifarmacia, abuso de alcohol, excitantes, tabaquismo... Se considera útil un diario miccional (Vázquez et al., 2011).

- Valoración funcional: que valora la movilidad y el nivel cognitivo fundamentalmente.
- Exploración: que comprende un examen ginecológico y neurológico, palpación, tacto rectal y medición del residuo miccional.
- Estudio analítico: especialmente bioquímica y sedimento/ cultivo de orina.
- Estudio urodinámico, que será realizado por especialista fundamentalmente cuando existan alteraciones anatómicas.

Tratamiento de la incontinencia:

Existe evidencia científica de que es posible con los diferentes tratamientos y medidas, la recuperación de la incontinencia en un 30-40 % de los casos y la disminución de la severidad en otro 40-50% (Verdejo, 2008).

Se han considerado las siguientes opciones de tratamiento en la revisión realizada:

➤ Medidas generales para todos los pacientes: higiénico-dietéticas (ropa con cierre sencillo, evitar excitantes, corregir estreñimiento, cambiar patrón de ingesta nocturna de líquidos, mantener la movilidad y motivación), control de fármacos responsables del problema y eliminación de barreras arquitectónicas.

➤ Técnicas de modificación de conducta:

Destacan los estudios como altamente útiles la realización de ejercicios de suelo pélvico (kegel) y reentrenamiento vesical por parte del paciente (Shamliyan, 2008), y el entrenamiento del hábito de micciones y micciones programadas (Viana, Castiñeira, Costa, Fuentes, & Sánchez, 2005), por parte del cuidador del paciente inmovilizados.

3. Tratamiento de las causas transitorias, donde cabe destacar el tratamiento específico con antibióticos.

4. Tratamiento de la hiperactividad vesical. Los fármacos más eficaces para el tratamiento de esta situación son los fármacos anticolinérgicos antimuscarínicos y los antidepressivos tricíclicos: oxibutinina, imipramina, tolterodina y solifenacina. También otros fármacos como cloruro de triospio, flavoxato y doxepina, han mostrado su utilidad. Son de uso habitual los bloqueadores alfa-1-adrenérgicos como doxazosina, tamsulosina, afluzosina, terazosina y silodosina. Se describen otras opciones, como

instilaciones endovesicales con anticolinérgicos (oxibutinina y atropina), con anestésicos (lidocaína, bupivacaína, capsaicina), con ácido hialurónico y condroitinsulfato, e inyecciones vesicales con toxina botulínica (Vázquez et al., 2011). La estimulación eléctrica, neuromodulación y cirugía con resultados controvertidos (Robinson, Cardozo, 2010).

5. Tratamiento de la incontinencia de estrés. En este caso, la cirugía es considerada de elección, para fijar la musculatura pélvica. La duloxetina ha tenido buenos resultados (Schagen Van Leeuwen, Lange, Jonasson, Chen & Viktrup, 2008). Sin embargo, el tratamiento con estrógenos parece empeorar la incontinencia (Shamliyan 2008). Se mencionan también los conos vaginales para reforzar la musculatura pélvica, como otra alternativa recomendada.

6. Tratamiento de la incontinencia por rebosamiento:

-si existe hiperplasia prostática, estenosis uretral o prolapso uterino, se debe intentar la cirugía si es posible.

-si existen alteraciones de la contractilidad es de elección el sondaje vesical intermitente, excepto si la situación socio-familiar o funcional del paciente lo impidiese, que se optaría por el cateterismo permanente.

7. Tratamiento de la incontinencia funcional. Se deberían de mejorar las condiciones cognitivas y /o físicas en la medida de lo posible, y reforzar el papel del cuidador para la realización de un programa de micciones programadas cada 2-3 horas.

8. Medidas paliativas. Se refieren fundamentalmente al uso de absorbentes y colectores. Se han de utilizar en casos de incontinencia severa, para aliviar o mejorar, en pacientes que presenten importante deterioro funcional. Según Verdejo (2006), el catéter vesical se usaría exclusivamente en situaciones muy específicas.

Conclusiones

La evidencia científica muestra que la incontinencia urinaria es un problema de alta prevalencia en la población senil, que aumenta con la edad debido a las alteraciones estructurales y comorbilidad asociada al proceso de envejecimiento, que favorecen su aparición en las personas de edad avanzada y requiere así mismo, de una valoración individualizada, para conocer el tipo y las causas específicas que la ocasionan, así como una intervención precoz y multidisciplinar para aplicar el tratamiento más adecuado según proceda en cada caso concreto, para disminuir el impacto negativo tanto en la calidad de vida del anciano como en el sistema sanitario.

Referencias

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al . (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.*, 21,167-178.
- Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. (2010). Impact on Quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology.*, 75, 491-510.
- Dubeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. (2010). Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodynam.*, 29, 165-178.
- Gavira Iglesias, F., Caridad y Ocerín, J. M., Guerrero Muñoz, J. B., López Pérez, M., Romero López, M., & Pavón Aranguren, M. V. (2005). Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Atención Primaria*, 35(2), 67-74.
- Gavira Iglesias, F. J., Pérez del Molino Martín, J., Valderrama Gama, E., Caridad y Ocerín, J. M., López Pérez, M., Romero López, M., Guerrero Muñoz, J. B. (2001). Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Atención Primaria*, 28(2), 97-104.
- Hasegawa J, Kuzuya M, Iguchi A. (2010). Urinary incontinence and behavioral symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr.*, 50, 77-81.
- Incontinencia urinaria en el anciano. (2012). *FMC.Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 19, 19-

31.

Miralles, R. (2011). Incontinencia urinaria: Múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 46(1),5-6.

Robinson D, Cardozo L. (2010).New drug treatments for urinary incontinence. *Maturitas*, 65, 340-347.

Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI), (2010). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *URO A.*, 23, 52-66

Schagen Van Leeuwen JH, Lange RR, Jonasson AF, Chen WJ, Viktrup L. (2008). Efficacy and safety of duloxetine in elderly women with stress urinary incontinence or stress-predominant mixed urinary incontinence. *Maturitas*, 60, 138-147.

Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt T. (2008). Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med.*, 148, 459-73.

Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. -, Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., Tubaro, A. (2011). Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, 35(7), 373-388.

Vázquez Alba, D., Bustamante Alarma, S., Rodríguez Reina, G., & Carballido Rodríguez, J. (2011). Incontinencia urinaria. *Medicine*, 10(83), 5612-5618.

Verdejo Bravo, C. (2006). Protocolo terapéutico de la incontinencia urinaria en la edad avanzada. *Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(62), 4065-4068.

Verdejo, C. (2008). Incontinencia urinaria y fecal. Ribera, JM & Cruz AJ(Ed.). *Geriatría en Atención Primaria* (pp. 263-271), Madrid: Aula médica.

Verdejo Bravo, C. (2010). Urinary incontinence. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 45(5), 298-300.

Viana Zulaica, C., Castiñeira Pérez, C., Costa Ribas, C., Fuentes Lema, M. D., Sánchez Rodríguez-Losada, J. (2005). Incontinencia urinaria. *FMC.Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 12, 7-29.

Villanueva, B. P., Valdés, C. B., Gama, E. V., Bravo, C. V., Damián, J. (2011). Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 46(1), 7-14.

CAPÍTULO 15

Polifarmacia e incumplimiento terapéutico en el anciano pluripatológico. Actuación de los profesionales sanitarios

Elvira Gázquez Fernández*, Laura Sans Guerrero**, y Miguel
Vázquez de Agredos Núñez de Arenas***

*UGC Urgencias, Hospital La Inmaculada (España); **DUE (España); *** Centro de Día Vicente Aranda (España)

Introducción

El crecimiento demográfico de la población de edad avanzada es una realidad que ocurre en la mayoría de los países de la Unión Europea desde los años 70, así como en gran parte del mundo. (Filié, Satie, Martins & Barros, 2009). En la UE, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 16,1% (en el año 2000) al 27,5% (en 2050). España, está a la cabeza de este proceso de envejecimiento a nivel mundial, y se estima que para esas fechas, alrededor del 35% de esa población, supere los 65 años. (Montes, Casariego, de Toro & Mosquera, 2012). En Andalucía, que se ha considerado una de las regiones más rejuvenecidas de Europa, se está produciendo un cambio demográfico brusco como consecuencia del descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Desde 1981, el número de personas mayores de 80 años se ha duplicado, y se estima que para 2021 se haya multiplicado por cinco (Ollero, 2007)

Una de las implicaciones de este envejecimiento de la población es el hecho de que cada vez hay más personas que presentan múltiples enfermedades crónicas (Montes *et. al.*, 2012). La conjunción de diversas patologías en el anciano, le produce una mayor tendencia a la discapacidad y a la muerte, y un mayor consumo de recursos sanitarios. La atención a estos pacientes, constituye actualmente el principal reto que afrontan los sistemas sanitarios. (Santos-Ramos *et. al.*, 2012)

Determinadas patologías, como enfermedades del aparato circulatorio, problemas metabólicos, nutricionales y endocrinos, trastornos mentales y de comportamiento, etc. se encuentran con mayor frecuencia en los ancianos, enfermedades que de modo general necesitan ser tratadas con medicamentos (Filié *et. al.*, 2009). Por ello, los ancianos son el grupo de población que más fármacos consume, y el más susceptible a reacciones adversas por medicamentos. Esta mayor susceptibilidad, puede estar relacionada con los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento, y existen evidencias de que lo está con la existencia de ciertas enfermedades y con la polifarmacia que a menudo presentan los ancianos, que es en muchos casos, desproporcionada para sus problemas crónicos y que predispone al incumplimiento terapéutico. (Valderrama, Rodríguez-Artalejo, Palacios, Gabarre y Pérez del Molino, 1998).

El manejo del paciente anciano pluripatológico es complejo y constituye un grave problema que debe ser tomado a cargo por todos los niveles de la sociedad. Supone costes a nivel económico, social y para la salud de los pacientes que pueden ser paliados con una adecuada educación sanitaria, puesta en práctica de unas medidas generales en la prescripción de fármacos y aplicación de un protocolo para coordinar la atención a estos pacientes y la optimización de recursos. En estos motivos reside la importancia de este trabajo de investigación, que aúna aportaciones de los estudios de los últimos años relacionados con esta temática, para dar respuesta a cómo abordar la atención al paciente pluripatológico desde la perspectiva biopsicosocial que precisa.

A lo largo de este trabajo vamos a clarificar cuáles son y cómo afectan estos cambios en la farmacocinética y farmacodinámica que ocurren en el envejecimiento, así como la problemática que

supone el incumplimiento terapéutico en el anciano pluripatológico, analizando sus causas y consecuencias. Por último, exponemos una serie de recomendaciones para los profesionales sanitarios acerca del abordaje terapéutico del anciano pluripatológico con el fin de disminuir la incidencia de interacciones y reacciones adversas medicamentosas (RAM), uso y abuso de medicamentos así como incumplimiento terapéutico en estos pacientes.

Objetivos

- Conocer los cambios que a nivel farmacocinético y farmacodinámico se producen en el proceso de envejecimiento.
- Explicar la problemática de la polifarmacia en la tercera edad y de sus consecuencias tales como interacciones y RAM, y los factores que unidos a esta situación llevan al anciano al incumplimiento terapéutico.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios acerca de las recomendaciones para el abordaje terapéutico del anciano pluripatológico.

Metodología

- **Diseño:** Este estudio consiste en una revisión bibliográfica de artículos científicos y protocolos de actuación novedosos sobre el anciano con pluripatología y la asociación de ésta con la ingesta simultánea de múltiples fármacos, realizándose un análisis crítico de dicha literatura.
- **Estrategias de búsqueda:** La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo a través de las bases de datos CUIDEN, PubMed, Scielo y Cochrane, así como a través de los metabuscadores SCOPUS y Gerión. Se realizó una búsqueda avanzada utilizando el operador booleano AND, con las siguientes palabras clave: anciano, pluripatología, polifarmacia, enfermería.
- **Criterios de selección de estudios:** Para seleccionar los estudios que posteriormente fueron analizados en la revisión bibliográfica se siguieron los siguientes criterios de inclusión:
 - ✓ Artículos de investigación tanto cuantitativa como cualitativa y revisiones sistemáticas.
 - ✓ Los temas de inclusión de los estudios fueron artículos sobre tercera edad, pluripatología y consumo de múltiples medicamentos, adherencia terapéutica, modelos de atención a estos pacientes y protocolos de atención a estos pacientes desde la disciplina enfermera.
 - ✓ Los idiomas de las publicaciones originales son: inglés y español.
 - ✓ Se seleccionaron preferentemente artículos recientes, aunque también se han incluido algunos anteriores a 2005, cuya descripción de la realidad sigue vigente hoy día y aportan información relevante.

Estado de la cuestión

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios que producen modificaciones en la fisiología a múltiples niveles. En lo que respecta a la farmacodinámica y farmacocinética de los medicamentos se producen los siguientes cambios:

- **Alteraciones en la farmacodinámica:** No se dispone de suficiente información relativa a los cambios farmacodinámicos que conlleva el envejecimiento.

La respuesta farmacodinámica depende de los siguientes factores: El número y de la afinidad de los receptores; los mecanismos de transducción de señales; de las respuestas celulares así como de la regulación homeostática. (Hämmerlein, Derendorf & Lowenthal, 1998)

En la vejez, se produce una disminución de la respuesta a los fármacos de forma general debido a las causas que se exponen a continuación: modificación de los receptores, tanto en su número como en su sensibilidad; alteración de la respuesta celular; modificaciones en el sistema central periférico y autónomo en algunas de las enfermedades que con frecuencia afectan en la vejez. Debido a estos cambios, se han demostrado las siguientes alteraciones: Mayor sensibilidad a fármacos que actúan sobre el SNC, como sedantes, benzodiazepinas y analgésicos potentes; menor cantidad de receptores beta-

adrenérgicos y disminución de la síntesis de AMPc, lo que produce una menor respuesta a fármacos estimulantes y bloqueantes de estos receptores, tales como fenotiacinas, benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, etc.; en caso de enfermedad degenerativa vascular, disminución de la respuesta hemostática, así como disminución de los factores de coagulación y aumento de la fragilidad capilar, produciéndose un aumento del riesgo de hemorragia tras la administración de fármacos anticoagulantes. (Arriola Riestra, Santos Mariano, Martínez Rodríguez, Barona Dorado y Martínez González, 2009)

- **Alteraciones de la farmacocinética:** en la vejez se ven alteradas las cuatro fases de la farmacocinética de los medicamentos: (Tiberio, 2001; Alexander-Magalee, 2013)

a) **Absorción:** Se produce un enlentecimiento y reducción de la absorción de los medicamentos administrados por vía oral debido a un aumento del pH gástrico y una reducción del flujo sanguíneo intestinal. La velocidad de absorción de los fármacos administrados por vía intramuscular también será más lenta ya que está disminuido el flujo sanguíneo que irriga el músculo.

b) **Distribución:** A este nivel se producen importantes variaciones relacionadas con:

✓ **El efecto de primer paso:** por un lado, la reducción del riego sanguíneo hepático puede limitar la cantidad de fármaco que llega hasta el hígado. Por otra parte, existe una disminución de la capacidad metabólica de este órgano, aumentando la biodisponibilidad del medicamento.

✓ **Disminución del volumen de distribución de los fármacos hidrosolubles** debido a una disminución del tamaño corporal, del volumen del agua corporal y del volumen plasmático. Y **aumento del volumen de distribución de los fármacos liposolubles** derivado del aumento de la grasa corporal.

✓ **Incremento de la fracción libre de fármaco** por reducción de la albúmina (proteína plasmática a la que se unen los fármacos **de carácter ácido**) con el consecuente aumento de la cantidad del mismo que penetra en el interior de las células, provocando un efecto mayor. La concentración de alfa globulina (proteína plasmática a la que se unen los **fármacos básicos**) sin embargo, se encuentra aumentada en los ancianos, **disminuyendo su fracción libre** así como la intensidad del efecto.

✓ Pueden aparecer zonas isquémicas que dificultan la irrigación de diferentes órganos, impidiendo o disminuyendo la penetración del fármaco en ellas.

c) **Metabolización:** Se ve alterada por: un descenso del flujo hepático, disminución de la actividad de las transaminasas así como una reducción de la masa hepática y de la secreción biliar. Existen pocos estudios al respecto.

d) **Excreción:** A este nivel se produce una disminución del aclaramiento de fármacos y prolongación de la vida media de eliminación debido a: disminución de la masa renal, reducción del número de nefronas así como disminución del aclaramiento de la creatinina y de la secreción tubular, lo que produce una merma de la funcionalidad de la nefrona.

Anciano pluripatológico y polifarmacia. Conceptos y problemática.

Los ancianos constituyen el grupo de edad más medicado en nuestra sociedad y esto se debe en primer lugar al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas con el paso de los años. En muchas ocasiones el consumo de medicación está justificado por la presencia de estas enfermedades, pero es común encontrar en sus prescripciones dosis, indicaciones y asociaciones de fármacos inadecuadas así como redundancias (utilización de fármacos pertenecientes a la misma clase terapéutica), y medicamentos sin valor terapéutico. (Filié et al, 2009)

La ingesta de múltiples medicamentos está relacionada con un mayor número de interacciones farmacológicas y RAM, que acarrear en numerosas ocasiones la falta de adherencia a los regímenes terapéuticos y son causas comunes de morbilidad y mortalidad (Vicente & Rodríguez, 2007).

A continuación vamos a definir los conceptos de pluripatología y polifarmacia en el anciano: Existen diversas definiciones de **anciano pluripatológico**, que no coinciden en el número de patologías diagnosticadas como criterio para determinar la pluripatología. Por ejemplo, G. Tiberio (2001) define la **pluripatología** como la asociación de tres o más enfermedades crónicas y afirma que un 36% de los

ancianos son pluripatológicos. Wharshaw G (2006) afirma que el paciente pluripatológico se caracteriza por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas. Fernández Miera y Ruiz de Adana (2011), describen una serie de características que definen a estos pacientes: superan los 65 años, y frecuentemente los 80; padecen varias enfermedades; existe una disminución gradual de su autonomía y capacidades funcionales, con importantes repercusiones a nivel social, familiar y emocional; presentan un seguimiento en múltiples consultas, tanto en Atención Primaria como Especializada, con escasa coordinación; uso frecuente de los recursos sanitarios de asistencia y urgencias; frecuentes ingresos hospitalarios; tratamientos plurifarmacológicos con un bajo nivel de cumplimiento; componente socioeconómico añadido que con frecuencia dificulta la atención hospitalaria.

El término **Polifarmacia** abarca varias definiciones (Vicente & Rodríguez, 2007): El uso de más medicación de la indicada clínicamente; la utilización de cuatro medicamentos o más de forma concomitante; el uso de muchos medicamentos al mismo tiempo. Souza, Santos y Kusano (2007) definen la polifarmacia como la administración de varios medicamentos de forma concurrente y el uso de fármacos adicionales para corregir los efectos adversos de otros medicamentos. El resultado es un aumento de las interacciones farmacológicas y una mayor tendencia de inducción al error cuando en anciano se automedica.

La asociación de fármacos aumenta con el paso de la edad. (Filié et al, 2009)

Uso y abuso de medicamentos:

La polifarmacia y la asociación de medicamentos autoprescritos aumentan considerablemente la posibilidad de interacciones. (Tiberio, 2001). Entre las causas del mal uso de la medicación por parte de los ancianos destaca: el poco tiempo que los médicos de familia pueden dedicar a estos enfermos, la multiprescripción por diferentes especialistas así como la automedicación. (Garay, 2006)

Principales clases farmacológicas e interacciones medicamentosas:

Los fármacos más usados por la población anciana son los antihipertensivos, vasodilatadores periféricos, benzodiacepinas y los antiinflamatorios no esteroideos. Los medicamentos más consumidos a demanda son los analgésicos (especialmente AINES), benzodiacepinas, alcalinos e inhibidores del receptor H2 de la histamina. (Valderrama *et. al.*, 1998).

Entre los factores que influyen en la aparición de interacciones medicamentosas en la tercera edad, los más importantes son: Es el grupo de edad más medicado; precisan tratamientos con medicamentos de estrecho margen terapéutico; la prescripción de fármacos por diversos especialistas, que tiene como consecuencia en ocasiones prescripciones repetidas; la automedicación, así como el incumplimiento de las pautas prescritas (Tiberio, 2001) (Filié et al, 2009).

Reacciones adversas medicamentosas:

Con el aumento de la edad hay un crecimiento de la susceptibilidad de presentar reacciones adversas a medicamentos. Especialmente con los grupos farmacológicos que tienen acciones sobre el Sistema Nervioso Central y el sistema cardiovascular (Filié *et. al.*, 2009). Entre los factores que intervienen en la mayor susceptibilidad de los ancianos a la aparición de RAM los más importantes son: Las alteraciones que se producen a nivel farmacocinético y farmacodinámico, la polifarmacia, la mayor severidad de las enfermedades, la pluripatología así como el consumo de fármacos de estrecho rango terapéutico (Tiberio, 2001).

El incumplimiento terapéutico. Causas y consecuencias.

Los pacientes ancianos, debido a la coexistencia de enfermedades crónicas, toman en ocasiones múltiples medicamentos, cuya prescripción está justificada.

La toma de muchos medicamentos suele ir asociada a una disminución de la adherencia al tratamiento (Vicente y Rodríguez, 2007), lo que supone un problema añadido al resto de riesgos que conlleva la polimedición en el anciano.

Se ha estimado que el 40-45% de los ancianos no consumen los medicamentos como se les ha indicado. (Valderrama *et. al.*, 1998)

Factores que favorecen el incumplimiento terapéutico: (Tiberio, 2001), (Basterra, 1999)

1. *Características del paciente.*

- Influencia bien establecida: Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento, escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o de la terapia, enfermedad percibida como poco grave, desconocimiento de las consecuencias, limitaciones físicas, deterioro cognitivo.

- Posible influencia: edad avanzada, nivel bajo de educación, status económico bajo, inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca.

2. *Características del régimen terapéutico.*

- Influencia bien establecida: Politerapia, pautas de tratamiento complejas y/o incómodas, tratamientos crónicos y/o recurrentes, tratamientos profilácticos, presentación de RAM, características organolépticas desagradables, formas farmacéuticas y/o presentaciones complejas, falta de información oral o escrita sobre el tratamiento.

- Posible influencia: Costo de la medicación, administración oral frente a parenteral.

3. *Características de la enfermedad.*

- Influencia bien establecida: Enfermedad poco sintomática, patología crónica, enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones.

- Posible influencia: Coexistencia de otras patologías asociadas.

4. *Características del entorno familiar y social.*

- Influencia bien establecida: Existencia de problemas de comunicación interfamiliares o sociales, conflicto entre las normas familiares/sociales y la conducta a seguir, asistencia de los niños a consulta sin la compañía de un adulto responsable.

Consecuencias de incumplimiento terapéutico: (Basterra, 1999)

Consecuencias debidas a una utilización menor a la indicada

1. Falta de respuesta terapéutica: retrasos en la curación, recaídas o recidivas, aparición de resistencias a antibióticos, creación de nuevas patologías.

2. Interferencia en la relación sanitario-paciente: desconfianza.

3. Almacenamiento de los medicamentos no consumidos en casa: Intoxicaciones accidentales, automedicación irresponsable.

4. Repercusiones económicas (los medicamentos se adquieren pero no se consumen): aumento del gasto sanitario

Consecuencias debidas a sobre-utilización de medicación: mayor riesgo de que se presenten efectos secundarios, toxicidad y/o fenómenos de dependencia y tolerancia.

Actuación de los profesionales sanitarios.

Principios generales de prescripción de fármacos en pacientes de edad avanzada:

1. Considerar la esperanza de vida, el tiempo necesario para que se produzcan los beneficios terapéuticos y los objetivos del tratamiento antes de la prescripción. (Bergman- Evans, 2013)

2. **Establecer un diagnóstico correcto** para determinar la necesidad de administración del fármaco. (Tiberio, 2001)

✓ Tratar únicamente si existe amenaza para la vida, función o confortabilidad.

✓ Evitar medicación potencialmente peligrosa. Los criterios de Beers (2012) son una herramienta útil para realizar una prescripción adecuada a ancianos, de forma ambulatoria o institucionalizados. Establece una serie de medicamentos a evitar, fármacos inapropiados en adultos mayores con determinadas patologías así como otros que deben ser usados con cuidado.

3. **Prescribir el menor número de medicamentos y con un régimen terapéutico simple.** (Tiberio, 2001)

✓ Primar las decisiones más simples.

✓ Eliminar todos los fármacos que no sean necesarios.

- ✓ Utilizar posologías sencillas, a poder ser, una administración cada 24 horas
4. **Reducir la prescripción inadecuada:** (Tiberio, 2001; Vicente & Rodríguez, 2007; Filié *et al.*, 2009; Alexander-Magalee, 2013).
- ✓ Averiguar qué otros fármacos está tomando antes de realizar una nueva prescripción, incluyendo medicamentos homeopáticos.
 - ✓ Delimitar las prescripciones en el tiempo.
 - ✓ Reevaluar la necesidad, eficacia y problemas del fármaco en cada visita.
 - ✓ Lo ideal sería que todas las prescripciones fueran realizadas por el mismo profesional. En caso contrario, favorecer la comunicación entre los profesionales que realizan las prescripciones, incluyendo una lista de los fármacos y dosis prescritas.
5. **Evitar las RAM:** (Tiberio, 2001; Vicente & Rodríguez, 2007; Filié *et al.*, 2009; Alexander-Magalee, 2013; Bergman- Evans, 2013)
- ✓ Conocimiento por parte del facultativo de los efectos secundarios de los medicamentos que está tomando el anciano y buscar signos y síntomas de los posibles efectos adversos que esté tomando. La falta de identificación de las RAM puede llevar a las “cascadas medicamentosas”, es decir, la prescripción de otra medicación para paliar los efectos adversos de otro fármaco.
 - ✓ Tener en consideración el envejecimiento fisiológico así como los cambios patológicos de la/s enfermedad/es.
 - ✓ Hay que individualizar la dosis para cada paciente en función de la eliminación renal, que de manera general es menor que en el adulto. Controlar anualmente el aclaramiento de la creatinina en los pacientes mayores de 65 años.
 - ✓ Llevar un control especial con fármacos de estrecho margen terapéutico. Sustituirlos por otros más seguros en la medida de lo posible.
 - ✓ Comenzar con dosis bajas e ir aumentándola gradualmente hasta alcanzar la dosis efectiva más baja.
6. Es preferible utilizar la vía oral líquida más que los comprimidos o cápsulas. (Alexander-Magalee, 2013)
7. **Favorecer el cumplimiento terapéutico:** (Tiberio, 2001; Vicente & Rodríguez, 2007; Filié *et al.*, 2009; Alexander-Magalee, 2013): Determinar la capacidad de adhesión al régimen terapéutico del paciente; dar instrucciones claras, por escrito si es necesario; considerar la capacidad del paciente para leer el rótulo, abrir el envase o administrar los fármacos; revisión periódica de los diferentes tratamientos; utilizar posologías sencillas, de una administración al día si es posible. Intentar que la posología coincida con actividades diarias; informar al paciente y familiares de la importancia de tomar la medicación según se le ha prescrito; utilizar un medicamento que sirva para tratar 2 enfermedades en la medida de lo posible; comentar los efectos secundarios e intentar minimizarlos; explicar claramente la pauta de tratamiento y asegurarse de que el paciente la ha comprendido. Aportar instrucciones escritas; sugerir el empleo de dispositivos como calendarios, tarjetas de medicación, pastilleros...

Discusión/conclusiones

En relación a los objetivos que me planteé al inicio de este trabajo, cabe destacar que la problemática de la polifarmacia está asociada a un aumento del riesgo de presentarse RAM e interacciones medicamentosas. En la tercera edad, además se añaden otros factores de riesgo para el aumento en la incidencia de estos inconvenientes, como son: los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento, que pueden alterar la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos, y las propias enfermedades que los ancianos con pluripatología presentan, ya que producen también alteraciones a estos niveles.

Por otro lado, la polifarmacia conlleva otras complicaciones, como a poca adhesión terapéutica que estos pacientes suelen presentar, disminuyendo los efectos deseados de los fármacos. Entre los factores

que producen incumplimiento terapéutico se encuentran: déficit de información sobre la enfermedad y/o terapia, que produce actitud despreocupada y/o desconfianza de la eficacia del tratamiento; tratamientos complejos, politerapia y presentación de reacciones adversas.

Todas estas situaciones, sumadas a las propias patologías y a los cambios que de forma natural ocurren en el envejecimiento, reducen la capacidad funcional de los ancianos y su calidad de vida.

Los profesionales de la salud, desde los distintos niveles asistenciales son clave para intervenir en este bucle que se retroalimenta: pluripatología → polifarmacia → aumento de RAM e interacciones → disminución de la adherencia al tratamiento → disminución de la respuesta terapéutica, autoprescripción farmacológica y aumento de RAM e interacciones → disminución de la adherencia al tratamiento, con la consiguiente disminución de la calidad de vida. Los planes terapéuticos deben contemplar aspectos como: satisfacción de las necesidades del paciente, una adecuada educación sanitaria para el manejo de la enfermedad y el aumento de la adhesión terapéutica y deben considerar las capacidades del paciente para administrarse su medicación. Medidas como: considerar la esperanza de vida y beneficios terapéuticos antes de la prescripción; establecer un régimen terapéutico simple; evitar las RAM con un uso correcto de los medicamentos; uso preferible de la vía oral frente a la líquida; sugerir el empleo de calendarios, pastilleros, tarjetas de medicación, etc. Pueden ayudar a los pacientes y a su entorno a mejorar su bienestar.

La bibliografía sobre el tema del incumplimiento terapéutico en el anciano es extensa, y autores como Ollero (2007), Santos Ramos (2012) y Filié (2009), señalan también la importancia de la intervención sobre este fenómeno, que conlleva una pérdida de la calidad de vida a pacientes y familiares así como unos coste económico y sociales que se pueden evitar, siendo los profesionales de la salud la clave hacia el aumento de la adherencia terapéutica en el anciano. Estos autores hacen referencia a la etiología del problema sobre la que el profesional debe actuar, relacionando la poca adherencia terapéutica con la polifarmacia que suele conllevar la cronicidad de una o más patologías en el anciano, así como con otras variables. Este estudio aporta como idea novedosa el bucle o secuencia de la disminución de adherencia terapéutica en el anciano, de la que autores como Garay (2006), Tiberio (2001), Vicente y Rodríguez, (2007), Basterra (1999), Valderrama (1998) y otros autores antes mencionados, hablan de forma implícita incluyendo cada uno algunos de los factores que predisponen al incumplimiento terapéutico, aunándose sus conclusiones en este estudio y haciéndose visible explícitamente, para facilitar al profesional la comprensión de este fenómeno y puesta en práctica de forma efectiva de las medidas para el manejo de la adherencia terapéutica, aumentando la calidad de vida de las personas pluripatológicas y disminuyendo los costes económicos y sociales.

Como dice un dicho popular: “No se trata de dar años a la vida, sino vida a los años”.

Referencias

Alexander-Magalee, M.A. (2013). Addressing pharmacology challenges in older adults. *Nursing*, vol. octubre, 58-60, doi:10.1097/01.NURSE.0000432926.12742.a2

Arriola Riestra, I., Santos Marino, J., Martínez Rodríguez, N., Barona Dorado, C. y Marínez-González, J.M. (2009). Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontoalógico. *Avances en odontoestomatología*, vol. 25 (1): 29-34.

Basterra Gabarró, M. (1999) El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*, vol. 1: 97-106.

Bergman- Evans, B. (2013). Improving Medication Management for Older Adult Clients Residing in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 39, 11-17, doi: 10.3928/00989134-20130904-01

Filié Haddad, M., Satie Takamiya, A., Martins da Silva, E.M. y Barros Barbosa, D. (2009). Farmacología en la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa. *Gerokomos*, vol. 20 (1), 22-27

Garay Lillo, J. (2006). Uso y abuso de la medicación en los mayores. *Geriatríka*, vol. 22(6): 211-212

Hammerlein, A., Derendorf, H. y Lowenthal, D.T. (1998). Modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas en los ancianos. *Clinical Pharmacokinetics*, vol. 35: 49-64

Montes Santiago, J., Casariego Vales, E., de Toro Santos, M. y Mosquera E. (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicía Clínica*, vol. 73 (Supl.1): S7-S14

Ollero Baturone M. (2007). Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. Editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. ISBN: 978-84-690-6500-6

Santos-Ramos, B., Otero López, M.J., Galván-Banqueri, M., Alfaro-Lara, E.R., Vega-Coca, M.D., Nieto-Martín, M.D. y Ollero-Baturone, M. (2012). Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farmacia hospitalaria*, vol. 36(6):506-517, doi: 10.7399/FH.2012.36.6.52

Souza P.M., Santos Neto L.L., Kusano L.T.E. (2007). Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Rev. Saúe Pública*, 41(6):49-53.

Tiberio López G. (2001). Nociones sobre la farmacoterapia en el paciente de edad. *Geriatríka*, vol. 17(1): 17-22

Valderrama Gama, E., Rodríguez Artalejo, F., Palacios Díaz, A., Gabarre Orús, P. y Pérez del Molino Martín, J. (1998) Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Revista española de Salud Pública*, vol. 72:209-319.

Vicente Aymat L y Rodríguez Díez del Corral E. (2007). Polifarmacia en el paciente anciano. *Jano*, volumen 1.660, 40-44

Wharshaw G. (2006) Introduction: Advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations*, 30: 5-10

CAPÍTULO 16

La sustancia de la vida reside en la ocupación

*Raquel García Reyes**, *Verónica Milagros Ramos Parra***, y *Ana Isabel Lozano Zorrilla***
*Enfermera (España), ** C.H. Torrecárdenas. Almería (España)

Introducción

La idea de que los cambios que se producen cuando nos hacemos mayores son exclusivamente negativos suele ser comúnmente aceptada. (Pérez, 2006).

fundamentalmente al fenómeno de envejecimiento poblacional y a la tendencia cada vez más arraigada socialmente de “dar vida a los años” (Leiva, 1995; Bayarre, Pérez y Menéndez, 2008).

La mayor parte de las personas mayores gozan de buena salud física y mental y menos de un 14% de ellas presenta dependencia derivada de una discapacidad total para las actividades de la vida diaria (Limón Mendizábal, M. y Ortega Navas, 2011).

Cada vez es más importante el hecho de que la realización de una vida activa, con práctica de actividades y ejercicios físicos, ayuda a prevenir enfermedades y mejora el estado de ánimo. (Bautista, Martínez, Pinilla y Daza, 2011).

En los últimos años, los países europeos han desarrollado y potenciado estrategias políticas con el objetivo de conseguir una mayor participación en programas de actividad física y deporte, diseñados específicamente para los mayores (Bauman, 2002; United States Department of Health and Human Services, 1996). Por ejemplo podemos observar la guía publicada en Physical Activity Guidelines for Americans (United States Department of Health and Human Services, 2008) donde se aconseja mantener una práctica de actividad física regular, con el propósito de reducir los problemas ocasionados por la vida sedentaria. También destacamos las Directrices de Actividad Física de la Unión Europea (UE Health & Sport, 2008), cuya finalidad es la misma que la anterior guía.

En España también disponemos de nuestras propias estrategias para potenciar la actividad física en este colectivo, tal como describe el Plan Integral para la promoción del Deporte y la Actividad Física en personas mayores, elaborado por el Consejo Superior de Deportes (Pont Geis, Llano Ruiz, Soler Vila, Burriel Paloma, Casajús Mallén, Fontecha Martínez, Fortuño Godes, Merino Mandy, Márquez Rosa, Monzú García y Soler Vila, 2009), el cual hace hincapié en la importancia de ser físicamente activo en la vejez y recalca la escasez de estrategias políticas y sociocomunitarias para facilitar el acceso de las personas mayores a programas de ejercicio adaptados a sus necesidades, capacidades, interés y motivaciones.

Martín, Del Castillo y Ferro (2012) pusieron de relieve que un simple aspecto como es el estatus socioeconómico de las personas mayores, el cual es definitivo para la realización de actividades físicas en la vejez.

Mosquera y Puig (2002) se escudan en la suposición de que la menor participación en la práctica deportiva de las personas mayores no se debe a razones de orden «biológico», sino rigurosamente de un perfil generacional y estereotipado. Esta suposición fue confirmada en el estudio realizado en Madrid por Graupera, Martínez del Castillo y Martín (2003) y en España por Martín, Moscoso, Martínez del Castillo y Ferro (2009).

Con todo ello, se demuestra que las variables que aseguran una forma de vida activa y menos sedentaria en la población española son: el nivel de estudios (si se tiene posesión de titulación universitaria o estudios superiores aumenta la posibilidad de realizar ejercicio físico como un hábito diario), la actividad profesional que se realiza anteriormente a la jubilación (haber sido físicamente activo en etapas anteriores), la situación socio-comunitaria y socioeconómica del individuo y la práctica deportiva de los padres que es observada durante la infancia y que produce el efecto de incluirlo como un hábito, todas ellas conforman los pilares más importantes para crear hábitos de vida saludables respecto a la esfera físico-deportiva y/o tiempo libre o de ocio en las personas mayores (Martín *et al.*, 2009).

Profundizando, Martín *et al.* (2012) enumera como elementos determinantes para la práctica deportiva, el soporte social percibido en edad adulta, la disponibilidad de instalaciones y espacios para practicar y la gran variedad de ofertas de actividades ajustadas a sus propias necesidades.

Objetivo

El objetivo es la evaluación de aspectos de los estilos y hábitos de vida saludables en adultos mayores de 60 años (actividad y práctica de ejercicio físico), atendiendo a variables como edad, estado civil y género; y otras variables como: peso, talla, porcentaje de grasa, perímetro cintura, fuerza muscular en miembros inferiores y resistencia aeróbica y medición de la aptitud física.

Método

Participantes:

La muestra está compuesta por 100 personas en edades entre 60-85 años, el 48% eran hombres y el 52% mujeres. Para ello, se atiende variables sociodemográficas como el género, el estado civil y la edad que se distribuyó en seis grupos de edades (60-65,65-70,80-85 y 85 o más 90) y otras variables como: peso, talla, porcentaje de grasa, perímetro cintura, fuerza muscular en miembros inferiores y resistencia aeróbica y medición de la aptitud física.

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad y género.

| Grupo de Edad | | Total |
|---------------|---|--------|
| 60-65 | N | 300 |
| | % | 30% |
| 65 -70 | N | 200 |
| | % | 16,36% |
| 80-85 | N | 100 |
| | % | 8,2% |
| > 85 | N | 80 |
| | % | 6,5% |

Instrumentos

Se realizó un Cuestionario de Necesidades y Demandas de Usuarios de Servicios Sociales para Mayores (Linares, Herrera, Fuentes y Acién, 2008), formado por un total de 69 ítems; seleccionando las preguntas más específicas relacionadas con la frecuencia de actividades y ejercicios físicos. Teniendo éstas, cuatro alternativas posibles de respuesta: no realiza, realiza ejercicio una vez al mes, lo realiza una vez a la semana, o diariamente. La recogida de datos se lleva a cabo mediante el protocolo de SFT, establecido por Rikli (2000), para la aptitud física y para las variables antropométricas básicas según el ACSM (2009).

Procedimiento

Para la recogida de datos, los integrantes de este estudio se desplazaron a diferentes centros de día y residencias que previamente habían dado su consentimiento. Del total de las preguntas, se atiende a las cuestiones específicas relacionadas con la frecuencia de actividades y ejercicios físicos.

Análisis de datos

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional-experimental y descriptivo (aleatorizado controlado), de carácter transversal. Los parámetros descriptivos fueron realizados mediante el análisis de frecuencias en la realización de ejercicio físico a través de cuestionarios, teniendo en cuenta el género y la edad.

Resultados

- Se observó que los hombres realizaron más ejercicio físico que las mujeres.
- Alrededor del 60% de los hombres realiza ejercicio físico a diario o casi a diaria, frente a un 50% de las mujeres. Además un 10% de las mujeres no realizaba ningún tipo de ejercicio.

Tabla 2. Tabla de contingencia de realización de actividad física, según el género y edad

| Frecuencia Ejercicio Físico | Género | | Total | |
|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|
| | H | M | | |
| No realizo ningún ejercicio | N | 48 | 52 | 100 |
| | % | 20,7% | 29,7% | 25,4% |
| Una vez al mes | N | 30 | 40 | 70 |
| | % | 4,3% | 5,4 % | 5,8% |
| Una vez por semana | N | 70 | 52 | 120 |
| | % | 12,5% | 7,1 | 12,4% |
| Diariamente o casi | N | 280 | 370 | 650 |
| | % | 58,0% | 41,0% | 52,1% |

- Se destaca que el 70% de mujeres realizaba la realización de actividades físicas como cocinar, lavar, hacer la compra o planchar, frente al 30% que no realizo estas actividades.
- Se observa que a partir de los 80 años es cuando se registra una menor tendencia en la realización de actividad física.
- Clasificando las variables antropométricas en relación con el IMC el (46%) de la población estaba en sobrepeso, el (22 %) en obesidad grado I, el (6%) en obesidad grado II, el (2 %) en obesidad grado III y el (24 %) en niveles normales.
- Se pudo observar que hay una relación directa de la edad con el porcentaje graso y el perímetro de cintura, resistencia aeróbica, fuerza de piernas y flexibilidad.
- Se observo que el 46% presentan sobrepeso y presenta un nivel alto de riesgo cardiovascular.

Discusión/Conclusiones.

Observamos que el perfil que menor ejercicio físico realiza es: mujer, viudo/a y mayor de 85 años, en cambio la realización de actividades como cocinar, lavar, etc.; las suelen realizarlas con mayor asiduidad.

Los resultados sobre la frecuencia de realización de ejercicio físico nos demuestran que han aumentado en nuestra muestra (más de la mitad), pero también se pudo observar en datos hallados por Andrade y Pizarro (2007), donde sólo el 5% de personas mayores de 65 años realiza ejercicio físico.

Por otro lado, tener una vida conyugal con aumenta tener mayor satisfacción y calidad de vida (Gázquez, Pérez-Fuentes, Lucas, y Yuste, 2008).

En este sentido, los casados muestran mayor frecuencia media en la realización de ejercicio físico, aunque la diferencia respecto a los solteros es escasa, también considerar que esta variable socio demográfica es poca considerada en este tipo de estudios.

Moreno y Gutiérrez (1998) hallaron también diferencias entre casados y solteros, haciendo hincapié en que la razón diferenciadora entre ambos grupos para la realización del ejercicio físico, es la motivación.

Por otro lado, el hecho de que la mujer se ocupe de los quehaceres domestico, podría ser una de las razones en la menor frecuencia en actividades deportivas o físicas. Esto nos demuestra que socialmente existe una visión estereotipada y errónea. Por ello, especialmente las mujeres, han estado habitualmente relegadas del deporte moderno (García Ferrando, 2006; Barata, 2001; Vázquez, 2002). A pesar de ello, y como han señalado Mosquera y Puig (2002), cuando ha sido viable (mejora de la calidad de vida, ofertas específicas...) han empezado a sentirse atraídas por el deporte y lo han asociado a su forma de vida.

La franja de personas mayores crece más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, produciéndose un envejecimiento acelerado de la población y un aumento en la esperanza de vida.

Este aumento de la esperanza de vida es fruto de las políticas sociales y sociosanitarias y del crecimiento socioeconómico e implica un replanteamiento de conceptos y propuestas por parte de la sociedad: se trata de un reto que solamente se podrá afrontar con información y programas específicos sobre envejecimiento activo y a través de la promoción de una imagen positiva de las personas mayores, de incrementar su rol activo y de que su valor redunde en otras generaciones.

Para ello, el desarrollo de hábitos de vida saludable, físicos y mentales, la formación a través del reconocimiento de capacidades y competencias, la promoción de la igualdad de oportunidades, el

fomento de la autoestima y la participación de las personas mayores en la sociedad, desde su experiencia, formación, valores, incidiendo en el papel de la familia y la comunidad. Se confirma que el envejecimiento activo es una realidad innegable, al tiempo que se rompe con los estereotipos negativos sobre la senectud (Gázquez et al., 2008).

Por ello, se hace necesario ampliar el campo de estudio de la actividad física en mayores, alejando estereotipos. Basándonos en de estas evidencias, podemos afirmar que la mejor terapia bio-psico-social, de la que disponemos, es la práctica de ejercicio físico regular, a través de la inclusión de programas enfocados y adaptados a personas mayores, siempre y cuando estos cuenten con profesionales de la actividad física para su dirección o supervisión, además del respaldo de instituciones públicas. El objetivo de dichas prácticas físicas, sería conseguir un mejor estado de salud y calidad de vida, lo cual favorecería a mantener o mejorar la independencia funcional dentro de un grupo poblacional que está experimentando un crecimiento exponencial y una mayor esperanza de vida.

Por otra parte, la realización de ejercicio o la actividad física regular ha puesto de manifiesto ser eficaz en el aumento de la densidad mineral ósea, en la mejora del equilibrio con la consecutiva reducción de caídas que en este período de la vida pueden finalizar en pérdida de la funcionalidad y de la independencia personal.

Finalmente, creo que debemos reflexionar acerca de invertir en programas y políticas socio-comunitarias específicas en la esfera del ejercicio o actividad física de calidad dirigido a la población mayor que deben realizar expertos cualificados con un dominio completo de las complejas interrelaciones bio-psico-social en las que se encuentran englobados nuestros mayores.

Referencias

- ACSM (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*; 41, 1510-1530.
- Andrade, F. y Pizarro, J. (2007). *Beneficios de la actividad física en el adulto mayor*. Chile.
- Barata, N. P. (2001). La situación de la mujer en el deporte al iniciarse el siglo XXI. In *Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI* (pp. 67-82). Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Bauman, Z. (2002). *La cultura como praxis*. Barcelona: Paidós
- Bautista, J. E. C., Martínez, E. R. G., Pinilla, M. I. y Daza, K. D. R. (2011). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Revista Salud Uis*, 43(3), 263-270.
- Bayarre, H.D., Pérez, J. y Menéndez, J. (2008). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la Calidad de Vida objetiva en la tercera edad. *Geroinfo*, 1(3).
- García Ferrando, M. (2006). Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. *Consejo Superior de Deportes-Centro de Investigaciones Sociológicas*. Madrid.
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Lucas, F. y Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333.
- Graupera, J. L., Martínez, J. y Martín, B. (2003). Factores motivacionales, actitudes y hábitos de práctica de actividad física en las mujeres mayores. *Serie ICD de Investigación en Ciencias del Deporte*, 35, 181-222.
- Leiva, F. (1995). La Calidad de Vida como método de valoración de las actuaciones en atención primaria. *Atención Primaria*, 16(1), 130-137.
- Limón, M.R. y Ortega, M.C. (2011) Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6,225-238.
- Linares, J. J. G., Herrera, R. R., Fuentes, M. D. C. P. y Ación, F. L. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 117-126.
- Martín, M., Del Castillo, J. M. y Ferro, S. L. (2012). Impulsando la práctica de actividades físico-deportivas en la vejez. *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, (11), 23-40.
- Martín, M., Moscoso, D., Martínez del Castillo, J. y Ferro, S. (2009). La práctica deportiva en España: desigualdades entre mujeres y hombres en la población joven, adulta y mayor. In *CD de Actas del I Congreso Internacional de Cultura y Género: La cultura en el cuerpo, Alicante: SIEG Universidad Miguel Hernández*.
- Moreno, J.A. y Gutierrez, M. (1998). Motivos de práctica en los programas de actividades acuáticas. *Askesis*, 2, 1-16.
- Mosquera, M. J. y Puig, N. (2002). Género y edad en el deporte. M. García Ferrando, N. Puig, F. Lagardera (Comps.). *Sociología del Deporte*, 114-141.
- Pérez, A. T. (2006). Libro Blanco para las personas en situación de dependencia en España. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (60), 47-56.

Pont, P., Llano, M., Soler, A., Burriel, J.C., Casajús, J.A., Fontecha, C., Fortuño, J., Merino, A., Márquez, S., Monzú, J.P. y Soler, A.(2009). *Plan Integral para la promoción del Deporte y la Actividad Física en personas mayores*. Madrid. Consejo Superior de Deportes.

Rikli, R. E. (2000). Reliability, validity, and methodological issues in assessing physical activity in older adults. *Research quarterly for exercise and sport*, 71(sup2), 89-96.

UE Health y Sport (2008). *Directrices de Actividad Física de la UE, "Deporte y Salud"*. Bruselas: Grupo de trabajo de la UE.

United States. Department of Health, & Human Services. (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. DIANE Publishing.

United States. Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Rockville, MD. Retrieved August 17, 2013.

Vázquez, B. (2002). Mujeres y actividades físico-deportivas. *Investigaciones en Ciencias del Deporte*, 35.

CAPÍTULO 17

Igualdad de acceso a los recursos sociosanitarios y diversidad cultural

Ana María Núñez-Negrillo* y Antonia Pérez-Lázaro**

**Universidad de Granada (España), **Centro de Salud de Guadix, Granada (España)*

Introducción

La sociedad actual es una sociedad plural, multiétnica, en la que interaccionan personas de muy distintos orígenes (Rehaag, 2006). Su procedencia determina su idioma, costumbres, ideologías, formas de relacionarse y de vivir. Algunos grupos de personas insertados en nuestro entorno llegan a constituir un colectivo numeroso con el que convivimos. Como pueden ser, en el caso de España, los latinoamericanos, los provenientes del norte de África, los europeos del resto de Europa, incluyendo los romá o gitanos.

Por nuestra particular experiencia hemos decidido centrarnos en la comunidad gitana. Tras trabajar en ámbitos con gran porcentaje de esta población en relación a otras comunidades y ser mayoritario en comparación con otros municipios o ciudades españolas.

Existen recursos, tan avanzados como el consejo genético, en el que nos centraremos a continuación, que no ha conseguido llegar a los colectivos de mayor riesgo (Ferrer, 2003).

Para ello, es preciso darles difusión, compartirlos haciéndolos accesibles, no se puede demandar algo que se desconoce (Méndez, 2004).

Por ello nuestra obligación es brindar conocimiento y ofrecer los medios disponibles, en función de las necesidades particulares de los individuos (Freire y Navarro-López, 2004).

Los sanitarios necesitamos ser conscientes de nuestros propios planteamientos, sesgos o prejuicios culturales para que podamos realmente mejorar la calidad del servicio (Belintxon y López-Dicastillo, 2014). Muchos científicos sociales trabajan de acuerdo con manuales, resultados de investigaciones y teorías psicopedagógicas. Las consecuencias, por tanto, de acuerdo con Pedersen (1988), son "... la institucionalización del racismo, el sexismo y otras formas de prejuicio cultural". Es importante, pues, que los profesionales valoremos nuestras propias premisas y sesgos culturales y seamos conscientes de ellos (Plaza y Soriano, 2009). No podemos asumir que todas las personas comparten una medida común de lo que puede ser considerado como conducta "normal".

El lenguaje constituye una barrera para la comunicación, ejemplificado en nuestro país en algunas comunidades autónomas en las que la inmigración juega un papel importante (García y Serrano, 2009). Lógicamente la solución no es solo la comprensión de un sistema fonológico y gramático sino también la aceptación y aprendizaje de la cultura del usuario por parte del sanitario.

El éxito de la relación terapéutica depende a su vez de la conexión establecida y del rol del sanitario. No la favorecen ni actitudes paternalista ni impositoras (Vidal, Adamuz y Feliu, 2009). El profesional sanitario debería mantenerse en una posición de ayuda hacia cualquier grupo de personas cuyos principios culturales están siendo vulnerados, bien por su origen, ideología, religión, idioma, nivel económico, nivel educativo, hábitos, etc. Los profesionales de la salud deben garantizar el mismo elevado nivel de calidad de los procesos asistenciales sanitarios, adaptando, tanto como sea posible, su propia forma de intervención a las necesidades de los diferentes grupos sociales, incluso, a comportamientos y hábitos de cada individuo (Marrero, 2013).

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es, describir un caso objeto de estudio para reflexionar sobre la accesibilidad a los recursos de la población.

Explorar la atención a la diversidad social a través del abordaje de la consanguinidad.

Investigar si el acceso a los recursos sociosanitarios se adecua a las necesidades de una sociedad multicultural.

Metodología

Para la elaboración del trabajo ha sido necesario revisar de manera sistemática gran cantidad de artículos, libros y revistas en los que se exponía el tema a tratar. Lo hemos abordado de esta manera porque para conseguir formar a diferentes personas es necesario conocer a fondo el tema.

La búsqueda bibliográfica de forma detallada ha tenido una duración de tres meses, los buscadores utilizados han sido Proquest, Scielo, Enfermería al día, Pubmed y Cinahl. En estas bases de datos se ha modificado en diversas ocasiones el tipo de búsqueda, debido a la gran cantidad de artículos encontrados a través de la búsqueda simple. En ocasiones, se introdujeron una serie de restricciones como la fecha de publicación de los documentos, restringiéndola a los últimos 10 años. Como operadores booleanos elegimos AND, OR y NOT, * y comillas, para poder excluir gran cantidad de documentación no relevante para nuestro estudio y acceder más fácilmente a los más importantes y relacionados con nuestro trabajo.

La selección de las palabras clave (tanto en español como en inglés), se efectuó gracias a los descriptores DeCS, utilizamos: recursos sociosanitarios, consejo genético, diversidad cultural, matrimonio consanguíneo, hemofilia y gitanos.

Resultados/estado de la cuestión

Los matrimonios consanguíneos, caracterizados por estar emparentados con un ancestro común (primos hermanos, primos segundos, tíos/as-sobrinas/os o combinación o suma de alguno de ellos) resultan relevantes por sus posibles consecuencias genéticas. Determinadas áreas con elevada densidad de población (como Asia, India, norte de África y Oriente Medio) y otras poblaciones que han sufrido procesos migratorios y que constituyen minorías étnicas (romá/sinti/gitanos, magrebíes-árabes, inmigrantes del este y sur de Asia, sobre todo pakistaníes...) eligen, e incluso, favorecen estas estrategias matrimoniales entre el 20-50% de las ocasiones (Bittles, 1991; Bittles, 2001).

Estos colectivos establecen su residencia y, siguiendo a sus antepasados, continúan con sus prácticas de matrimonio (edad de entrada al matrimonio temprana, mayor periodo eugenésico, importancia de la natalidad, endogamia y consanguinidad). Eligiendo generalmente a un primo/a hermano/a para su casamiento. En la comunidad gitana la frecuencia de las uniones con parientes o familiares supone en torno al 40 por ciento cuando se observa con una profundidad genealógica mayor de tres generaciones, y en torno al 25 por ciento cuando se consideran sólo los matrimonios entre personas con un grado de parentesco de primos segundos o mayor, es decir, que tienen, al menos dos bisabuelos en común (Gamella, 2008).

Además de por su marcado carácter cultural e histórico, estos enlaces se continúan realizando habitualmente por sus efectos beneficiosos económicos o socio-culturales. Sin embargo, la consanguinidad tiene otras consecuencias a nivel genético. “Los efectos genéticos de la consanguinidad se derivan del hecho de que un individuo consanguíneo puede portar una dosis doble de un gen que estaba presente en una dosis simple en el antepasado común.” “Intuitivamente, esperamos que... los rasgos recesivos ocurrirán con creciente frecuencia en la progenie de los enlaces consanguíneos”. (Cavalli-Sforza, 1971). En otras palabras, los matrimonios consanguíneos aumentan la probabilidad de que se asocien dos alelos autosómicos recesivos en estado homocigótico para un carácter, en los genes de los hijos. En principio no es negativo, pero si los genes implicados transmiten un trastorno, patología o

defecto congénito, requerirán una intervención apropiada ofreciendo información para reducir la incidencia de repercusiones biológicas y genéticas deletéreas identificables. Estas circunstancias para los individuos generan un aumento potencial de la morbi-mortalidad y un mayor gasto para los sistemas sanitarios. La oferta del consejo genético precoz y de las pruebas disponibles para el diagnóstico antes del embarazo, paliarían en gran medida el problema descrito.

A nivel global la mejora de las condiciones socioeconómicas repercute en el descenso de las enfermedades crónicas y las provocadas por microorganismos generando un aumento de la calidad de vida. Principalmente debido a las mejoras de los servicios públicos de salud y la introducción de mayores controles de las patologías infecciosas y nutricionales. También, se han favorecido los cuidados de salud y mejorado los diagnósticos previos para la prevención y detección de enfermedades genéticas o congénitas y otras nuevas, ocasionándose una transición epidemiológica. En la época actual la genética médica alcanza un importante papel preocupándose de la variabilidad humana y del desarrollo de métodos que permiten enfoques nuevos. El vertiginoso avance del conocimiento científico debe ir acompañado de un adecuado consejo e información a la población.

Consejo genético

En los años 60 se introdujeron por primera vez los servicios de consejo genético y todavía hoy no existe una definición satisfactoria. Se considera el asesoramiento genético como un proceso de educación y comunicación, que aborda la transmisión y el riesgo de desarrollo de desórdenes hereditarios (Mueller, 2001), además de ofrecer las diferentes opciones disponibles para evitarlos. Incluye tanto atención a pacientes y familias (con anomalías congénitas y del desarrollo, retraso mental, anomalías cromosómicas, enfermedades hereditarias o cáncer familiar) como a las gestantes con riesgo de embarazo (con anomalías congénitas y del desarrollo, enfermedades hereditarias o anomalías cromosómicas). Dentro de los programas de atención materno-infantil se debería implementar una consulta de genética comunitaria o al menos, tratar de expandir las consultas de asesoramiento genético a nivel de atención primaria.

Una preocupación importante para los profesionales sanitarios es la salud de determinadas poblaciones, especialmente en algunos países donde son una minoría importante y donde puede surgir discriminación, exclusión social e incluso, racismo. Los profesionales de la salud involucrados en atender a las poblaciones inmigrantes deben poner en activo un mecanismo de mutua aproximación que favorezca vínculos y confianza entre ambos colectivos.

Es imperativa la formación de los profesionales para atender sociedades cada vez más plurales y diversas. Conociendo las especiales características socio-culturales de estas poblaciones se podrá atender y facilitar una información adecuada y, garantizar una asistencia de calidad. En ocasiones, estas poblaciones son reacias a solicitar consejo genético por temores más que a las recomendaciones a las "órdenes" que reciben relacionadas con una perspectiva cultural no compartida ni entendida. O simplemente no acuden preventivamente al sistema sanitario debido a otros factores ideológicos.

"Debido al fenómeno de la inmigración se deben desarrollar políticas de carácter general que aporten recursos y respuestas a las necesidades y oportunidades que plantea la diversidad creciente de la población" (Torre et al., 2006). Es necesario explorar mecanismos que a nivel local comprendan esas necesidades de salud específicas y las formas de enfrentarlos. Por ejemplo, apoyando a las personas que superando las barreras discriminatorias y de acceso han logrado acercarse a las ciencias de la salud y pueden colaborar desarrollando relaciones con "líderes" o personas con gran influencia, de las diferentes comunidades (patriarcas, imanes, pastores...), estableciéndose relaciones de confianza, y ejerciendo programas que reflejen sus particulares necesidades. Tener presente el diagnóstico prenatal y que la población pida consejo genético considerándolo prioritario.

Por otro lado, implica la necesidad de estructurar medidas adecuadas para ejercer la prevención primaria en las situaciones en que pueda ejercerse. De este modo, se podrá disminuir la frecuencia de

ciertas anomalías congénitas y consiguientemente, las minusvalías que producen esas enfermedades o desordenes recesivos hereditarios asociados.

Por todo ello, es muy importante que los profesionales perfeccionen sus destrezas, mejorando para aumentar sus habilidades en la atención a la diversidad cultural tras aumentar sus conocimientos, y practicar actitudes y comportamientos adecuados a ella, a través de programas específicos de formación que garanticen la equidad, competencia cultural y la calidad de los profesionales (Torre et al., 2006).

Es preciso examinar, "desde el primer contacto, el estado emocional, educacional, cultural, socioeconómico y otros aspectos que pueden influir en la comunicación, siendo necesario establecer una adecuada empatía a partir del intercambio inicial" (Pérez, Adamuz y Feliu, 2006). Es recomendable establecer la comunicación utilizando un lenguaje y terminología adaptándolos a los individuos. Todo esto debe efectuarse en un ambiente que facilite la privacidad, con el fin de lograr fluidez de información en ambas direcciones (Rojas, 2003).

En el proceso de comunicación entre el asesor y la familia, el principal objetivo es proporcionar con un lenguaje claro y sencillo, la información general y específica en relación a la enfermedad, al riesgo biológico, su probabilidad de recurrencia, de transmitirla y las posibilidades de prevenirla, además de la planificación familiar y de alertar a los asesorados de los potenciales problemas y peligros que se puedan encontrar o existan. "Advertir que todas las preguntas no podrán ser respondidas en la primera sesión por lo que es imprescindible un seguimiento, generalmente a largo plazo" (Pérez, 2003).

La utilización del material informativo que ellos puedan conservar y releer, si es necesario, constituye un soporte en el proceso de Asesoramiento Genético, para toda la familia y mejora la asimilación y comprensión de la información administrada.

El apoyo también debe estar encaminado a la esfera psicológica: Las emociones; tratando de disminuir los sentimientos de culpa, la angustia, el miedo, evitar el estrés psicológico y elevar la autoestima manteniendo la armonía entre la pareja y también con el resto de la familia (Pérez, Adamuz y Feliu, 2006).

Se debe brindar apoyo psicológico desde la primera consulta de asesoramiento genético siendo de gran valor para la pareja afectada y sus familiares, para que la pareja afronte las limitaciones de su embarazo, además de que perciba los riesgos a los que está sometida.

Destacamos la importancia de un diagnóstico precoz de las posibles enfermedades para una mejor evolución. El diagnóstico prenatal, durante las últimas tres décadas, ha posibilitado detectar anomalías en el feto. Aunque en ocasiones resulta difícil para algunos padres solicitar un diagnóstico prenatal, pues cabe la posibilidad de tener que interrumpir prematuramente el embarazo.

Los obstetras pueden ayudar a los pacientes y familiares de fetos afectados, en el proceso de toma de decisión informada en relación al manejo del embarazo, si profundizan en el conocimiento del problema y comprenden el asesoramiento genético aportado.

Es preciso que los involucrados conozcan las diferentes posibilidades de anticoncepción y dar información de las distintas posibilidades de opciones reproductivas; la pareja puede decidir continuar el embarazo asumiendo el riesgo, tras entender la información recibida del asesor genético.

En el diagnóstico prenatal, el seguimiento es de gran valor ya que es un objetivo prioritario mantener contacto con la pareja afectada. En primer lugar, informando sobre las posibilidades y expectativas, además de valorar los avances y descubrimientos que se realicen en relación al problema. Además de conseguir verificar si la información ofrecida ya sido comprendida. (Torre et al., 2006).

Hay una necesidad evidente de investigación acerca de la salud de determinados grupos minoritarios muy representativos en muchas poblaciones; con un énfasis especial sobre las enfermedades transmisibles y también sobre las intervenciones que mejoran su salud.

Tal investigación debe ser manejada con sensibilidad, reconociendo el contexto social y político de las sociedades en cuestión.

En resumen, consideramos imprescindible establecer pautas de actuación y una adaptación de los servicios sanitarios para desarrollar las actividades profesionales sanitarias teniendo en cuenta estas minorías. Es necesario informar convenientemente a estas poblaciones mediante un servicio de planificación familiar, llevando a cabo consejo genético, diagnóstico prenatal y un mayor control de la gestación, en muchos casos inexistente, con programas de atención a la salud sexual y reproductiva. Programas reflexivos y enfocados culturalmente en función de los elementos distintivos de los sistemas de género, matrimonio y parentesco de las poblaciones implicadas. Con ellos se trata de disminuir y prevenir las enfermedades y desordenes recesivos hereditarios asociados. Tras conocer las especiales características socio-culturales se debe facilitar información y consejo genético con sensibilidad y respeto para no crear procesos de estigmatización o prejuicios hacia las minorías étnicas en general, y hacia estas parejas, en particular. Por lo que la asistencia sanitaria debe dotarse de los recursos humanos, sociosanitarios y de infraestructura que respondan a las necesidades reales. Y no sólo esto, sino que se adapten a las características particulares de las distintas familias.

Descripción de un caso

Si bien es cierto que el asesoramiento genético debería ser un “servicio público de genética clínica multidisciplinar, integral y armonizado, que garantice la accesibilidad y la equidad en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, percibimos que no se consigue en nuestra región de estudio. La red de recursos sanitarios disponibles no es accesible a toda la población en igualdad de condiciones.

Primero por el desconocimiento de la existencia o funcionamiento de los servicios de genética tanto de los profesionales, como de los propios usuarios.

Segundo porque no existen estrategias de comunicación interdisciplinar para dar esa respuesta integral, coordinada, equitativa, de alta calidad y sostenible de la que la Salud Pública habla.

Tercero porque el hecho de pertenecer a un colectivo culturalmente diferenciado de la mayoría, dificulta el acceso a la información y a los recursos. Quizás, no de forma intencionada, pero igualmente con resultado negativo. Relacionado tanto con el desconocimiento del otro (su sistema de prácticas, costumbres, creencias y significados) que difieren del mayoritario, por parte de los profesionales, así como de un problema institucional al no contemplar la atención a la diversidad en los planes formativos, decisiones políticas, económicas, sociales... en los nuevos contextos que generan sociedades plurales.

Cuarto, el alto coste de las técnicas y del mantenimiento del programa de consejo genético, suponen una barrera estructural. El planteamiento del recurso es inmejorable, pero si no funciona con el potencial con el cual se creó, induce negativamente en la rentabilidad económica y de salud de la población subsidiaria de éste.

Consideramos que las decisiones políticas, económicas, sanitarias... deben ser coherentes con la viabilidad de los proyectos y ser sometidas a evaluación previa.

Aunque existen numerosos casos apropiados para ser explicados con detalle. Expondremos un caso concreto a continuación para ejemplificar la complejidad y el alcance de la situación. Las parejas consanguíneas dentro de la población gitana son muy numerosas, incluso actualmente, y su número no parece decrecer, en contra de lo que se cree, según las investigaciones (Bittles, 2001), al menos en nuestra región de estudio.

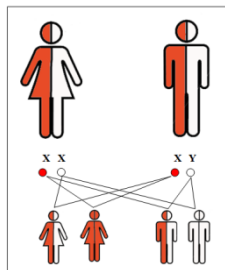
Como ejemplo, María y Manuel (nombres ficticios), una pareja gitana joven, de 32 años ella, 35 años él, casados desde el 1998. A pesar de que no refieren relación de parentesco, sus padres eran primos segundos y sus abuelos, primos hermanos. Por lo tanto, como mínimo son primos segundos y terceros, compartiendo los genes de un antecesor común entre sí (siendo su coeficiente de inbreeding o posibilidad de que dos alelos de un ancestro común coincidan en el mismo locus en su descendencia, $F=0,023$).

La evaluación del riesgo se realiza mediante pruebas presintomáticas y predictivas, con diagnóstico prenatal y detección de portadores de trastornos autosómicos recesivos y ligados al cromosoma X. Es complicado en familias amplias, con patrones hereditarios complejos y se dificulta por la identificación

de miembros de la familia. Además la predicción podría verse afectada por otros factores como el origen parental, la heterogeneidad genética o la penetrancia del gen.

Formar una familia ha sido uno de los pilares de su unión, al igual que ocurre con la mayoría de familias gitanas en las que la descendencia es un factor muy relevante, al que le dan gran importancia. Actualmente tienen dos hijos varones y un deseo frustrado de tener una hija. Sus cinco abortos, el último de ellos hace siete años con seis meses de gestación, no han minado su determinación. Recientemente ha sido diagnosticada de obesidad mórbida (IMC= 43'5), anemia ferropénica, hipotiroidismo primario y miomas uterinos.

Imagen 1. Herencia de genes recesivos ligados al cromosoma X



Fuente: elaboración propia

No ha sido hasta el diagnóstico de hemofilia de uno de los hijos de María y Manuel cuando se ha decidido realizar un estudio genético de los padres. Pero, no se ha planteado la posibilidad de elección de sexo como forma de evitar patologías que mejoren la salud y la calidad de la vida de su familia, en particular y de su comunidad, en general.

La hemofilia es una patología hereditaria en la que el gen mutado está ligado al cromosoma sexual X y es recesivo, lo que le dota de unas características muy particulares. En la actualidad, las personas que la padecen pueden llevar una vida perfectamente normal pues incluso se pueden autoadministrar por vía intravenosa el factor antihemofílico deficitario (factor VIII o IX). En España, tiene una incidencia de uno de cada 15.000 nacimientos.

Con un padre hemofílico y una madre portadora: si tiene hijas el 50% serán portadoras sanas y el otro 50% hemofílicas. En cuanto a los hijos varones (como sólo reciben un cromosoma X de la madre), el 50% serán hemofílicos y el 50% serán sanos no portadores (porque reciben el cromosoma X sano).

Implícitamente en el caso puede observarse una trayectoria que, actualmente, ha conducido a que prime la necesidad profesional de “esterilizar” o evitar una nueva gestación, sin ni siquiera ofrecer la oportunidad de elegir sexo a los padres. Es el profesional el que decide que recursos oferta en base a sus propias creencias excluyendo la decisión del “otro”. Y en último extremo es el propio sistema con sus procedimientos para primar la reducción del gasto por parte de los profesionales quien introduce la limitación de tiempo de dedicación y atención al paciente y la restricción en el acceso y utilización de los recursos.

Lógicamente en época de crisis, los recursos, sobre todo si son costosos, como es el caso, disminuyen, incidiendo más negativamente entre las clases más desfavorecidas, que en muchos casos coincide que son las que más lo necesitan. Y por supuesto, si el acceso no tiene una adecuada equidad geográfica ni la suficiente flexibilidad organizativa, es difícil que la población acceda a ellos. Por otro

lado hay que sumarle que el desconocimiento o la inaccesibilidad a la información hace imposible que los recursos puedan ser utilizados y aprovechados para mejorar la salud de determinados colectivos.

Conclusiones

Es necesario concienciarse sobre la necesidad de formación en este campo (Belintxon y López-Dicastillo, 2014). Históricamente la formación de competencias multiculturales en los programas sanitarios no se han tenido demasiado en cuenta (Comelles y Bernal, 2007).

Hoy en día, se considera una necesidad imperiosa la atención a la diversidad (Plaza y Soriano, 2009). Es preciso organizar los recursos de los que disponemos para ello. Y nos podemos plantear para reflexionar sobre ello si el problema que subyace es estructural (si no se centra en la sociedad plural en la que vivimos) o de actitudes de los profesionales.

La población gitana presenta unas características determinadas, constituyen un grupo cultural diferenciado, en el diseño y aplicación de protocolos, cuidados y servicios en salud y es preciso atender de manera específica sus necesidades (Ferrer, 2003).

Aportamos tres recomendaciones:

Primero, el conocimiento de los antecedentes culturales de las personas que acuden al sistema sanitario permitirá al profesional una mejor comprensión de los mismos y sus problemas, ya que esos problemas, a menudo, proceden del entorno sociocultural donde viven (Marrero, 2013). Los profesionales debemos adquirir una comprensión amplia y sofisticada de cómo la cultura condiciona las percepciones, creencias, actitudes y conductas de todas las personas y no sólo de las que son señaladas como culturalmente diferentes (Plaza y Soriano, 2009). Así, los sanitarios deberíamos comprender tanto en la teoría como en la práctica el concepto fundamental de “cultura”. Esta comprensión nos permitirá ser sensibles a los aspectos comunes dentro de los grupos, así como a la diversidad de grupos y de miembros dentro de los mismos.

En segundo lugar, sería conveniente que los profesionales reconociéramos el fuerte peso que los presupuestos o premisas del mundo occidental tienen en las teorías y técnicas relacionadas con la salud/enfermedad. Las personas de diferentes entornos socioculturales no sólo experimentan distintos tipos de problemas, sino que también los conceptualizan de forma diferente y poseen sus propias ideas sobre cómo solventarlos (Freire y Navarro-López, 2004). Es decir, las personas de otras culturas puede que no compartan los principios, expectativas o enfoques que el sanitario posee de la salud. Por tanto, los profesionales deberíamos conocer sus propias premisas, estrategias y habilidades de orientación y poder con ello, hacer frente a este reto profesional.

Por último, es recomendable que los profesionales sanitarios aprendamos que las habilidades o destrezas profesionales y de comunicación tradicionales puede que tengan que modificarse en función del contexto donde uno desempeña su trabajo (García y Serrano, 2009). El énfasis sobre algunos conceptos (sexualidad, importancia de las personas mayores, etc.) puede ser un ejemplo de una habilidad o destreza que pueda mostrarse útil para unos individuos dentro de una determinada cultura y no ser apropiado para otros.

Referencias

- Belintxon, M., & López-Dicastillo, O. (2014). Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 3, pp. 401-409). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Bittles, A.H. (2001). Consanguinity and its relevance to clinical genetics. *Clinical Genetics*, 60, 89-98.
- Bittles, A.H., Mason, W.M., Greene, J., y Appaji Rao, N. (1991). Reproductive behavior and health in consanguineous marriages. *Science*, 252, 789-794.
- Canadian College of Medical Geneticists. Training Guidelines. Recuperado de http://www.ccmg-ccgm.org/documents/Training/Guidelines/train_clinical.pdf

- Cavalli-Sforza, L.L., Bodmer, W.F. (1971). *The Genetics of Human Populations*. San Francisco, W. H.: Freeman and Co.
- Comelles, J. M., & Bernal, M. (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *HUMANIAS Humanidades Médicas*, 13.
- Ferrer, F. (2003). The health status of the gypsy community in Spain: a review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 17, 02-08.
- Freire, J. M., y Navarro-Lopez, V. (2004). La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. *El estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos*, 239-91.
- Gamella, J.F. y Martín, E. (2008). "Vente conmigo primita" El matrimonio entre primos hermanos en los gitanos andaluces. *Gazeta de Antropología*, 24(2).
- García Beyaert, S., y Serrano Pons, J. (2009). Recursos para superar las barreras lingüístico-culturales en los servicios de salud. *Manual de atención al inmigrante, Ergon: Barcelona, Madrid*, 53-57.
- Hamamy, H.A., and Al-Hakkak, Z.S. (1989). Consanguinity and reproductive health in Iraq. *Human Heredity*, 39(5), 271-275.
- Khlat, M., and Khudr, A. (1986). Religious endogamy and consanguinity in marriage patterns in Beirut, Lebanon. *Social Biology*, 33(1-2), 138-145.
- Marrero González, C. M. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE, Revista de Enfermería.*, 7(2).
- Méndez, E. (2004). Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario. *Quadern Caps*, 32, 18-23.
- Mueller, R., Young I.D. (2001) *Alteraciones cromosómicas. Genética Médica*. 10ma. ed. Madrid: Ed. Marbon.
- Pedersen, P. B. (1988). *A handbook for development multicultural awareness*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Pérez, E. T. (2003). *Metodología del asesoramiento genético* (conferencias 3ª maestría de Asesoramiento Genético): Ciudad de La Habana.
- Pérez González, C., Castillo Agramante, D., López Camejo, I. (2006). Metodología de asesoramiento genético para una pareja con diagnóstico prenatal del síndrome 47 XXX. *Mediciego revista de la salud en Ciego de Ávila*, 12(1).
- Plaza del Pino, F. J., & Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), 190-194.
- Rehaag, I. (2006). Reflexiones acerca de la interculturalidad. *CPU-e. Revista de Investigación educativa*. 2. Disponible en:
<http://www.uv.mx/cpue/num2/critica/RehaagReflexionesInterculturalidad.htm#>
- Rojas, B.I. (2003). *Principios del asesoramiento genético* (conferencias 3ª maestría de Asesoramiento Genético): Ciudad de La Habana.
- Torre, J. de la, Coll, C., Coloma, M., Martín, J.I., Padrón, E., González González, N.L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 1), 49-61.
- Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J. y Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3).

CAPÍTULO 18

Visión de la vejez a través de los medios de comunicación

María Isabel Ventura Miranda*, Jéssica García González**, Sandra Sue Torres Giner***, Natalia Sáez Donaire***, Jesús David Abenza Hurtado****, y Pedro Sáez Paredes****

*CEE “*Santísimo Cristo de la Misericordia*” Murcia (España), **RPM “*Domingo Sastre*” Lorca, Murcia (España), ***RPM “*Domingo Sastre*” Lorca, Murcia (España), ****Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia (España)

Introducción

El aumento de la vejez en nuestra sociedad es un hecho evidente que muestra el aumento de las condiciones de vida y sociales que han favorecido el incremento de la esperanza de vida.

El aumento de la población anciana, los sistemas de producción, los actuales modelos de familias, las características y dimensiones de las viviendas, los servicios sociales y los proyectos económicos solicitados por la nueva situación demográfica se traducen en importantes consecuencias sociales, sanitarias, económicas, geográficas y políticas, de los derechos humanos en toda su amplitud, de un número aumentado de personas con edades superiores a los 65 años pedirán una integración plena. (Hernández, 2006).

En abril del año 2002, se celebró en España la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En este foro se hizo especial hincapié en asuntos relacionados con las características de la evolución hacia el envejecimiento y el desarrollo, las recientes directrices para la jubilación, la agrupación entre el ámbito público y el privado, el incremento de la unión intergeneracional y la imagen social de la ancianidad y la vejez.

En este contexto, como refiere Hernández (2006), los medios de comunicación social componen una pieza esencial como formadores del juicio público. Por este motivo, la sociedad tiene una opinión de las personas mayores que depende, en mayor medida, de la imagen que las mismas emiten en estos medios, tanto a nivel escrito como audiovisual y, en esta línea, ésta es una competencia que les repercute muy directamente.

Siendo más del 17% de la población, su presencia es escasa e inadecuada. La imagen que los medios dan de los mayores no refleja su realidad. En nuestra sociedad las personas que ya no son jóvenes no tienen cabida en los medios de comunicación y eso que pretenden representar escenas cotidianas. (Díaz, 2013).

Características del momento demográfico en el que estamos son el envejecimiento progresivo de la población, actualmente el 17% supera los 65 años de edad, una pérdida de peso relativo de la población inferior a los 15 años, una alta esperanza de vida, una caída de la tasa de nupcialidad y un descenso espectacular de la tasa de natalidad que nos sitúa en el país con la tasa de natalidad más baja del mundo

Determinados estudios demográficos, como los que se han realizado desde el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona, estiman que en 2026 la mayoría de la población dependiente será mayor de 65 años, aproximadamente un 58% de la población. (García, Ortiz y Gómez, 2003).

El término de viejo o anciano es, desde el punto de vista de la sociología, aquel que en la sociedad en la que vive, así lo describe. Nos encontramos en una sociedad actualmente industrializada, tecnológicamente moderna y con un predominio hacia lo urbano. En una sociedad en la que predomina la producción y el consumo, donde existe la jubilación y que distribuye a los individuos en productivos y no productivos; una sociedad que forma una barrera que normalmente se establece en los sesenta y cinco

años. La ancianidad no tiene entre sus elementos un colectivo uniforme, no todos los sujetos disponen de una situación económica y social igual, sino que hay grandes desigualdades internas, por motivo de sexo, nivel educativo y de ingresos, clase social y de diversas variables e indicadores con las que se tiene que contar.

En cuanto a la edad física que no todas las personas envejecen al mismo ritmo ni de la misma manera; el entrenamiento físico y cuidado del cuerpo lleva a que muchas personas de edad tengan mejor salud que otras más jóvenes.

La edad psicológica, viene definida por los cambios que se producen en la “psique” por efecto del paso del tiempo. Para Birren (1996), la edad psicológica hace referencia a la situación de los individuos en una población determinada, en relación con la capacidad de adaptación observada o deducida de mediciones de la conducta.

En este asunto, influyen tanto los factores objetivos como los subjetivos. La imagen social que existe sobre la ancianidad tiene que ver con su estatus social, como ocurre a cualquier edad. El estatus es descrito por el rol. Y el rol social hace referencia a las costumbres y competencias de los individuos en relación con los grupos sociales o sociedades a las que corresponden. Es actuar acorde a lo que los demás esperan de cada individuo.

Neugarten (1996/1999), estableció, en función de la edad cronológica dos categorías de vejez: los “jóvenes-vejos” que irían desde los 55 a los 75 años, y los “viejos-vejos” que se situarían a partir de los 75 años.

Otros autores modifican los rangos de edad de estas categorías, así Riley (1988), considera que los “jóvenes-vejos” abarcarían entre los 65 y 74 años, los “viejos-vejos” se situarían entre 75 y 85 años, considerando a los mayores de 85 como los “viejos más viejos”. Dada la carga negativa previa que se le atribuye frecuentemente al concepto de vejez, son muchas las personas mayores que no se sienten representadas bajo esta denominación, y puesto que la mayor parte de ellas poseen buena salud física y mental, sólo un 1 por 100 representa dependencia, es lógico que no acepten ser definidas con un concepto que no se ajusta a su realidad. Desde la infancia se nos transmiten determinadas creencias sobre cómo debe ser una persona de edad y cómo debe comportarse. Los prejuicios que adoptamos son generalizaciones individuales sobre cómo la gente que observamos se comporta y que aspecto adquiere a determinada edad. Sin embargo estos prejuicios no siempre se ajustan a la realidad, así la mayoría parte de informaciones falsas e incompletas, de mensajes percibidos de manera subliminal así como de asociaciones que establecemos entre estímulos que definen a la vejez y otros estímulos incondicionados (dolor, muerte) que provocan respuestas de rechazo. Es importante diferenciar ahora entre creencias, actitudes y estereotipos.

La creencia hace referencia al conocimiento que poseemos sobre un fenómeno, siendo contrastable empíricamente. En la actitud, el aspecto cognitivo propio de la creencia se completa con un componente valorativo-afectivo, es decir, además del conocimiento sobre un fenómeno se añade un componente disposicional negativo o positivo. Así las actitudes negativas en contra de la vejez se reflejan en comportamientos negativos frente a las personas mayores. Los estereotipos son un conjunto de creencias mantenidas por un individuo en relación con un grupo social, son conceptos incorrectamente aprendidos y rígidos a pesar del transcurso del tiempo. (Hernández, 2006).

Romper con los mitos y estereotipos de la vejez conlleva aceptar que hay muchas maneras de envejecer que dependerá de la persona en concreto, de su carácter, de sus experiencias, de la educación recibida, del contexto en que se encuentre, de sus preferencias, hábitos y costumbres, etc. Es decir, implica concebir a las personas mayores no como un grupo social homogéneo y estable, sino más bien formado por personas diferentes entre sí, con problemas diferentes, preocupaciones diferentes y necesidades diferentes. (Fuentes y Navarro, 2002).

En el fondo de la cuestión de los mitos y estereotipos sobre la vejez, se encuentra un profundo desconocimiento de esta etapa vital por gran parte de la población, la vejez, lo mismo que la muerte,

constituye un tabú de primera magnitud para el ser humano. La mayoría basa sus sentimientos en temores primitivos, prejuicios y tópicos más que en un auténtico conocimiento” (Caro y Ramos, 1982, p. 4)

La importancia de los medios de comunicación en el modo en que las personas perciben la vejez. Los medios de comunicación suelen referirse al "problema de envejecer", como algo completamente ajeno a las realidades individuales de todos los involucrados en el proceso comunicacional, a la vez que los programas ilustran destructivamente el paso a la vejez. (Morales, 2000).

Según Anderson y Harwood (2002) los medios transmiten y perpetúan estereotipos de los grupos sociales y estas imágenes afectan en mayor y menor grado las percepciones de los miembros del grupo, de los grupos, y de las relaciones intergrupales. La publicidad televisiva influye en la sociedad moderna. A través de los anuncios se transmiten unos mensajes que pueden ser velozmente incorporados, pues su formato está planteado para captar la atención y el mensaje puede ser comprendido sencillamente por la audiencia.

En los anuncios generalmente se presentan papeles sociales y contextos que son identificables y que no se apartan de los valores culturales prevalentes, fundamentalmente los que hacen alusión al sexo y también a la edad (Manstead y McCulloch, 1981). En estos se divulgan una gran cantidad de estereotipos, entendidos como imágenes o ideas convencionales sobre un grupo de personas que se reconocen sin cuestionar y admiten un juicio de valor. Davis y Davis (1985) afirmaron que la investigación social ratifica que el contenido de la televisión es directamente proporcional a la percepción que la sociedad posee de las personas mayores, siendo la televisión una de las fuentes primordiales de ideas sobre la vida. No obstante, el proceso por el cual influye en las y los espectadores es compliado y difiere según la edad (Plous y Neptune, 1997).

Según García (1999), las actitudes de los sujetos de una comunidad acerca de los mayores está relacionada de manera directa con la imagen que socialmente se tiene de ellos, y esta imagen a su vez está relacionada con la situación social que las personas mayores gozan en su comunidad.

Investigaciones sobre los estereotipos e imágenes asociado a la vejez, afirman que la percepción social de las personas mayores es especialmente negativa. La sociedad actual, que mantiene valores dirigidos a la fuerza, la rapidez para el éxito y la ocupación hacia los bienes materiales, muestra a la vejez cada vez más como un porvenir de desecho.

Según Anderson y Harwood (2002) los medios transmiten y perpetúan estereotipos de los grupos sociales y estas imágenes afectan en mayor y menor grado las percepciones de los miembros del grupo, de los grupos, y de las relaciones intergrupales.

Revisando la historia reciente de la publicidad española encontramos muchos ejemplos donde los ancianos y el escenario rural han sido imagen y escenario de célebres campañas (La Abuela de la Fabada, Casa Tarradellas...). La aparición de personas mayores no ha sido muy habitual en la publicidad hasta ahora. La comunicación publicitaria se ha proyectado, destinado y elaborado para unos espectadores de perfiles muy jóvenes. Aunque, en los últimos años, los anunciantes y la industria de la publicidad, ante el descenso de personas menores de 35 años se han visto obligados a dilatar su mercado a individuos cada vez mayores. (Ramos y Carretón, 2011).

En el año 2002, un informe de la UE expuso que dos de cada tres europeos mayores de 55 años poseían sentimientos de infravaloración por parte de la sociedad y revelaron que *«lo que más les gustaría es que cambiara el trato condescendiente que les da la sociedad y, sobre todo, dejar de ser vistos como una carga»*. (Libro Blanco para el Envejecimiento Activo, 2002).

La publicidad gira en torno al consumo y las personas mayores actuales ocupan importantes cuotas de mercado de bienes, productos y servicios, con una tendencia al crecimiento determinada por el peso demográfico, y por las características del propio colectivo, que las convierte en un emergente colectivo de consumidores. Entre los 65 y los 80 años poseen, por lo general, un adecuado estado de salud —lo que supone que pueden realizar prácticamente las mismas actividades que una persona más joven—, y

una educación y un poder adquisitivo mayor que el de las personas mayores que las han precedido; de ahí el interés del mercado por captar esta franja de consumidores. Ejemplos de productos específicos para este colectivo van desde los elaborados por entidades financieras a los de ocio, pasando por los cosméticos. Un cambio estratégico ha comenzado a fraguarse en el mercado hacia la producción de productos y servicios destinados a las personas mayores.

Hasta hace pocos años, la oferta de productos para personas mayores estaba orientada a paliar las limitaciones físicas que van apareciendo con la edad; sin embargo, actualmente la oferta se ha diversificado y cubre otros ámbitos que, antes, no eran transitados por las personas mayores, y aun así, el mercado dirigido a productos y ayudas técnicas destinados a la discapacidad y dependencia ha dado un salto cualitativo y cuantitativo de gran relevancia.

Las campañas de publicidad en las que se proyecta una imagen de los ancianos en la que realizan las mismas actividades que los demás grupos de la sociedad, han sido impulsadas por las campañas de marketing para la venta de productos y servicios. Un ejemplo claro se encuentra en el sector de los medios de comunicación social donde se han aumentado las propuestas de publicaciones periódicas específicas para personas mayores. La revista «Sesenta y Más» era única cuando comenzó a publicarse hace más de dos décadas y fue concebida con un servicio social más, en este caso informativo, para las personas mayores; de ahí su gratuidad.

Sin embargo, en la actualidad, hay en el mercado una oferta, pequeña aún pero variada.

Mercedes Borrero (2004), en nombre de las Naciones Unidas realiza afirmaciones referentes al rápido envejecimiento de la población y al aumento actual de personas que viven más años. Para el año 2030 en varios países industrializados una de cada tres personas tendrá más de 60 años. Eso significa que los *grupos objetivo* están cambiando. Van a cambiar y a estar compuestos por una alta proporción de personas de más de 60 años. Y los medios, por fuerza del mercado y para poder vender, tendrán que hacer periodismo incluyente, contando también con esa población mayor de 60 años.

Los estudios sobre la imagen de las personas mayores en España son casi nulos, lo que llama enormemente la atención frente al hecho de que el estudio de la imagen de la persona en publicidad se ha convertido, en los últimos años, el objeto primordial es la atención y análisis por parte de investigadores sobre temas relacionados al género, juventud e infancia. (Torrejón, 2004).

Objetivo

El objetivo de la presente revisión es analizar los estudios realizados en los últimos 10 años hasta la fecha con el fin de crear una nueva línea de investigación para visibilizar la realidad de las personas mayores en los medios de comunicación.

Metodología

El presente artículo se trata de una revisión sistemática integrativa sobre la visión de la vejez en los medios de comunicación sintetizando artículos publicados en diferentes bases de datos Elsevier, Lilacs, Scielo, y Dialnet,. Los descriptores utilizados fueron: “medios de comunicación”, “vejez”, “imagen” y “publicidad” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales). En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español y en inglés. Por otro lado, se introdujo sin filtro obteniéndose un total de 17 resultados. Al introducir un nuevo filtro temporal (2003-2014), se redujo a 7 los trabajos que correspondían a este período.

Resultados

Los estudios incluidos en esta revisión muestran que la visibilización de las personas mayores en los medios de comunicación es casi nula e inadecuada. La imagen que se divulga desde los medios no coincide con la realidad de los mayores españoles de hoy, ni refleja su pluralidad. Pero esta dando un

giro ya que son la nueva potencia y por ello cada vez son más emergentes en los medios de comunicación y más reales. Como en el estudio de Bogotá (2004) en el que concluye que los adultos mayores son ignorados de modo considerable en los tiempos de mayor audiencia en la televisión de los Estados Unidos. En España, en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid, Kofi A. Annan expresó que, desde la anterior Asamblea de 1982, el mundo había cambiado tanto que resultaba irreconocible (ONU, 2003: IV). “El análisis de la representación de las personas mayores en la publicidad no constituye aún una temática de estudio específico en la literatura científica española, si bien genera estudios en Norteamérica desde los años setenta” (Smith, 1976; Swayne & Greco 1987). Los distintos análisis verifican una imagen estereotipada, casi siempre con connotaciones negativas y con escasa representación en los anuncios. (Ándres y Lima, 2014).

Discusión/Conclusiones

El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; por lo cual, se constituye en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno de envejecer y asimismo dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención.

La vuelta demográfica hacia la madurez, ha provocado una serie de cambios socioeconómicos y culturales que cambian el papel y la imagen pública de las personas mayores en nuestra sociedad. Los mayores se han convertido en uno de las fracciones de mercado con mayor futuro.

Los mitos y prejuicios, originados en un paradigma que asocia: Envejecimiento- discapacidad-pobreza, conducen inevitablemente a la necesidad de aislamiento, institucionalización. Remiten a la desvalorización propia y ajena y allanan el camino hacia el maltrato, el abuso o el abandono.

Resulta imprescindible entonces, sentar un nuevo marco de valores, que reconozca que las personas mayores son activas, se ocupan de su salud y continúan aportado al crecimiento de su sociedad hasta el final de sus vidas.

Se sostiene que estas actitudes surgen del miedo que las generaciones jóvenes tienen del envejecimiento y de su rechazo a enfrentar los retos económicos y sociales relacionados con el incremento de la población vieja.

Propuestas de cambio

Definición de nuevas políticas relacionadas con la imagen de las personas mayores, partiendo de que la imagen es una construcción social que se forma sobre todo a través de los medios de comunicación.

Para ello será necesario:

1. Repensar la forma en que se presenta la vejez y el envejecimiento en los medios de comunicación, siendo el objetivo final que a medio y largo plazo se consiga una presencia «normalizada» junto a todos los demás grupos sociales.

2. Ampliar nuevos mensajes más representativos de la realidad social vigente, venciendo estereotipos ligados en el pasado, difundiendo a las personas mayores como ciudadanos activos, entablando su visibilidad, prevaleciendo los valores de solidaridad con las demás generaciones, mostrando la pluralidad y acentuando la existencia de mujeres mayores como protagonistas.

3. Hacer valer la importancia cuantitativa y cualitativa que este grupo de cerca de ocho millones de personas representa en la sociedad, desde el punto de vista político, económico, social y cultural, exigiendo el protagonismo, la presencia y la imagen que merece.

4. Impulsar la creación y el uso de canales de expresión y medios de comunicación sobre los mayores, potenciando interlocutores que reconozcan y conozcan la realidad, con el fin de lograr, una buena capacitación de los profesionales en el fenómeno del envejecimiento.

5. Potenciar la voz de las entidades representativas de mayores: consejos, asociaciones,

confederaciones, etc.

6. Promover acciones de divulgación y de pedagogía para que las personas mayores cuiden su imagen, su aspecto físico y sus modos de convivencia, con el fin de conseguir mayores niveles de autoestima y satisfacción personal a la vez que mejora su imagen individual y colectiva.

De modo que lo que tenemos es futuro por venir. *Una sociedad para todas las edades y un periodismo para todas las edades.*

Referencias

- Alvarado, A.M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62 .
- Ándres, S. y Lima, R. (2014). Análisis crítico del discurso publicitario institucional/comercial sobre las personas mayores en España. *Revista Comunicar*.
- Birren, J. (1996). The History of Gerontology. En: Birren J, editor. *Encyclopedia of Psychology*. New York: Academic Press.
- Bogotá, D. C. (2004). *Periodismo y Comunicación para todas las edades*. Colombia: Centro de Psicología Gerontológica CEPISIGER.
- Díaz, L. (2013). La Imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 485.
- Freixas, A. (1998). *La mires como la mires, no las verás. El doble estándar del envejecimiento en la publicidad televisiva*. Universidad de Córdoba: Comunicación y cultura.
- Fuentes, J.L. y Cortés, N. (2002). *Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid, 154.
- García, A.N. (1999). *Manual para monitores de adulto mayor*. Instituto Universitario de ISALUD.
- García, P., Gómez, L. y Ortiz, J. (2003). *Estereotipo de género en publicidad televisiva*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Málaga.
- Gascón, S. (2003). *Imágenes Negativas y estereotipos sobre la vejez*. Una forma de maltrato que incide en las políticas y programas. ISALUD
- Hernández, G. (2006). Sociología de la Vejez. En Millán Calenti, J.C. (comp) *Principios de Geriátría y Gerontología* (pp 59-63). Barcelona: S.A. Mc Graw-Hill / interamericana de España.
- Libro Blanco para el Envejecimiento Activo*. (2002). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Morales, M. E. (2000). *Chile Envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario*. Recuperado de <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien.htm>.
- Neugarten, B.L. y Datan, N. (1996/1999). Perspectivas sociológicas del ciclo vital. En B. Neugarten, Los significados de la edad (pp. 107-130). Barcelona: Herder.
- Plous, S. y Neptuno, D. (1997). Racial and Gender biases in Magazine Advertising. *Psychology a/Women Quarterly*, 21(62). Printed in the United States of America.
- Ramos-Soler, I. y Carretón-Ballester, M.C. (2012). Presencia y representación de las personas mayores en la publicidad televisiva: el caso español. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(2), 55-61.
- Sánchez Caro, J., y Ramos, F. (1982). *La vejez y sus mitos* (p. 4). Barcelona: Salvat.
- Tarrés, S.(2002). Vejez y sociedad multicultural. *Gazeta de Antropología*, 18(5), 3-4.
- Torrejón, M.J. (2007). *Imaginario social de la vejez y el envejecimiento. Análisis de Contenido de Prensa Escrita: El Mercurio, Las Últimas Noticias y La Cuarta*. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Magíster en Antropología y Desarrollo.

CAPÍTULO 19

Utilidad de las escalas de valoración funcional en el paciente anciano

Diego José Moreno López*, Carmen López Buil**, y M^a Carmen Moreno López***

Serprevent SL (España)*, *Resistida Asistida de Diputación, Almería (España)*, ****Distrito Almería (España)*

Introducción

El proceso de envejecimiento supone la aparición de una serie de cambios, no solo a nivel físico y mental sino también desde el punto de vista social, lo que puede repercutir en la capacidad funcional del adulto mayor, ocasionando una pérdida de autonomía y la consecuente aparición de los tan temido problemas de dependencia.

La tendencia en Salud Pública en los últimos años tiende a valorar cada vez con más énfasis el impacto que los problemas de salud tienen tanto a nivel de la calidad de vida de las personas, sobretodo en la población más frágil, como lo que supone éstos en el uso de servicios sanitarios (Cid-Ruzafa, 1997). Estas circunstancias hacen que el concepto de discapacidad y dependencia vaya adquiriendo una importancia y relevancia cada vez mayor

Para los profesionales sanitarios, sobre todo los que desarrollan su actividad en el ámbito de la atención primaria es fundamental conocer la situación basal de los pacientes, conocer su medio y como se desenvuelven en él; es decir, realizar una valoración desde un punto de vista integral evaluando las capacidades y problemas con un enfoque bio-psico-social con el objetivo de ofrecer un plan de cuidados individualizado (Ribera, 2008). De esta tendencia surge el concepto de valoración geriátrica integral.

Rubenstein fue el primero en definir el concepto de valoración geriátrica integral tan en boga en los últimos años, lo define como “el proceso de diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo” (Rubenstein, 1987) o con otras palabras “la evaluación multidisciplinaria en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas del mayor, se registran los recursos y posibilidades del individuos, se asesora la necesidad de servicios y se desarrolla un plan de cuidados” (American Geriatrics Society, 1990). La valoración geriátrica integral tiene entre sus objetivos: conocer la situación basal del paciente, mejorar la precisión diagnóstica, evaluar la repercusión de las diferentes enfermedades, diseñar planes de cuidado y de tratamientos, así como el seguimiento de éstos, optimizar el uso de recursos sanitarios sociales

Se ha demostrado que la realización de este tipo de valoración no solo supone un aumento de supervivencia y una mejoría importante a nivel cognitivo y afectivo, sino una reducción de fármacos en el tratamiento así como una disminución de ingresos hospitalarios; lo que se traduce no solo una mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes, la minimización del grado de incapacidad y la disminución del de el periodo de vida dependiente sino en una reducción importante del coste de asistencia global (Guillén, 1995). Para facilitar esta labor y unificar criterios entre los distintos profesionales tenemos a nuestra disposición una serie de herramientas que nos van a servir de complemento para la elaboración de nuestras valoraciones, son las diferentes escalas de valoración; teniendo siempre presente que son una orientación y dan apoyo a una visión de conjunto que poseemos de nuestros pacientes.

Aunque como hemos dicho, la valoración debe ser integral, teniendo en cuenta no solo aspectos clínicos, sino también funcionales, mentales y sociales. En este trabajo nos centraremos más concretamente en la valoración funcional del adulto mayor y en las diferentes herramientas de las que disponemos para llevarla a cabo. Estableciendo como objetivo actualizar y conocer las diferentes escalas de las que disponemos para realizar una valoración completa y estudiar los beneficios e idoneidad que pueden tener unas sobre otras en función de las características del paciente que tengamos (Gil, 2011).

Metodología

Para la elaboración de este trabajo nos hemos apoyado en manuales y tratados específicos de Geriátrica, más concretamente revisando los capítulos que versan sobre la valoración en la especialidad de Geriátrica y los instrumentos que poseemos para ello. Además de la realización de una búsqueda exhaustiva en bases de datos especializadas en salud como son: Uptodate, Scielo, Pubmed-Medline y Cochrane. Los descriptores utilizados fueron: “evaluación”, “anciano”, “utilidad”, “escalas”, “valoración funcional”.

Los resultados de la búsqueda en primer lugar fueron demasiado extensos, por lo que limitados la misma a artículos publicados en castellano y en inglés, sobre todo los realizados en España, con el objetivo de encontrar unos resultados realizados con una población que se ajustara a las características de la población con la que trabajamos. Recurrimos también a un filtro temporal, es decir los publicados en los últimos 10 años. De la búsqueda escogimos aquellos que se adecuaban al objetivo de nuestro trabajo, aquellos que desgranaban y establecían comparativa entre las distintas escalas.

Resultados/Estado de la cuestión

La capacidad funcional de un individuo mayor se define como “la habilidad de la que dispone el individuo para realizar con éxito las actividades de la vida diaria de forma autónoma e independiente” (Cruz, 2006).

La OMS establece diferentes grados de pérdida de la función (Ribera, 2008):

- Deficiencia, pérdida de una estructura o de una función corporal como consecuencia de una enfermedad.
- Incapacidad, imposibilidad para realizar una actividad que es normal para la edad y condición del sujeto.
- Dependencia o dificultad, necesidad de otras personas para realizar o suplir la función perdida.

En Geriátrica distinguimos diferentes áreas de evaluación dentro de la evaluación funcional, que miden en distinto grado la capacidad para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria, entre las que distinguimos: básicas, instrumentales y avanzadas.

Las actividades básicas, son las necesarias para el cuidado personal, son universales y transculturales. Presentan una jerarquización de menor a mayor complejidad y se adquieren desde la etapa infantil en ese orden. La pérdida de éstas en procesos degenerativos por ejemplo, se realiza en orden inverso, es decir, se pierden antes la habilidad para la realización de actividades más complejas y posteriormente las más básicas. Entre estas actividades se encuentran, en orden de menor a mayor complejidad: autoalimentarse, control esfínteres, desplazarse, vestirse, aseo personal y baño.

Las actividades instrumentales, son aquellas que necesitamos para establecer una relación con el entorno que nos rodea. No son universales ni transculturales, varían en función del entorno. No se ha establecido un orden jerárquico claro en ellas (Trigaz-Ferrín, 2011).

Por último, las actividades avanzadas, no son indispensables para tener independencia, son todas las actividades que implican un desarrollo personal. Son muy influenciadas por el entorno, el nivel socioeconómico y cultural. Prácticamente su uso queda restringido a valoraciones en estudios de investigación, ya que no se evalúan de forma rutinaria.

La afectación en las actividades básicas, llevan implícito en la mayoría de casos la existencia de una patología que lo justifique, aunque su integridad no es garantía de ausencia de la misma. A diferencia de las instrumentales, que si bien, su alteración suele estar presente en estadios iniciales de patologías limitantes, no tienen una implicación clínica tan clara; tienen más valor predictivo para afectación a nivel cognitivo, tanto en casos de deterioro cognitivo y en demencias incipientes.

Si bien en sus orígenes, la valoración geriátrica se realizaba de una forma arbitraria, totalmente intuitiva y subjetiva. A partir de la década de los sesenta y setenta con el nacimiento del concepto de valoración geriátrica integral se intenta dotar al sanitario de instrumentos o escalas que faciliten esta labor y además mejoren la objetividad de la misma, dotándola de un carácter más universal y homogeneizando esta labor. Con este objetivo surgen las escalas de valoración funcional, cuyas características son (Mussol, 2002; Sanjoaquín Romero, 2006).

-Objetividad: se evalúan conceptos determinados previamente, con un objetivo concreto. No deja a criterio del evaluador.

-Cuantificación: siempre se permite la evaluación o gradación de la actividad evaluada.

-Validez: esto nos garantiza que mide aquello para lo que se ha diseñado.

-Reproducibilidad: el resultado del objeto a evaluar será el mismo en diferentes momentos y circunstancias. Siempre que no haya cambios en la situación del paciente.

-Fiabilidad: obtendremos resultados similares aunque el evaluador sea diferente.

-Sensibilidad al cambio.

-Transmisión de información: para interpretación de diferentes evaluadores se vuelve más rápida y sencilla.

Todas estas características hacen de las escalas herramientas objetivas, fáciles y sencillas de manejar; que colocan a términos más imprecisos como “paciente con vida cama-sillón” o “paciente semidependiente” en el baúl de los recuerdos, es decir, se encuentran en la actualidad totalmente obsoletos (Fontana, 2015).

*Escalas de valoración para la medición de actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

-**ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE CRUZ ROJA** (Guillén, 1972): surge en el año 1972 en el Hospital Central de Cruz Roja. Su simplicidad hizo que al inicio de su nacimiento fuera ampliamente utilizada, pero en la actualidad se encuentra prácticamente en desuso y desplazada por otras escalas debido a ciertas limitaciones que desarrollaremos más tarde. La aplicación consiste en designar al paciente evaluado en la categoría que mejor lo defina, siendo el grado 0 totalmente independiente y el 5 (máximo) totalmente dependiente. El test consiste en la valoración de ABVD, dando un especial protagonismo a la movilidad y al control de esfínteres. Estableciendo en función de la mayor o menor independencia para la movilización, si precisa o no ayuda tanto de personal como de elementos físicos y el grado de continencia de esfínteres (Ribera, 2008)

Se realiza, interrogando al propio paciente o en su defecto a un familiar si éste se encontrara impedido.

La concordancia de ésta escala con otras de uso más extendido como el Índice de Katz o de Barthel, se produce solo en los grados extremos, es decir en individuos dependientes o muy independientes, este hecho y la imprecisión de sus ítems, la aportación aislada de datos como la situación de continencia, ha hecho que su uso en la actualidad se encuentre muy reducido.

-**ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** (Katz, 1963): este índice aparece como resultado de un grupo de investigadores del Hospital de Ohio (Cleveland) en los años setenta. Evalúa la dependencia/independencia de 6 ABVD entre las que establece un orden jerárquico, estableciendo una clasificación en 7 grados desde la independencia total (grado A) hasta de la dependencia total (grado G). Se evalúa el grado de dependencia o independencia de actividades como: bañarse, vestirse, alimentarse, movilidad o uso de retrete (Trigás Ferrín, 2011). Se trata de un elemento válido, con alta consistencia interna, reproducibilidad intrae interobservador y concordancia con otras escalas como por ejemplo la de Barthel (Fontana, 2015).

Se ha demostrado una mayor utilidad al aplicarlo en pacientes institucionalizados, en tención domiciliaria o en hospitales de larga estancia durante ingresos prolongados, debido a su capacidad predictiva de mortalidad tanto a largo como a corto plazo y el riesgo de institucionalización. Como rasgo negativo, es poco sensible a cambios menores en la situación del paciente.

-**ÍNDICE DE BARTHEL** (Mahoney, 1965): creado en los años sesenta en un hospital estadounidense de larga estancia, es una de las herramientas más utilizadas en el territorio europeo para valorar las ABVD. Basado en el análisis de 10 actividades básicas (alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso de retrete y movilidad en diferentes circunstancias) las cuales estratifica en diferentes grados de dependencia/independencia al que corresponde una puntuación determinada (Trigás Ferrín, 2011). La puntuación total puede oscilar de 0 puntos, dependiente total a 100 puntos, totalmente independiente. Como valores intermedios establece: dependencia grave (puntuación menor a 45 puntos), dependencia moderada (entre 45 y 60 puntos) y dependencia leve (mayor de 60 puntos). (Ribera, 2008; Gil Gregorio, 2011).

Sin duda, es la escala de mayor uso en nuestro medio en el momento actual. Al establecer una comparativa con otros índices como el de Katz observamos algunas ventajas, como el desglose del control de ambos esfínteres y las divisiones que realiza de los desplazamientos esto lo hace la escala más sensible para la medición de ABVD. Presenta además una concordancia elevada con otras escalas y posee una fiabilidad tanto inter como intraobservador muy elevada. Puntuaciones bajas presentan valor predictivo de deterioro funcional, institucionalización y mortalidad; mientras que valores elevados se correlacionan con un buen pronóstico rehabilitador.

Múltiples estudios le dan un gran valor sobre todo en pacientes que precisan un tratamiento rehabilitador posterior, por ejemplo aquellos que sufren secuelas de un ictus o se encuentran en proceso de recuperación de una fractura de cadera. (Trigás-Ferrín, 2011)

*Escalas de valoración para la medición de actividades instrumentales:

-**ÍNDICE DE LAWTON** (Lawton, 1969): de origen estadounidense, es el instrumento de medición de ABVD instrumentales más usado en España e internacionalmente. Consiste en la evaluación de ocho actividades habituales: capacidad de usar el teléfono, ir de compras, cocinar, cuidados domésticos, lavado de ropa, medios de transporte, toma de medicación habitual y manejo del dinero; en las que se establece diferentes matices con el objetivo de valorar diferentes grados de la misma actividad, otorgándole una puntuación de 0 o 1, la puntuación final oscilará entre 0 y 8 puntos. Como aspecto negativo, destaca una característica propia de las actividades instrumentales, van a estar influidas por factores externos al individuo, sociales, del entorno o por ejemplo relativos al sexo (como actividades domésticas que han sido clásicamente realizadas por mujeres). (Ribera, 2008; Trigás-Ferrín, 2011)

-CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES DE PFEIFFER (Pfeiffer, 1975): es la más actual de las escalas, surge con la intención de evaluar actividades sociales en personas sanas y con algún grado de deterioro cognitivo, así surge el Functional Activities Questionnaire (FAQ). Posteriormente surgen otras versiones en castellano, las más extendida es una adaptación del original que incluye 11 grupos de actividades en las que se incluyen acciones propias de la vida diaria respecto a cómo se relaciona en sociedad y a la capacidad de desenvolverse en su vida diaria; algunas con menor influencia por aspectos sociales y del entorno, lo que nos da una valoración más precisa de la capacidad del individuo. Se podría considerar una versión mejorada del Índice de Lawton, ya la correlación entre ambas es muy precisa. Se realiza interrogando a alguna persona cercana, obteniendo una puntuación de 0 a 33 (Ribera, 2008), considerándose patológico y con una fuerte asociación con clínica de demencia las puntuaciones por debajo de 6 o 7.

Discusión/Conclusiones

Como conclusión podemos destacar que en la actualidad las escalas de valoración suponen una herramienta de vital importancia para una valoración universal y objetiva, fácilmente interpretable por diferentes personas para valorar la capacidad funcional del anciano, y de este modo incidir sobre aquellos aspectos más delicados o que mayor riesgo puedan suponer para la vida cotidiana de este grupo poblacional. En lo que respecta a la valoración de actividades básicas de la vida diaria el Índice de Barthel adquiere un protagonismo superior al resto de escalas, siendo la más utilizada en este momento en nuestro medio. En la valoración de actividades instrumentales, el cuestionario de Pfeiffer y las versiones modificadas del mismo están adquiriendo una posición privilegiada para la valoración de este tipo de actividades, presentando mayor uso que el Índice de Lawton, hasta el momento la más utilizada, ya que elimina la influencia social y del entorno sobre las actividades a valorar. Una correcta valoración nos va a permitir una valoración del nivel de dependencia de la población adulta mayor, enfatizar en una prevención primaria y detectar riesgo potenciales que puedan suponer una pérdida de independencia con todos los riesgos asociados.

Referencias

- Cid, J., Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71, 177-137.
- Cruz, A.J., González, J.I., Alarcón, T. Rexach, S.L. (2006). Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Barcelona: Prous Science.
- Fontana, C., Estany, J., Pujol, J., Segarra, I., Jordan, Y. (2015). Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la Vida Diaria. Experiencia de Aplicación en Población geriátrica de Ámbito rural. *Enfermería Clínica*, 12(2), 47-53.
- Gil, P., González, P., Gutiérrez, J., Verdejo, C. (2011). Manual del residente de Geriátrica. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Eds.). Valoración Geriátrica como instrumento (pp16-23). Madrid: Grupo Marte.
- Guillén, F., López, P. (1995). Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. *Valoración Geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. Medicine*, 6(87), 3845-3853.
- Mussol, J. (2002). Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37 (NM 5), 249-53.
- Ribera, J.M., Cruz, A. (2008). Geriátrica en Atención Primaria. Aula Médica Ediciones. Valoración geriátrica. Evaluación de la función física y de la marcha. (pp. 19-32). Madrid: Aula Médica.
- Rubenstein, L.Z. (1987). Geriatric assessment: an overview of its impact. *Clin. Geriatr. Med*, 3, 1-15.
- Trigás, M., Ferreira, L., Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin*, 72 (1), 11-16.
- Mahoney, F.I., Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Guillén, F., García, F.A. (1972). Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 7, 339-346.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc*, 23, 433-444.

CAPÍTULO 20

Plasticidad Neuronal en el Envejecimiento

M^a de las Mercedes Hidalgo Collazos

Servicio Andaluz de Salud. Hospital Torrecárdenas, Almería (España)

La plasticidad cerebral se refiere a la capacidad que posee el SNC para cambiar (Ortega, Loubon y Franco 2010), así como de adaptación para reducir los efectos de lesiones del desarrollo o bien adquiridas a lo largo de la vida, modificando su propia organización funcional y estructural, principalmente la cortical (León-Sarmiento et col. 2008). Sucede en cualquier momento de la vida, ya que si bien el tejido nervioso joven tiene mayor capacidad de recuperación.

Durante bastante tiempo se ha estimado que la organización de las conexiones sinápticas, así como el mapa cerebral era una estructura inmutable de modo que las neuronas perdidas eran irre recuperables, mermando así las capacidades intelectuales y destrezas adquiridas mediante el proceso del aprendizaje a lo largo de la vida, por el cual obtenemos conocimientos sobre el entorno. (León-Sarmiento et col. 2008). Por otro lado, la memoria se ha descrito como un proceso cerebral que permite el almacenamiento de información a corto y largo plazo. (Rosales-Reynoso et al. 2014), estando ambos procesos íntimamente ligados.

En esta misma línea, Ortega, Loubon y Franco (2010) afirman que los recuerdos son transmitidos por las variaciones de la sensibilidad de transmisión neuronal, siendo estas variaciones las que generan nuevas vías, llamadas “huellas de memoria”, pudiendo ser activadas por la mente para reproducir los recuerdos.

Si nos remitimos a los antecedentes científicos, encontramos que hace unos 20 años, se descubrió la plasticidad innata del cerebro humano, con experimentos animales que demostraban la reversibilidad del deterioro cognitivo y el envejecimiento, con los estímulos adecuados.

Ya en 1941, Luria creó un hospital neuro-quirúrgico (en la Aldehuela de Kisegach en los Urales del Sur) para la atención de enfermos con heridas cerebrales, sentando las bases de la neuropsicología moderna. Sus objetivos eran principalmente dos:

- 1) Plantear métodos para el diagnóstico de lesiones cerebrales locales y sus efectos colaterales.
- 2) Desarrollar métodos científicos para la rehabilitación neuropsicológica.

Igualmente, Hebb en su libro "La organización de la conducta" (1985) planteó la idea de “plasticidad dependiente del uso”. Actualmente, este concepto sigue en vigor para el entendimiento del concepto de plasticidad sináptica y alteraciones asociadas al envejecimiento.

Hoy en día, la investigación ha demostrado que la disfunción cerebral no es irreparable. Por el contrario, el cerebro sigue desarrollando nuevas neuronas durante toda la vida en respuesta a la actividad mental.

La rehabilitación neuropsicológica en población geriátrica, es un modalidad por la que se está apostando en los últimos tiempos, dado el aumento de la población geriátrica y de la expectativa de vida, intentando dar explicación a aquellas consecuencias conductuales derivadas de un daño cerebral de forma holística, contemplando la función cerebral como un todo. (Rivera et col. 2007)

En este sentido, se han venido realizando diversos estudios, como los publicados por Kilgard y Merzenich (1998) que pusieron de relieve que para mantener una buena actividad cerebral, no basta con practicar lo que ya se conoce, sino aprender nuevas habilidades de forma que el cerebro continúe aprendiendo. Esto demuestra que los mapas sensoriales pueden ser modificados con la experiencia.

Por otro lado, también Luria estableció una de las teorías mas aceptadas como causa del deterioro

vital: la de los radicales libres, que postula que el daño sostenido, infligido por la exposición ininterrumpida por oxidantes, es el punto fundamental tras la pérdida de la función celular.

El alto contenido en lípidos del tejido nervioso central, así como su gran actividad metabólica lo hace extremadamente sensible a la oxidación celular. (Martínez-Lazcano et col. 2010)

Aunque los estudios realizados acerca de la plasticidad neuronal no llegan a un consenso claro con respecto a nuevos mapas neuronales, se siguen investigando los cambios en las conexiones neuronales. En el laboratorio de neurología de la Rockefeller University de Nueva York, se trabaja actualmente en este sentido estudiando dichas modificaciones, mediante el acoplamiento de proteínas fluorescentes a neuronas individuales para captar después imágenes de sinapsis.

Las evidencias nos muestran que para minimizar el deterioro cognitivo es necesario preverlo de una forma holística.

Objetivos

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar los avances obtenidos en la investigación científica respecto a la plasticidad neuronal y la presencia de nuevos mapas de conexiones neuronales, derivados de la interacción del individuo con su entorno a lo largo del ciclo vital.

Metodología

Para la realización de esta revisión se ha llevado a cabo un búsqueda sistemática retrospectiva en las bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet, Cuiden y Cochrane Plus, así como Revistas y Publicaciones en: *Kranion*, *Fomerly Archives of Neurology*, *Educare*, *Revista Española de Neuropsicología*, e *IMedPub Journal*. También se han utilizado Bibliotecas digitales de las Universidades de Chile, Rockefeller University y Murcia. Asimismo se han revisado dos Tesis Doctorales de la Universidad de Buenos Aires y Granada.

Se limitó la búsqueda a los artículos en español e inglés. Se han usado como descriptores “plasticidad sináptica”, “deterioro cognitivo”, “oxidación celular” y “memoria”, acotando la búsqueda entre los años 2000 hasta 2014, obteniéndose un total de 120 resultados, de los cuales se redujo a 25 los trabajos encontrados al introducir un nuevo filtro temporal entre 2007 y 2014, variando los estudios realizados en nuevas perspectivas y descubrimientos, siempre basados en los anteriores.

Resultados.

Según las referencias consultadas, a lo largo del proceso de envejecimiento normal el cerebro presenta cambios cuantitativos y cualitativos en número de neuronas, extensión dendrítica y número y estructura de sinapsis. (Coleman y Flood, 1987; Brody, 1992) Al igual que se estimulan los músculos para una mejor calidad de vida, del mismo modo se estimulan las funciones cerebrales, durante todo el ciclo vital mediante la interacción con el entorno, proporcionando nuevos mapas neuronales con el restablecimiento de conexiones neuronales (plasticidad neuronal) aunque en menor medida que en edades más jóvenes (Rivera, Estrada, Estrada, 2007) manteniéndose en vigor, de este modo, las teorías hebbinas.

Por tanto, son muchos los factores que intervienen en el deterioro cognitivo asociado a la edad, deterioro que debe tratarse de forma holística, estudiando los factores de riesgo tanto los externos como los internos, que resumiremos a continuación.

Los internos son propios de cada individuo como enfermedades crónicas, patologías pasadas y secuelas. Del mismo modo influye la carga genética o predisposición familiar en determinadas patologías como la Diabetes Mellitus, hipertensión, cardiopatías y ciertos tipos de cáncer.

Aunque los circuitos neuronales se instauran genéticamente no están totalmente determinados, de modo que factores externos pueden completarlos e incluso establecer nuevas vías neuronales mediante el

aprendizaje, fomentado de este modo la memoria y la capacidad de desarrollar nuevas habilidades, contribuyendo a una activación de la plasticidad neuronal. (Rivera, Estrada, Estrada, 2007)

La memoria es el resultado del aprendizaje y ambos procesos son imposibles de separar, por tanto podríamos decir que las llamadas “huellas de memoria” es información sensorial que el cerebro almacena procedente de estímulos externos. (Ortega y Franco, 2010) Dichos estímulos forman parte del aprendizaje. Los estudios sobre el aprendizaje tanto a nivel molecular como celular de ambos procesos tienen la base en la plasticidad cerebral. Según Rivera et col. (2007), ya en el decenio de 1980, Schaie y Willis, en una serie de publicaciones, plantearon que el cerebro humano envejecido conservaba una gran capacidad.

Por tanto, los recuerdos son rescatados por la memoria que, según Ortega y Franco (2010), puede reforzarse mediante habilidades y ejercicios de rehabilitación, respondiendo a las adversidades del medio y estableciendo nuevas memorias. Asimismo, estos autores afirman que el aprendizaje es un proceso que modifica la conducta para la adaptación a las condiciones del medio. Es el modo principal de adaptación de los seres vivos.

En este sentido, se han hecho numerosos estudios sobre la mejoría en las AVD y en destrezas cognoscitivas de la población geriátrica sometida a rehabilitación neurológica para mantener un grado aceptable de plasticidad neuronal.

Según Rivera, Estrada y Estrada (2007) la rehabilitación neuropsicológica consiste en un proceso mediante el cual aquellos individuos que presenten deterioro cognitivo pueden mejorar o potenciar sus capacidades para procesar apropiadamente la información y un mejor funcionamiento conductual en la vida diaria.

Se ha demostrado que la remodelación del cerebro puede ser inducida en gran escala a cualquier edad de la vida (Merzenich, 2013; Gilbert et al, 2009). Lo que varía en función de la edad es la manera en la que el cerebro ajusta la plasticidad. En los cerebros de edad mas avanzada, la plasticidad se regula a un ritmo menor que un cerebro joven y mas como una función del contexto.

En cuanto a los factores externos, los cambios sociales y ambientales contribuyen a problemas cognoscitivos en población geriátrica. Cuando estos cambios son adversos sobrevienen enfermedades que son precursoras del deterioro mental. Cabe destacar que un aspecto fundamental para alcanzar una vejez satisfactoria es la socialización de las personas en edad avanzada, ya que la jubilación y en muchos casos la viudez, implica un alto riesgo de depresión que lesiona las relaciones interpersonales provocando aislamiento y por consiguiente demencia (Duran, Orbeoz, y Uribe-Rodríguez, 2008). Todo ello se asocia a una disminución de la actividad física que aumenta las enfermedades crónicas y degenerativas, incluyendo el aparato locomotor que se ve afectado directamente por la falta de socialización.

En este sentido, es sabido que la práctica de ejercicio físico regular es una de los principales factores a tener en cuenta para un envejecimiento saludable, tanto es así que la realización de actividades de este tipo pueden reducir riesgos de graves enfermedades (Castillo-Garzón et al. 2006; Vogel et al. 2009). En la población anciana, se aúnan déficits de visión, fuerza, función articular y tiempo de reacción que contribuyen a provocar anomalías en el equilibrio, conduciendo a caídas muy comunes en este colectivo (Sturnieks, George y Lord, 2008), manifestándose en serias dificultades para la ejecución de actividades físicas como caminar, subir escaleras o estar de pie. Por tanto la práctica de ejercicio físico regular, adecuado y personalizado, es un punto importante como terapia bio-psico-social de la persona mayor. (Aparicio, Carbonell, y Delgado-Fernández, 2010)

Otro factor importante es la malnutrición. En situaciones de soledad, es fácil que se produzcan alteraciones del comportamiento alimentario como rechazo de la comida, además de disfagia y de los problemas dentarios de la edad avanzada. Si a todo ello se asocia una merma importante de los ingresos económicos y además otras patologías crónicas, incluido el Parkinson, resulta muy difícil una alimentación equilibrada y personalizada. (Montejano et al 2014)

En cuanto a la oxidación celular por mediación de los radicales libres es una de las causas que cobra gran importancia en la actualidad, pero este factor influye tanto a nivel interno como externo ya que dependerá de la constitución genética la producción mayor o menor de antioxidantes propios, además de la exposición externa a radicales libres, sobre todo debidos a la alta contaminación ambiental. El organismo posee diferentes dispositivos protectores para el control de un exceso de radicales libres, pero cuando la producción supera la capacidad defensiva del antioxidante se produce el estrés oxidativo. (Martínez-Lazcano et al 2010), además el cerebro es un órgano blanco del estrés oxidativo por su alto contenido en lípidos y su gran actividad metabólica, al igual que el SNC, haciéndolo muy vulnerable a la oxidación celular.

Actualmente la exposición a los radicales libres es mucho mayor debido a la gran contaminación existente. (metales pesados, contaminación del medio ambiente, alimentos procesados, tabaco, pesticidas, entre otros).

Según Álamo González et. col. (2012), uno de los mecanismos de defensa contra los radicales libres es la fosfatidilserina endógena cerebral (de la familia de los fosfolípidos), que posee un gran papel antioxidante ya que ayuda al mantenimiento de las membranas celulares, el crecimiento células, comunicación, transporte de señales, forma parte de membranas celulares internas y además estimula la secreción de neurotransmisores. Estos autores afirman que la fosfatidilserina se podría considerar como un compuesto que aumenta la capacidad cognitiva, facilitando así la memoria y el aprendizaje. Además contribuye a equilibrar la entrada de calcio, disminuida por envejecimiento en las células nerviosas.

Discusión/Conclusiones

Según se ha podido comprobar en esta revisión bibliográfica, la mayoría de trabajos experimentales demuestran que diferentes experiencias y actividades pueden dar lugar a modificaciones en el sistema nervioso. Bajo esta premisa, uno de los objetivos principales en la investigación neurocientífica se orienta a precisar si la potenciación de la plasticidad supondría una mejora positiva en el tratamiento del deterioro cognitivo relacionado con el envejecimiento.

Se puede afirmar que hay muchos factores que influyen en el deterioro cognitivo, de manera que el tratamiento holístico es fundamental para una vejez sana, activa y plena, contribuyendo todo ello a fomentar la plasticidad neuronal. Según algunos estudios revisados (León-Sarmiento et col. 2008), la plasticidad neuronal interviene directamente en el aprendizaje y la memoria, describiéndose ésta como un proceso cerebral de almacenamiento (Rosales-Reynoso et al. 2014) encontrándose alterada en el cerebro envejecido, produciendo un déficit en la sinapsis de las neuronas. En los artículos estudiados, se ha encontrado que diferentes tipos de intervenciones podrían potenciar dicha plasticidad, una vez se conocen los factores de riesgo que merman las capacidades cognoscitivas.

Una de estas intervenciones es la actividad física, siendo un factor que juega un papel muy significativo que contribuye a la prevención del deterioro cognitivo y una mejor calidad de vida. (Aparicio, Carbonell, y Delgado-Fernández, 2010)

De igual forma, los resultados encontrados, indican que el nivel intelectual lleva a la realización de actividades de este tipo a lo largo del ciclo vital que contribuyen también a mantener la función cognitiva, así como la personalidad y el estado emocional, dependiendo este último de la sociabilidad de la persona anciana. En este sentido, mantenerse activo ayuda a proteger las funciones cognitivas, entre otras la memoria, a medida que se envejece. (Merzenich, Van Vleet y Nahum. 2014)

Debido a la constante pérdida de capacidades y de su entorno más directo como puede ser su pareja, tienden al aislamiento social lo que conduce a un deterioro físico y cognitivo.

Numerosos estudios, como el realizado por Montejano et al (2014) acerca de los hábitos dietéticos indican que éstos pueden desempeñar un papel muy importante en el funcionamiento cognitivo. Un consumo más alto de antioxidantes en la dieta puede proteger del deterioro cognitivo asociado con la edad.

Otro factor a tener en cuenta, encontrado en esta revisión sistemática es la cronicidad de determinadas enfermedades en las edades avanzadas ya que la utilización de medicamentos de forma prolongada puede influir negativamente sobre las capacidades cognitivas en estas personas. Una terapia farmacológica óptima es clave.

Por tanto, y concluyendo, un gran número de variables relacionadas con el estilo de vida pueden influir en la plasticidad neuronal y por ende, sobre la ejecución en tareas cognitivas.

La evidencia actual sugiere que el cerebro envejecido muestra una disminución de sus capacidades, pero toman auge las hipótesis que tanto en el envejecimiento como en la enfermedad de Alzheimer hay un cierto grado de plasticidad "dependiente del uso". La capacidad para cambios de mapas neuronales es una herramienta que podría utilizarse para intervenir sobre el deterioro cognitivo, ya que permanece a lo largo de la vida

Mantenerse activo, a nivel social, físico y cognitivo se asocia con una mejor salud a nivel holístico en el envejecimiento. Por tanto, se abren distintas posibilidades de intervención que pueden llevar a un envejecimiento más positivo y favorable, con diferentes actuaciones que abarcan tanto los factores externos como los internos, estando vinculados unos con otros. De esa forma, se pueden crear programas globales en los que estén implicados tanto familiares como profesionales, creando una red organizada de servicio multidisciplinar para fomentar una vejez activa y más saludable.

Referencias

- Álamo C., García P. y López F. (2012). Fosfatidilserina: argumentos neurobiológicos para su empleo en la prevención del declive cognitivo relacionado con el envejecimiento. *Kranion* 9(2) 37-42.
- Franco M., Parra E., González F., Bernate M. y Solís A. Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Rev. Neurología* 56(11) 545-554.
- León-Sarmiento FE., Bayona-Prieto, J. y Cadena Y. (2008). Plasticidad neuronal, neurorehabilitación y trastornos del movimiento: el cambio es ahora. *Acta Med. Col.* 24(1) 41-42.
- Merzenich, MM., Van Vleet, TM. Y Nahum, M. (2014). Brain plasticity-based therapeutics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8 385.
- Mogollón E.J. (2014) Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Educare Electronic Journal* 18(2) 1-17.
- Richter, Y., Herzog, Y., Lifshitz, Y., Hayun, R., & Zchut, S. (2013). The effect of soybean-derived phosphatidylserine on cognitive performance in elderly with subjective memory complaints: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*. PubMed (8) 557-563.
- Rivera JD., Estrada R., Estrada LO. (2007) Posibilidades de la rehabilitación neuropsicológica en población geriátrica con deterioro cognoscitivo. *Rev. Mediagraphic Artemisa*. Med.Int. Mex (23) 133-137.
- Ortega C.; Franco J.C. (2010) Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. *Plasticidad Neuronal. ImedPub Journal*. Archivos de medicina. (6:1) 2
- Soto-Añari, M., Flores-Valdivia, G. y Fernández-Guinea, S. (2013). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 56(2) 79-85.

Aspectos Psicológicos y Envejecimiento

CAPÍTULO 21

Relación entre la soledad de los ancianos y la percepción de su salud y estado general

M^a del Mar Molero Jurado, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, Nieves Medialdea Lázaro, Ana Belén Barragán Martín, África Martos Martínez, Fernando Cardila Fernández y José Jesús Gázquez Linares
Universidad de Almería (España)

Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que comenzó a desarrollarse en la segunda mitad del siglo XX, en los países industrializados, y que continúa su avance en la actualidad. Este hecho, se debe al descenso de las tasas de natalidad y al incremento en la esperanza de vida de la población. Es por esta razón, y por la cantidad de estudios proyectivos que anuncian que este proceso continuará a nivel mundial, por lo que se crea la necesidad de profundizar en el análisis sobre esta etapa de la vida (de Lemus y Expósito, 2005).

Un claro indicador de calidad de vida, en la etapa de la senectud, es el apoyo social percibido por las personas mayores. El papel que cumplen los intercambios interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, es el de disminuir el sentimiento de soledad (Castellano, 2014).

Es importante concretar la terminología para evitar confusiones. Así, las diferencias entre exclusión social, aislamiento social y soledad parecen leves, pero para indagar en las relaciones que estos constructos tienen con la salud o la enfermedad es necesario delimitar conceptos. La exclusión social es aquella situación en la que se encuentran los mayores que, por falta de recursos económicos, culturales o sociales, no pueden participar en la sociedad al nivel que se espera. Por otro lado, el aislamiento social se conoce como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros y poca actividad social. Por último, la soledad es la experiencia, valorada como aversiva, de las relaciones sociales que se poseen, puesto que distan de las deseadas (Leung, Gierveld y Lam, 2008; Santos, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008).

El sentimiento de soledad afecta a la percepción de salud en los mayores (Carrasco, Herrera, Fernández y Barros, 2013). Este concepto, tiene que ver con la valoración personal que se hace de las relaciones sociales que se poseen, por lo que es importante tener en cuenta las actitudes y creencias que los mayores tienen sobre la etapa de la vejez y el proceso del envejecimiento. Ya que éstas, repercuten en las conductas del anciano y en su salud, tanto física como psicológica (De Miguel y Castellano, 2012; Iruzubieta, 2004). Las actitudes positivas hacia la vejez se relacionan con pocos problemas emocionales, es decir, es una variable que funciona como un factor promotor de la salud en la etapa de la senectud, para gozar de un buen estado físico y psicológico (Castellano, 2014).

La OMS (1964), se refiere al estado de salud como “no únicamente la ausencia de enfermedad, sino también como un estado de bienestar físico, psíquico y social”. Las circunstancias sociales, personales y culturales en las que se vive, afectan a la salud, en la medida en que influye sobre su autoestima y afecta a su nivel de satisfacción general (Domínguez, 2008). Debido a esto, autores como Bazo (1989) apuestan por una estrecha relación entre la soledad y la salud. En este caso, tras analizar la variable salud y otras como la ocupación, los ingresos, el estado civil, la edad, etc., ha encontrado que las personas manifiestan encontrarse con mejor estado de salud, cuando no se sienten solas.

El efecto de la soledad en el organismo, resulta equiparable a vivir una situación de estrés continuado. La soledad provoca deficiencias en el sistema inmunológico, que hace que aumente el riesgo de contraer cualquier enfermedad contagiosa o infecciones, tanto bacterianas como víricas (Yanguas, 2004).

Como problemas de salud concretos en los que el factor de la soledad actúa como una variable de riesgo, se han encontrado, por ejemplo, una asociación positiva con la ansiedad de inicio tardío (Allgulander, 2010). Numerosos son los trabajos que nos hablan de la depresión en la vejez (García-Soriano y Barreto, 2008; Liu y Guo, 2008; Rubio et al., 2012; Tuesca et al., 2003), o enfermedades relacionadas con la deficiencia del sistema inmunitario, falta de dependencia, insatisfacción vital, etc. (Taipale et al., 2011).

En definitiva, concretar la calidad de vida en la senectud o en cualquier etapa de la vida resulta cuanto menos complicado, ya que es un concepto subjetivo y existen múltiples factores que intervienen en él. Según Urquijo, Monchietti y Krzemien (2008), los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés están relacionados con determinados estilos de personalidad, los cuales, funcionarían como factor protector del bienestar físico y psicológico global. Por otro lado, la calidad de vida está asociada a la propia percepción de bienestar y la satisfacción, en general, con la vida de la actualidad, cuya percepción depende de las experiencias previas, de la salud, del número y calidad de interacciones sociales, etc. (Rivas et al., 2013).

Objetivo

Comparar la situación de las personas mayores españolas en diferentes informes del CIS e IMSERSO con respecto a la modalidad de convivencia (solo o acompañado), percepción de la propia salud, y su grado de satisfacción con la vida.

Metodología

Para confeccionar este trabajo han sido utilizados diferentes estudios estadísticos, relacionados con la población mayor española, en los cuáles se aporta información relevante sobre el objeto de estudio, es decir, que contienen datos sobre la soledad y la salud de este grupo de población.

Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en dos páginas web de organismos oficiales, como son, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Del primer recurso, se utilizaron dos de los estudios estadísticos correspondientes a los años 1993 y 1998: apoyo informal a las personas mayores y la soledad en las personas mayores, respectivamente. En la página web del IMSERSO, se hizo una revisión de los informes correspondientes al 2000, 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010. Se trata de una publicación bienal sobre la situación de los mayores, en nuestro país.

A la hora de seleccionar los informes o encuestas para este trabajo, se tuvo en cuenta el acceso a los ficheros de datos o a los resúmenes de los mismos, con el fin de obtener los porcentajes correspondientes a las variables de estudio planteadas. Tras la comprobación de estos archivos, y la descarga de los mismos, se procede a la búsqueda de información, referente a: (1) La forma de convivencia de las personas mayores (+ de 65 años), solo o en compañía; (2) la valoración de su estado de salud; y (3) la satisfacción con su situación actual en general. Se hizo una excepción con el estudio correspondiente al año 1993 (apoyo informal a las personas mayores). En este caso, aunque no se encontraron datos estadísticos al respecto, se descargó el fichero de datos en formato .sav. Estos datos permiten llevar a cabo el análisis estadístico, a través del SPSS, para obtener el porcentaje de personas mayores que viven solas o acompañadas e incluirlo en la gráfica 1. De este estudio no se extrajo más información para aportar a los resultados.

Por otro lado, también se lleva a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, como son: Proquest, Psycinfo, Psycarticles, Dialnet y Psycodoc. Los descriptores utilizados para la búsqueda, en cada una de las bases citadas, fueron: “soledad”, “salud” y “ancianos”. También se usaron para la búsqueda, los correspondientes descriptores en inglés: “Loneliness”, “disease” y “elderly”.

Los límites establecidos para la búsqueda en las bases de datos, fueron: (1) revistas científicas, (2) artículos con acceso al texto completo y (3) con fecha de publicación entre los años 2005 y 2015.

Los resultados obtenidos a través de Proquest con los descriptores en español fueron 19, de los cuales 3 se eliminaron porque las características de la muestra utilizada no respondía a la población determinada para este estudio, 8 fueron excluidos tras comprobar, en la lectura de abstract, que el tema no guarda relación con el objetivo planteado y, finalmente, 1 de los artículos fue descartado por no tratarse de un artículo científico. En total, 7 de los artículos fueron seleccionados, por cumplir con los criterios de selección previstos para el estudio.

De la búsqueda con los descriptores en inglés, en Proquest, se obtuvieron un total de 6 resultados. Los artículos se filtraron para que solo aparecieran aquellos que contuvieran los descriptores en el abstract. Solo uno de los resultados fue eliminado tras la lectura de su abstract y verificar que no concuerda con los parámetros de nuestra búsqueda.

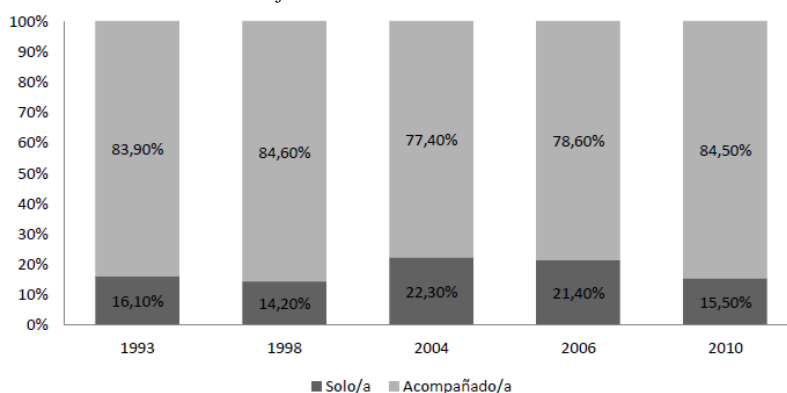
En Psycodoc, se obtuvieron 10 artículos. Los artículos iban siendo escogidos, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión, ya mencionados: 5 de ellos fueron eliminados, por no tener acceso al texto completo, y 1 fue descartado por no aportar información relevante para el presente trabajo. De la búsqueda, en la misma base de datos, con los descriptores en inglés, no se obtuvieron resultados.

La base de datos Dialnet, da como resultado 7 documentos con los descriptores en español y 1 con los descriptores en inglés. Finalmente, se aceptan 6 de ellos, 1 es rechazado porque va dirigido a otras poblaciones y, el último se excluye, porque tras la lectura del abstract, se comprueba que la unidad de análisis, no es relevante para la presente revisión.

Resultados

Se han consultado los informes estadísticos del CIS (1993, 1998) y del IMSERSO (2002, 2004, 2006 y 2008) y lleva a cabo un análisis comparativo de los datos en diferentes años. Atendiendo a los resultados mostrados en el gráfico 1, se puede observar la evolución de la forma de convivencia de los mayores, con el paso del tiempo. Como se puede ver, no ha habido ningún cambio brusco en los datos recopilados, a lo largo del período analizado. Bien es cierto, que la mayor diferencia se encuentra entre el año 1998 y el 2004, cuando el porcentaje de mayores de 65 años que vivían solos aumentó de un 14,2% hasta un 22,3%. Durante el 2006, el número de mayores que vivían solos se mantiene prácticamente igual, pero es en el 2010 cuando vuelve a descender un 5,9% (del 21,4% al 15,5%).

Gráfico 1. Formas de convivencia

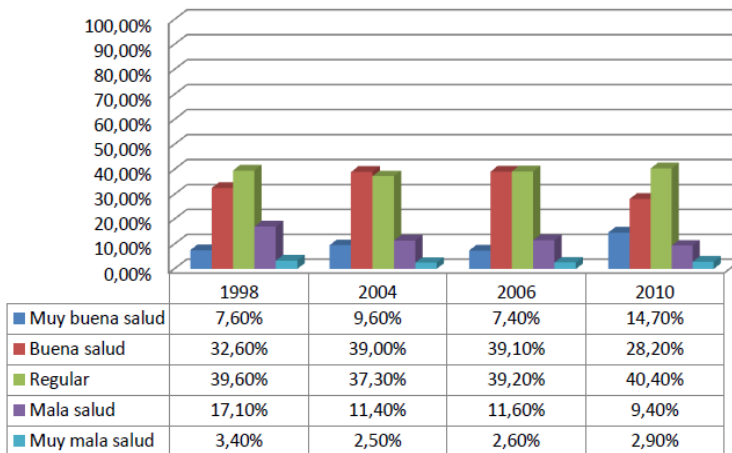


Fuente: CIS (1993), CIS-IMSERSO (1998), IMSERSO (2004, 2006 y 2010)

En el gráfico 2 se muestra la evolución en el tiempo de la valoración que hacen los mayores de su estado de salud. Los datos se muestran en porcentajes y, en líneas generales, la evolución a través de los

años de esta variable resulta bastante estable. Existe una tendencia a dar respuestas centrales, a nivel general, siendo las respuestas que más alto porcentaje reciben “buena salud” y “regular”. De hecho, apenas se dan diferencias en los porcentajes que corresponden a los años 1998, 2004 y 2006. Por su parte, los porcentajes de las puntuaciones extremas son bastante menores, a excepción del año 1998, en el que se aprecia un porcentaje un poco más alto a la valoración de su salud como “muy mala” (17,1%). En el año 2010, se observa un cambio en la valoración que los mayores hacen de su salud. El porcentaje correspondiente a la respuesta “muy buena salud” es más alto que en años anteriores (14,7%), antes no superaba el 10%. En cambio, en este mismo año, el porcentaje de mayores que dice que su salud es “buena” baja con respecto a los años anteriores, por lo que, gráficamente, se aprecia mayor diferencia entre este porcentaje y el correspondiente a “regular”. Finalmente, se puede concluir que la valoración negativa que tienen los mayores con respecto a su salud (“mala salud” o “muy mala”) ha disminuido a lo largo de los años analizados.

Gráfica 2. Autovaloración de su estado de salud



Fuente: CIS-IMSERO (1998), IMSERSO (2004, 2006 y 2010)

La tercera variable comparada en los informes del CIS (1998) e IMSERSO (2002, 2004, 2006 y 2010) hace referencia al grado de satisfacción de los mayores, con respecto a su situación actual (refiriéndose al período de la recogida de datos). En la gráfica 3, se puede comprobar que, desde el 1998 al 2006, la mayoría de las personas de más de 65 años se declaran bastante satisfechas o muy felices con su situación en general. Los porcentajes de esta respuesta están por encima del 50% en ese período. En general, exceptuando el año correspondiente al informe del IMSERSO 2010, se mantienen unos porcentajes muy bajos para “nada satisfecho/feliz” y “poco satisfecho/feliz”. Por otro lado, desde el año 2002 (un 23,7% de personas mayores señalaron que su satisfacción con su situación en general era “regular o ni feliz ni desgraciado”), se comprueba una disminución paulatina de este porcentaje, hasta llegar a un 14,3%, en el año 2010. En este informe, los porcentajes están más repartidos equitativamente entre los ítems. Destaca un descenso en el número de mayores que dicen estar “bastante satisfecho/feliz” (de un 58,7% en 2006, a un 33,5% en 2010). Por otro lado, en este período, se aprecia un aumento del porcentaje correspondiente a los dos ítems que denotan insatisfacción con su situación en general: un 7,4% dice estar poco satisfecho/feliz, y un 16,6% “nada satisfecho/feliz”.

Por último, se puede observar la relación entre dos variables en la tabla 1. Estos datos aportan resultados sobre la satisfacción con su vida en general, en los mayores que viven solos en el año 1998 y en el 2004. Así, se puede ver que la mayoría de personas de la tercera edad que viven solas, dicen estar

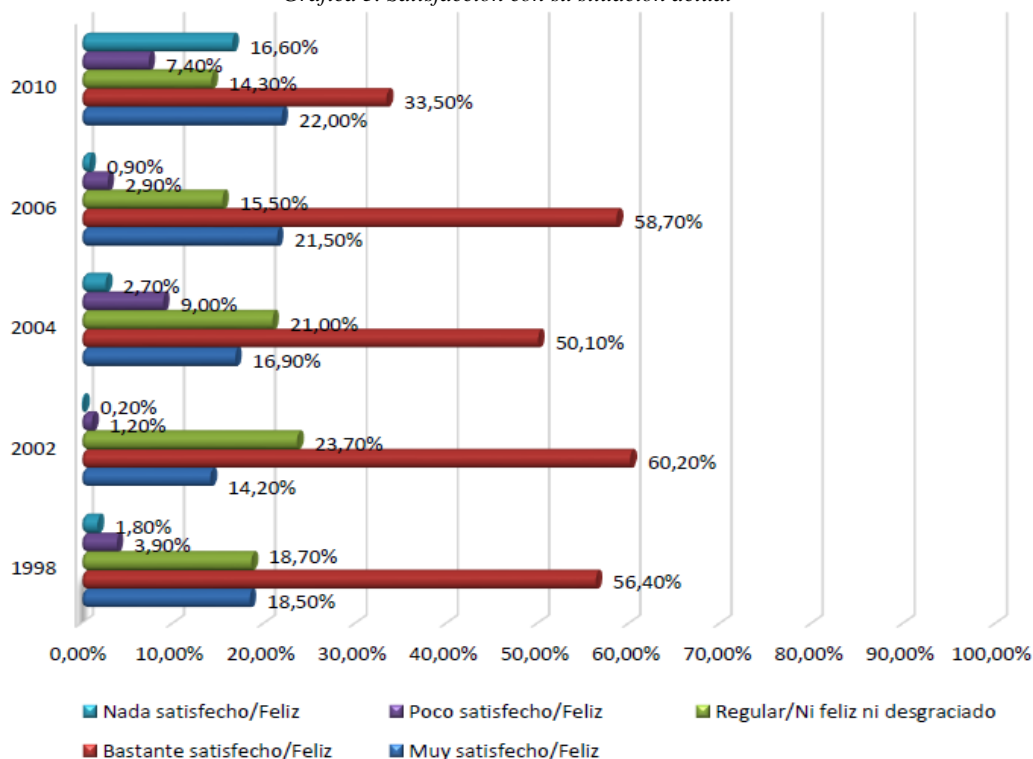
“bastante satisfechas con su vida en general (48,9% en el 1998 y 45,5% en el 2004). Los que declaran tener una percepción más negativa sobre su estado general (poco o nada satisfechos) son los que obtienen un menor porcentaje. Si se comparan los datos procedentes de estos dos años, destaca un aumento en la proporción de mayores, que viven solos, que dicen estar “muy satisfechos” con su vida en el 2004, 17,3% (frente al 10,1% en el 1998). En general, en el 2004, los porcentajes están menos centralizados que en 1998. Los mayores solitarios que exponen su satisfacción como “regular” en 2004 es del 20,9%, frente al 28,7% en 1998.

Tabla 1. Satisfacción de los mayores con su estado actual según si viven en soledad

| ¿En qué medida está usted satisfecho con su situación actual? | 1998 | 2004 |
|---|-------------|-------------|
| | Viven Solos | Viven Solos |
| Muy satisfecho | 10,1% | 17,3% |
| Bastante Satisfecho | 48,9% | 45,5% |
| Regular | 28,7% | 20,9% |
| Poco satisfecho | 7,5% | 10,9% |
| Nada satisfecho | 3,5% | 4,5% |

Fuente: IMSERSO (2004, 2006 y 2010)

Gráfica 3. Satisfacción con su situación actual



Fuente: CIS-IMSERSO (1998), IMSERSO (2002, 2004, 2006 y 2010)

Discusión y conclusiones

Como viene manifestándose, a lo largo de los últimos, las investigaciones se centran en el análisis de aspectos relacionados con las formas de convivencia, y como éstos pueden influir sobre la percepción del estado de salud y de la calidad de vida en la población mayor (Yanguas, 2004). Esto explica que

numerosos estudios se centren en variables de naturaleza social, como las relaciones sociales, familiares, las formas de convivencia, etc. (IMSERSO, 2000), pero también variables psicológicas, culturales, etc. (Rivas et al., 2013).

Con la edad, aumenta la probabilidad de vivir en soledad, ya que los hogares en pareja descienden por mortalidad de uno de los cónyuges. En este contexto, se pueden dar situaciones estresantes para los mayores, que agravan los síntomas físicos y el malestar psicológico asociado a diferentes enfermedades, y a la valoración de su estado de salud en general (De Miguel y Castellano, 2012).

Sin embargo, es importante diferenciar, entre el sentimiento de soledad y el aislamiento social que pueden sufrir los mayores, puesto que suele acentuarse en esta etapa (Leung et al., 2008). El contexto de convivir en soledad, como dice Santos et al. (2008), no tiene por qué hacer que su calidad de vida o percepción de la misma cambie. Para que se vea afectado el estado general de salud del anciano, sería necesaria la concurrencia de una serie de factores, tanto sociales, como culturales, educativos, etc.

En cuanto a la valoración del propio estado de salud, ésta se encuentra condicionada por muchas variables, y no solamente por la intensidad del sentimiento de soledad. Por ejemplo, las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas o residenciales (Abellán y Ayala, 2012).

Sería interesante continuar con investigaciones futuras para conocer la dirección de la relación entre estas dos variables, soledad y salud/enfermedad, los factores que interactúan entre sí y cómo afecta a la calidad de vida de los mayores.

Por otro lado, hay trabajos como el de Tuesca et al. (2003), donde se afirma que la situación contraria de la soledad, o la participación social activa, es un factor protector frente a la aparición de problemas de salud, tanto fisiológicos como psicológicos o mentales.

Finalmente, destacar la necesidad de contemplar variables de índole social en el análisis de la percepción de la salud, el afrontamiento a la enfermedad y el papel que éstas desempeñan en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. En tanto que, de su análisis pormenorizado, sea posible extraer datos aplicables al diseño de intervenciones, en el ámbito de la salud y el bienestar de las personas que envejecen.

Referencias

Abellán, A. y Ayala, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores nº 131*. Madrid: IMSERSO.

Allgulander, C. (2010). Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: A review of recent findings. *Mind & Brain*, 1-9.

Rivas, A.C., Romero, A.V., Vásquez, M., Ramos, E., González, T., y Acosta, D.P. (2013). Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño de La Cuesta ICBF, 2010-II. *Duazary*, 10(1), 26-32.

Bazo, M.T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 47(89), 193-223.

Carrasco, M., Herrera, S., Fernández, B., y Barros, C. (2013). Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(1), 9-14.

Castellano, C.L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.

CIS (1993). Apoyo informal a las personas mayores. Estudio nº 2072. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=1064

CIS-IMSERSO (1998). La soledad en las personas mayores. Estudio nº 2279. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=1268

De Lemus, S. y Expósito, F. (2005). Nuevos retos para la Psicología Social: Edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 31-51.

De Miguel, A. y Castellano, C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: Escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 69-83.

Domínguez, M.J. (2008). Envejecer en el siglo XXI. Realidad social y perspectivas del envejecimiento en León. *Humanismo y Trabajo Social*, 7, 245-269.

García-Soriano, G. y Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 123-133.

IMSERSO (2001). *Las personas mayores en España. Informe 2000: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2003). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores (2006/2007). *Informe 2006. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores.

IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO y Observatorio de Personas Mayores.

Iruzubieta, J. (2004). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano. En J. Giró (Ed.), *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar* (pp. 77-102). La Rioja: Universidad de la Rioja.

Liu, L. y Guo, Q. (2008). Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 17, 823-830. doi: 10.1007/s11136-008-9370-1

Organización Mundial de la Salud (1964). *Constitución de la OMS. Documentos básicos*. XV Asamblea, Ginebra, 1964.

Rubio, E., Blasco, G., Comín, M., Martínez, T., Magallón, R., y García, J. (2012). Salud mental y relaciones sociales en población mayor rural. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(5), 239-47.

Santos, A.B., Ausín, B., Muñoz, M., y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 307-319.

Taipale, H.T., Bell, J.S., Uusi-Kokko, M., Lonroos, E., Sulkava, R., y Hartikainen, S. (2011). Sedative Load among Community-Dwelling People Aged 75 Years and Older. A Population-Based Study. *Drugs Aging*, 28(11), 913-925.

Tuesca, R., Fierro, N., Molina, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., y Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 595-604.

Urquijo, S., Monchetti, A., y Krzemien, D. (2008). *Anales de la Psicología*, 24(2), 299-311.

Yanguas, J.J. (2004). Funcionamiento social: Apoyo social. En J.J. Yanguas (Ed.), *Análisis de la calidad de la vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (pp. 33-46). Madrid: IMSERSO.

CAPÍTULO 22

Tabaquismo en el anciano, un reto enfermero

María del Mar Rodríguez Martínez*, M^a Dolores Rodríguez Porcel**, y Verónica Tortosa Salazar*

**Hospital Torrecárdenas, Almería (España), **CIMI El Molino, Almería (España)*

Introducción

En la actualidad el tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte en la sociedad según la European Respiratory Society (2014). Se relacionan al consumo de tabaco más de 25 enfermedades como son el 30% de los cánceres, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y, sobre todo, el primer factor de riesgo cardiovascular, causando arterioesclerosis e hipertensión que conllevan a un elevado riesgo de ictus e infartos. De acuerdo a López y García (2004) se ha demostrado que por cada 10 cigarrillos diarios consumidos se incrementan un 31% el riesgo cardiovascular en mujeres y del 18% en hombres.

Se estima que en el mundo hay alrededor de 1.2 billones de fumadores. De éstos, la mitad morirán prematuramente por enfermedades relacionadas con este hábito, pero incluso se prevé que las muertes por tabaquismo aumenten a más de 10 millones en el año 2030. Esto implica que a los gobiernos de muchos países desarrollados, el tabaco suponga un enorme coste, sobre todo, en lo relacionado con los gastos sanitarios (Baena et al. 2005; Edwards, 2004; Jimenez y Ruiz, 2010)

El anciano no escapa del consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco, aunque es un tema en salud pobremente reconocido, menos estudiado y en el que no se establecen tantas estrategias como en gente joven o adulta, aún incluso sabiendo su alta prevalencia y las complicaciones y patologías que conlleva a este tipo de población (Aguilar, Reyes y Borgues, 2007; Blazer, 2009). En España según los últimos datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, un 16% de la población mayor de 65 años se considera fumador a diario, siendo mayor el número de hombres fumadores frente a mujeres, un 2,9% se considera fumador ocasional, y más de un 20% se considera exfumador. Según los datos aportados y diferentes autores como Granda, Solano y Jiménez (2013), el consumo de tabaco, una vez impuestas las diferentes políticas de salud, va en descenso en los países desarrollados aunque sigue siendo un problema principal pendiente de disminuir su prevalencia. Además de intentar realizar acciones orientadas a reducir la incidencia tabáquica, existen estrategias que ya han demostrado ser efectivas tanto para los costes asociados a las enfermedades como para el ámbito de la prevención.

Es necesario conocer y analizar las actitudes y creencias que los ancianos tienen respecto al tabaco para poder llevar a cabo un tratamiento, asesoramiento y seguimiento centrado en este tipo de población. Existen estudios como Cataldo (2007), el cual, analizó mitos en EEUU en personas mayores de 65 años, descubriendo cómo para estas personas fumar no lo consideraban perjudicial e incluso creían que tenía beneficios en salud o mejoraba su calidad de vida. La enfermería se encuentra en una situación estratégica privilegiada pudiendo jugar un papel clave para conocer estas creencias, y así realizar planes y actividades orientadas en el cese del consumo del tabaco. (Andrews, Health y Graham, 2004; Schofield, 2006).

Es por esto que el objetivo de este estudio es conocer el hábito tabáquico en ancianos, personas mayores de 65 años. A su vez, analizar su intención de deshabituación del consumo y los motivos que le llevan a seguir con esta conducta.

Método

Participantes

La muestra de este estudio está formada por un total de 70 sujetos mayores de 65 años. Los criterios de inclusión fueron: que pertenecieran a la provincia de Almería, la edad y que fueran consumidores de tabaco de forma habitual o esporádica. La selección de ésta se llevo a cabo a través de un muestreo de conveniencia o intencional, en diferentes emplazamientos sanitarios y residencias de ancianos de la provincia.

La población a estudio está formada por un total de 51 hombres y 19 mujeres, 72.9% frente a 27.1%. La edad media de la muestra es de 71 años, y un rango de edad comprendido entre 65-98 años. (TABLA 1, 2)

Tabla 1. Datos sociodemográficos, género

| | Género | | Total |
|---|--------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | |
| N | 51 | 19 | 70 |
| % | 72.9% | 27.1% | 100% |

Tabla 2. Datos sociodemográficos, edad

| Media | Mediana | Moda | Rango |
|-------|---------|------|-------|
| 70.67 | 69 | 67 | 65-98 |

Instrumentos

El presente estudio tiene un diseño observacional descriptivo transversal, por el cual se pretende estudiar el hábito tabáquico en personas mayores de 65 años, así como cuáles son los motivos que les lleva a tener esta conducta en relación con el tabaco.

Como instrumento para la recogida de datos se elaboró un cuestionario propio previamente validado, que se puede dividir en tres secciones:

- En una primera se detallan datos sociodemográficos: edad y sexo.
- En el segundo apartado se recoge la prevalencia de consumo de tabaco así como su conducta. Se elabora un cuestionario propio a través de las recomendaciones de la World Health Organization, con la encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS), instrumento elaborado a nivel mundial con la finalidad de poder recoger los mismos datos y realizar comparaciones entre diferentes países (Reynales, Shamah, Méndez, Rojas y Lazcano, 2009; Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, 2011). Se utiliza su versión española, y se usan 7 variables donde se recoge: tipo de fumador, tipo y número de productos de tabaco fumados por semana, frecuencia de consumo de tabaco en hogar, tentativas para dejar de fumar, consultas médicas o de otro profesional sanitario en los últimos 12 meses y consejo médico o profesional de salud para dejar de fumar tabaco.
- En un tercer apartado del cuestionario, se recoge la información acerca del porqué de cada individuo a seguir con la conducta tabáquica. Consiste en ocho afirmaciones, donde la muestra selecciona la que más corresponda con su comportamiento del consumo de tabaco.

Procedimiento

La investigación se lleva a cabo durante el último trimestre de 2014. Se accede a la muestra a través de un acceso informal en las diferentes instituciones y centros sanitarios dispersos por la provincia de Almería. En el contacto, se describe el objeto de estudio, su aplicabilidad, y el cumplimiento de los

cuestionarios elaborados. Se recalca el anonimato para el uso de los datos, partiendo siempre de las normativas del código deontológico en el ámbito de la sanidad y del marco de la investigación. Asimismo se incluyen un consentimiento informado, por el cual, la población a estudio autoriza su participación y las condiciones de este proyecto de investigación.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 21. Para el análisis de los mismos se utilizaron estadísticos de frecuencias, medias y porcentajes. Los cuestionarios fueron previamente validados a través del análisis de fiabilidad alfa de Cronbach, para conocer su consistencia interna.

Resultados

El primer ítem, identifica el tipo de fumador, un 78,6% se consideró fumador habitual, es decir fumaba a diario, frente a un 21,4% que fuma esporádicamente. (TABLA 3)

Tabla 3. Tipo de fumador.

| | Género | | Total |
|------------|--------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | |
| Diario | N | 43 | 55 |
| | % | 61.4% | 78.6% |
| Esporádico | N | 8 | 15 |
| | % | 11.4% | 21.4% |

En un segundo apartado se evalúa el tipo de producto que fuma. El mayor porcentaje lo obtienen los cigarros manufacturados con un 78,6%, seguido del tabaco de liar con un 14,3%, los puros un 4,3% y por último la pipa con 2,9% (GRÁFICA 1). A su vez se obtiene la cantidad de tabaco fumado a la semana, por el mismo orden la media de cigarros manufacturados fue de 85,33 cigarros, muy parecido el valor para el tabaco de liar con 88,5, y con menor cantidad: puros 10,67 y pipas 8,5. (TABLA 4)

Gráfica 1. Tipo de producto consumido

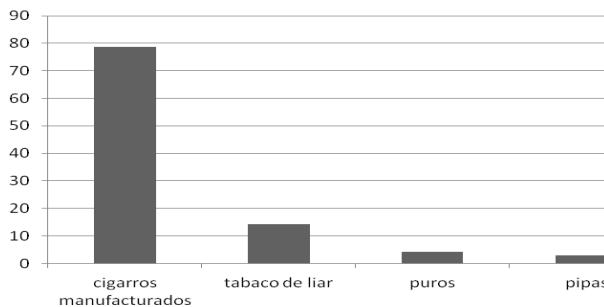
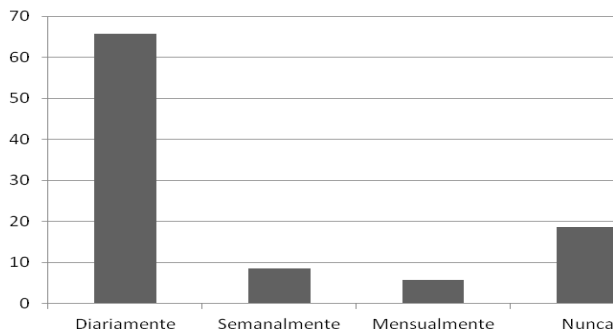


Tabla 4. Cantidad de tabaco fumado por semana

| | Media | Mediana | Moda | Desviación típica |
|-------------------------|-------|---------|------|-------------------|
| Cigarros manufacturados | 85.33 | 70 | 70 | 50.77 |
| Tabaco de liar | 88.5 | 92.5 | 100 | 68.55 |
| Puros | 10.67 | 10 | 10 | 1.15 |
| Pipas | 8.5 | 8.5 | 7 | 2.12 |

El tercer ítem mide la frecuencia con la que la población a estudio consume tabaco en su hogar. A diario lo reconoce un 65,7%, semanalmente un 8,6%, mensualmente un 5,8%. No fuma nunca dentro de su domicilio un 18,6% de la muestra. (GRÁFICA 2)

Gráfica 2. Tabaco en el hogar



Respecto a la deshabituación tabáquica, en los últimos doce meses antes de contestar el cuestionario, habían intentado dejar de fumar un 71,4% de la muestra, frente al 28,6% que no lo había intentado (tabla 5). Solo un 27,1% acudió a su consulta médica o enfermera como soporte de ayuda para el cese de este hábito (tabla 6). Y sin embargo, un 82,9% admite que ha recibido consejo médico o enfermero que debía dejar de fumar (tabla 7).

Tabla 5. Tentativas para dejar de fumar en los últimos 12 meses

| | | Género | | Total |
|----|---|--------|-------|-------|
| | | Hombre | Mujer | |
| Sí | N | 35 | 15 | 50 |
| | % | 50% | 21,4% | 71,4% |
| No | N | 15 | 5 | 20 |
| | % | 21,4% | 7,2% | 28,6% |

Tabla 6. Consultas sanitarias

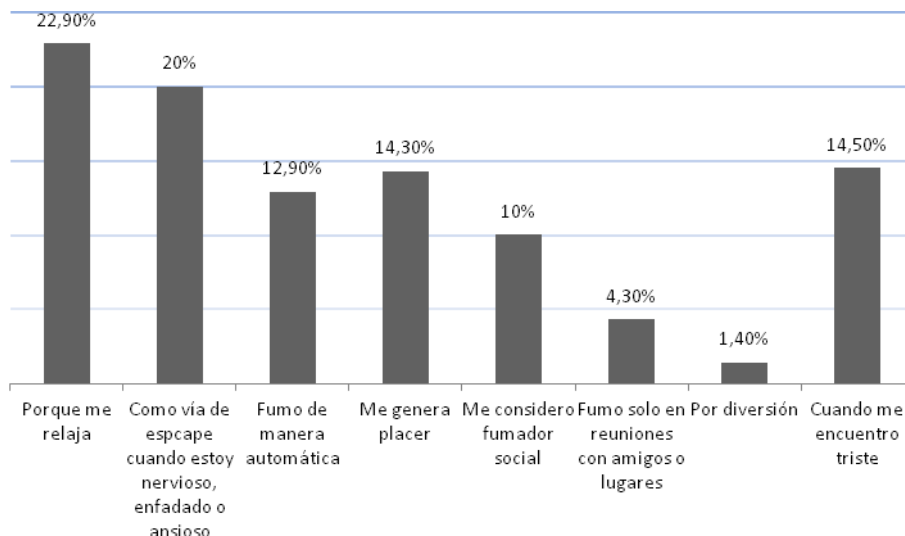
| | | Género | | Total |
|----|---|--------|-------|-------|
| | | Hombre | Mujer | |
| Sí | N | 15 | 4 | 19 |
| | % | 21,4% | 5,7% | 27,1% |
| No | N | 36 | 15 | 51 |
| | % | 51,5% | 21,4% | 72,9% |

Tabla .7 Consejo Medico

| | Género | | Total |
|----|--------|-------|-------|
| | Hombre | Mujer | |
| Sí | N | 45 | 58 |
| | % | 64,3% | 82,9% |
| No | N | 6 | 12 |
| | % | 8,6% | 17,1% |

Por último, los participantes identificaron cuáles eran los motivos por los que seguían esta conducta tabáquica. Los mayores porcentajes lo obtienen “porque me relaja” con un 22,9%, y “como vía de escape cuando se encuentra nervioso, enfadado o ansioso” con un 20%. Porcentajes medios entre 10-15% son para “fumo de manera automática”, “me genera placer”, “me considero fumador social” y “fumo sólo en reuniones con amigos o lugares de ocio”. Y finalmente con menos de un 5%: “por diversión” y “cuando me encuentro triste”. (Gráfica 3)

Gráfica 2. Motivos que conllevan a la conducta tabáquica



Discusión

Para llevar a cabo una correcta interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, debe siempre realizarse teniendo en consideración las limitaciones del estudio. Aunque se ha realizado a una población mayor de 65 años variada, cumpliendo los criterios de inclusión, el tamaño muestral es pequeño y no garantiza en su totalidad la representatividad de la muestra. Otro dato a tener en cuenta es la veracidad del cuestionario, ya que se trata de un cuestionario autoadministrado, por lo que dependerá de las respuestas aportadas por los participantes. De forma que la generalización tanto de resultados como conclusiones debe hacerse con precaución y teniendo en cuenta dichas limitaciones.

La presente investigación nos ha permitido analizar las características sociodemográficas de los fumadores mayores de 65 años en la provincia de Almería. Tal y como describen los estudios

consultados, existe concordancia, ya que la muestra es en la mayoría hombres. (Baena et al, 2005; Blazer, 2009, Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012)

Comparado con las investigaciones consultadas, tal y como describen Aguilar, Reyes y Borgues, (2007) y Reynales, Shamah, Méndez, Rojas y Lazcano (2009), podemos afirmar que los fumadores en su mayoría se consideran habituales, es decir fuman a diario y fuman en su hogar, es menos común encontrarse con fumadores esporádicos a esta edad. Al igual que el resto de la población la gran mayoría fuma cigarros manufacturados o tabaco de liar, con una media diaria de unos 10 cigarrillos, siendo de menor consumo pipas o puros.

Respecto a la deshabituación tabáquica, este tipo de población presenta mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con la edad donde el tabaco está totalmente desaconsejado. La muestra confirma casi en su totalidad que han recibido consejo sanitario, sea médico o enfermero, donde le advierten que sería recomendable dejar de fumar. Además un alto porcentaje reconoce haberlo intentado en los últimos doce meses. Sin embargo es curioso que, aunque exista un consejo sanitario y una intención del cese de consumo, son los menos los que acuden a los centros de salud u hospitales como soporte o ayuda para conseguir el fin de esta adicción. Atención primaria disfruta de unas características concretas que le otorgan una serie de ventajas para poder acceder al fumador anciano, y tener ese contacto con los profesionales de salud, que favorecerían una actuación frente al tabaquismo desde una perspectiva global.

El estudio nos ha permitido conocer cuáles son las causas porque los que los fumadores estudiados confirman que llevan a cabo esta conducta. Como cita Cataldo (2007), la población anciana se refuerza en una serie de mitos o creencias, que utilizan como refuerzos positivos para continuar fumando. Conocerlos nos abre un campo de estudio, y sobre todo una línea a partir de la que poder trabajar para realizar en un futuro intervenciones orientadas a las características propias de la población.

Es aquí donde la Enfermería juega un papel protagonista, sobre todo la enfermería geriátrica y gerontológica. Su objetivo es optimizar la salud en personas mayores, mejorando su calidad de vida. El tabaco es un factor de riesgo asociado a una gran cantidad de enfermedades, pero, como característica principal, es un factor de riesgo modificable, donde su cese nos lleva a mejoras en salud. A través del conocimiento de las características de la población, sus actitudes y conducta, el personal enfermero dispone de información básica para poder llevar a cabo un tratamiento correcto de deshabituación, asesoramiento, intervenciones y un seguimiento centrado en este tipo de usuarios.

Para finalizar, como conclusión, podemos destacar la importancia de promover líneas de investigación en relación con el tabaco en personas mayores de 65 años, ya que no existen tantos estudios como en adolescentes o población adulta, y las estrategias orientadas a dichas personas aportarían beneficios y mejoras en su calidad de vida. El conocimiento de problemas relacionados con el envejecimiento y sus conductas, nos llevarían a la elaboración de nuevas y mejores estrategias minimizando y evitando problemas presentes en la actualidad.

Referencias

Aguilar, S.G., Reyes, J. y Borgues, G. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud pública de México*, 49(supl.4), 467-474.

Andrews, J.O., Health, J. y Graham J. (2004). Management of tobacco dependence in older adults: using evidence-based strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(12), 13-24.

Baena, J.M., Del Val, J.L., Tomàs, J., Martínez, J.L., Martín, R y González, I. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58(4), 1-7.

Blazer, D. (2009). The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National survey on drug use and health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 237-245.

De Granda, J.I., Solano, S. y Jiménez C.A. (2013). Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Atención Primaria*, 45(2), 115-120.

- Cataldo, J.K. (2007). Clinical implications of smoking and aging: breaking through the barriers. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(8), 32-41.
- Edwards, R. (2004). The problem of tobacco smoking. *BMJ*, 328(1), 217-219.
- European Respiratory Society. (2014). *European Lung White Book*. Disponible en: <http://www.erswhitebook.org/>
- Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. (2011). *Preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas: Serie de preguntas básicas de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (GATS), 2ª edición*. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/publications>.
- Jimenez, C.A., y Ruiz, J. (2010) La sociedad española de neumología y cirugía torácica, SEPAR ante la ley reguladora del consumo de tabaco en España. *Archivos de Bronconeumología*, 46, 402-404.
- López, A., y García J.C. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 16, 101-113.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12* (Internet). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.html>
- Reynales, L.M., Shama, T., Méndez, I., Rojas, R., y Lazcano. E. (2011). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. GATS México 2009. *Salud pública México*, 53(1), 101-102.
- Schofield, I. (2006). Supporting older people to quit smoking. *Nurse Older People*, 18(6), 29-33.

CAPÍTULO 23

La esquizofrenia en el anciano: Análisis de la evolución

Elena Falagán Sama *, Lucía Gallego Martínez*, Juan E. Andrades Martínez*, Elena García Martínez**, María Moreno Martínez*, Juan D. Sánchez Pérez*, Carlos M. Sánchez García*, Ana R. García López*, María Campos Lucas***

Grado en Enfermería (España)*, *Grado en Enfermería y Diplomatura en Terapia Ocupacional (España)*, y ****Diplomatura en Enfermería (España)*

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave, clasificado tanto en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) como en el CIE-10 (OMS, 2004). Se puede definir como una condición mental caracterizada por una experiencia interna atípica, conductas socialmente inapropiadas y una reducción en la participación de las actividades sociales y laborales (Jiménez, 1995). Sus manifestaciones más comunes, según recoge el SMS (2009) son el conjunto de una serie de signos y síntomas característicos, dando lugar a diversos procesos psicológicos, como la alteración de la percepción, a modo de alucinaciones, delirios, afectación de los sentimientos, dando lugar a un afecto plano o no apropiado a la situación, hay un cambio en la concentración, la atención, el propio juicio o la motivación para hacer las cosas. Se observa que es una enfermedad con múltiple sintomatología, es decir, no podemos hablar de síntomas patognomónicos en este trastorno psiquiátrico.

En definitiva, se hace necesaria la atención integral de estas personas, uniendo las terapias psicosociales con las intervenciones farmacológicas, construyendo un equipo interdisciplinar que forme un núcleo sólido para trabajar de forma profesional e individualizada (SNS, 2010)

•Sintomatología:

Los síntomas más representativos de la esquizofrenia están clasificados con la intención de poder agrupar de forma sencilla y general la sintomatología que está presente en los pacientes que sufren este trastorno. Se han dividido en dos grupos, donde podemos observar por un lado los síntomas positivos y por otro los negativos. Algunos autores añaden una tercera categoría, la de desorganización (Prieto y Gómez, 2010)

Los positivos engloban aquellas manifestaciones que el paciente experimenta o que realiza. Podríamos definirlo como aquellas características que se añaden a nuestro ser o nuestra personalidad, como por ejemplo las alucinaciones donde la persona cree ver cosas que no existen o los delirios donde se piensa que ocurren cosas que en realidad no están ocurriendo. Los negativos consisten en lo contrario, es decir, hay capacidades o acciones naturales que se van perdiendo, como por ejemplo pensar, sentir o hacer cosas con normalidad. Unos ejemplos de este tipo de síntomas serían: dejar de hablar con fluidez, dejar de tener interés por las cosas o las personas, falta de ilusión, etc.

Habitualmente, con el paso del tiempo, muchos de los síntomas se alivian, sobre todos los positivos. Sin embargo, suelen quedar algunas secuelas como desinterés, como dijo Ortuño (2008) falta de motivación, deterioro de las relaciones personales y del propio autocuidado.

Los síntomas más característicos de la enfermedad, según Ortuño (2008) son:

- Delirios: pensar algo que no es real. Son ideas de las que se está convencido. Por ejemplo, creer, de forma infundada, que alguien intenta hacerle daño o perjudicarlo de alguna manera.

- Alucinaciones: ver, oír, sentir algo que no existe. Por ejemplo, oír voces (que le incitan a hacer cosas o que le insultan o hablan mal de él), ver objetos o caras que no están.
- Trastornos del pensamiento: deterioro del lenguaje del paciente que deja de ser comprensible y/o fluido.
- Alteración de la sensación sobre sí mismo: la persona tiene una imagen de sí misma distorsionada que le lleva a pensar que esos cambios que ha sufrido pueden provocar una relación alterada con las personas de su alrededor y el ambiente, pudiendo sentir que los demás pueden oír lo que piensa o viceversa.
- Deterioro de las emociones: la afectividad se va haciendo más plana, siendo cada vez más pobre. Pueden llegar a experimentar la desaparición total de los sentimientos. Suelen mostrarse inexpresivos, distantes y con frialdad hacia las personas de su entorno.
- Aislamiento: los pacientes se vuelven más introspectivos, encerrándose en su mundo interior y alejándose de la realidad del ambiente.

El debut de la esquizofrenia suele darse en la adolescencia o inicio de la edad adulta, aunque hay casos en los que el inicio se produce en la infancia. Afecta prácticamente igual a ambos sexos.

La mayoría de los pacientes combinan episodios psicóticos agudos con fases de mayor estabilidad, incluso puede llegar a darse una remisión total o parcial. Aunque no siempre se encuentren en los periodos más activos de la enfermedad es cierto que en las fases estables suelen quedar síntomas residuales. En un alto porcentaje esta enfermedad se considera de tipo crónico, la remisión completa, es decir, la vuelta a la “normalidad”, no es frecuente (Ortuño, 2008)

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida se estima que está comprendida entre el 0,7 y el 1,5%.

En España, se ha calculado una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes cada año, este dato ha sido extraído de los estudios internacionales realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los países de Europa. Si nos centramos en ver la prevalencia según sexo vemos que para los hombres es de 3 por 1000 habitantes por año con una edad media de comienzo de la enfermedad de 24 años y 2,86 por mil para las mujeres con una edad media de 27 (SNS, 2010).

- Tipos de esquizofrenia, según los autores Rodríguez Pulido y Rodríguez García (2009):
 - Esquizofrenia paranoide: es el subtipo más frecuente. Es de comienzo tardío. Predominan los síntomas productivos, delirante-alucinatorios (alucinaciones auditivas, olfativas, gustativas o referidas al cuerpo y delirios de referencia o persecución, aunque también de celos, grandiosidad o fantásticos). Muestran irritabilidad, suspicacia y recelo.
 - Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada: aparece en la adolescencia, tiene mal pronóstico. Cuando hay delirios estos son poco estructurados y breves. Tienen escasos trastornos perceptivos pero sí alucinaciones auditivas. Predomina el afecto inapropiado, la apatía y la pérdida de la iniciativa, así como el aislamiento social, los manierismos, los pensamientos y conducta desorganizados/disgregados y comportamientos extravagantes o absurdos.
 - Esquizofrenia catatónica: es poco frecuente y su característica principal es la alteración motora, normalmente se trata de inmovilidad constante, aunque pueden darse crisis de agitación, o incluso presentar movimientos repetitivos. Este tipo de esquizofrenia responde mejor al tratamiento. Destaca el negativismo, la obediencia automática, las estereotipias motoras y posturas impuestas
 - Esquizofrenia simple: poco frecuente, con un desarrollo insidioso y progresivo de un comportamiento extravagante, con incapacidad para adaptarse a las demandas sociales. No hay alucinaciones ni delirios.

- **Esquizofrenia residual:** estado crónico del curso de la esquizofrenia, puede presentar alucinaciones y delirios, pero de poca intensidad. Se caracteriza por el deterioro de las relaciones interpersonales, de la actividad social y del propio cuidado. Destacan la apatía, la inhibición y la pasividad, con lenguaje y pensamiento empobrecido. Poca respuesta al tratamiento.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** es la forma de clasificar aquella esquizofrenia que no reúne las características de las anteriores o por el contrario, presenta varias de ellas.

Aunque esta clasificación se sigue utilizando, hoy se pretende evaluar y diferenciar estos trastornos en función de los síntomas, valorando cuál de los dos tipos es más predominante, positivos o negativos y, sobre todo, se trata de medir la intensidad de cada uno de estos síntomas mediante cuestionarios y escalas como por ejemplo la “Escala de Goldberg” (Goldberg e Hillier, 1979), “Escala de Ansiedad de Hamilton” (Hamilton, 1959), “Mini Mental State Examination (MMSE)” (Folstein y McHugh, 1975) o el “Mini Examen Cognoscitivo de Lobo” (Lobo, Saz, Marcos y ZARADEMP, 2002). Con estas herramientas podemos evaluar a nuestro paciente a través del tiempo, así como controlar la efectividad del tratamiento pautado (Alberdi, Castro y Vázquez, 2009).

- Tratamiento (Cástulo, 2005):

Los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, en comparación con la población general, presentan un importante riesgo de desarrollar lo que se denomina Síndrome Metabólico (cifras altas de colesterol, obesidad –o por el contrario, desnutrición–, diabetes), de enfermedades cardiocirculatorias (IAM, ACV), mayor tendencia al tabaquismo, y abuso de sustancias (alcohol y otras), y otras enfermedades orgánicas en menor medida. También es notablemente mayor, el riesgo de suicidio. Ambos factores sumados, mayor morbilidad y mayor riesgo de suicidio (hasta diez veces el de la población general) hacen que las expectativas de vida de los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia sean más cortas que las de otras personas.

Para comenzar con un tratamiento psicofarmacológico hay que hacer un diagnóstico cuidadoso y una correcta selección del fármaco, calculando la dosis y la duración de este.

Los psicofármacos son medicamentos dirigidos a modificar o corregir comportamientos, pensamientos o estados de ánimo patológicos mediante medios químicos.

Clasificación de los psicofármacos:

- Ansiolíticos
- Antipsicóticos
- Hipnóticos
- Antimaníacos
- Antidepresivos

Estos tienen más de una indicación. En ocasiones se combinan entre sí y con otras medicaciones para potenciar sus efectos terapéuticos (Tarima, Fernández, López-Ibor, Carrasco y Díaz Marsá, 2009)

Actualmente la esquizofrenia se trata fundamentalmente con unos medicamentos, llamados antipsicóticos o neurolépticos.

Los antipsicóticos podemos dividirlos en dos tipos: los clásicos y los neurolépticos. Los clásicos son los más antiguos y engloban una gran cantidad de medicamentos que siguen vigentes en la actualidad, como son la clorpromazina, el haloperidol o la tioridazina. Por otro lado, los neurolépticos son más recientes y estos pueden ser, la clozapina, risperidona, olanzapina o la quetiapina.

Ambos tienen la capacidad de corregir desequilibrios en los neurotransmisores (dopamina) y aliviar los síntomas positivos. Sin embargo, según Amores (2008) los neurolépticos tienen la característica de poder controlar también los niveles de serotonina, otro neurotransmisor fundamental sobre todo para disminuir los síntomas negativos, además este tipo de fármacos tienen menos efectos secundarios que los

clásicos. Es importante saber combinar ambos fármacos para poder sacar lo mejor de cada uno y así poder alcanzar un mayor nivel de calidad de vida. A parte, resulta imprescindible saber utilizar otros recursos no farmacológicos, que en muchos casos son igual o más efectivos que los obtenidos de los medicamentos, esto es lo que se llama terapia psicosocial y es lo que se encarga de mantener ocupado y activo a las personas que sufren este tipo de enfermedad a través de centros de días, centros de de salud mental, talleres o grupos de ayuda.

Objetivos

- Valorar esta enfermedad en el anciano
- Encontrar el tratamiento farmacológico y conductual más adecuado

Metodología

La información recogida para la elaboración del estudio ha sido encontrada en libros, manuales y guías y en bases de datos como Elsevier, Scielo, PubMed, CINAHL y CUIDEN.

Además, el trabajo se completó con los datos personales y clínicos de un paciente esquizofrénico de 64 años, ingresado en una Residencia de Enfermos Mentales Crónicos. Esta información la obtuvimos de su historia clínica y de la observación durante 6 semanas de trabajo en la residencia.

La búsqueda de información se ha realizado con las siguientes palabras clave: Trastornos psiquiátricos, esquizofrenia, psicogeriatría, síntomas positivos.

Resultados

El aumento de la esperanza de vida y la mejora de la calidad en los servicios de asistencia socio-sanitaria, además de otros factores, han dado lugar a un incremento considerable del número de pacientes esquizofrénicos de edad avanzada, tanto de aquellos que iniciaron su enfermedad en la juventud como de los que iniciaron el trastorno esquizofrénico al comienzo de la vejez. (Catalán, Azpiazu, Casado et al, 2008).

A través de diferentes estudios se observa una evolución favorable en gran número de pacientes que demuestran mejoría de síntomas conforme avanza la edad, así como un progreso favorable dirigido hacia la remisión o hacia estados residuales más leves. Asimismo, se constata que no existe mayor riesgo de evolución hacia la demencia que en la población no esquizofrénica.

La evolución natural de la enfermedad suele darse con un deterioro que se hace presente en los primeros años dando lugar, con el paso del tiempo, a una cierta estabilidad (meseta) donde pueden producirse algunas fluctuaciones, aunque de menor intensidad. La mayoría de veces, el periodo de estabilidad de los síntomas se produce en la mediana edad (Agüera y Rubio, 2000)

Otra de las conclusiones de los diferentes trabajos (Tarima, Fernández, et al, 2009) (Ortuño, 2008) es que el destino de la esquizofrenia en la edad avanzada es sumamente variable y es difícil proponer patrones típicos porque no los hay.

Por otro lado, es interesante añadir que un buen pronóstico de la enfermedad no tiene por qué ir acompañado de un correcto funcionamiento social. Se puede ver en distintos estudios que son pocas las personas con esta enfermedad que son capaces de llevar una vida completamente independiente y con una aceptable vida social.

Por tanto, la evolución tanto clínica como social de los pacientes con esquizofrenia a lo largo del tiempo es muy variable y también lo son sus características sintomáticas. En lo que muchos autores (Agüera y Rubio, 2000) (Amores, 2008) coinciden es que hay una clara disminución de los síntomas positivos, así como un aumento de los negativos conforme pasa el tiempo. Síntomas positivos del tipo delirios, alucinaciones, comportamientos extraños o agresividad tienden a extinguirse con la edad. Existe más bien un predominio de síntomas negativos no productivos del tipo abulia, indiferencia, afecto

aplanado, pobreza del lenguaje y alogia, desconexión del entorno, mutismo, negativismo, manierismo o esterotipias.

Muchas veces muestran una adaptación a su entorno de vida, generalmente poco demandante. Si persisten los síntomas positivos, interfieren en menor medida con la vida cotidiana, ya que estos pacientes suelen familiarizarse con sus delirios o alucinaciones, esto hace que las alteraciones de la percepción interrumpan menos su día a día y les permita una mejor adaptación, pudiendo incluso, integrarlas a su vida diaria.

La persistencia de síntomas negativos en prácticamente todos los enfermos de esquizofrenia es, en buena parte, responsable del pronóstico poco favorable de esta patología a largo plazo desde el punto de vista del funcionamiento social. Aunque la disminución de la sintomatología positiva favorece un mejor ajuste, promoviendo una menor conflictividad, su calidad de vida se ve seriamente afectada por la desconexión social, aislamiento, soledad, ausencia de funciones definidas y dependencia de otros (Amores, 2008).

Además de la bibliografía consultada y los artículos y guías revisadas, se pudo trabajar durante 6 semanas en una Residencia de Enfermos Mentales Crónicos teniendo la oportunidad de examinar y valorar a un paciente de 64 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 21.

Comprobamos que como muchos estudios demuestran, los síntomas positivos habían ido desapareciendo con el tiempo manteniéndose los negativos, mostrando aislamiento social, ausencia de iniciativa, dependencia o desesperanza, entre otros.

Es interesante observar la evolución de esta enfermedad que debutó con manifestaciones paranoides pero que con el paso del tiempo perdió las características de esta, disminuyendo las alucinaciones y los delirios pasando a denominarse esquizofrenia residual, que no es más que la forma crónica de esta patología.

Podemos afirmar que un abordaje multi e interdisciplinar no sólo ayuda sino que mejora llamativamente la adaptación de estas personas. Con terapias, talleres grupales, ejercicio físico además de una correcta pauta farmacológica (antipsicóticos y neurolépticos) y el mantenimiento de una rutina, su enfermedad se hace más estable.

Conclusiones

- La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica con una base neurológica y origen multicausal, que afecta aproximadamente a un 1% de la población, con dos tipos de síntomas: positivos (alucinaciones, delirios, etc) o negativos (apatía, pasividad, pérdida de motivación, aislamiento social, etc)
- Puede ser controlada con éxito mediante un abordaje multi e interprofesional con medicación, intervenciones familiares, rehabilitación y reinserción social y laboral.
- Las personas mayores esquizofrénicas presentan disminución de los síntomas positivos pero mantienen los negativos, dando lugar a mayor desconexión social, aislamiento y dependencia.

Referencias

- Agüera, L. y Rubio, I. (2000). Trastornos psicóticos en el anciano. Madrid. Informaciones Psiquiátricas nº162.
- Alberdi, J., Castro, C. y Vázquez, C. (2009). Guía Clínica: Esquizofrenia. Recuperado el 5 de Mayo de 2009, de: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/esquizofrenia/>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Amores, F. (2008). Neuropsicología de la esquizofrenia en el anciano. Barcelona. Viguera Editores, S.L. *Psicogeriatría*, 0:5-6
- Cástulo, R. (2005). Depresión, suicidio y esquizofrenia. Madrid. *Avances en psiquiatría biológica*, vol 6:118-125

Catalán, A., Azpiazu, P., Casado, C., Quiñones, S., Regalado, P. y Almenar, C (2008). Utilidad de la psicoestimulación cognitiva en pacientes esquizofrénicos ancianos con deterioro cognitivo. Sant Boi de Llobregat. *Informaciones Psiquiátricas*, nº192

Folstein, MF., Folstein, SE. y McHugh, PR. (1975). Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12:189-198

Goldberg, DP. y Hillier, VF. (1979) A scaled version os the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1):139-45

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety status by rating. *Brit J Med Psicol*, 32: 50-55

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y ZARADEMP. (2002). Examen cognoscitivo mini mental. Madrid: TEA Eds.

Organización Mundial de la Salud. (2004). CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

Ortuño, F. (2008). Esquizofrenia. Navarra: S.A. Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra.

Prieto, B. y Gómez, R. (2010). Protocolo de actuación en las urgencias psiquiátricas. Madrid. *Revista científica de la Sociedad Esp de Enfermería de Urgencias y Emergencias*.

Rodríguez, F. y Rodríguez, A. (2009). Modelo de Enfermería en Salud mental: el modelo de Peplau. Madrid. *Difusión Avances de Enfermería*, p.944-953.

Servicio Murciano de Salud. (2009). Tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Recuperado el 10 de Junio de 2009, de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Sistema Nacional de Salud. (2010). Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Recuperado en Octubre de 2010, de: <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/completa/index.html>

Tarima, K., Fernández, H., López-Ibor, J.J., Carrasco, J.L. y Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los psicofármacos. Madrid: *Actas Esp Psiquiatr*, 37 (6): 330-342

CAPÍTULO 24

Crisis de angustia en geriatría

Inmaculada Inglés Costa y María Ascensión Inglés Costa
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (España)

Introducción

La población anciana se encuentra en aumento progresivo y necesitan mayor atención médica y farmacológica debido a las enfermedades crónicas (Frances, 2000). Revisamos en este artículo los aspectos más relevantes de los trastornos de ansiedad en el anciano junto con los posibles tratamientos, tanto psicológicos como farmacológicos. Este trastorno, de alta prevalencia, hace que el individuo sufra un importante deterioro de la calidad de vida, afectación en su rendimiento neurocognitivo y, al mismo tiempo, genera una importante carga asistencial y económica.

Vamos a ver aquellos factores de carácter social, biológico y psicológico que se hallan unidos a la aparición de estos trastornos en población geriátrica, y se señala la particular expresión clínica que estos trastornos tienen en los mayores para así permitir una mejor identificación y diagnóstico.

Heum y Hein (2005), concluyen que, si bien envejecer es un factor de riesgo de primer orden para la aparición de depresión, parece ser un factor de protección para la aparición de trastornos de ansiedad.

Vink et al (2008) señalan que sólo un número limitado de factores biológicos se asocian con ansiedad en la vejez. La presencia de deterioro cognitivo y la hipertensión vascular se vinculan con la aparición de síntomas ansiosos, que también ocurre con las limitaciones funcionales y la presencia de un número de enfermedades crónicas mayor.

Según otros autores, las dificultades económicas, viviendas insalubres, clase social baja, escasa red de apoyo familiar, etc., aumenta la ansiedad de las personas mayores (Lindesay et al, 2005).

En la mayoría de los casos, la persona que sufre algún tipo de fobia, presenta cuadros de ansiedad y estrés, ya que a pesar de ser consciente de que el temor que experimenta ante determinadas cosas o circunstancias es desmedido, no consigue dejar de sentirlo. El problema que se vislumbra es la alta frecuencia con la que estos cuadros pasan desapercibidos, son mal diagnosticados, y en consecuencia, no tratados. La clínica ansiosa se vincula con discapacidad funcional, deterioro en funciones cognitivas, mala salud percibida y peor calidad de vida (Mantella et al, 2007).

El trastorno de pánico es causa frecuente de consulta en los centros de salud como atención primaria y salud mental (Fernández et al., 2006; Téllez et al., 2007; Pérez, 2007).

El fin de este artículo es llegar a comprender de donde vienen esas fobias sufridas por el grupo de población geriátrica para su estudio y posible resolución desde la intervención enfermera, ya sea dando apoyo emocional o terapéutico, o la supervisión desde un punto de vista farmacológico, ya que este proceso mal diagnosticado o mal supervisado, puede llevar al anciano a un final no deseado en una tasa del 5 al 10%.

La Geriatría tiene como objetivo cuidar de la buena salud de las personas mayores, para ello, son necesarios conocimientos y habilidades específicas (Agüera et al 2004).

Se puede definir la ansiedad como "aprensión, tensión o inquietud, por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida (Pérez Díaz 2007). Distinguimos la ansiedad del miedo, que es la respuesta emocional a una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo. La misma autora, indica que en el Glosario Psiquiátrico Americano en su cuarta revisión se refleja que la ansiedad se vuelve patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable" (DSM-IV 1995). La presencia de los trastornos de ansiedad en los ancianos hace que su calidad de vida se pueda

ver disminuida, las enfermedades que padecen, sean de tipo psicológico o no, pueden verse aumentadas y existe un mayor riesgo de suicidio y, por consiguiente, un uso desproporcionado de los servicios médicos (Livingston et al, 1997). Como veremos más adelante, el tratamiento de la crisis de angustia se puede realizar en dos formas, terapia psicológica y farmacológica. Existen estudios con evidencia para la psicoterapia psicodinámica presentando una reducción significativamente mayor en la severidad de los síntomas de pánico y recomendándola como tratamiento de segunda elección (Milrod et al., 2007, Busch et al 2009).

Se han descrito dos estudios de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr), aunque con tamaños de muestra pequeños y con resultados insuficientes para establecer su eficacia (Li et al., 2014).

Objetivos

Nuestro objetivo principal es explicar los niveles de ansiedad, miedo y angustia en pacientes geriátricos y describir los síntomas iniciales de la crisis.

Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos de Medline, Scielo, Cuiden, Pubmed, Dialnet, Oxford University Press Journals.

Los descriptores utilizados fueron: “crisis”, “angustia”, “ansiedad”, “ayuda”, “control”, “manejo”, “demencia” y “enfermedad de Alzheimer” (todos los términos fueron buscados en castellano e inglés, para la búsqueda en las bases de datos nacionales e internacionales y combinando las palabras).

Resultados/ Estado de la cuestión

Tortella-Feliu (2014) señala que con respecto al DSM IV, hay variaciones en el DSM-V para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, las modificaciones de mayor relevancia que aquí nos interesa se refieren a la crisis de angustia, que continúa con sus mismos descriptores, el trastorno de angustia y la agorafobia, independientes, modificaciones en los criterios para el diagnóstico de Agorafobia, Fobia específica y TA social. Se recogen en el DSM-V, de modo resumido, los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, TA social. Trastorno de angustia, agorafobia, TA generalizada, TA inducido por sustancias o medicación, TA debido a otra enfermedad médica, otros TA especificados, TA no especificado.

Los trastornos por ansiedad representan solo un porcentaje no muy grande de todos estos trastornos (Lindesay et al 2005).

Los ataques de pánico son comunes en pacientes mayores hospitalizados (1%-3%), y si bien no ponen en peligro la vida del paciente, pueden conducir al desarrollo de trastorno de pánico y agorafobia. Ayudar adecuadamente en el momento en que se produce un ataque de pánico puede disminuir el temor asociado con el ataque y reducir el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad.

La ansiedad en pacientes adultos, mayores, se presenta dándole mayor importancia a aquellos síntomas relacionados con el cuerpo que a los relacionados con la mente, es decir somatizan, lo que hace difícil el diagnóstico de la ansiedad.

Los síntomas más frecuentes que se dan en el trastorno de ansiedad/crisis de pánico, son agitación, palpitaciones, sudoración, temblor, sofocos, sensación de ahogo, malestar, dolor torácico, náuseas, mareos, miedo a morir, parestesias (DSM-IV 1995).

Los pacientes mayores, en situaciones de crisis de ansiedad, suelen mostrar fobias a encontrarse solos, a caerse, a mostrarse en público. Todas estas actitudes, parecen encubiertas por limitaciones que ellos achacan a su condición física (Hermera, 2015). En esta etapa de la vida distintos factores desencadenan cuadros de ansiedad y/o depresión los cuales debemos tener en cuenta para poder realizar una adecuada terapia. Estos cambios son: (Hermera, 2015).

a) El deterioro físico ligado a enfermedades del cuerpo y posibles discapacidades.

- b) La viudedad y/o pérdida de pareja.
- c) Cambio de roles o sensación de inutilidad (jubilación, vivir solo, con nuevas asistencias o cuidando ellos mismos de otro enfermo).
- d) Las mudanzas o emigraciones del anciano y/o de sus seres queridos.
- e) El traslado a instituciones geriátricas.
- f) Dificultades económicas.

Para poder realizar un tratamiento adecuado de los trastornos de ansiedad es necesario conocer todos los aspectos relacionados con el entorno del paciente, tanto los aspectos físicos como intelectual y social. Se distinguen cinco áreas de actuación para asegurar un buen tratamiento (Sadavoy et al 1997).

- Médica. Se deben descartar causas que potencien los cuadros de ansiedad.
- Psiquiátrica. Se deben descartar otras alteraciones psiquiátricas.
- Farmacológica. Uso de sustancias que provocan síntomas ansiosos
- Síndrome ansioso específico
- Cambios familiares o ambientales en el entorno del paciente.

Lo importante es tratar aquello que causa la ansiedad, ir al origen para evitar resistencias al tratamiento. Es posible combinar el tratamiento farmacológico con el apoyo emocional, relajación, evitar el aislamiento, etc.

Para tratar la ansiedad en la población anciana y en la Enfermedad de Alzheimer (EA) se exige que el personal que se encarga del apoyo realicen una valoración exhaustiva de todos los aspectos que engloban a estos pacientes, como son el medio en que se desenvuelven (ambiental y social). Debido a que estos pacientes suelen colaborar poco, la valoración que hay que realizar, debe ser extremadamente cuidadosa.

La esperanza de vida que se observa en los países occidentales, es cada vez mayor, es decir, la edad que alcanza la población adulta es muy elevada (la población anciana crece de modo considerable). Tanto los países occidentales como el resto tienen recursos sanitarios limitados, por lo que la información sobre los trastornos asociados a las enfermedades mentales, debe ser lo más precisa posible, para poder aplicar los tratamientos lo más tempranamente posible. Hoy en día, los trastornos de ansiedad que se observan en la población anciana no se tratan con la misma rapidez que otras patologías psiquiátricas, bien porque no se diagnostican correctamente o porque pasan desapercibidos o enmascarados por otra sintomatología. Existen factores como pueden ser el aislamiento social, las dificultades económicas, el mal estado de salud, el envejecimiento, el ver cercana la muerte, hacen que se note un aumento en los trastornos de ansiedad en los pacientes ancianos. Sin embargo, este tipo de trastorno supone únicamente una pequeña parte de los ingresos hospitalarios de tipo psiquiátrico de este grupo de población y los estudios que se realizan a nivel ambulatorio detectan una menor prevalencia de estos trastornos que en la población menor de 65 años. Los pacientes ancianos no suelen asistir al centro de salud por problemas de ansiedad y es frecuente que manifiesten la ansiedad en forma de somatizaciones, por lo que es fácil que, en ocasiones, estos trastornos de ansiedad no sean reconocidos por el personal sanitario.

En la actualidad, se observan dos componentes en lo que conocemos por ansiedad, como es el somático y el componente cognitivo. En los ancianos es más fácil que se reconozca el componente somático, por lo que el diagnóstico de los problemas de ansiedades más difícil, debido al enmascaramiento de los síntomas.

La ansiedad es un estado afectivo fisiológico que consiste en una sensación difusa de aprensión, desagradable y vaga, de aparición aguda y transitoria, que se acompaña de una activación del sistema nervioso autónomo (Kaplan 1999).

La ansiedad puede definirse como la anticipación de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite tomar las medidas necesarias para enfrentarse a una

amenaza (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

La angustia o ansiedad se puede entender como una emoción normal ante determinadas situaciones y que sólo cuando sobrepasa la capacidad adaptativa del individuo es cuando se convierte en patológica. Una vez diagnosticada, queda instaurar un tratamiento. Este puede ser psicológico y/o farmacológico, pero antes de poner en marcha el tratamiento, hay que buscar el adecuado.

Escobar cita, para evaluar la ansiedad u otros trastornos derivados de la misma, escalas, cuestionarios y otros instrumentos. Pero como hemos dicho anteriormente, estas escalas están pensadas para personas adultas, no ancianas, por lo que los resultados no son del todo fiables, como por ejemplo, HARS, Escala de Hamilton para la ansiedad, que mide la intensidad de la ansiedad, CAS escala de ansiedad clínica, que mide la gravedad de los síntomas, LSAS, escala de ansiedad social que mide gravedad de ansiedad social.

Para diagnosticar correctamente los trastornos por ansiedad en los ancianos, se siguen utilizando la clasificación de trastornos mentales según el DSM-V.

Como hemos visto con anterioridad, hay multitud de enfermedades que reflejan síntomas, que pueden enmascarar una patología mental.

Para poder diferenciar un problema de ansiedad o angustia de otra patología, debemos distinguir entre ansiedad transitoria, enfermedades somáticas, trastornos cognoscitivos, abuso de sustancias, etc.

El tratamiento efectivo de estas patologías, se consigue iniciando primero un diagnóstico correcto, para así poder corregir aquellos efectos que las enfermedades causan a la persona llevándola a un estado ansioso, por ello, no solo hay que corregir la enfermedad, hay que averiguar los fármacos con los que se trata el paciente y así valorar si actúan en ese proceso. Una vez averiguada la causa, se inicia el proceso de terapia.

Los tratamientos se realizan combinando farmacología y psicoterapia.

El personal sanitario debe tener en cuenta varios factores al incluir la farmacoterapia en el tratamiento de la ansiedad. Como pueden ser los cambios farmacodinámicos y/o farmacocinéticos, esto es, la disminución en la absorción, disminución de la motilidad gástrica, de la fijación de las proteínas, volumen de distribución disminuido, alteración de las funciones hepática y renal. Debido a todos estos procesos, los fármacos son menos eficaces, se metabolizan o eliminan más lentamente que en una persona joven, y al estar más tiempo en contacto con el organismo, es más fácil que se produzcan intolerancias, efectos secundarios.

Todos los datos posibles de recoger de la Historia clínica del paciente debemos aunarlos para poder llegar a un tratamiento adecuado. La dosis óptima del tratamiento se consigue de menos a más. Los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la ansiedad son: benzodiazepinas (BZD), azapirona, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) neurolepticos, antagonistas de beta-receptores, barbitúricos, antihistamínicos y anticomiciales y una larga lista de fármacos (Agüera 2004)

Pero no solo es el tratamiento farmacológico quien se encarga de mejorar a nuestros pacientes mayores, los métodos basados en el apoyo psicoterapéutico son cada vez más frecuentes. Se dividen en dos grupos: psicoterapia tradicional y terapia cognitivo-conductual. Esta última, mucho más eficaz, cuando se dirige a pacientes jóvenes.

Crisis de pánico o angustia

Tras definir la ansiedad como aquella emoción por la que la persona es capaz de afrontar las situaciones que se perciben como peligrosas, podemos decir que cuando la duración o la frecuencia e incluso la intensidad de esta ansiedad se excede, ya no sirve como protección, se convierte en un problema. La crisis de pánico o angustia, es esta misma ansiedad elevada, de tal modo que se convierte en terror. (Escobar 2014).

La instauración de un tratamiento adecuado resulta útil en el 70-90% de los casos. Se puede observar una mejoría significativa entre 6-8 semanas después de iniciado el tratamiento.

La terapia de la crisis de pánico se realiza de modo eficaz con cualquier benzodiazepina por vía oral, aunque lo adecuado podría ser generar de forma simultánea un entorno de confianza y tranquilidad donde explicar al paciente lo que le está ocurriendo y la interpretación errónea que está realizando de sus síntomas neurovegetativos. Es conveniente realizar una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia (Mitte, 2005). Aunque el tratamiento combinado en fase aguda, fue superior al tratamiento con antidepresivos y psicoterapia (Furukawa et al 2007).

Angustia generalizada

Se manifiesta por temores excesivos, el paciente piensa en la aparición de acontecimientos adversos, ansiedad, tensión emocional e hipervigilancia, que ocurre durante un tiempo no inferior a seis meses. La ansiedad afecta a muchas facetas de la vida, y la persona ve difícil controlar la preocupación y centrar su atención en todas las actividades que realiza (Agüera et al 2004).

Para este trastorno se prescriben Benzodiazepinas, con posterior revisión, pero su utilidad se limita a períodos cortos. Son trastornos más complicados que los anteriores, y tienden a hacerse crónicos. El uso de paroxetina es más adecuado (Agüera et al, 2004).

Conclusiones

La enfermera ha de conocer la clínica de este trastorno y, en su labor como educadora para la salud, puede recomendar al paciente que padece ataques de pánico herramientas que faciliten el manejo de la situación, y a su vez aumenten la confianza en sí mismo.

Se puede decir que la mayoría de los trastornos psicológicos que aparecen en la vejez, pueden aparecer en forma de un estado ansioso, y, también se puede añadir, que son problemas mal diagnosticados, debido normalmente a que los criterios que se utilizan para valorar su prevalencia, son los criterios del DSM-V, los cuales, no tienen en cuenta a este grupo de edad.

Se debe tener en cuenta también que el anciano suele tener otras patologías asociadas y puede que tome medicación para ellas (polimedicación) (Spar et al 1990).

Debido a su dificultad en el diagnóstico, el trastorno de pánico o la angustia, son tratados tardíamente, lo que hace que se vuelvan crónicos y complicados de tratar (Spar et al 1990).

Como hemos podido ver en los estudios revisados en este trabajo, la ansiedad en los ancianos es un problema sanitario que afecta a una población cada vez mayor y que pasa desapercibida, bien por no ser diagnosticada correctamente o porque quien la sufre, no es capaz de transmitir al personal sanitario o al quien le rodea y asiste lo que siente.

Es necesaria la aplicación de medidas que aumenten la confianza de este grupo poblacional hacia el personal de apoyo para que pueda buscar ayuda de modo autónomo o independiente, por la necesidad del anciano de ser independientes, de vivir en sus hogares (IMSERSO, 2010).

Referencias

American Psychiatric Association: DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

American Psychiatric Association: DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC: Author.

Agüera L, Cervilla, JA. Trastornos de Ansiedad. En: *Psiquiatría Geriátrica*, Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla, JA, editores. Masson. 2002; p. 469-98.

Agüera L, Francés I, Gayoso MJ, Gil P, Martín M, Sánchez M. (2004). Guía de buena práctica clínica en geriatría, depresión y ansiedad. 2015, de Sociedad Española de Geriatría y Gerontología Sitio web: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/...>

Escobar, F. (2014). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad, de asociación colombiana de neurología Sitio web: <http://www.acnweb.org/guia/g5cap18.pdf>

Fernández, A., Haro, J.M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J.L., Sullana M.A. y Alonso, J. (2006 Nov.), "Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain", *Journal of Affective Disorders*, núm. 96, pp. 9-20.

Furukawa, T.A., Watanabe, N. y Churchill, R. (2007), "Psicoterapia combinada más antidepressivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia", *Revisión Cochrane traducida*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, núm.2, Oxford: Update Software Ltd.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008

Hermera. Centro de estudios del stress y la ansiedad. Consultado el 15 de Julio de 2015 en http://www.instituto sincronia.com.ar/HEM_trastorno

Heum R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 199-204.

Instituto de Mayores y Servicios sociales (IMSERSO) (2010). Encuesta de mayores. 2015, de IMSERSO Sitio web: imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores.

Frances, I. (2000). *Terapéutica farmacológica en el anciano: cambios en la administración y efecto de los fármacos*. Envejecimiento y Enfermedad. XIX Curso de actualización para Postgrados. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1999) "Trastornos de Ansiedad". Sinopsis de la Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría clínica. (8va ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lí, H., Wang, J., Li, C. y Xiao, Z. (2014) "Estimulación magnética transcranial repetitiva (EMTr) para el trastorno de pánico en adultos", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 9. Art. No.: CD009083.

Lindesay J. Trastornos neuróticos. In Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Masson; 2005. p. 623-45.

Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of Community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 56-59

Mantella RC, Butters MA, Dew MA, Mulksant BH, Begley AE, Treacey B, et al. Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 673-9.

Milrod, B., Leon, A.C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E.T., Graf, E., Teres, J.J. y Shear, M.K. (2007 Feb.), "A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder", *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, núm.2, pp. 265-72.

Mitte, K. (2005), "A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia", *Journal of Affective Disorders*, vol. 88, núm. 1, pp. 27-45.

Pérez Díaz, R. (2007), "Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor", *Geroinfo. Publicacion de gerontologia y geriatría*, vol. 2, núm 1.

Sadavoy J, Kenneth L. Treatment of anxiety disorders in late life. *Can J Psychiatry* 1997; 42 Supl 1: 28S-35S

Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990, págs. 4-7

Téllez Lapeira, J.M., López-Torres Hidalgo, J., Boix Gras, C., et al. (2007), "Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad", *Revista Clínica de Medicina de Familia*, núm. 2(2), pp. 76-83.

Tortella-Feliu. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista iberoamericana de psicosomática* 110, 62-69.

Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk actors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008; 106: 29-44.

CAPÍTULO 25

Percepción de satisfacción y calidad de vida en población mayor de 65 años no institucionalizada

Veronica Tortosa Salazar*, M^a Dolores Rodriguez Porcel*, y M^a del Mar Rodríguez Martínez**

**Hospital Torrecárdenas (España), **CIMI El Molino (España)*

Introducción

El proceso de envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales más importante a nivel mundial. Ya en 2012 se recogieron datos tales como que el 8% de la población mundial tenía más de 65 años, esperando que estos datos aumenten en los próximos 20 años (Ward, Parikh y Workman, 2011). En nuestro país, en 2014 había 8.442.427 personas mayores de 65 años, el 18,1% sobre el total de la población (46.771.341), según los datos del Padrón Continuo (INE, 2015).

El envejecimiento de la población lleva asociados una serie de gastos económicos y sociales, que suponen un problema de salud pública. Gracias a los avances logrados, ha aumentado la esperanza de vida, e incluso, se está produciendo un proceso conocido como el <envejecimiento de la población mayor> (Lorenzo L, 2008), y todo esto lleva como consecuencia mayores gastos farmacéuticos, un gran número de pacientes mayores con enfermedades crónicas de larga evolución con un coste elevado, así como un aumento en los niveles de discapacidad y dependencia. Por todo ello, se están generando una serie de necesidades no cubiertas en este grupo poblacional, con el que Enfermería debe trabajar para conseguir un envejecimiento saludable y de calidad.

La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores, dentro de los cuales, el estado de salud es uno de los principales determinantes de la calidad de vida, pero también influyen diversos factores (Azpiazu, Cuz, Villagrana, Abanades, Garcia y Alvear, 2002; Carmona, Estrada y Agudelo, 2002; Ferrando, Nebot, Borrel y Egea, 1996). Las personas mayores, se ven inmersas en un proceso de cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que puede alterar su calidad de vida y su percepción sobre la misma. La calidad de vida esta determinada por una compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. En este grupo poblacional estudiado, el nivel de salud y de bienestar parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, siendo el nivel de autonomía un componente importante de su calidad de vida.

Numerosas investigaciones informan de la importancia del estudio de la calidad de vida para comprender mejor el proceso de envejecimiento, es importante conocer qué factores son más importantes para la población mayor de 65 años en su percepción de calidad de vida, ya que facilitará la planificación y desarrollo de estrategias sociales y sanitarias orientadas a su mejora. (Inga y Vara, 2006; Molina, Melendez y Navarro, 2008; Montanet, Bravo y Hernandez, 2009).

La satisfacción de vida, fue definida por George (1981), como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida. La satisfacción de vida supone un resumen de la evaluación de las metas y logros conseguidos a lo largo de la vida, y dónde tienen gran peso factores como la salud, las relaciones sociales y así el estatus económico. La satisfacción con la vida que presente el individuo está directamente relacionado con su percepción subjetiva de salud, bienestar y calidad de vida (Azpiazu, Cruz, Villagrana, Abanades, Garcia y Alvear, 2002; Inga y Vara, 2006; Ramirez y Lee, 2012). En este grupo poblacional, que ya han avanzado por diferentes etapas de la vida es de gran interés conocer “su balance global”, para identificar si existen posibles áreas con

valoraciones más negativas, para desde Enfermería trabajar en ello, enfocándolo siempre hacia el logro de un envejecimiento saludable.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la percepción de calidad de vida y satisfacción en una muestra de personas mayores de 65 años no institucionalizada, para colaborar en el mejor conocimiento de las expectativas y percepciones de este grupo poblacional vulnerable, para el desarrollo posterior de estrategias de mejora en aquellos aspectos que lo precisen.

Método

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 100 individuos mayores de 65 años que residían en la provincia de Almería. Los participantes fueron seleccionados por una técnica de muestreo de conveniencia, seleccionando a individuos con una edad igual o mayor de 65 años residentes en la provincia de Almería. Se excluyeron del estudio a personas que presentaban deterioro cognitivo moderado o severo (previa aplicación del Test de Pfeiffer con puntuaciones superiores a 4) o que presentaran problemas de salud o discapacidad que dificultara la comunicación con el entrevistador y/o el entendimiento del cuestionario.

En primer lugar, comenzamos describiendo las características de la muestra, y como se puede observar en *la tabla I*, la muestra estaba compuesta por un total de 100 sujetos, y mantenía la misma distribución entre ambos sexos, 50 eran mujeres (50%) y 50 eran hombres (50%). La edad media de la muestra era de 72.28 años, situándose todos los participantes en el intervalo comprendido entre los 65 y los 91 años. La siguiente *tabla II*, muestra la distribución de la ocupación de los participantes, con un mayor predominio de participantes jubilados. En las *tablas III y IV*, se exponen, respectivamente, el estado civil y el nivel de estudios de los participantes, mostrando un mayor porcentaje de personas casadas, seguidas de personas viudas. En cuanto al nivel de estudios, hay una distribución más heterogénea, sobresalen los participantes con estudios secundarios, con un 43%, seguido de universitarios (31%) y personas con estudios primarios (15%).

Tabla 1. Características de la muestra I (n=100)

| | | |
|-----------------------|------------|-----|
| Hombres | 50 | 50% |
| Mujeres | 50 | 50% |
| <hr/> | | |
| Rango de edad muestra | 65-91 años | |
| <hr/> | | |
| Media edad grupo | 72.28años | |

Tabla 2. Características de la muestra II. Ocupación

| | N | % |
|-----------|----|--------|
| Jubilados | 72 | 72,00% |
| En activo | 28 | 28,00% |

Tabla 3. Características de la muestra III. Estado civil

| | N | % |
|--------------|----|--------|
| Casado/a | 72 | 72,00% |
| Soltero/a | 6 | 6,00% |
| Divorciado/a | 10 | 10,00% |
| Viudo/a | 25 | 25,00% |
| En pareja | 10 | 10,00% |

Tabla 4. Características de la muestra IV. Nivel de estudios

| | N | % |
|----------------|----|--------|
| Primarios | 15 | 15,00% |
| Secundarios | 43 | 43,00% |
| Universitarios | 31 | 31,00% |
| Ningunos | 11 | 11,00% |

Todos los participantes recibieron previamente información de la finalidad del estudio mediante consentimiento informado. La participación en el estudio fue totalmente voluntaria. Los cuestionarios fueron anónimos y autocumplimentados por los participantes. Antes de la cumplimentación del cuestionario el personal investigador explicó las instrucciones para rellenar el cuestionario, resolviendo posibles dudas que pudieran interferir en los resultados. Se utilizó un vocabulario claro y sencillo, adecuado a las características de la muestra, para evitar posibles sesgos de comprensión.

Procedimiento

Se diseñó un estudio cuantitativo descriptivo transversal. Se llevó a cabo un análisis multivariante para las variables edad, sexo, estado civil y formación académica. Como procedimiento estadístico se realizó un análisis de frecuencias para conocer la percepción de calidad de vida y satisfacción de la muestra. Los datos fueron tratados mediante el programa estadístico SPSS en su versión 21.

Es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio, para el análisis posterior de los resultados.

Se trata de una muestra con un tamaño reducido, no representativa, por el proceso muestral elegido, que nos impide generalizar los resultados. Del mismo modo, al tratarse de un cuestionario autoadministrado la calidad de la información depende del deseo de los participantes de proporcionar los datos fidedignamente.

El estudio fue llevado a cabo en la provincia de Almería entre los meses de Enero y Marzo del presente año 2015.

Instrumentos

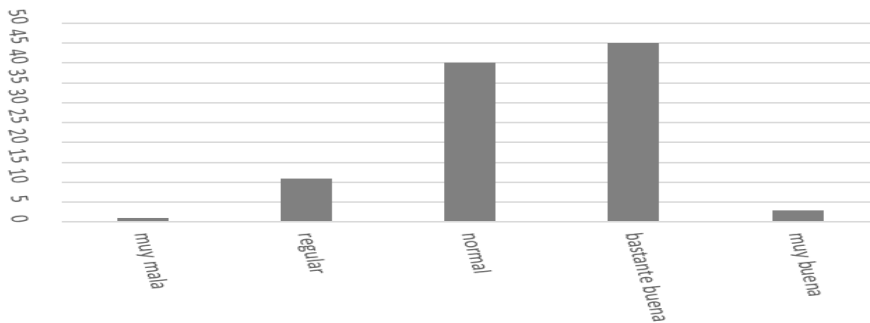
Como instrumento de recogida de información se empleó la encuesta validada de percepción de calidad de vida WHOQoL-BREF en su versión española para adultos mayores (Lucas,1998). Este instrumento está formado por 26 preguntas, cada una con 5 categorías tipo Likert, siendo 1 una valoración muy mala y 5 la valoración más positiva. El cuestionario proporciona una puntuación general relacionada con la percepción de la calidad de vida total y puntuaciones para los dominios que la componen: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.

Resultados

En cuanto a los resultados generales obtenidos en el cuestionario elegido, en referencia a la percepción general acerca de la calidad de vida, como se aprecia en la *Gráfica 1*, los participantes informaban de altos porcentajes de una

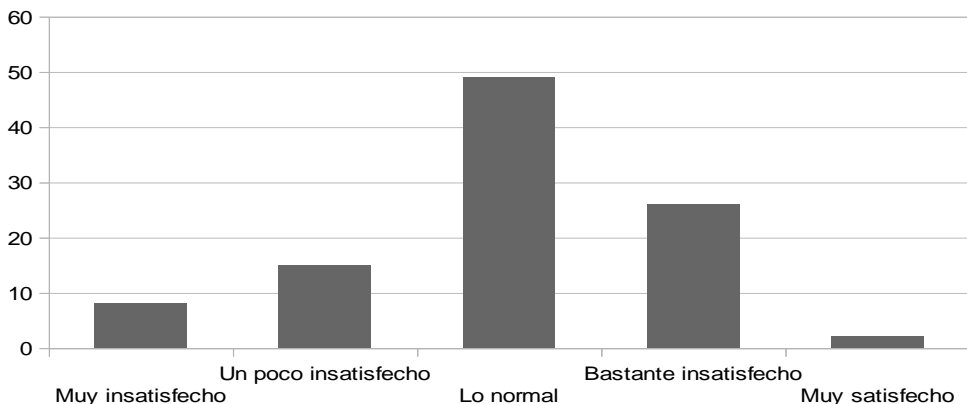
percepción de vida considerada “bastante buena”, con un 45% seguido de una percepción de calidad de vida “normal”, en un 40%. El resto de resultados se repartieron entre una percepción “regular”, con un 11%, “muy buena”, con un 3% y “muy mala”, con un 1%.

Gráfica 1. Percepción general de calidad de vida



Seguidamente se recogieron los resultados acerca de la satisfacción general de los participantes con su vida. Una gran mayoría (49%) indicaron estar satisfechos “lo normal”, seguido de un 26% de participantes que referían estar bastantes satisfechos en general con su vida. El resto de participantes comunicaron estar “un poco insatisfechos” (25%), muy insatisfechos (8%) y “muy satisfechos” (2%).

Gráfica 2. Satisfacción general con la vida



Los siguientes apartados del cuestionario recogieron las preguntas que daban respuesta a los cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. De los resultados (ver tabla 5) en el Item (1) referente a las limitaciones físicas por el dolor, destacan las respuestas como “Lo normal”, y “Un poco” (22%). En el Item (2) que recoge las necesidades de tratamiento médico para realizar las Actividades de la Vida Diaria, se obtuvo un porcentaje más elevado para “Lo normal”, con un 46% de los

encuestados, seguido de “Bastante”, con un 26%. En el Item (3) acerca de la energía suficiente en su vida diaria los resultados obtenidos variaron, con un 49% para la respuesta “Lo normal”, seguido de un 26% para la respuesta “bastante”, y un 22% para “un poco”. En el Item (4) que recogía la capacidad para desplazarse, se obtuvieron los porcentajes más elevados en las categorías “Lo normal” con un 40% y “Bastante” con un 28%. Para el Item (5), sobre el disfrute de la vida, los mayores porcentajes obtenidos correspondieron a la valoración “Lo normal” (45%) y “Bastante” (32%). En el Item (6) acerca del sentido de la vida, destacan los porcentajes obtenidos en las respuestas “Lo normal”(62%) y “un poco” 824%). Para el Item (7) sobre la capacidad de concentración, los porcentajes más elevados se obtuvieron para las categorías “Lo normal” (44%) y “Un poco” (36%). En el Item (8) referente a la aceptación de la apariencia física, los porcentajes mayores se lograron para las valoraciones “Bastante”, con un 46% seguido por “Lo normal” con un 33%. Para el Item (9), sobre la seguridad en sus vidas, los porcentajes más elevados se obtuvieron para las valoraciones “Lo normal” (45%) y “Un poco” (26%). El Item (10), que preguntaba acerca de contar con un ambiente físico saludable, se obtuvieron porcentajes muy elevados en las valoraciones “Lo normal” (50%) y “Bastante”(39%). En el Item (11), acerca de si contaban con dinero suficiente para cubrir sus necesidades básicas, destacaron los porcentajes para un poco” (52%), y “lo normal” (41%). El Item (12), sobre la disponibilidad de información, se obtuvo un resultado muy elevado para la valoración “Lo normal”, alcanzando un porcentaje de 65%. En el último Item, el número 13, sobre la posibilidad de realizar actividades de recreo, los porcentajes obtenidos fueron repartidos mayoritariamente entre “Un poco” con un 41% y “Lo normal”, con un 37%.

La siguiente parte del cuestionario trataba acerca de satisfacción sobre distintos ámbitos de los cuatro dominios, y estaba compuesto por 10 ítems. En el ítem (1), acerca de la satisfacción con el sueño destacaban los porcentajes obtenidos para “un poco” (58%) y “lo normal” (27%). El ítem (2) recogía la satisfacción con la posibilidad de realizar las Actividades de la Vida Diaria, con los mayores porcentajes recogidos para el valor “Lo normal” con un 49% y “Bastante” con un 33%. El ítem (3), acerca de la satisfacción con la capacidad de trabajo, un 46% indicaron que se trataba de “Lo normal” y un 30% recogieron que se trataba de “Bastante”. En el ítem (4), que hablaba sobre la satisfacción en sí mismo, la mayor parte de los participantes respondieron “Lo normal” (56%), seguidos de “Bastante” (25%). En los ítems (5) y (7), acerca de las relaciones personales y el apoyo de amigos los mayores porcentajes se obtuvieron para la respuesta “Lo normal” con 51% y 50% respectivamente, y en la respuesta “Bastante” (38%), para las relaciones personales y “un poco” (26%), para el apoyo de amigos. El ítem (6), sobre la satisfacción con la vida sexual, se obtuvieron resultados más negativos, con un 41% de participantes que respondieron con “un poco” seguidos de un 35% que indicaron que “lo normal”. Los tres últimos ítems, recogían aspectos sobre el ambiente, el acceso a servicios sanitarios(ítem 8) , condiciones del lugar de residencia (ítem 9) y satisfacción con la movilización del barrio (10%), obteniendo porcentajes parecidos, con una mayor respuesta positiva, con valores de un 44% de respuestas “lo normal”, respecto a la satisfacción con el acceso sanitario, un 42% de respuestas “lo normal”, sobre la satisfacción con las condiciones del lugar de residencia, y un 48% de satisfacción como “lo normal” acerca de la movilización del barrio.

Por último, se recogió un ítem acerca del dominio psicológico, donde se preguntaba sobre la aparición de sentimientos negativos, y dónde se obtuvieron porcentajes elevados para la opción “moderadamente” (44%) , seguidos de “Raramente” (41%).

Tabla 5. Resultados obtenidos en el cuestionario WHOQoL-BREF

| | Nada | Un poco | Lo normal | Bastante | Mucho |
|--|------------------|----------------------|---------------|---------------------|----------------|
| D1:Limitaciones por dolor físico | 7% | 22% | 52% | 17% | 2% |
| D1:Necesidad tratamiento médico para realizar las ABVD | 3% | 16% | 46% | 26% | 9% |
| D1:Energía suficiente en su vida diaria | 2% | 22% | 49% | 26% | 1% |
| D1:Capacidad para desplazarse | 5% | 16% | 40% | 28% | 11% |
| D2:Disfrute de la vida | 1% | 19% | 45% | 32% | 3% |
| D2:Sentido de la vida | 4% | 24% | 62% | 7% | 3% |
| Capacidad de concentración | 8% | 36% | 44% | 12% | 0% |
| D2:Aceptación apariencia | 1% | 8% | 33% | 46% | 12% |
| D4:Sentación de seguridad en su vida | 6% | 26% | 45% | 19% | 1% |
| D4:Ambiente físico saludable | 2% | 9% | 50% | 39% | 0% |
| D4:Dinero suficiente para cubrir las necesidades | 4% | 52% | 41% | 3% | 0% |
| D4:Disponibilidad información para la vida diaria | 1% | 8% | 65% | 25% | 1% |
| D4:Posibilidades de realizar actividades de recreo | 5% | 41% | 37% | 17% | 0% |
| | Muy insatisfecho | Un poco insatisfecho | Lo normal | Bastante satisfecho | Muy satisfecho |
| D1:Satisfacción con el sueño | 8% | 58% | 27% | 7% | 0% |
| D1:Satisfacción con la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria | 1% | 16% | 49% | 33% | 1% |
| D1:Satisfacción con la capacidad de trabajo | 2% | 21% | 46% | 30% | 1% |
| D2:Satisfacción de sí mismo | 2% | 17% | 56% | 25% | 0% |
| D3:Satisfacción relaciones personales | 1% | 9% | 51% | 38% | 1% |
| D3:Satisfacción vida sexual | 16% | 41% | 35% | 8% | 0% |
| D3:Satisfacción apoyo amigos | 8% | 26% | 50% | 13% | 3% |
| D4:Satisfacción acceso servicios sanitarios | 1% | 15% | 44% | 37% | 3% |
| D4:Satisfacción condiciones lugar residencia | 0% | 34% | 42% | 24% | 0% |
| D4:Satisfacción movilidad barrio, medios transporte | 1% | 14% | 48% | 35% | 2% |
| | Nunca | Raramente | Moderadamente | Frecuentemente | Siempre |
| D2: Frecuencia de sentimientos negativos(desesperanza, ansiedad, tristeza o depresión) | 5% | 41% | 44% | 9% | 1% |

D1: Dominio Físico D2: Dominio Psicológico. D3: Dominio de relaciones sociales D4: Dominio Ambiente

Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la búsqueda de conocer la percepción de calidad de vida y satisfacción con la vida en mayores de 65 años, podemos decir que, teniendo en cuenta de que se trata de una investigación inicial, se ha dado respuesta al objetivo propuesto, obteniendo resultados en los que se deberá profundizar en estudios posteriores. Del mismo modo, los resultados están en consonancia con los recogidos en estudios similares sobre el tema, y que a continuación expondremos. Nuestro trabajo se ha centrado en la búsqueda de la comprensión de la percepción de calidad de vida y satisfacción en la vejez, ya que creemos que es muy importante conocer estos aspectos para desarrollar futuros planes de actuación orientados a un envejecimiento de calidad y saludable.

En primer lugar, analizando los resultados obtenidos referentes a la percepción de calidad de vida general de los participantes, los resultados obtenidos se aproximan a los de otros estudios, recogiendo resultados favorables como los recogidos por Montanet, Bravo y Hernandez, 2009. Estos resultados se aproximan también a los estudios realizados en Lima por Inga y Vara, 2006 y a los realizados por Torres y Quezada, 2008 en Chile, encontrando que en general, los adultos mayores pertenecientes a la muestra de estudio tienen una alta satisfacción con su vida y tienen una percepción de calidad de vida muy positiva.

A continuación, analizamos los distintos dominios que constituían el cuestionario. Respecto al primero, el dominio físico, en general, los participantes se mostraron bastante satisfechos con la situación, siendo el mayor número de respuestas para la opción “lo normal”, respecto a preguntas sobre el dolor físico, el uso de tratamientos médicos, la energía, la capacidad de desplazarse, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y la capacidad de trabajo. Sin embargo, respecto a la satisfacción con el sueño, se obtuvieron resultados más negativos, y deberá ser analizado en estudios posteriores, ya que, tal como reflejan algunos autores, como Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, Garcia y Alvear, 2002, encuentran que el insomnio, en este grupo poblacional, se relaciona con una peor percepción del propio estado de salud y baja autopercepción de calidad de vida.

Respecto al segundo dominio, el psicológico, también se obtuvieron resultados positivos, los participantes mostraban una aceptación de su apariencia física, referían estar, en gran medida satisfecho y disfrutar con sus vidas, reconocían sentido a sus vidas, correspondiendo el mayor número de respuestas, nuevamente a la opción “Lo normal”. Del mismo modo, existieron ítems con resultados a analizar, como los obtenidos para el ítem relativo a la capacidad de concentración, que obtuvo un porcentaje de 36% para la respuesta “un poco”; y el ítem sobre la frecuencia de aparición de sentimientos negativos, que obtuvo resultados tales como un 44% para la opción “moderadamente”. Estos resultados, también deberán ser analizados, ya que también son factores relacionados con un mal estado de salud autopercebido por los participantes, coincidimos con Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, Garcia y Alvear (2002), en que las variables referidas al estado de ánimo de las personas encuestadas, no han sido analizadas en muchos estudios, pero sin embargo, son aspectos que las personas consideran muy importantes, con una alta asociación al estado autopercebido de salud.

En el dominio referente a las relaciones sociales, mostraron diversos resultados. En cuanto a las relaciones sexuales mostraban un alto porcentaje de “un poco”, estos resultados deberán ser estudiados en posteriores trabajos y buscar los factores y las causas de la baja satisfacción obtenida con la vida sexual, que podrían estar relacionado con los cambios en la sexualidad relacionados con el envejecimiento, pero debe ser trabajado para fomentar una sexualidad activa y saludable en la vejez. Respecto a las relaciones personales y el apoyo de amigos, los resultados fueron muy favorables. Estos resultados son importantes, ya que como refieren varios autores (Inga y Vara, 2006), la familia es la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, ya que constituye un mecanismo natural de atención. Otros autores han estudiado la relación directa entre la satisfacción de vida y el refuerzo social (Osorio, Torrejón y Anigstein 2011; Ramirez y Lee, 2012; Reyes, Triana, Matos, y Acosta, 2002), y estos resultados podrían ser una de las causas de los buenos resultados obtenidos

respecto a la satisfacción general de los participantes, relacionándolo con que la mayor parte de los participantes del estudio cuentan con una red familiar y apoyo social adecuado.

Finalmente, el dominio relacionado con el ambiente obtuvo resultados positivos respecto a la seguridad, las condiciones de la vivienda, el acceso a los servicios sanitarios, la información disponible y lo saludable del ambiente, sin embargo, para el tiempo de ocio y el dinero disponible los resultados fueron más negativos. Ambos resultados podrían estar relacionados con la situación económica actual de nuestro país, pero éstos deberán ser analizados más en profundidad en posteriores trabajos. Respecto al poder adquisitivo, en consonancia con otros estudios consultados, como refiere Torres, Quezada, Rioseco y Ducci (2008) parece que el nivel adquisitivo es una preocupación que afecta a la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, donde el dinero disponible, con la disminución de ingresos en la jubilación, la situación de recesión económica actual, puede afectar deteriorando la percepción de calidad de vida y su satisfacción sobre la misma.

Como conclusión final de este trabajo, nos parece importante señalar, que aunque los participantes parecen mostrar altos niveles de percepción de calidad de vida y satisfacción con la misma en general, es necesario trabajar desde Enfermería en los factores que se han detectado con menores porcentajes, ya que pueden suponer un riesgo para lograr un envejecimiento de calidad. Y Enfermería juega un papel muy importante en la promoción de cambios actitudinales, educación en salud, y para ello es necesario emplear estrategias a e intervención sociocomunitaria para mejorar las condiciones de las cuatro dimensiones de la vida del anciano: física, psicológica, social y entorno. Debemos trabajar en este campo de actuación, trabajar para mejorar la percepción subjetiva de calidad de vida y salud de la población mayor de 65 años, así como su satisfacción con la misma, favorecer un envejecimiento saludable, dotando a este grupo poblacional vulnerable de las herramientas y apoyos necesarios para envejecer con calidad.

En cuanto a las aportaciones de la presente investigación al panorama científico, estudios como el nuestro sirven para aportar información sobre el estado de la cuestión. Se trata de un estudio reducido, con limitaciones metodológicas, como anteriormente fue expuesto, que precisa de posteriores réplicas en estudios de muestras más amplias, en estudios más en profundidad y controlados. Pero aporta nuevas líneas de estudio, como es el análisis más en profundidad de los factores que afectan a la calidad de vida y la satisfacción percibida por la población mayor de 65 años.

Referencias

- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa J., Abanades, C., García, N. Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*, 76 (1), 683-699.
- Bayarre, H. (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Rev cubana Salud Pública*, 35(4), 110-116.
- Cardona, D., Estrada, A y Agudelo, H. (2002). Envejecer nos “ toca” a todos: Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Medellín, Colombia: Editorial Lvieco e hijas.
- Ferrando, J., Nebot M., Borrel C y Egea, L. (1996). Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit* ,10(1), 174-182.
- George, I. K. (1981). Subjective well-being. Conceptual and methodological issues. In.C. Eisdorfer (Ed), *Annual review of gerontology and geriatrics*, 2, 345-382.
- INE. (2015). INEBASE. Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Recuperado el 14 enero 2015, de http://www.ine.es/ine/planine/informe_anual_2014.pdf
- Inga, J y Vara A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ.*, 5(3), 457-486.
- Lorenzo, L. (2008). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Lucas, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon.

Montanet,A., Bravo C.M y Hernández H. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas*, 13(1), 1-10.

Molina,C., Meléndez, J.C y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24 (2), 312-319.

Osorio, P., Torrejón, M.J y Anigstein, M.S. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad*, 24 (1), 61-75.

Ramirez, M y Lee, Sau-Lee (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista Latinoamericana POLIS*, 33, 1-33.

Reyes, T; Triana, E; Matos, N y Acosta J.R. (2002). Salud en la Tercera Edad y Calidad de vida. *Rev Electr Geriatria Gerontología*, 4(1), 90-105.

Shamah, T., Cuevas L., Mundo, V., Morales, C., Cervantes, L y Villalpando, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud pública de México*, 50 (5), 383- 389.

Torres, M., Quezada, M., Rioseco y Ducci, M.L. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev Méd Chile*, 136, 325-333.

Ward S.A; Parikh,S y Workman, B. Health perspectives: international epidemiology of ageing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25(1), 305-317.

CAPÍTULO 26

Beneficios de la atención domiciliaria de Enfermería en la mejora de la calidad de vida del anciano inmovilizado

Cándida Godoy Pastor, María Isabel Medina Robles y Ana María Carreño Gómez
Enfermeras de Atención Comunitaria (España)

Introducción

Es evidente que la población está envejeciendo. La esperanza de vida ha aumentado casi 30 años durante la década de 1900 en los países desarrollados, y muchos de estos ancianos no pueden salir de casa, es decir, son considerados como “inmovilizados”. Por lo que necesitan una atención sanitaria en el domicilio (Quiu, 2010 y Jorm 2010).

Si tenemos en cuenta que cada vez existe más demanda de atención sanitaria a domicilio, es lógico pensar que es un problema de salud pública urgente que debe ser estudiado a fondo para establecer una atención adecuada a estos pacientes que no pueden desplazarse a su centro de salud. Ya que esto repercute en el bienestar y calidad de vida de nuestros pacientes. Así como un buen control de estos y adecuada Atención Sanitaria disminuiría el gasto económico para el Servicio de Salud Nacional al disminuir: las hospitalizaciones, llamadas innecesarias al servicio de urgencias, pruebas diagnósticas, abuso y mal uso de medicamentos etc. (Caldas, 2013).

“Es intensa la preocupación por el mantenimiento de la calidad de la atención de la salud de las personas mayores sin perder el control de los costos. Las altas tasas de hospitalización de los ancianos ejemplifica el impacto del envejecimiento de la población” sin embargo la asistencia personal es costosa y difícil de organizar (Caldas, 2013 y Montgomery, 2008).

Medicare define al paciente inmovilizado como “aquel que no puede salir de casa o salir le supone un gran esfuerzo y ayuda de otra persona.” (Quiu, 2010)

“La vigilancia de las personas mayores por unos servicios de Enfermería especializados, y cuando sea necesario con la referencia del médico de familia, dio como resultado: disminución de los ingresos hospitalarios, disminución del número de muertes y disminución del gasto económico en salud” (Caldas; 2013)

Los ancianos inmovilizados sufren de enfermedades tanto físicas como psiquiátricas en una proporción mucho mayor que los ancianos no inmovilizados. (Quiu , 2010)

Debido al deterioro tanto físico como cognitivo que sucede en el envejecimiento, estos pacientes presentan limitaciones para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), así como enfermedades crónicas, que dificultan que el anciano tenga una calidad de vida aceptable.

Andrew Clegg, en su estudio HOPE, en el que realiza un ensayo clínico con un grupo de ancianos para establecer un protocolo de ejercicios para mejorar la movilidad y la capacidad funcional, establece que: “La fragilidad es común en la edad avanzada”. Y demuestra que una adecuada atención a este tipo de pacientes mejora su independencia para las AVD.

Enfermería de Atención Primaria tiene un papel importantísimo en la atención al anciano inmovilizado ya que (En colaboración con el médico de familia) es quien valora el grado de dependencia del paciente y establece un plan de cuidados adecuado a la situación individual de cada uno de sus pacientes, además de controlar las enfermedades crónicas que presentan. Siempre con el objetivo de mejorar la autonomía del paciente y mejorar su calidad de vida. Así como prestar apoyo al cuidador principal.

Emanuel EJ, resalta “Las enfermedades tienen repercusiones sobre los pacientes, sus familiares y cuidadores”. En muchas ocasiones el cuidador se siente “desbordado” y es también labor del profesional sanitario brindarle ayuda y atención.

“Las únicas intervenciones que podrían ser útiles para reducir las cargas deberían dirigirse a atender las necesidades de cuidados de los pacientes: atención domiciliar de los servicios de enfermería, son útiles si no se imponen pagos por parte de los cuidadores” (Emanuel ,2000).

En su trabajo Celia Pereira Caldas obtiene como resultado que la vigilancia de los ancianos inmovilizados por un equipo de Enfermería especializado obtiene:” una disminución en la pérdida funcional, disminución de las hospitalizaciones, disminución del número de muertes, menor gasto en salud y una mayor satisfacción por parte del paciente y cuidador.”

Otro aspecto de la salud del anciano inmovilizado es su Salud Mental.

Quiu, 2010, en su trabajo hace referencia, además de las enfermedades y limitaciones físicas del anciano inmovilizado, a las enfermedades psiquiátricas como: Depresión, Distimia, Demencia, Ansiedad etc.

La demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, es la más común entre los ancianos inmovilizados pero también es frecuente la depresión. El hecho de verse obligados a permanecer en casa y no poder hacer una vida social normal hace que estos pacientes tengan baja autoestima y síntomas depresivos.

El trabajo de Quiu, 2010, enfatiza sobre la importancia de la angustia psicológica que supone, tanto para el paciente como para el cuidador, la situación de dependencia además de las múltiples enfermedades crónicas que suele padecer el anciano inmovilizado.

En muchas ocasiones nos olvidamos de la Salud Mental del paciente y sólo nos centramos en los problemas físicos, y es tarea también fundamental del profesional sanitario de Atención Primaria velar tanto por la salud mental de nuestros pacientes y sus cuidadores como de su salud física.

Celia Pereira en su trabajo trata de averiguar qué resultados se obtienen tras aplicar diferentes métodos de evaluación del riesgo de pérdida funcional y señala que aquellos estudios que consiguieron evitar la pérdida funcional a través de la puesta en marcha de programas de salud consiguieron aumentar la calidad de vida del paciente y reducir los gastos en salud

Y en estos programas de intervención sanitaria es fundamental el papel de Enfermería.

Y no podemos olvidar los problemas sociales que nos encontramos a diario: falta de apoyo familiar, soledad, vivienda con barreras arquitectónicas, bajos ingresos económicos etc. Que hacen empeorar aún más la situación del anciano.

La edad avanzada, bajos ingresos económicos, no tener pareja, vivir en un lugar remoto o lejano al centro de salud son factores que favorecen la solicitud de asistencia a domicilio (Jorm; 2010).

Objetivo

Analizar la evidencia científica que existe actualmente sobre la efectividad de la Asistencia Domiciliar de Enfermería al anciano inmovilizado y averiguar cuáles son las áreas de mejora que debemos abordar desde Atención Primaria.

Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed y Cochrane Plus a través de la Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud.

Los descriptores fueron: “Actividades de la vida diaria (AVD)”, “Anciano frágil”, “Atención de Enfermería en el hogar”, “prevención” y “calidad de vida” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

En todos los casos fueron artículos de revistas científicas, limitando la búsqueda en inglés y español. También se introdujo un filtro para las fechas (2000-2014), obteniendo 20 resultados y seleccionando

finalmente aquellos artículos en los que los pacientes tuvieran una edad mayor de 65 años y fuesen inmovilizados.

Resultados

Los ancianos inmovilizados sufren de enfermedades tanto físicas como psiquiátricas dentro de éstas destacan demencia, depresión, enfermedad de Alzheimer y ansiedad, en una proporción mucho mayor que los ancianos no inmovilizados tal como demuestra Qiu, 2010, con respecto a los estudios consultados que reflejan las enfermedades sin hacer referencia a las psiquiátricas.

Emmanuel, 2000, afirma que este tipo de pacientes genera una mayor carga económica familiar y que los servicios sanitarios deben ayudar a minorarla y prestar apoyo al cuidador, cosa que los otros estudios este tema concreto no lo abordan.

Jorn, 2010, encuentra que los factores como edad avanzada, sexo femenino, bajos ingresos familiares, vivir en un lugar lejano al centro sanitario, más dependiente lo que supone más angustia psicológica y las enfermedades crónicas, está fuertemente relacionado con el aumento de demanda y asistencia domiciliar. El paciente inmovilizado al perder el contacto con el sistema de atención de salud y la carencia de relaciones sociales hacen que el anciano esté cada vez más enfermo, solitario y depresivo.

Según Garlo, 2010, el cuidador suele presentar síntomas depresivos y sensación de que el cuidado de su familiar interfiere en su vida de forma negativa. Sintiendo así “desbordado” y deprimido. En cambio en el estudio de Emanuel, en cuanto al cuidador solo hace referencia a la carga económica.

Según Caldas, 2013, es importante para los servicios sanitarios públicos establecer una atención sanitaria a domicilio a las personas mayores sin perder el control de los costes y que la alta tasa de hospitalización de los ancianos ejemplifica el impacto del envejecimiento de la población. Además es el único trabajo que refiere la debilidad como factor de riesgo para la muerte o pérdida de funcionalidad en los ancianos, y se utiliza como una guía en la gestión de la salud. El uso de herramientas para mejorar la debilidad y la pérdida de la capacidad funcional previene las hospitalizaciones repetidas y mejora la calidad de vida.

Ambos autores, Emanuel, 2000 y Caldas, 2013, hacen referencia al gasto económico que supone el cuidado de las personas mayores y inmovilizadas, con la diferencia que Emanuel se centra solo en la carga económica familiar mientras que Caldas, 2013, lo hace sobre los costos económicos que supone para el servicio de salud público.

Conclusiones.

El envejecimiento de la población se ha convertido en un problema de Salud Pública, ya que al aumentar la población anciana también aumenta el número de pacientes inmovilizados, es decir, que no pueden desplazarse al Centro de Salud. Por lo que son los profesionales de Atención Primaria los que tienen que realizar intervenciones en los hogares de estos pacientes.

Y según Caldas, 2013, si se lleva a cabo una vigilancia e intervenciones sanitarias en el domicilio del anciano inmovilizado por un equipo de Enfermería especializado en colaboración con el médico se consigue disminuir: el número de consultas innecesarias, el número de hospitalizaciones, el número de muertes y los gastos de salud y aumenta la satisfacción del usuario.

Cada día aumenta la demanda de Asistencia Sanitaria a domicilio y el bienestar y calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores depende de que esta asistencia sea la adecuada. Para ello hay que ver al paciente no sólo desde un punto de vista físico si no también psicosocial porque el paciente no solo presenta problemas de salud físicos si no psiquiátricos y sociales como también señalan Jorm, 2010 y Qiu, 2010

Debido a que el anciano inmovilizado presenta problemas: tanto físicos, como psiquiátricos, como sociales, debemos pensar que, una correcta y adecuada atención a este tipo de paciente y su cuidador

debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar: Enfermero, Médico, Fisioterapeuta, Trabajador social y profesionales de Salud Mental de Atención Primaria. Aunque en ninguno de los estudios consultados hace referencia a la necesidad del Equipo multidisciplinar, pero tras analizar cada uno de ellos nos lleva a esta conclusión

Evidentemente el estar privado de realizar una vida social normal (relacionarse con amigos, ir a su centro de salud, realizar actividades de ocio etc.), tanto al anciano inmovilizado como a su cuidador, a esto también hace referencia Jorm, 2010, les lleva a situaciones de baja autoestima y depresión, favoreciendo la aparición de problemas psiquiátricos y el rápido deterioro cognitivo.

Además, el gasto económico que supone el cuidado de este tipo de paciente es elevado, y en muchos casos el cuidador o la familia no pueden asumirlo. Este aspecto también lo refleja Emanuel, 2000.

Y no podemos olvidar que además de las enfermedades están los problemas sociales que nos encontramos a diario cuando visitamos a nuestros pacientes en casa como: la soledad, mala relación o falta de apoyo familiar, viven lejos de su centro de salud, vivienda con barreras arquitectónicas etc.

Todo esto en su conjunto: enfermedades físicas, enfermedades psiquiátricas y problemas sociales, hacen que la Atención Sanitaria a estos pacientes sea complicada y los profesionales sanitarios de Atención Primaria nos preguntamos cuales deben ser los pasos a seguir para una correcta valoración y puesta en marcha de programas de intervención para mejorar la Salud y Calidad de Vida de estos pacientes y sus cuidadores.

Esta preocupación es la que nos ha llevado, a las autoras de este estudio, a investigar sobre los últimos estudios científicos que existen actualmente sobre este tema y que así pueda arrojar luz para mejorar la atención domiciliar que realizamos a diario a nuestros ancianos.

Por último queremos resaltar que en los resultados de los distintos estudios consultados se menciona la importancia de Enfermería en la Atención del anciano inmovilizado.

Enfermería en la Atención Domiciliar del paciente anciano inmovilizado y su cuidador, es quien, además de valorar la situación del anciano, pone en conocimiento al resto de los profesionales de la Salud de las necesidades del paciente y su cuidador, consiguiendo así que se realice una atención sanitaria y social que abarque todos los problemas que presentan (físicos, psiquiátricos y sociales). Este papel de vigilancia por parte del personal de Enfermería al paciente inmovilizado también lo resalta Caldas, 2013.

Nuestra conclusión como Enfermeras de Atención Primaria es que aún se tiene que avanzar e investigar más en este campo porque sigue habiendo pequeños aspectos que se nos escapan, a pesar del duro trabajo que realizamos a diario para atender a todos y cada uno de nuestros ancianos inmovilizados, seguimos viendo algunas deficiencias como es el que se mejore y aumente la atención por parte del Equipo de Salud Mental de Atención Primaria a estos pacientes y sus cuidadores que sufren a diario trastornos psiquiátricos y necesitan la atención de profesionales especializados que les ayude a afrontar el problema y sufrimiento que supone el no poder realizar una “vida normal”.

Otro aspecto que consideramos que se debería mejorar es la Atención Domiciliar por parte de un profesional de Fisioterapia ya que mejoraría la capacidad funcional, y disminuiría la debilidad muscular. Ayudándoles así a ser más independientes en la realización de las Actividades de la Vida Diaria, aumentando así también su autoestima y frenando y mejorando el deterioro cognitivo

Parece evidente que realizando un buen control y atención al anciano inmovilizado y su cuidador: se frena y mejora el deterioro cognitivo, previene problemas psiquiátricos, prevenimos hospitalizaciones, accidentes como las caídas, las úlceras por presión, llamadas innecesarias al servicio de urgencias etc. Disminuyendo también así, el gasto económico del Servicio Nacional de Salud.

Enfermería tiene un papel fundamental en la correcta Atención del anciano inmovilizado y por ello debemos seguir trabajando para cada día perfeccionar aún más esta atención, mejorando así la calidad de vida de nuestros ancianos y sus cuidadores.

Referencias

Caldas, C.P., Veras, R.P., da Motta, L.B., de Lima, K.C., Kisse, C.B., Trocado, C.V., Guerra, A.C. (2013). El cribado del riesgo de pérdida funcional: Una estrategia clave para la organización de la Red de Cuidados a personas mayores. *Saude Colet.* 18 (12); 3495-3506.

Emanuel, E.J., Fairclough, D.L., Slutsman, J. (2000). Necesidades de cuidados es la causa de carga económica y los problemas de salud que suponen las enfermedades terminales. *Ann Intern Med,* 132(6) ; 451-459.

Jorm, L.R., Walter, S.R., Lujic, S., Byles, J.E., Kending, H.L. (2010). Atención domiciliar y comunitaria de servicios: una gran oportunidad para el cuidado preventivo de la salud. *BMC Geriatr;* 10(26).

Garlo, K., O'Leary, J.R., Van Ness, P.H., Fried, T.R. (2010). La carga en cuidadores de adultos mayores con enfermedad avanzada. *J. Am. Soc Geriatr.* 58(12); 2315-2322.

Montgomery, P., Mayo-Wilson, E., y Dennis, J. (2008). Asistencia personal para adultos mayores de 65 años sin demencia.

Oliver, D. (2012). Los servicios de salud del siglo 21 para una población que envejece: 10 desafíos para la práctica general. *Br J Gen Pract;* 62(601); 396-397.

Quiu, W.Q., Dean, M., Liu, T., George, L., Gann, M., Cohen, J., Bruce, M.L. (2010). La salud física y mental de las personas mayores en el hogar: una población que pasa por alto. *J Am Soc Geriatr* 58(12); 2423-2428.

Unwin, B.K., Porvaznik, M., Spoelhof, G.D. (2010). Enfermería de Atención Domiciliar: Aspectos clínicos. *Am Fam Physician ;* 81(10); 1229-1237.

CAPÍTULO 27

Tratamientos alternativos frente a la depresión en el anciano

María Isabel Medina Robles*, Cándida Godoy Pastor**, y Ana María Carreño Gómez***

Distrito Sanitario Poniente de Almería (Centro de Salud de Adra) (España)*, *Distrito Sanitario Poniente de Almería (Dispositivo de Apoyo en Centro de Salud de Ejido Norte) (España)*,

****Distrito Sanitario Poniente de Almería (Centro de Salud de Roquetas de Mar) (España)*

Introducción

La pirámide de población ha experimentado una progresiva inversión, propiciada por el descenso de la natalidad y el aumento de la expectativa de vida. La vulnerabilidad o fragilidad que presentan algunos ancianos, relativamente frecuente en la práctica diaria, que son pacientes que se encuentran en un equilibrio inestable, con riesgo de perder la estabilidad llegando a una situación de incapacidad y dependencia cuando se enfrentan a un agente o proceso externo que actúa sobre ellos (Genua y Miró, 2002).

La depresión cuyo significado viene del latín *depressio* que significa “hundimiento”, es un problema de salud mental, una enfermedad que no discrimina edad, sexo, raza, cultura ni condición socio-económica.

La Organización Mundial de la Salud en 2012 afirmó que la depresión es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad, afecta a 350 millones de personas de todas las edades en el mundo.

Las estimaciones de la OMS es que la depresión pasará al 2º lugar en el año 2020 detrás de las enfermedades isquémicas.

Muchos grupos de trabajo alrededor del mundo han estudiado y observado las lesiones autoinflingidas: han hecho descriptores, análisis y estudios, con el fin de implementar intervenciones que realmente impacten de una manera efectiva en este suceso que se ha venido incrementando en el tiempo. Pero a pesar de las caracterizaciones, las descripciones y las estadísticas que revela la literatura acerca del acto suicida, cada sociedad, cada grupo de personas, cada familia, cada individuo, lo asume de una manera diferente, de acuerdo con sus principios culturales, religiosos, morales e ideológicos. (Lucero, 2009).

‘La vejez’ se ha convertido en un fenómeno social importante en nuestras sociedades occidentales modernas, pero no ha sido así en todas las sociedades desde la antigüedad más remota (Sokolovsky, 1997).

Puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad aunque es menos evidente que en otras etapas de la vida. Dada las dificultades que puede presentar el diagnóstico de la depresión en éste grupo de población, existen numerosas escalas para la valoración de los síntomas depresivos, entre ellas están la Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton, 1967), la Escala Auto aplicada de Zung (Zung, 1965), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery y Asberg, 1979) y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (Yesavage, 1983) muy utilizada en nuestros centros de salud.

Rowe y Kahn (1987) desarrollan el concepto de Envejecimiento Exitoso en contraposición a la idea del Envejecimiento Común, al que definen como la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional, con compromiso activo con la vida.

Estos autores destacan factores extrínsecos e interacción de variables psicológicas sobre el proceso del envejecimiento y señalan la importancia del ejercicio, una alimentación equilibrada, hábitos saludables, buen funcionamiento cognitivo y factores psicosociales para evitar una vejez patológica.

De acuerdo con Rowe y Khan(1997), para un buen envejecimiento es necesario: evitar la enfermedad, comprometerse con la vida y mantener la actividad cognitiva y física, que debe ser tenido en cuenta para planificar acciones de prevención.

Hay una serie de cambios que pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad.
- Dolor o padecimiento crónico.
- Hijos que dejan el hogar.
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren.
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse).

Es una enfermedad que suele manifestarse con estados de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés para todas las actividades, pérdida de peso importante pero sin hacer dieta o incluso aumento de peso, insomnio, agitación o entecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, tentativa de suicidio....

Estos síntomas provocan malestar significativo en los pacientes y en sus cuidadores o familiares. Es un problema social y de salud pública.

En los pacientes ancianos muchos tienen la dificultad de que no reconocen que están deprimidos así como se nos puede pasar desapercibida ya que muchos de los síntomas los relacionamos con los cambios que se efectúan en el envejecimiento.

Cuando aparece la depresión en nuestros ancianos no debemos centrarnos únicamente en el tratamiento farmacológico, es importante en primer lugar individualizar el problema, dar soporte emocional y buscar alternativas terapéuticas concretas. Es aquí donde enfermería jugamos un papel importante ya que pasamos más tiempo con los pacientes ya sea en las consultas así como en el domicilio. La escucha activa así como dejarles expresarse son dos cosas importantes que debemos hacer. No olvidarnos de los familiares y cuidadores durante nuestras visitas para hacerlas partícipes en éstas terapias.

Objetivo

El objetivo del estudio es revisar la evidencia actual sobre las alternativas a los tratamientos farmacológicos frente a la depresión y evaluar su efectividad.

Metodología

Para la realización del trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de dato electrónicas y artículos clave de los estudios que han evaluado la eficacia de las intervenciones como la actividad física, relajación, meditación, para mejorar el bienestar psicológico en el anciano, en bases de datos de Cochrane Library, Cochrane Plus y PubMed a través de la Biblioteca Virtual del Servicio Público de Salud, seleccionando los más relevantes. Los descriptores utilizados fueron: Trastorno Depresivo (Depressive Disorder), Anciano Frágil (Frail Elderly), Terapias Complementarias (Complementary Therapies), Ejercicio (Exercise).

Se realiza un filtro para la fecha de las publicaciones ya que eran un gran número de artículos encontrados así que acotamos reduciendo las fechas a los trabajos realizados desde el 2001 en adelante.

Resultados/Estado de la cuestión

García y Tobías (2001) realizaron un estudio descriptivo transversal con una muestra de 173 pacientes mayores de 64 años para estimar la prevalencia de los trastornos de ánimo en atención primaria, para ello utilizaron el test de cribado de Yesavage junto a la asociación de los trastornos del

ánimo a otras variables, para buscar el perfil del anciano que es más probable que presente depresión a lo largo de su vida.

Entre las variables cogieron el nivel de estudios, dependencia o no para una o más de las actividades básicas de la vida diaria y el aislamiento social.

Llegaron a la conclusión de que el nivel de estudios bajo da lugar a la dificultad de entendimiento de ciertas preguntas y como consecuencia junto con otros factores aparezca éste trastorno de ánimo.

Por otro lado Bruce, Have, Reynolds y Schullberg(2001) realizaron un ensayo en atención primaria para lo que reclutaron a pacientes de 20 centros de salud mayores de 60 años y con diagnóstico de depresión de las regiones de Nueva York y Filadelfia entre los años 1999 y 2001. Dividieron a los pacientes en dos grupos, en ambos grupos se les pauto tratamiento antidepressivo, pero en uno de ellos además se incluyó psicoterapia de soporte por parte de un profesional. Tras terminar el estudio se comprobó como la idea de suicidio era menor en el grupo en el que profesional sanitario hacía su intervención.

Ciechaowski, Wagner, Williams y Schmaling (2004) hicieron un estudio controlado aleatorio con adultos de 60 años o más con depresión y aislamiento social. Cogieron un total de 150 pacientes de una área metropolitana de estados unidos de los que quedaron 138 participantes porque 12 rehusaron participar. Querían ver la eficacia de la terapia de resolución de problemas para el tratamiento de la depresión en los ancianos frente al tratamiento habitual.

La terapia de resolución de problemas es una psicoterapia basada en la idea de que los problemas de la vida diaria producen depresión, de forma que tratando estos problemas se podría mejorar. El tratamiento de éstos pacientes que incluía además actividad física al menos 5 días por semana.

Los resultados mostraron a los 12 meses como la tasa de depresión en los anciano disminuía considerablemente comparado con el grupo al que solo seguía el tratamiento habitual.

Por otro lado G. Mammen y G. Faulkner (2012) hicieron una búsqueda bibliográfica hasta diciembre de 2012 en diferentes bases de datos como Medline, Embase, PubMed, Cochrane... para comprobar si la actividad física servía como medio para evitar sufrir una depresión.

Llegaron a la conclusión de que existe una evidencia consistente de que la actividad física o el ejercicio puede evitar en el futuro sufrir depresión.

Cramer, Lauche, Langhorst y Dobos (2013) hicieron una revisión bibliográfica para evaluar la eficacia del yoga para la depresión. Tras el estudio llegaron a la conclusión de que el yoga podría ser considerada como una opción de tratamiento complementario para los pacientes con depresión.

La depresión se asocia con distintos síndromes geriátricos, ya sea como un precipitante o como una consecuencia de estos. Algunos ejemplos son: el abatimiento funcional, trastornos del sueño, el aislamiento, deterioro cognitivo, la polifarmacia, la de privación sensorial, síndrome de caídas y la fractura de cadera.

Existen evidencias sobre la elevada prevalencia de la depresión en atención primaria, sin embargo más de la mitad de los afectados no son detectados. Los cuadros de depresión que con mayor frecuencia se da en nuestro ámbito de trabajo son leves, de larga duración, a veces difíciles de diagnosticar por encontrarse enmascarados por síntomas somáticos.

La inadaptación a la jubilación es un factor a tener en cuenta ya que hace que los lleve a una depresión mayor.

Los resultados obtenidos en tratamientos no farmacológicos desafían la creencia generalizada de que los adultos mayores son rígidos e incapaces de alterar los hábitos disfuncionales. El potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad, los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas que los deprimidos jóvenes. En conclusión la psicoterapia es recomendada en adultos mayores con depresión, lo mismo que la inclusión de la familia dentro del equipo terapéutico.

Una alternativa al tratamiento farmacológico utilizada con bastante éxito son las técnicas terapéuticas conductuales como: desarrollar la habilidad para resolver problemas, la relajación, meditación, respiración y el ejercicio.

La predisposición al suicidio es mayor en: varones, que viven solos, son portadores de enfermedad depresiva grave, insomnio persistente, inquietud sicomotora importante, enfermedad médica grave, dolorosa, incapacitante, que perdieron recientemente al cónyuge, que están Institucionalizados o con dependencia de de terceros.

No debemos olvidar que éstos pacientes presentan riesgo de suicidio por lo que en caso de duda, falta de respuesta al tratamiento o complicaciones médicas o psicológicas se debe de solicitar ayuda al psiquiatra.

Discusión/Conclusiones

La depresión es una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico y el médico de familia, actuando con el grupo familiar, se encuentra en situación óptima para detectar precozmente los factores que pueden desencadenar una depresión.

Con el resultado del crecimiento de la población más vieja se presenta una demanda creciente de servicios sociales y de salud, aumentando los costos para la familia y la sociedad.

Tras el estudio en general podemos decir que en el ámbito de la depresión geriátrica no existe un único tratamiento de elección, hemos podido comprobar cómo además de los tratamientos farmacológicos cada día es más frecuente que los pacientes busquen otras alternativas, y éstas combinadas con los medicamentos resultan muy favorables y con muy buenos resultados para el tratamiento de nuestros ancianos deprimidos. Entre éstas alternativas llegamos a la conclusión de la importancia que tiene mantener una buena actividad física, Rowe y Khan (1997) mencionaron que para un buen envejecimiento era necesario evitar la enfermedad y entre otras cosas el ejercicio formaba parte de ello.

De cualquier manera el tratamiento es individualizado, así el proceso de elección del mismo ha de atender a criterios multifactoriales, ya que hay que tomar en consideración variables tales como el estado físico y el tipo y la intensidad del trastorno depresivo. Por tanto, una prescripción individualizada exige un buen conocimiento del paciente.

Son múltiples los factores psicosociales que influyen en el empleo del tiempo libre de los adultos mayores como es la situación económica, el transporte y las actividades deportivas lo que influye en su bienestar psicológico.

Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía.

Las depresiones en el anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos.

Hacer ejercicio regularmente, buscar actividades agradables y mantener buenos hábitos de sueño son factores importantes a la hora de manejar mejor la depresión.

Igualmente el trato por parte de las familias como el nuestro propio a de ser cariñoso y debemos transmitir confianza.

Por todo lo anterior enfermería juega un importante papel a la hora de tratar a éstos pacientes y siempre sin olvidarnos de sus cuidadores.

"Nadie es inútil en este mundo mientras pueda aliviar un poco la carga a sus semejantes". Charles Dickens (1812-1870).

Referencias

- Bruce, M.L., Ten Have, T.R., Reynolds, C.F., Katz, I.I., Schullberg, H.G., Mulsant, B.H. (2004). Reducir la ideación suicida en ancianos con depresión en el ámbito de la atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. (pp. 364-365).
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P. (2004). *Community-integrated home-based depression treatment in older adults*, (291), 1569-77.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., y Dobos, G. (2013). Yoga for depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. (pp.1068-1083).
- García, M.J., Tobías, J. (2001). *Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo*.
- Genua, M., Miró, B., Hernandez, R., Martínez, M., Miró, M., Pardo, C. (2002). *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*.
- Hamilton, M. (1967). *Development of a rating escala for primary depressive illness*. Br J Soc. Clin Psychol (6), 278-296.
- Lucero, R. (2004). *El suicidio: la urgencia de grave problema*. Rev. Med. Urug, 91-91.
- Mammen, G., y Faulkner, G. (2012). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med.*, 45(5), 649-57.
- Montgomery, S.A., Asberg, M. (1979). A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, (134), 289-382.
- Organización Mundial de la Salud, (2002). Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica.
- Rowe, J.W., Khan, R.L. (1997). *Successful aging*. *The Gerontologist*, (37), 433-440.
- Sokolovsky, J. (1997). *A global, Cross-cultural view of aging*. En: Sokolovsky (ed.) *Cultural Context of Aging*. Londres, Greenwood Press.
- Yesavage, J., Brink, T.L. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. (17), 37-49.
- Zung, W. (1965). A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr*, (12), 63-70.

CAPÍTULO 28

A propósito de los Programas de Inteligencia Emocional para Personas Mayores

María de la Paz Bermúdez-Pérez, María del Carmen Pérez-Fuentes, y Alicia Galdeano Carrillo
Universidad de Almería (España)

Introducción

Por todos es conocido, que el proceso de envejecimiento supone cambios a distintos niveles y ámbitos: cognitivos, sociales, biológicos y emocionales. Desde el ámbito de la gerontología y desde relativamente reciente, se acepta que la capacidad para adaptarse a los cambios a lo largo del ciclo vital, así como, las emociones y su regulación, son básicas para el funcionamiento humano, y como tal, deben tenerse en cuenta para potenciar el bienestar y la calidad de vida de las personas que se enfrentan al proceso de envejecimiento (Charles y Carstensen, 2007). Para Fernández-Abascal (2013), las emociones tienen efectos bioquímicos, sociales y cognitivos en la salud, en la regulación de la conducta y en la autorregulación, por lo que se hace evidente la necesidad de prestar atención a las emociones como aspecto fundamental del bienestar.

Actualmente, son escasos los estudios en torno al desarrollo emocional en las personas mayores. El estudio de las emociones en la vejez, y específicamente, la explicación de sus cambios en ésta etapa de la vida, aún siguen suponiendo uno de los desafíos más importantes desde el punto de vista de la psicología de la vejez (Magai, 2001). Las investigaciones sobre los cambios desde el punto de vista de la emoción y la motivación de las personas con el paso de los años, se han centrado principalmente en aspectos como: la intensidad de la experiencia emocional y la capacidad de expresar emociones. Con respecto a la primera, los resultados han sido contradictorios; y en cuanto a la capacidad para expresar emociones, se ha observado que los mayores no muestran diferencias significativas con respecto los más jóvenes (Kessler y Staudinger, 2009). El envejecimiento, supone un periodo de pérdidas que la persona mayor va vivenciando. Además de las preocupaciones con las que convive en su día a día, es importante disponer de una serie de capacidades y/o competencias desde el punto de vista emocional, que lleven a enfrentar de forma satisfactoria la gran diversidad de situaciones personales y sociales a las que se ha de enfrentar. Es precisamente desde ésta perspectiva, en la que se impone la educación emocional (Meléndez y Cerdá, 2001).

Para Bisquerra (2002), la educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, mediante la cual, se pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, ambos aspectos, son esenciales en el desarrollo de la personalidad integral. Consiste en fomentar conocimientos y habilidades sobre las emociones (competencias emocionales), capacitando a la persona para afrontar de un modo más efectivo, los retos que se plantean en la vida cotidiana.

La inteligencia emocional, implica la capacidad de sentir, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en relación con los demás. Tal como defienden Salovey y Mayer (1990), ésta evoluciona con la edad y la experiencia, desde la infancia hasta la edad adulta. El abordaje de la inteligencia emocional en el envejecimiento, hasta hace muy recientemente ha estado desatendida, por no decir descartada. Gran parte de los programas de intervención relacionados con la inteligencia emocional, que han sido propuestos y llevados a cabo hasta el momento, han estado y están enfocados principalmente al ámbito: escolar, universitario, empresarial, otros. A éste hecho, se le agrega la prevalencia y preferencia por los programas dirigidos a personas mayores, enfocados prioritariamente al mantenimiento del estado

de salud física; así como, al desarrollo y mantenimiento de funciones cognitivas; a actividades de ocio; al voluntariado; al asociacionismo; entre otros (Soldevila, Ribes, Filella y Agulló, 2005).

Los estados emocionales cumplen un importante papel en el procesamiento de la información (Gray, 2001). En el estudio de la memoria en personas mayores, se ha destacado la importante función que ejercen las emociones sobre el recuerdo (Schlagman, Schulz y Kvavilashvili, 2006). Villar, Triadó, Solé y Osuna (2006), destacan que el envejecimiento, a pesar de ser una etapa de pérdidas y en la que predominan afectos negativos asociados, se tiende a recordar mejor la información positiva sobre la negativa en la experiencia cotidiana, y al mismo tiempo, se destaca un mayor nivel de atención y un mejor recuerdo.

El objetivo de un programa de educación emocional, se basa en que las personas sean emocionalmente inteligentes, que conozcan, manejen y expresen bien sus emociones; y al mismo tiempo, que reconozcan, comprendan y respondan de forma oportuna a las emociones de los demás (Bisquerra, 2012). Un programa de educación emocional combinado con un programa de entrenamiento cognitivo, lleva a beneficios bidireccionales entre ambos aspectos (cognitivo y emocional) traduciéndose en una mejor calidad de vida (Gázquez *et al.*, 2015).

En la actualidad, existe una reciente, escasa y limitada proliferación de estudios y propuestas de programas de intervención dirigidos al desarrollo de la inteligencia emocional en mayores mediante el entrenamiento en competencias emocionales. Parte de éstos programas dirigidos a mayores, se quedan en meras propuestas teóricas y pocos de ellos, se convierten en realidades prácticas.

Objetivo

El objetivo general del presente trabajo, es realizar una revisión sistemática de los programas sobre inteligencia emocional dirigidos a personas mayores y llevados a cabo hasta el momento en nuestro país.

Como objetivos específicos nos proponemos: la descripción de cada uno de los programas y destacar puntos en común y puntos débiles.

Metodología

Para la realización de la presente revisión teórica, desde un enfoque descriptivo y cuantitativo, en torno a los programas de inteligencia emocional dirigidos a mayores en los últimos años, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura en diversas fuentes documentales. Las principales bases de datos utilizadas han sido: psicodoc, psycinfo, psycarticles; y además, se ha recurrido al portal web: portal mayores y al buscador: google académico. Como palabras claves, se han utilizado: emocional, inteligencia, intervención, programas, mayores. Solamente se ha seleccionado la literatura en español. Como unidad de análisis se ha recurrido a programas de inteligencia emocional para personas mayores y como rango temporal se ha establecido 2000-2015. Se han excluido artículos en inglés, resúmenes, textos no completos en los que no se abordaran los términos: programas; inteligencia emocional y mayores. De entre los programas con esta temática y dirigidos a mayores, se han seleccionado tres llevados a cabo en nuestro país, con el objetivo de analizar los puntos en común y puntos débiles.

Resultados/estado de la cuestión:

Tras la revisión bibliográfica, sólo se han encontrado cinco trabajos en esta línea: Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención (Pelechano, 1991); La educación para el crecimiento personal o la mejora de sí mismo (Wirth, 1997); Aplicación de un Programa Educativo dirigido a Personas Ancianas (López-Pérez, Fernández-Pinto y Márquez-González, 2008); Emocional T Programa de Educación Emocional para Personas Mayores (Soldevila, Ribes, Filella y Agulló, 2005) y el Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para Personas Mayores PECCI-PM (Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler, 2014). De entre éstos cinco trabajos, sólo se han seleccionado tres de

ellos, por ser los más próximos en el tiempo a nuestros criterios, y por ser los únicos que se han llevado a cabo en nuestro país.

De entre los tres programas seleccionados para propósito de la presente comunicación, en los siguientes párrafos se va a realizar una breve descripción de cada uno de ellos:

El Programa de Educación Emocional (López-Pérez, Fernández-Pinto y Márquez- González, 2008). Este programa, es una propuesta teórica para la educación emocional en adultos y mayores. Los autores plantean como objetivos del programa: adquirir conocimiento de las propias emociones (conciencia y atención emocional); conocer la relación entre emoción, pensamiento y otras funciones cognitivas (facilitación emocional); reconocer y comprender estados emocionales propios y ajenos (comprensión); conocer y aplicar nuevas estrategias de regulación emocional; mejorar la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales. Proponen una estructuración del programa en seis módulos: Atención Emocional, Facilitación Emocional, Comprensión Emocional, Regulación Emocional, Autoestima y Habilidades Sociales. Cada uno de estos módulos, estarían formados por: una fase educativa y una fase de desarrollo de competencias. Plantean, que para el desarrollo del programa, éste ha de ser distribuido entre 18 y/o 20 sesiones, de 90 minutos cada una y con la siguiente estructuración por sesión: explicación de los objetivos de la sesión; fase educativa; fase de entrenamiento y resumen de ideas claves. Para llevar a cabo el programa, sugieren la realización de una evaluación inicial, evaluación de proceso y evaluación final. En la evaluación inicial, proponen una serie de escalas y variables a evaluar: Evaluación de la Inteligencia Emocional: TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004); Evaluación de la Empatía Cognitiva EM (Hogan, 1969); Escala Cognitiva IRI (Índice de Reactividad Interpersonal (Davis, 1980) o TECA (Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008)); escala de Autoestima GSE (Global Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979); Habilidades Sociales: Rol Playing Medida de Bienestar (Ryff, 1989) y Medidas de Habilidad MSCEIT v.2.0. (Extremera y Fernandez-Berrocal, 2002). Para la evaluación del proceso proponen: evaluación final de las sesiones o cada dos sesiones; encuesta, observación. Por último y como evaluación final, orientan hacia la medición de las mismas variables iniciales utilizando las mismas escalas.

Emociona T Programa de Educación Emocional para Personas Mayores (Soldevila, Ribes, Filella y Agulló, 2005). Este programa ha sido llevado a cabo durante dos años en centros de mayores dependientes del Ayuntamiento de Lleida. El formato del programa, es formato tipo taller, con treinta horas de formación durante un trimestre, distribuido en sesiones de una hora y media, y en grupos de 8 a 20 personas. El objetivo del programa, ha sido desarrollar competencias básicas para afrontar situaciones del día a día, ofreciendo la posibilidad de descubrir nuevas formas de adaptación a situaciones vitales. Con este programa se pretendía: conocer las propias emociones en el proceso de adaptación a la nueva etapa vital; desarrollar estrategias de regulación; mejorar la autoestima; desarrollar un estilo asertivo en las relaciones interpersonales y desarrollar nuevas estrategias en la toma de decisiones sobre la asunción de errores y la ocupación del tiempo. El programa estaba formado por cinco bloques: Conciencia Emocional; Regulación Emocional; Autoestima; Habilidades Socio-Emocionales y Habilidades de la Vida.

Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para Personas Mayores PECEI-PM (Pérez-Fuentes, Molero, Osorio y Mercader, 2014). Se trata de un programa llevado a cabo en el centro histórico de la ciudad de Almería. El objetivo del programa: la estimulación de capacidades cognitivas mediante técnicas de estimulación cognitiva y entrenamiento en habilidades de inteligencia emocional en personas mayores sin deterioro. Para lograr éste objetivo, se ha recurrido al uso de nuevas tecnologías (tablet e imágenes en dos dimensiones). El programa, se desarrolla en dos fases, divididas en 20 sesiones de 45 min cada una y durante 2 días en semana. La primera fase, se ha llevado a cabo en un grupo de 28 personas mayores de 55 años. Las actividades tipo del programa han sido: ordenar frases, intensidad emocional, ordenar viñetas, reconocimiento de emociones. Para la implementación del programa, se han realizado diversas evaluaciones: evaluación (pre-post intervención). Para ello, se ha utilizado la

adaptación para mayores del Emotional Intelligence Inventory: Young Versión (EQ-i:YV) de Bar-On y Parker (2000), el Inventario de Inteligencia Emocional reducido para mayores (EQ-i-20M), validado y baremado para la población mayor española (Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader y Molero, 2014). Éste inventario mide cinco factores: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del Estrés, Adaptabilidad y Estado de Ánimo. La primera fase del programa, ha estado constituida por un grupo experimental, cuya hipótesis de partida ha sido: que la aplicación del PECE-PM, mejora de forma generalizada la mayoría de las dimensiones que integran la inteligencia emocional. En los estudios preliminares, se ha apreciado que el programa PECE-PM mejora de forma generalizada la inteligencia emocional en el grupo experimental (Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler, 2014). Estos resultados, han puesto de manifiesto las afirmaciones realizadas por Scheibe y Zacher (2013), sobre la posibilidad de educar las emociones a edades avanzadas. Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler (2014), destacan que en este programa la dimensión Manejo del Estrés, es la única de las dimensiones en la que no se ha observado mejoría, destacando la importancia del replanteamiento del peso que ésta dimensión posee sobre el constructo inteligencia emocional a edades avanzadas. También se ha destacado, que el entrenamiento cognitivo, junto con el entrenamiento con técnicas para la mejora de la inteligencia emocional, se benefician de forma bidireccional. En esta primera fase de implementación, se ha observado que se reduce de forma generalizada las quejas subjetivas de memoria (Gázquez *et al.*, 2015). La segunda fase del programa, estará formada por un grupo experimental y con la incorporación de un grupo control (el cual, no habrá participado en la primera fase). Esta segunda fase se encuentra en desarrollo y en ella se incorporarán nuevas actividades y entrenamiento específico de la memoria cotidiana.

Discusión/Conclusiones

A lo largo del presente trabajo, y tras la revisión de la literatura sobre la temática, hemos podido observar la gran escasez de programas de inteligencia emocional dirigidos a personas mayores. Destacar, que de los pocos programas que existen o se encuentra publicados, parte de ellos, se quedan en meras propuestas teóricas, sin hacer mención a resultados de los efectos beneficioso sobre su puesta en práctica. Tal y como defiende Soldevila (2009), esta escasez de programas, lleva a la conclusión de que hacen falta más investigaciones en cuanto al estudio de las emociones en la vejez. Ésta afirmación nos lleva a plantearnos, que los programas que incluyen investigación e intervención en su implementación, y que a su vez, combinen estrategias de intervención cognitiva e emocional de forma tradicional con el empleo de nuevas tecnologías como el Programa de Estimulación cognitiva e inteligencia emocional para personas mayores PECE-PM planteado por Pérez-Fuentes, Molero, Osorio y Mercader (2014), es un buen ejemplo de programa de intervención-investigación en este sentido. Además, nos pueden proporcionar pistas para el planteamiento de medidas y/o estrategias a llevar a cabo para alcanzar una regulación emocional más efectiva en la vejez (Carstensen, 1991). Tal y como destacan Molero, Pérez-Fuentes, Soler y Mercader (2014), es importante combinar estrategias de intervención tradicionales con el uso de nuevas tecnologías como línea de actuación en las políticas de envejecimiento activo, por sus beneficios contrastados.

También hemos podido observar, que se utilizan y proponen distintos criterios, así como, variables a evaluar, y que existe diversidad en cuanto a implementación de estrategias de intervención. Todo ello, nos lleva a redundar en la importancia de seguir investigando sobre las emociones, y especialmente sobre la inteligencia emocional en personas mayores, así como, a la necesidad de unificar criterios de evaluación y de estrategias de intervención. Tal y como destaca Márquez (2008), desde la práctica clínica y asistencial con personas mayores, se hace necesario incluir una reflexión sobre el funcionamiento emocional de un modo explícito en el diseño y administración de los servicios de atención a mayores. Unificando criterios y perspectivas entre los profesionales del ámbito gerontológico, se puede llegar al planteamiento y desarrollo de programas de intervención en inteligencia emocional dirigido especialmente a personas mayores que lleven al tan anhelado envejecimiento activo y exitoso.

Referencias

- Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (2000). *Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQi:YV): Technical manual*. Canada: Multi-Health Systems.
- Bisquerra, R. (2002). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2012). De la inteligencia emocional a la educación emocional. En R. Bisquerra (Ed.), *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia* (pp. 24-35). Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Carstensen, LL. (1991). Selectivity theory: social activity in life-span context. In K.W. Schaie (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 195-217). Nueva York: Springer.
- Charles, S.T. y Carstensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 307-327). New York: Guilford Press.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of selected documents of psychology*, 10(85), 1-17.
- Extremera, N. y Fernández-Berocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and healthrelated quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Fernández-Abascal, E.G. (2013). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En E.G. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones positivas* (pp. 27-46). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Berocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Mercader, I. y Soler, F.J. (2015). *Alzheimer Realidades e Investigación en Demencia*, 59, 21-28.
- Gray, J.R. (2001). Emotional modulation of cognitive control: approach-with-drawal status double-dissociate spatial form verbal two-back task performance. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 436-452.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Counseling and clinical psychology*, 33, 307-316.
- Kessler, E.M. y Staudinger, U.M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, 24, 349-362.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. y Abad, F.J. (2008). TECA. *Test de empatía cognitiva y afectiva*. Madrid. Tea. Ediciones.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. y Márquez- González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 501-522.
- Magai, C. (2001). Emotions over the life span. In J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 399-426). New York: Academic Press.
- Márquez, M. (2008). Emociones y envejecimiento. *Lecciones de Gerontología*, 84, 1-20.
- Martín, M. (2012). Inteligencia emocional con mayores en un contexto de educación formal. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, 103-117.
- Meléndez, J.C. y Cerdá, C. (2001). Emociones y tercera edad: un camino por recorrer. *Geriatría*, 17(4), 47-54.
- Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Mercader, I. y Molero, M.M. (2014). Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20). *Psicothema*, 26(4), 524-530.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Gázquez J.J. y Soler, J. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECE-PM. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(3), 329-339.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Osorio, M.J. y Mercader, I. (2014). Propuesta de intervención cognitiva en personas mayores: Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 477-488.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Scheibe, S. y Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and wellbeing in the workplace. En P.L. Perrewé, J. Halbesleben y C.C. Rosen (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (pp. 163-193). Bingley: Emerald.
- Schlagman, S., Schulz, J. y Kvavilashvili, L. (2006). A content analysis of involuntary autobiographical memories: examining the positivity effect in old age. *Memory*, 14, 161-175.

Soldevila, A. (2009). Investigar para diseñar un programa de educación emocional para personas mayores. En P. Fernandez, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda y J.M. Salguero, R. Cabello (Eds.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 497-502). Santander: Fundación Marcelino Botín.

Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G. y Agulló, M.J. (2005). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. *Emociona't. Revista Iberoamericana de Educación*, 37(5), 1-12.

CAPÍTULO 29

Síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado. Justificación de la intervención de terapia ocupacional

López Pingarrón Laura y Almeida Souza Priscilla
Universidad de Zaragoza (España)

INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA) o *delirium* se clasifica, según DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), atendiendo a su etiología, pudiendo ser debido a una enfermedad, intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias o debido a múltiples etiologías. Presenta alteración de la conciencia reduciéndose la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención; además manifiesta cambios en las funciones cognoscitivas o alteración perceptiva no explicadas por una demencia previa o en desarrollo. Estas alteraciones, de carácter fluctuante, se presentan en un corto periodo de tiempo.

El proceso de envejecimiento conlleva unos cambios fisiológicos que se traducen, generalmente, en una disminución de los sistemas de reserva del organismo, produciendo así una distorsión de su respuesta ante agresiones externas (Giménez, 2004). La mayoría de los ancianos padecen procesos patológicos, tanto a nivel clínico como subclínico, que se ven condicionados por varios factores sociales, culturales, psicológicos, religiosos, etc. Esto pone de manifiesto la necesidad de una visión holística de la persona, así como una intervención a nivel de todas las esferas de su vida (Martínez, 2010).

“Las enfermedades en el adulto mayor tienen ciertos modelos de presentación, acuñándose el término síndromes geriátricos para referirse a las formas de presentación más frecuentes” (Gimenez, 2004, p.325). Estos síndromes figuran en la Carta de Derechos de las Personas Mayores aprobada por la *International Association of Gerontology* como problemas de salud que deben ser estudiados y tratados específicamente en los ancianos.

El SCA es común y frecuentemente infradiagnosticado (Mistraletti, Pelosi, Montavina, Bernardino y Gregoret, 2012). Giménez (2014) establece que su prevalencia en ancianos hospitalizados oscila entre el 10 y el 56%. Martínez, Alonso, Ripa y Sánchez (2012b) añaden que ésta aumenta considerablemente en postoperatorios (37-46%), unidades de cuidados intensivos (70-87%) y cuidados paliativos (83%).

Con frecuencia la etiología es compleja y multifactorial, lo que dificulta su clasificación etiológica. Existen una serie de factores predisponentes que determinan vulnerabilidad ante el síndrome, y precipitantes, que son desencadenantes del mismo. Como predisponentes destacan la edad avanzada, desnutrición, deprivación sensorial, deterioro cognoscitivo previo, enfermedades del sistema nervioso, problemas psiquiátricos y aislamiento social. Los trastornos metabólicos, enfermedad aguda, medicamentos, dolor o cambios ambientales pueden ser considerados como desencadenantes del SCA (Rodríguez y Rodríguez, 2007).

Cambios en la atención y cognición son atribuidos a este síndrome. “*La presentación clínica varía desde el paciente con una importante agitación motriz hasta aquel en situación letárgica o hipoactiva*” (Martínez, Petidier-Torregrosa y Casas, 2012^a, p.80).

En función de su forma de presentación, puede clasificarse en hiperactivo, hipoactivo o mixto. La forma hiperactiva se caracteriza por agitación, aumento del estado de alerta y presencia de alucinaciones e ideas delirantes; frecuentemente asociado con abstinencia e intoxicación por tóxicos, denominado en este caso “*delirium tremens*”, además de otras causas. La forma hipoactiva, sin embargo, manifiesta somnolencia, disminución del estado de alerta, retardo psicomotor y disminución del lenguaje. Ésta es más común en el paciente anciano y suele asociarse a un peor pronóstico, además de ser

infradiagnosticada o confundida con depresión o demencia. Por último, se denomina forma mixta cuando se presentan ambas situaciones clínicas de forma fluctuante, a lo largo del día (Viloria, 2014).

Generalmente, aparecen síntomas prodrómicos, previos a la instauración del síndrome, que ayudan en la prevención y diagnóstico precoz del mismo. Dentro de éstos destacan: el insomnio, inquietud, irritabilidad, ansiedad, distracción e hipersensibilidad a luces y sonidos (Veiga, 2011). Es importante realizar un correcto diagnóstico, para lo cual los instrumentos más utilizados son, además de los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV, el *Confusional Assesment Method* (CAM), su variante para pacientes ingresados en UCI (CAM-UCI) y la *Delirium Rating Scale-Revised-98* (DRS-R-98) (Martínez et al., 2012 a y b). Además, es preciso realizar un diagnóstico diferencial (Mistraletti et al., 2012) con la depresión, la psicosis y, sobre todo, la demencia en función de sus características clínicas (comienzo agudo, corta duración, con fluctuaciones durante el día, etc).

Aproximadamente el 30-40% de los episodios de *delirium* se pueden prevenir mediante medidas no farmacológicas, como actividades de orientación, hidratación y nutrición adecuadas, mantenimiento de un correcto ritmo sueño-vigilia, interviniendo en alteraciones sensoriales, sobre todo las relacionadas con la visión y la audición, y evitando la inmovilidad (Martínez et al., 2012 b). En esta línea fue demostrado que una intervención no farmacológica llevada a cabo de manera multifactorial en la práctica clínica habitual mejora la calidad de los cuidados, disminuye la aparición del SCA en ancianos y no requiere recursos adicionales en un sistema de sanidad público (Vidán, Sánchez, Alonso, Montero, Otriz y Serra, 2009).

La terapia ocupacional *“es una profesión socio-sanitaria que, a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”* (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales).

Esta profesión, en Aragón, está regulada por la Ley General de Sanidad y en el Código Deontológico aprobado en la Asamblea General del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (27 de Marzo de 2004). Ambos documentos establecen las normas de actuación de la profesión, entre las que se encuentran las asistenciales, por las que se establece que el terapeuta ocupacional colabora con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar; debiendo evaluar las capacidades, necesidades e intereses del paciente para conseguir prevenir la discapacidad y retardar la aparición del efecto de las patologías. Otra función es la de adaptar las tareas cotidianas y el ambiente para lograr la máxima autonomía y calidad de vida; así como de favorecer el desarrollo integral de la persona, promover y mantener la salud e incrementar la independencia (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón, 2003).

Además, en el Libro Blanco de Terapia Ocupacional (Palomar, Moreno de la Cruz, Gaspar, Dolla, Mimbela, López, Tirado y Cunchillos, 2006) se recogen los ámbitos y recursos de actuación en los que el profesional puede desempeñar su intervención. Estos son: el ámbito hospitalario y de salud (atención primaria, hospitales generales, pediátricos, geriátricos, psiquiátricos, de accidentes laborales, hospitales de día, clínicas, etc.) y ámbito comunitario (centros de rehabilitación, de día, ocupacionales, centros especiales de empleo, centros penitenciarios, ONGs, etc.). También hace referencia a los campos de actuación más habituales de la profesión, destacando: salud mental, geriatría, discapacidades físicas y sensoriales, trastornos neurológicos, postquirúrgicos, retraso mental, pediatría, marginación social, drogodependencias, educación y rehabilitación laboral.

De esta forma, en relación con el SCA en el paciente anciano hospitalizado, la terapia ocupacional tiene una posible actuación a nivel geriátrico en el ámbito hospitalario, mediante medidas no farmacológicas, tanto en una intervención directa con el paciente como actuando sobre el ambiente o con la familia.

Objetivos

Justificar la intervención de la terapia ocupacional en pacientes ancianos ingresados a nivel hospitalario, y diagnosticados de SCA.

Conocer los procedimientos que se realizan en el ámbito hospitalario para intervenir en el SCA.

Concretar la actuación del terapeuta ocupacional con el paciente anciano y su familia o cuidadores, durante el ingreso y al término del mismo.

Metodología

Para la realización del presente estudio, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos: Dialnet, Cuiden, CSIC, OTseekers, Crochane y ScienceDirect. Los descriptores utilizados, tanto en idioma español como inglés, fueron: “síndrome confusional agudo” o “*delirium*”, “intervención”, “terapia ocupacional” y “familia”.

El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español e inglés. Se recopiló documentación publicada en los últimos diez años, que referenciara el papel de la terapia ocupacional en el SCA en el paciente anciano hospitalizado, abarcando, por separado, ambas cuestiones. Tras realizar una búsqueda inicial, sin obtener resultados satisfactorios, se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones: desde 2002 hasta 2015, obteniéndose un total de 17 trabajos que correspondían a este periodo, siendo el doble en estos últimos cinco años, con respecto a los ocho años anteriores.

Para completar la búsqueda, se consultaron varios manuales de Geriátrica, Neuropsicología y específicos de la práctica en Terapia Ocupacional, incluyéndose un total de 14 capítulos de libro.

Tabla 2. Documentos de revisión

| Tipología | Autor/título | Información destacada |
|---|--|--|
| Capítulo de libro: | Rodríguez et al., 2007. “ <i>Delirium</i> ” | Descripción de las características del SCA, incluyendo prevención e intervención. |
| | Veiga Fernández, 2011. “ <i>Síndrome confusional agudo y trastornos del sueño</i> ” | Prevención, intervención y abordaje del SCA. Importante intervención con la familia de pacientes ancianos hospitalizados. |
| | Quintero, Chinchilla y Chapela, 2011. “ <i>Cuadro confusional agudo</i> ” | Exposición de las medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, ante el SCA en Urgencias. |
| | Guillén, 2005. “ <i>Delirium en pacientes ancianos hospitalizados</i> ” | Descripción de las características del SCA. Importante el tratamiento etiológico, retirada de fármacos y medidas ambientales. |
| | Fong, Tulebaev y Inouye, 2009. “ <i>Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment</i> ” | Revisión de la práctica clínica actual en pacientes ancianos con SCA. Explica el programa <i>Hospital Elder Life Program (HELP)</i> para mejorar la intervención geriátrica. |
| Artículos de revista: | Alonso, González y Gaviria, 2012. “ <i>El delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica</i> ” | Importancia de un buen diagnóstico diferencial y tratamiento no farmacológico. Evitar el tratamiento farmacológico en lo posible. |
| | Martínez et al., 2012. “ <i>Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano</i> ” | Características más relevantes del SCA, incluyendo tratamiento no farmacológico. |
| | Mistralettiet al., 2012. “ <i>Delirium: clinical approach and prevention</i> ” | Descripción de todas las características del SCA, prevención y tratamiento. |
| | Martínez et al., 2012. “ <i>Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento</i> ” | Actuaciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas actuales del <i>delirium</i> en el anciano. Intervención sobre el paciente, cuidadores o familiares y el ambiente. |
| | Vilorio, 2014. “ <i>Enfermedades neurológicas y psiquiátricas en el anciano</i> ” | Aspectos generales del SCA, incluyendo prevención y tratamiento no farmacológico. |
| Cavallazzi, Saad y Marik, 2012. “ <i>Delirium in the ICU: an overview</i> ” | Las terapias no farmacológicas (fisioterapia y terapia ocupacional) tienen un papel importante en la prevención e intervención del síndrome. | |

RESULTADOS/ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para describir los resultados obtenidos, así como las características actuales de la temática objetivo de estudio, se presentan, a continuación, dos tablas, dividiendo los documentos en función de su tipología: capítulo de libro, artículo de revisión o estudio. De esta forma, en la tabla 2 se exponen los 11 documentos de revisión analizados, y en la tabla 3, los 6 estudios relacionados con el SCA.

Tabla 3. Estudios

| Tipo estudio | Autor/título | Información destacada |
|---|--|--|
| Estudio experimental. Ensayo clínico con tres grupos de intervención. | Brummel, Girad, Ely, Pandharipane, Morandi y Hughes, 2014. "Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: the activity and cognitive therapy in ICU (ACT-ICU)trial" | Objetivo: comprobar eficacia de intervención cognitiva combinada con fisioterapia y terapia ocupacional en UCI. Resultado: mejora poco significativa en el grupo que recibía todas las terapias en comparación con los que no recibían terapia cognitiva. |
| Estudio experimental. Ensayo clínico con grupo control. | Lundström, Edlund, Karlsson, Brannstrom, Buch y Gustafson, 2005. "A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients" | Objetivo: valorar intervención multidisciplinar en pacientes con <i>delirium</i> . Resultado: disminución significativa de la duración, el periodo de hospitalización y la tasa de mortalidad secundaria al <i>delirium</i> en el grupo que recibe la intervención con respecto al grupo control. |
| Estudio observacional analítico. Estudio de cohortes. | Eeles, Hubbard, White, O Mahny, Sawa y Bayer, 2010. "Hospital use, institutionalization and mortality associated with delirium" | Objetivo: asociación entre <i>delirium</i> y calidad de vida en el anciano. Resultado: asociación entre <i>delirium</i> y aumento del riesgo del muerte e ingresos durante el primer año tras el síndrome. |
| | Moreno, 2013. "Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: cuidador familiar e inmigrante" | Objetivo: conocer vivencias de cuidadores, familiares o no, del anciano hospitalizado con SCA. Resultado: los cuidadores presentan estrés y demandan más información. |
| Estudio descriptivo transversal. | Zaal, Spruyt, Peelen, Van-Eijk, Wientjes y Schneider, 2013. "Intensive care unit environment may affect the course of delirium" | Objetivo: determinar cómo afecta el ambiente de la UCI en pacientes con <i>delirium</i> . Resultado: existen factores ambientales que interfieren en el curso del síndrome. |
| | Cachón, Alvaréz y Palacios, 2014. "Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos" | Objetivo: comparar dos ambientes diferentes de UCI. Resultado: importancia de la estructura social, física, la familia, profesionales y el control del ciclo sueño-vigilia. |

Discusión

Prevención del SCA en el paciente anciano hospitalizado

Eeles et al., (2010) analizan la importancia de la prevención de la aparición del *delirium*, ya que éste se asocia con un aumento del riesgo de muerte y de los periodos de institucionalización posterior. Alonso et al., (2012) también confirman que el SCA es una grave complicación asociada a un incremento de la mortalidad.

La mayoría de los autores, coinciden en que la prevención es la estrategia más eficaz para minimizar los casos de SCA y sus efectos secundarios, pudiendo llegar a evitarse, según Martínez et al., (2012a) hasta el 40% de los episodios de *delirium*. Es imprescindible conocer los factores predisponentes y precipitantes del síndrome, como la edad avanzada, presencia de deterioro cognitivo previo, infección generalizada, cirugía o fractura reciente (especialmente de cadera), polifarmacia, deterioro sensorial

(auditivo o visual), depresión, estreñimiento, etc.; para poder actuar sobre ellos y realizar una prevención eficaz (Fong et al., 2009; Mistraletti et al., 2012).

Todas las actuaciones llevadas a cabo por el terapeuta ocupacional en geriatría van dirigidas a “conseguir la máxima independencia posible del anciano para la realización de sus actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal y la mayor calidad de vida” (Jiménez y Polonio, 2002, p.44), interviniendo desde prevención, rehabilitación o compensación de los déficits. En esta línea, una de las funciones del terapeuta ocupacional es “prevenir la discapacidad y retardar la aparición de efectos de las patologías” (Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón, 2003) que, combinada con la posibilidad de actuación en el ámbito hospitalario y, concretamente en geriatría, apoyaría la intervención del terapeuta ocupacional, dentro de un equipo multiprofesional, en la prevención del SCA (Palomar et al., 2006).

Martínez e al., (2012a) y Fong et al., (2009) coinciden en la eficacia a nivel preventivo de un programa denominado *Hospital Elder Life Program* (HELP), que incluye medidas de orientación, nutrición e hidratación, ritmo sueño-vigilia, alteraciones sensoriales y movilidad, en todo paciente anciano hospitalizado, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado asistencial. También es conveniente realizar una correcta valoración del anciano con SCA y evitar, en la medida de lo posible, la utilización de cateterismos vesicales, restricciones físicas e incluso prevención farmacológica si no es necesario (Martínez et al., 2012b; Viloría, 2014).

Desde terapia ocupacional, se pueden aplicar estas medidas de orientación y adaptar el entorno más cercano del paciente para minimizar la privación sensorial que pueden presentar los pacientes hospitalizados (Toglia, Golisz y Goverover, 2011). Se ha comprobado la eficacia de proporcionar una buena iluminación y referencias temporales (calendario y reloj) durante el día; así como, disminuir el ruido y las visitas del personal sanitario durante la noche (Zaal et al., 2013). Siempre que sea posible, el terapeuta ocupacional fomentará una activación funcional precoz del anciano hospitalizado, incentivando su implicación en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como la alimentación e higiene personal (González, 2010).

Medidas no farmacológicas en el tratamiento del SCA

Una vez que el SCA se ha instaurado, la mayoría de los autores coinciden en una mayor eficacia de las intervenciones no farmacológicas frente a las farmacológicas, en el control de los síntomas. Además, destacan la importancia de la realización de un tratamiento etiológico (Cachón, Álvarez, Palacios, 2014).

Lundström et al., (2005) comprobaron la eficacia de un programa interdisciplinar, al reducir la duración, el tiempo de hospitalización y la tasa de mortalidad durante el ingreso. Brummel et al., (2014) demostraron que una intervención temprana, que combine terapia cognitiva, fisioterapia y terapia ocupacional, es viable y segura a la hora de tratar las complicaciones habituales en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Cavallazi et al., (2012) exponen que la intervención diaria de terapia ocupacional y fisioterapia, en pacientes con SCA localizados en una unidad de cuidados intensivos reduce la duración del síndrome y mejora la funcionalidad.

Entre las medidas no farmacológicas actualmente implementadas se encuentran la mejora del entorno, restablecimiento del ritmo sueño-vigilia, presencia de familiares y objetos conocidos y evitar la inmovilidad (Veiga, 2011). Los factores ambientales ejercen una gran influencia en el curso de este síndrome (Cachón et al., 2014).

La intervención sobre el entorno va encaminada a la provisión de ayudas para la visión y audición (gafas o audífonos), garantizar una correcta iluminación, sobre todo con luz natural, colocar elementos que proporcionen orientación temporal (calendario, nombre del hospital, reloj) y fomentar un ambiente confortable con una temperatura adecuada (Cavallazzi et al., 2012).

El uso de antifaces o tapones de oídos para disminuir la estimulación ambiental y reducir las intervenciones del personal sanitario durante la noche, son medidas destinadas a restablecer el ciclo

sueño-vigilia (Mistraletti et al., 2012). Además, cabe destacar la necesidad de evitar las restricciones físicas, salvo necesidad estricta, y realizar una interacción mediante órdenes claras y concisas, manteniendo frecuente contacto visual con el anciano y dirigiéndose siempre a él por su nombre, tanto el personal sanitario como el entorno familiar (Fong et al., 2009).

Carbonell (2002) afirma que *“todos aquellos procesos que en el anciano causen algún tipo de patología invalidante o le produzcan disminución en el desarrollo de sus funciones de la vida diaria son subsidiarios de recibir tratamiento en terapia ocupacional”* (Carbonell, 2002, p.31). A su vez, las actividades son el medio de intervención del terapeuta ocupacional, lo cual obliga a conocer, mediante un análisis, las características de cada actividad que se vaya a realizar, para conseguir, de esta forma, un ajuste personal de la actividad al paciente (Gómez, 1997).

Por ello, adaptar las tareas cotidianas y el ambiente es una de las funciones del terapeuta ocupacional en el ámbito asistencial, con objetivo de mejorar el desempeño del anciano y la calidad de vida (Colegio Profesional de Terapeutas Profesionales de Aragón, 2003). En esta línea, González (2010) resalta la capacidad del terapeuta ocupacional a la hora de asesorar sobre aspectos relacionados con la distribución de los elementos en el entorno y qué tipo de mobiliario es más aconsejable para el paciente, ajustándose a las habilidades motoras y funcionales.

La actuación contempla diversas áreas del desempeño ocupacional, como actividades de la vida diaria, laborales, relacionadas con el entorno y de ocio. Además, interviene sobre los componentes del desempeño ocupacional, que incluyen componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales (Palomar, et al., 2006). Así, desde terapia ocupacional, se puede intervenir involucrando al paciente en sus actividades de autocuidado y realizando un plan de estimulación cognitiva para comenzar con una intervención cognitiva y física precoz, mediante el trabajo combinado con otros profesionales dirigido siempre a la recuperación del paciente (Jiménez y Polonio, 2002). Para la estimulación cognitiva, se realizan intervenciones sobre la atención, autoconciencia, orientación (personal, temporal y espacial), percepción visual y auditiva y memoria (Togliola et al., 2011).

Intervención con la familia del paciente afectado del síndrome

Es necesario integrar a la familia o cuidadores principales en la intervención (Alonso et al., 2012). Martínez et al., (2012a) determinan que ésta debe ir dirigida al paciente y su entorno, y también a los cuidadores sanitarios, que están en contacto con él y pueden colaborar en la implementación de medidas no farmacológicas.

Involucrar a la familia en la intervención favorece la creación de un ambiente menos adverso y facilita el proceso de rehabilitación del paciente (Rodríguez y Rodríguez, 2007). Asimismo, es necesario informar a los familiares y cuidadores de estos pacientes sobre las características del síndrome y cómo pueden afectar determinadas situaciones en su evolución para realizar un correcto manejo y una adecuada interacción (Moreno, 2013; Cachón et al., 2014). Desde terapia ocupacional, es importante explicar que no hay que presionar a la persona si no recuerda aspectos concretos o si está desorientada, ya que esto causa frustración, angustia y vergüenza en el anciano, pudiendo exacerbar sus dificultades, empeorar el desempeño y afectar su motivación. También es necesario conocer el papel que desempeña la familia y la red social de la que dispone el paciente para determinar en qué medida favorecen o interfieren en el desempeño ocupacional del anciano. Así, se puede enseñar a que apoyen, estimulen y refuercen conductas y mejoren la interacción con sus allegados, sobre todo si el paciente va a ser dado de alta al domicilio familiar (Grieve y Gnanasakarau, 2009).

Es conveniente resaltar que la familia es la que más conoce al anciano y puede brindar una ayuda importante a la hora de planificar la intervención de terapia ocupacional, participando en la elección de actividades relacionadas con los intereses del paciente para, fomentar, así, la motivación e implicación (Lawlor y Mattiengly, 2011).

Conclusiones

Primera. El SCA en la población anciana hospitalizada tiene una elevada prevalencia y está asociado con un considerable aumento de la mortalidad, por lo que su prevención es fundamental para mantener una buena calidad de vida.

Segunda. La intervención de terapia ocupacional en este síndrome está justificada a nivel preventivo y en el tratamiento no farmacológico en la población anciana.

Tercera. La participación de la familia disminuye el estrés ambiental asociado a la hospitalización, además de brindar al terapeuta ocupacional información relevante acerca del paciente.

Cuarta. Dada la falta de estudios realizados en este campo, sería preciso investigar sobre la eficacia de la intervención del terapeuta ocupacional, dentro de un equipo multidisciplinar, en el SCA del anciano hospitalizado.

Referencias

Alonso, Z., González, M.A., Gaviria, M. (2012). El delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 247-259.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. (DSM-V)*. Barcelona: Masson.

Brummel, N.E., Girard, T.D., Ely, E.W., Pandharipande, P.P., Morandi, A., Hughes, C.G. y cols. (2014). Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: the Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. *Intensive Care Medicine*, 40 (3), 370-379.

Cachón, J.M., Álvarez, C., Palacios, D. (2014). Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 25 (2), 38-45.

Carbonell. (2002). Patología más frecuente en el anciano. En: B. Polonio López (Ed.), *Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos* (pp. 21-33). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Cavallazzi, R., Saad, M., Marik, P.E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Annals of Intensive Care*, 2 (49), 1-11.

Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (2003). *Código deontológico de la profesión de terapeuta ocupacional*. Zaragoza: Colegio profesional de terapeutas ocupacionales de Aragón.

Eeles, E., Hubbard, R.E., White, S.V., O'Mahony, M.S., Sawa, G.M., Bayer, A.J. (2010). Hospital use, institutionalization and mortality associated with delirium. *Age and Ageing*, 39 (4), 470-475.

Fong, T.G., Tulebaev, S.R., Inouye, S.K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5 (4), 210-220.

Giménez, L. (2004). Síndromes geriátricos. *Rehabilitación*, 38 (6), 325-332.

Gómez J. (1997). *Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional*. Zaragoza: Mira Editores.

González, L. (2010). Terapia ocupacional en recursos sanitarios y sociosanitarios. En: P. Durante Molina y P. Pedro Tarrés (Eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 295-311). Barcelona: Elsevier Masson.

Grieve, J., Gnanasakarau, L. (2009). *Neuropsicología para terapia ocupacional: cognición en el desempeño ocupacional*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Guillén Llera, F. (2005). Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Medicina Clínica*, 124 (14), 538-40.

Jiménez, C., Polonio, B. (2002). Asistencia geriátrica. El equipo asistencial. Papel del terapeuta ocupacional. En: B. Polonio López (Ed.), *Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos* (pp. 35-48). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lawlor, M.C., Mattingly, C. (2011). Conocimiento de las perspectivas de la familia sobre la enfermedad y la experiencia de la discapacidad. En: E.B. Crepeau, E.S. Cohn y B.A. Schell (Eds.), *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (pp.33-43). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G., Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 622-628.

Martínez, N. (2010). Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45 (4), 177-178.

- Martínez, M.I., Petidier-Torregrosa, R., Casas, A. (2012a). Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Clínica*, 138 (2), 78-84.
- Martínez, N., Alonso, C., Ripa, C., Sánchez, R. (2012b). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cirugía Española*, 90 (2), 75-84.
- Mistralotti, G., Pelosi, P., Mantovina, E.S., Berardino, M., Gregoretti, C. (2012). Delirium: clinical approach and prevention. *Best practice & research clinical Anaesthesiology*, 26 (3), 311-326.
- Moreno Rodríguez, A.M. (2013). Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: cuidadora familiar e inmigrante. *Index de Enfermería*, 22 (3), 127-131.
- Palomar, M.L., Moreno, L., Gaspar, J.I., Dolla, M.L., Mimbela, M., López, R., Tirado, F. y Cunchillos, A.C. (2006). *Libro blanco de la terapia ocupacional en Aragón*. Zaragoza: Colegio de terapeutas ocupacionales de Aragón y Gobierno de Aragón.
- Polonio, B. (2002). El proceso de terapia ocupacional en geriatría. En: B. Polonio López (Ed.), *Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos*. (pp. 49-65). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Quintero, F.J., Chinchilla, A., Chapela, E. (2011). Cuadro confusional agudo. En: A. Chinchilla (Ed.), *Breviario de urgencias psiquiátricas* (pp. 91-93). Barcelona: Elsevier Masson.
- Rodríguez, R., Rodríguez, R. (2007). Delirium. En: R. Rodríguez y G. Lazcano (Eds.), *Práctica de la geriatría* (pp. 165-176). Méjico: McGraw-Hill Interamericana.
- Toglia, J.P., Golisz, K.M. y Goverover, Y. (2011). Evaluación e intervención en las afecciones perceptivas cognitivas. En: E.B. Crepeau, E.S. Cohn, y B.A. Schell (Eds.), *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (pp. 739-776). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Veiga, F. (2011). Síndrome Confusional Agudo y trastornos del sueño. En: J.C. Millán Calenti (Ed.), *Gerontología y geriatría, valoración e intervención* (pp. 373-392). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vidán, M.T., Sánchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., Serra, J.A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 2029-36.
- Viloria, A. (2014). Enfermedades neurológicas y psiquiátricas en el anciano. *Medicine*, 11 (62), 3659-76.
- Zaal, I.J., Spruyt, C.F., Peelen, L.M., van-Eijk, M.M.J., Wientjes, R., Schneider, M.M.E. y cols. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive care Medicine*, 39, 481-488.

CAPÍTULO 30

La soledad en personas mayores: una propuesta de intervención

Raquel Lorente Martínez y Esther Sitges Maciá

Grupo SABIEX: Programa integral para mayores de 55 años de la Universidad Miguel Hernández de Elche (España)

Introducción

A medida que aumenta la población mayor, lo hace el número de personas mayores que viven solas. Como señalan Abellán y Pujol (2015) en los últimos diez años se ha observado un gran incremento de los hogares unipersonales en esta población, actualmente existen 4.535.100 hogares unipersonales de los cuales 1.853.700 hogares están habitados por personas mayores de 64 años, en los que tres de cada cuatro mayores que viven solos son mujeres (INE, 2014). Así mismo, la Comunidad Valenciana con el 25,8% de la población mayor, tiene uno de los índices más altos de personas mayores que viven solas y esta cifra se ha incrementado en los últimos 12 años casi un 50%. Estos datos parecen reflejar la preferencia de las personas mayores por envejecer en sus casas, lo que se asocia a un aumento de la independencia y autonomía de éstas que les capacita a vivir solas y sin depender de otras personas o recursos asistenciales.

Que las personas mayores puedan vivir solas supone un logro para las sociedades desarrolladas, ya que ello significa que el estado de bienestar ha podido procurar que éstas lleguen con independencia física, psíquica, funcional y económica a la tercera edad. Sin embargo, algunas circunstancias como la pérdida de autonomía física o psíquica, las barreras arquitectónicas en el hogar y el vecindario y la dificultad para seguir participando socialmente, pueden conllevar al aislamiento de la persona mayor. Por tanto, que los mayores vivan solos supone un reto tanto para la persona mayor como para la sociedad.

Aunque vivir solo no es sinónimo de soledad, inevitablemente han sido conceptos que se han relacionado. En la encuesta del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de 2010 (IMSERSO, 2014) destacaban que el 23% de los encuestados pasaba el día sin compañía y un 11,4% reconocía tener un sentimiento de soledad interno de forma permanente. Además, la encuesta señala que según el contexto, la soledad interna la perciben más por la noche (el 8,7%) que el resto del día (el 5,1%) o el fin de semana (el 5,7%), también aumenta el sentimiento cuando se sienten enfermos (9,7%) o en fechas u ocasiones especiales (el 24,8%). En este sentido, a parte de influir las variables contextuales en el sentimiento interno de soledad, también parece haber una importante influencia cultural, siendo los países del centro y sur de Europa, como España, los que tienen mayores índices de sentimiento de soledad. En un estudio comparativo entre Suecia y España, donde comparaban los resultados de dos encuestas nacionales, encontraron que los mayores con buena salud que viven solos son 5 veces más propensos a sentirse solos en España (el 45%) que en Suecia (el 9%) y de 2 a 3 veces más probable cuando viven solos y con mala salud (el 82% y el 32% respectivamente) (Del Barrio, Castejón, Sancho & Tortosa, 2010).

La conceptualización de la soledad, como ocurre con otros constructos psicológicos, no es tarea fácil. López (2005), en el análisis que hace de la soledad en las personas mayores que viven solas, destaca dos dimensiones de la soledad. La primera, que es la *dimensión objetiva*, tiene que ver con el sentimiento de temor que genera la posibilidad de caer enfermo y se relaciona con la indefensión que sienten al vivir solos. Por otro lado, la *dimensión subjetiva*, que se refiere a la ausencia habitual de poder hablar con alguien o tener alguna persona a la que confiar sus problemas. Ambos “son los grandes hándicaps que atribuyen a su soledad; por eso, cuando la citan como el problema más importante que padecen, lo que más recalcan es el vacío que encuentran dentro de sus viviendas” (López, 2005. p. 188). Por tanto, es importante aclarar que la soledad se refiere a la situación objetiva de vivir y estar solo. Sin embargo, el

peor problema de la soledad surge del sentimiento subjetivo o interno de soledad que, según informa el mismo autor, los mayores suelen negar y no piden ayuda cuando se sienten de este modo. Así mismo, se destaca que la incidencia real del sentimiento de soledad no es la que se refleja en los estudios sociales, siendo a menudo infravalorada o sobrevalorada, y apunta a los errores a la hora de medir dicho sentimiento a través de encuestas.

Desde esta línea de investigación, la evidencia ha demostrado los efectos perjudiciales que puede tener la soledad sobre la salud y el bienestar de las personas, considerándolos factores de riesgo que comprometen la salud física, mental y social de los mayores (IMSERSO, 2010). De este modo, en la situación socioeconómica actual se ha relacionado la ideación suicida con la soledad en personas mayores de 50 años y con los problemas económicos en los mayores de 65 años (Miret et. al. 2014). Desde otro enfoque, se han encontrado evidencias de los efectos físicos de la soledad, concretamente se ha relacionado el impacto negativo de la soledad con la desregulación de los sistemas inflamatorios y neuroendocrinos en mujeres (Hackett et al., 2012). Así mismo, la soledad subjetiva se ha correlacionado con la reactividad cardiovascular, y específicamente, con el aumento de la presión diastólica también en mujeres (Nausheen, Gidron & Gregg, 2007). En cuestión de salud mental, la soledad se ha relacionado con la depresión y la demencia, e incluso se ha vinculado el sentimiento subjetivo de soledad con un aumento de la morbilidad y la mortalidad temprana en personas mayores (SEGG, 2015).

A pesar de los efectos negativos que la soledad tiene sobre la salud, ésta ha recibido poca atención por parte de las instituciones públicas. Algunos servicios, como los servicios de Teleasistencia y Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), originalmente concebidos para cubrir las necesidades básicas de higiene, alimentación y seguridad de las personas dependientes que viven solas, cumplen una función reductora de la soledad, al menos de su dimensión objetiva, ya que los receptores del servicio saben que disponen de personas que les visitan o llaman si necesitan ayuda de cualquier tipo. En este contexto, las personas voluntarias y expertos que trabajan en estos servicios refieren que una de las principales funciones que asumen es la de hacer compañía al anciano. Tanto es así que, en los servicios de teleasistencia, se observa que sólo el 2% de las llamadas que reciben son realmente por emergencias. Ante esta realidad, algunas entidades del tercer sector han asumido la responsabilidad de este problema y han desarrollado programas de voluntariado orientados a disminuir la soledad, prevenir los problemas asociados a ésta y promocionar el bienestar de los mayores. Destacando la importancia de este sector, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) en el congreso que celebraron recientemente, señala que en el tratamiento de la soledad y la prevención de sus efectos negativos es imprescindible el papel de la acción voluntaria en el acompañamiento de situaciones de soledad no deseada (SEGG, 2015).

El interés por esta cuestión está aumentando en los últimos tiempos, donde encontramos diversas revisiones sistemáticas y de meta-análisis que han intentado dar claridad sobre la evidencia encontrada en las intervenciones orientadas a disminuir la soledad o prevenir los problemas asociados a ésta (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011; Choi, Kong & Jung, 2012; Morris et al., 2014).

Sabiendo que el sentimiento de soledad puede ser un factor de vulnerabilidad en ancianos, debemos dirigir nuestro foco de atención hacia esta realidad e investigar en profundidad este problema que afecta a toda la sociedad. En el presente trabajo se analizan los estudios sobre los programas de voluntariado que se han desarrollado para intervenir sobre la soledad en ancianos.

Objetivo

El objetivo general de este trabajo es analizar los programas de voluntariado que se han desarrollado para intervenir sobre la soledad y conocer la eficacia de los mismos.

Metodología

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo la búsqueda en las siguientes bases de datos de ciencias sociales y de salud: Cochrane Library Plus, ISOC, Pubmed-Medline, PsycINFO, PsicoDOC, Scopus y Science Direct. Los términos empleados en la búsqueda fueron: “soledad”, “anciano”, “voluntario” y/o “programas de voluntariado” (loneliness, aged, volunteer and/or voluntary programs). En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fue revistas científicas, en cualquier lengua y fecha y, además, se introdujo el filtro de edad de la población estudiada, siendo la elegida la población de 65 años o más. Una vez realizada la búsqueda, tras la lectura del título y el resumen de todos los resultados, se han seleccionado los artículos atingentes a los objetivos de nuestro estudio para su análisis a texto completo.

Resultados/Estado de la cuestión

En líneas generales se observa gran heterogeneidad en los estudios analizados, sobre todo en lo que se refiere al tipo de intervención de voluntariado que se realiza, población, variables evaluadas y efectos encontrados.

Tradicionalmente el estudio de la soledad se ha centrado en población mayor que vive sola. Por ello, son escasos los estudios que encontramos en el ámbito residencial. Grenade y Boldy (2008) desarrollaron un estudio en el que revisaron las intervenciones dirigidas a disminuir la soledad de esta población y, aunque encontraron poca evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para combatir la soledad y el aislamiento, de los estudios revisados concluyeron que pueden ser eficaces las intervenciones que se orienten a facilitar el mantenimiento del contacto con otros residentes, amigos, familiares y/o animales.

En el ámbito comunitario encontramos diferentes programas de intervención. Así, Butler (2006) analiza la eficacia del ‘Programa Senior Companion’, un programa que sirve para dar la oportunidad a personas mayores con bajos ingresos económicos para que sean voluntarios y ofrezcan asistencia a ancianos con problemas de salud. La autora concluye que las intervenciones individuales favorecen la creación de redes sociales más grandes y menores niveles de depresión y soledad. En España, a través de un ‘Programa de Animación Comunitaria Rural’ realizado por voluntarios mayores de Cáritas, se observó el gran potencial de los mayores para ofrecer acompañamiento y apoyo a los ancianos que vivían solos tanto en áreas rurales como urbanas (Zapata, 2001). Así mismo, el IMSERSO (2010) impulsó, junto con otras instituciones públicas y privadas, el proyecto ‘Cerca de Ti’ programa de voluntariado de acompañamiento en el hogar y fuera éste y acompañamiento telefónico. Actualmente se está desarrollando un estudio piloto en 10 localidades españolas, con la participación de 300 voluntarios y 300 personas mayores que viven solas y en riesgo de exclusión social. Aún no se han conocido datos sobre el estudio piloto, pero ‘Cerca de Ti’ es uno de los proyectos más importantes en terminos de voluntariado en nuestro país, ya que implica a grandes organizaciones no gubernamentales como Cruz Roja y Cáritas, entre otras instituciones implicadas en el proyecto.

Siguiendo con las intervenciones que utilizan el acompañamiento telefónico para reducir la soledad, se han encontrado diversos estudios que evalúan este tipo de programas. Se observa que son servicios similares a la teleasistencia, pero persiguen el fin de acompañar a la persona mayor a través del teléfono y fomentar una relación de amistad. En Inglaterra el programa ‘Call in time’ se extiende en ocho localidades donde personas voluntarias ofrecen amistad y apoyo a personas mayores. Los estudios sobre estos programas han mostrado que son efectivos para reducir el sentimiento de soledad y mejorar el bienestar de las personas mayores, teniendo, además, una buena relación efectividad-coste, ya que el teléfono es una herramienta económica que facilita el contacto con la persona mayor y la labor del voluntario (Cattan, Newell, Bond & White, 2003; Cattan, Kime & Bagnall, 2011; Kime, Cattan & Bagnall, 2012). En la misma línea, O’Shea (2006) analiza el programa ‘Senior Help Line’ en Irlanda que, al igual que el caso anterior, desarrolla el programa con voluntarios mayores que atienden a personas de edad avanzada que viven en una situación de exclusión o aislamiento social. Entre los

motivos de las llamadas, al menos el 50% de las mismas son porque la persona mayor se siente sola. Destacan, además, los beneficios positivos que tiene el programa tanto para la persona usuaria del servicio como para los voluntarios, afirmando que esta actividad mejora su autoestima, aumenta su sentimiento de logro, alcanzan mayor conciencia de sí mismos y autonomía. En este caso, también se da una buena relación coste-efectividad del servicio. Recientemente Mountain y su equipo (2014) han querido evaluar la efectividad y el coste-efectividad de este tipo de programas, conocidos en Reino Unido como befriending telefónico (ser amigo telefónico). En este estudio se observa la calidad metodológica del diseño que es completamente aleatorizado y se compara grupo experimental y control, sin embargo, debido a un problema con la selección y seguimiento de voluntarios, el estudio no se desarrolló completamente y tampoco obtuvo los resultados esperados.

Por otro lado, se encuentran programas de voluntariado que enseñan el uso de nuevas tecnologías de la información, como el uso de ordenador y el manejo de Internet, con el fin de prevenir el aislamiento y el sentimiento de soledad. En un pequeño estudio para comprobar la viabilidad de implementar un programa de formación para el manejo del ordenador y de Internet en una comunidad de personas mayores autogestionadas, observaron que disminuyó el sentimiento de soledad (White et al., 2012).

También encontramos estudios que promueven la relación entre distintas generaciones para combatir la soledad, es el caso del voluntariado intergeneracional (Canova et al., 2002, Rook & Sorkin, 2003). En este último estudio, desarrollaron un programa en el que un grupo de personas mayores se encargaban de “adoptar” un niño con discapacidad. Midieron variables emocionales (soledad, depresión y autoestima) y la calidad de la relación entre el voluntario y el/la menor y compararon los datos con dos grupos de abuelos que sirvieron de control. Después de la intervención los “abuelos adoptivos” aumentaron los lazos y el significado de sus relaciones, pero no se encontraron cambios en el estado emocional.

Por último, en el estudio de Kocken (2001) dentro de un programa para vencer la soledad en la población mayor de 55 años de Holanda, se usaron diferentes estrategias para aumentar la participación y fomentar la relación entre los voluntarios y profesionales del programa con los vecinos de tres barrios holandeses. Se observó que las diferentes estrategias para interactuar y participar influyeron en la satisfacción de los participantes y, a su vez, la satisfacción se asoció claramente con el éxito del programa. Sin embargo, no se encontró una relación con la prevención eficaz de la soledad en los adultos mayores.

Finalmente se han encontrado algunas **revisiones sistemáticas** que recogen evidencias sobre las intervenciones de promoción de la salud dirigidas al aislamiento social y soledad de los mayores. El estudio de Cattán, White, Bond y Learmouth (2005) concluye que las intervenciones más eficaces para aliviar el aislamiento social y la soledad de las personas mayores son aquellas que siguen un formato grupal, dirigidas a realizar actividades educativas y sociales y orientadas a grupos específicos. Resultados similares se encontraron en una revisión sistemática posterior (Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011) en la que concluyeron que las características comunes de las intervenciones eficaces son aquellas que se fundamentan en una base teórica, ofrecen actividades sociales, educativas y/o de apoyo, se realizan en grupo, fomentan la participación social y focalizan su intervención en la población aislada socialmente.

En esta misma línea de revisiones sistemáticas, existen investigaciones que evalúan la eficacia de las intervenciones que se apoyan en el uso de nuevas tecnologías de la información para reducir la soledad. En el meta-análisis de Choi, Kong, y Jung (2012) examinaron la eficacia de las intervenciones informáticas y la formación en Internet para reducir la soledad y la depresión, y concluyeron que los programas de intervención que usan el ordenador e Internet eran eficaces para gestionar la soledad de las personas mayores. Conclusiones similares se desprenden de una revisión sistemática posterior en la que se examinaba la eficacia de las tecnologías inteligentes para mejorar o mantener la conexión social de las personas mayores que viven solas (Morris et al., 2014). Se evidenciaron resultados positivos en variables como el apoyo social, el aislamiento y la soledad.

Discusión/Conclusiones

A la vista de los estudios analizados, se observa que la mayoría emplean intervenciones individuales en el hogar, ya sea a través de visitas a domicilio o a través de llamadas telefónicas. Además, casi todos los estudios obtienen resultados positivos usando estas intervenciones (Butler, 2006; Cattán, Newell, Bond and White, 2003; Cattán, Kime & Bagnall, 2011; Kime, Cattán & Bagnall, 2012; O'Shea, 2006). Sin embargo, en la revisión de Cattán y colaboradores (2005), no encontraron evidencias respecto a la efectividad de este tipo de intervenciones. Este mismo resultado se obtiene en estudio Martín y Kiely (1983), donde las visitas al hogar para desarrollar relaciones informales, resultaron menos eficaces que las intervenciones breves para dar apoyo y ayudar a la persona mayor puntualmente. En esta misma línea, en la revisión de Dickens y su equipo (2011) encontraron niveles de efectividad variables en función de los tipos de intervención, siendo más eficaces las intervenciones que ofrecen actividades (86%) o prestan apoyo (80%) a las personas mayores, seguidas de las visitas al hogar (60%) y la formación en el uso de internet (25%). Ante esta variabilidad de resultados, el estudio de White y colaboradores (2014), aunque no logra demostrar la eficacia de las intervenciones individuales telefónicas, plantea mejoras metodológicas respecto a los estudios anteriores y, además, desarrolla un programa estructurado de formación del voluntariado que permite ser replicado para valorar la eficacia de las intervenciones y poder estandarizarlas, de manera que se pueda atribuir los efectos del programa a la intervención y no a otras variables que son no controladas. Por tanto, el desarrollo de estudios siguiendo esta línea pueden aportar mejores evidencias sobre las intervenciones individuales.

Por su parte, aunque los resultados de los programas de acompañamiento a través del teléfono parecen tener beneficios positivos sobre el bienestar y la salud de los mayores, no se aportan evidencias claras sobre sus efectos para reducir el sentimiento de soledad. Al igual que hemos comentado anteriormente, pueden existir ciertos “sesgos metodológicos” en su desarrollo. Por ejemplo, en el estudio de O'Shea (2006) los resultados se obtienen a partir de las percepciones de los voluntarios que realizan las llamadas, no controlándose por tanto el posible sesgo en la recogida de la información. Por su parte, en el estudio de Cattán, Kime y Bagnall (2011) aunque se emplea una metodología combinada para analizar los efectos del servicio en las personas mayores, mejorando así el análisis de resultados, también se aprecian limitaciones metodológicas que cabría mejorar para poder obtener mayor claridad al respecto.

En cuanto a las intervenciones que emplean la formación en el manejo de las nuevas tecnologías, también encontramos disparidad en sus conclusiones. Así, a pesar de que la revisión de Dickens et al. (2011) encontró poca evidencia de su efectividad en comparación con otras intervenciones, otros estudios sugieren lo contrario. Como el meta-análisis de Choi, Kong, y Jung (2012) en el que encontraron evidencias de la eficacia de éstos para gestionar la soledad de las personas mayores. Así mismo, otra revisión posterior obtuvo resultados similares y, además, no encontraron diferencias cuando compararon la eficacia de este tipo de intervenciones con otras tradicionales (Morris et al., 2014). Aquí también observamos la necesidad de desarrollar más estudios con rigor metodológico que evalúen la eficacia de estos programas para aportar más evidencias al respecto.

Con respecto a la eficacia de los programas de voluntariado intergeneracional, los estudios encontrados que fomentan las relaciones intergeneracionales parecen tener resultados positivos sobre la salud de los mayores, aunque son pocas las evidencias encontradas sobre su efecto en la soledad de los mayores. Por ejemplo, sólo el estudio de Strom y Strom (1999) destaca su efecto positivo sobre la soledad y Murayama y su equipo (2015) se centran en el efecto de estos programas para mejorar el estado de ánimo deprimido. Sin embargo, otros estudios no han podido confirmar estas hipótesis, como el estudio de Rook y Sorkin (2003) donde sí observaron un aumento de las relaciones significativas que establecieron los ‘abuelos adoptivos’ con los niño/as discapacitado/as, pero no lograron los resultados esperados sobre la salud emocional de los mayores (reducción de la depresión y la soledad y el aumento de la autoestima). Por otro lado, se ha encontrado un estudio que valora un programa de voluntariado de

cohabitación entre universitarios y personas mayores y aconsejan este tipo de intervenciones porque promueven relaciones satisfactorias para ambos grupos (Canova et al., 2002). Queremos destacar que, en este estudio no hemos podido analizar sus conclusiones y los efectos que tienen este tipo de programas sobre la soledad de los mayores por limitaciones con el idioma. Sin embargo, sobre este tipo de programas creemos que hacen falta más estudios centrados en el estudio de esta variable para extraer mejores conclusiones sobre la eficacia de los programas intergeneracionales.

Aunque la mayoría de estudios están publicados en inglés, se ha encontrado algunos artículos publicados en otros idiomas sobre esta temática que no han podido ser analizados, hecho que hace que ésta sea una limitación que podemos encontrar a nuestro análisis, como también lo es que no hemos podido recuperar el texto completo de alguna publicación.

A partir de los estudios analizados se ha evidenciado la necesidad de desarrollar programas de intervención bien diseñados, que se dirijan a personas aisladas socialmente y que sientan la soledad subjetiva. Estos programas deben fundamentarse en la teoría, ofrecer actividades (sociales, educativas y/o de apoyo) que se realicen en grupo y que fomenten la participación social de los mayores. Así mismo, tras la evidencia acumulada, es fundamental probar estos diseños con metodologías rigurosas que permitan obtener resultados de calidad y basados en la evidencia científica. De este modo, desde la Universidad Miguel Hernández de Elche, vamos a desarrollar un proyecto de voluntariado universitario para intervenir sobre la soledad subjetiva que sienten las personas mayores y éste será diseñado teniendo en cuenta las conclusiones extraídas en el presente estudio.

Referencias

- Abellán, A., Pujol, R. (2015). “Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015].
- Cattan, M., Kime, N. & Bagnall, A. M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people – an evaluation. *Health & Social Care in the Community*. 19 (2): 198-206. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00967
- Cattan, M., Newell, C., Bond, J. & White, M. (2003). Alleviating social isolation and loneliness among older people. *International Journal of Mental Health Promotion*. 5 (3): 20-30. doi: 10.1080/14623730.2003.9721909
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 25: 41-67. doi: 10.1017/S0144686X04002594
- Choi, M., Kong, S. & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*. 18 (3): 191-198. doi: 10.4258/hir.2012.18.3.191
- Del Barrio, E., Castejón, P., Sancho, M., Tortosa, M. A. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 45(4), 189-195. doi:10.1016/j.regg.2010.02.010
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 11: 647-669. doi: 10.1186/1471-2458-11-647
- Grenade, L. & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*. 32 (3): 468-478
- Hackett, R.A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L. & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 37, 1801-1809. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.03.016
- IMSERSO (2010). Cerca de ti: interviniendo con las personas mayores para paliar su soledad. *Observatorio de Personas Mayores*. Boletín sobre envejecimiento (Nº 45). Recuperado el 11/6/2015 en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm45.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2014). Informe 2012 Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). Encuesta continua de hogares.
- Kime, N., Cattan, M. & Bagnall, A. M. (2012). The delivery and management of telephone befriending services – whose needs are being met? *Quality in Ageing and Older Adults*. 13 (3): 231-240. doi: 10.1108/14717791211264278

- López, J. (2005). El sentimiento de soledad. En López, J. Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. (Pp. 193-246). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Martin, L. & Kiely, M. C. (1983). Le benevolat: Un lien ester des personnes agees et la communaute. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2 (1): 59-70.
- Miret, M., Caballero, F.F., Huerta-Ramírez, R., Moneta, M.V., Olaya, B., Chatterji, S. et. al. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of affective disorders*. 163, 1-9. doi:10.1016/j.jad.2014.03.045
- Morris, M. E., Adair, B., Ozanne, E., Kurowski, W., Miller, K. J., Pearce, A. J., Santamaria, N., Long, M., Ventura, C. & Said, C. M. (2014). Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. *Australasian Journal of Aging*. 33 (3): 142-152.
- Mountain, G. A., Hind, D., Gossage-Worrall, R., Walters, S. J., Ducan, R., Newbould, L., Rex, S., Jones, C., Bowling, A., Cattan, M., Cairus, A., Cooper, C., Edwards, R. T. & Goyder, E. C. (2014). 'Putting Life in Years' (PLINY) telephone friendship groups research study: pilot randomized controlled trial. *Trials*. 15: 141-153 doi: 10.1186/1745-6215-15-141
- Murayama, Y; Ohba, H; Yasunaga, M.; Nonaka, K.; Takeuchi, R.; Nishi, M.; Sakuma, N.; Uchida, H.; Shinkai, S. & Fujiwara, Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*. 19 (4): 306-314.
- Nausheen, B., Gidron, Y. & Gregg, A. (2007). Loneliness, social support and cardiovascular reactivity to laboratory stress. *Stress*. 10(1), 37-44.
- O'Shea, E. (2006). An economic and social evaluation of the Senior Help Line in Ireland. *Ageing & Society*, 26: 267-284. doi: 10.1017/S0144686X05004241
- Rook, K. S. & Sorkin, D. H. (2003). Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adults' psychological health. *International Journal of Aging and Human Development*. 57 (4): 313-337.
- SEGG (2015). La soledad es un factor de riesgo para la depresión, el deterioro cognitivo y la mortalidad de las personas mayores. En Nota de Prensa. Recuperado el 06/06/2015 en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=405
- Strom, R. & Strom, S. (1999). Establishing school volunteer programs. *Child & Youth Services*. 20 (1-2): 175-188.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Bynum, L., Teague, C., Navas, L., Craven, S. & Halbrecht, H. (1999). Surfing the Net in later life: A review of the literature and pilot study of computer use and quality of life. *Gerontology*. 18 (3): 358-378. doi: 10.1177/073346489901800306

CAPÍTULO 31

Trastornos del sueño y su tratamiento en el anciano

Montserrat Fontalba Navas*, Justo Sánchez Gil**, y Raimundo Tirado Miranda**

**Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Centro de Salud de Iznájar (España), **Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Unidad Gestión Clínica Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita (España)*

Introducción

El insomnio junto con otras enfermedades neurológicas y psiquiátricas, como la demencia, el Parkinson, enfermedad cerebrovascular, depresión, ansiedad o delirium, son consideradas patologías altamente prevalentes en personas de edad avanzada. (Vitoria, 2014) Estas patologías tienen una gran influencia en la vida del paciente, en cuanto a calidad de vida se refiere, y un gran impacto en el cuidador suponiendo situaciones de mayor estrés. Por otro lado, suponen un alto coste social y económico, así como un aumento del coste sanitario. (Vitoria, 2014; Baena, Riu y Monedero, 2006)

El insomnio supone la dificultad para conciliar el sueño o la ausencia de sueño reparador, así como la alteración de la cantidad o calidad del sueño; no olvidando su alto componente subjetivo ya que depende muchas veces de la percepción del paciente. (Riu y Martínez, 2014)

Con el aumento de la edad el sueño sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Adquiere un patrón caracterizado por la disminución de la eficacia y de las ondas lentas, aumentan los microdespertares, se convierte en un sueño polifásico, desestructurado, con dificultad para conciliar el sueño después de los despertares, disminuye la latencia en la primera fase REM, disminuye el umbral de despertar con estímulos auditivos, se producen cambios en los ritmos circadianos y se percibe en mayor medida la mala calidad del sueño. (Pejenaute et al., 2011)

El enfermedad comienza cuando aparecen problemas en la vida diaria, entre ellos destaca la somnolencia, estrés o sensación de cansancio, entre otras. (Riu y Martínez, 2014)

El insomnio aumenta con la edad, uno de cada cinco españoles padece insomnio elevándose un 40% en mayores de 65 años, (Ohayon & Sagales, 2010) es más frecuente entre mujeres, en aquellas personas que padecen otras enfermedades psiquiátricas o problemas psicológicos y en los casos que coexistan otras enfermedades médicas como pueden ser enfermedades neurológicas, respiratorias, endocrinológicas... (Kamel & Gammack, 2006) Se ha visto a su vez que aumenta su frecuencia en pacientes hospitalizados y sobre todo en ancianos institucionalizados. (Vitoria, 2014)

Se ha visto también que existen ciertas medidas protectoras del sueño como son llevar una vida activa. Por otro lado hay factores precipitadores: trastornos primarios del sueño, enfermedades médicas, fármacos y hábitos del sueño insuficientes. (Baena et al., 2006)

Se ha visto también en estudios que menos de un 15% de los ancianos con insomnio crónico reciben tratamiento, un 10% es tratado de forma inadecuada y un 85% no recibe ningún tipo de ayuda. (Morin, Colecchi, Stone, Sood & Brink, 1999; Estivill, 1999) Es por eso que se trata de un problema de alta prevalencia que en muchas ocasiones es infradiagnosticado. (Vitoria, 2014; Riu y Martínez, 2014) A veces este problema recae en que es considerado únicamente un problema fisiológico asociado a la edad y el envejecimiento, llegando incluso en ocasiones a ser ignorado, por otro lado los pacientes ancianos suelen centrarse en motivos de queja diferentes al insomnio y por tanto ni lo mencionan en la consulta. (Pejenaute et al., 2011)

Clasificación del insomnio

- Según su duración: transitorio (menos de cuatro semanas), subagudo (de cuatro semanas a 3-6 meses) y crónico (más de 3-6 meses).
 - Según la severidad: leve, moderado o severo, en función de los síntomas asociados.
 - Según la forma de presentación: de conciliación, de mantenimiento, despertar precoz.
 - Según la etiología: primario o secundarios a enfermedades mentales, médicas o a sustancias (DSM-IV), intrínsecos o extrínsecos y asociado a otras enfermedades médicas (CITS).
- (Fuertes de Gilbert, López y Rivera, 2006)

Manifestaciones clínicas

Los trastornos del sueño suponen la aparición de numerosos síntomas en el anciano con diferentes manifestaciones. Aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos, así como un uso inadecuado de ayudas para el sueño. Disminuyen la atención y la memoria, entre las habilidades cognitivas, dificultad para cumplir sus tareas diarias, se afecta el tiempo de respuesta y se afecta de forma negativa sus relaciones con el entorno y su bienestar. Aumenta la necesidad de siesta. Suelen presentar dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o incluso somnolencia diurna, esto supone en ocasiones el uso de hipnóticos que junto al sueño no eficaz suponen un aumento del riesgo de caídas o accidentes. Afecta la esfera sistémica con problemas cardiovasculares, respiratorios y del sistema nervioso central e incluso aumento de la institucionalización. Por otro lado cambios del humor, aumento de la irritabilidad, mayor riesgo de accidentes de tráfico, cefaleas, problemas gastrointestinales y malestar general. En casos más graves pueden aparecer trastornos depresivos o deterioro cognitivo. (Baena et al., 2006; Pejenaute et al., 2011)

Diagnóstico

Hay que tener en cuenta que cuando hablamos de insomnio existen unas consecuencias diurnas y de estrés, si no existieran estas características no hablaríamos de insomnio sino de cambios en el sueño que pueden deberse a la edad. Es muy importante tenerlo en cuenta para posteriormente evaluarlo. (Baena et al., 2006)

Existen cinco pasos para un correcto manejo y diagnóstico del insomnio en el anciano (McCall, 2005): detectar el insomnio, evaluación inicial de su naturaleza, valorar urgencia médica o psiquiátrica, evaluar el insomnio crónico e intervención sobre el mismo.

De esta forma es necesario conocer la historia clínica del paciente, sus antecedentes personales, enfermedades activas, hábitos tóxicos (alcohol, cafeína, nicotina) así como la medicación que utiliza.

Es muy importante también para su evaluación realizar un correcto diario del sueño. El diario del sueño supone de gran utilidad en la práctica clínica, sobre todo en atención primaria, no solo utilizado para conocer las características del sueño sino también para evaluar el tratamiento; incluye hora en la que se acuesta el paciente y se levanta, el tiempo que tarda en dormirse, las veces que se despierta, el tiempo total que permanece despierto, si se siente descansado por la mañana o si duerme por el día.

Por otro lado es importante realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos del sueño. (Riu y Martínez, 2014; Fuertes de Gilbert et al., 2006; Pejenaute et al., 2011)

En casos de investigación clínica se podría continuar el estudio con cuestionarios como es el de Oviedo (Bobes et al., 1998), Pitts-burg Sleep quality index (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) y la Escala de Somnolencia de Stanford (Hoddes, Zarcone, Smythe, Philips & Dement, 1973)

La realización de pruebas complementarias como una analítica completa se utilizará en los casos que se quiera descartar patología orgánica subyacente. En casos de diagnósticos dudosos se plantea la realización de polisomnografía nocturna, test de latencia y actigrafía para lo que será necesario derivar al médico especialista. (Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Objetivo

Dada la alta prevalencia del insomnio en las personas ancianas y que, en ocasiones, ha llegado a convertirse en un problema infradiagnosticado, el objetivo es mejorar su manejo en las consultas, actualizar los métodos de evaluación y diagnóstico y sobre todo las posibilidades terapéuticas, centrándonos en la actualización farmacológica.

Metodología

Para la revisión sobre el tema hemos se ha realizado una búsqueda sistemática usando las bases de datos como: ScienceDirect y PubMed. Los descriptores fueron “anciano”, “insomnio”, “tratamiento” y “fármacos”. Fundamentalmente se obtuvieron revistas de carácter científico, en concreto se seleccionaron artículos en español e inglés para así centrar la búsqueda en el paciente anciano y su tratamiento, incluyendo artículos basados en la actualización sobre el tratamiento farmacológico.

Resultados

Tratamiento del insomnio

Han existido cambios a la hora de realizar el tratamiento del insomnio a lo largo de los años. Se han reducido el uso de hipnóticos al mismo tiempo que las preferencias han estado inclinadas en utilizar métodos más fisiológicos, quedando relegado el tratamiento farmacológico para casos refractarios a medidas generales. Los objetivos sobre todos serán mantener la correcta arquitectura del sueño, mejorando la actividad diurna del paciente y por tanto la progresión del insomnio agudo. Para ellos se necesita la participación activa del paciente en el proceso, con una monitorización y seguimiento de respuesta. (Fuentes de Gilbert et al., 2006; López, Fernández, Mareque y Fernández, 2012)

Podríamos clasificarlos en dos tipos:

- Tratamiento farmacológico, que desarrollaremos a continuación.

- Tratamiento no farmacológico:

- Medidas de higiene del sueño: horarios regulares, ejercicio habitual, medidas ambientales, evitar siestas así como el consumo de tóxicos...

- Educación para la salud, proporcionando la información adecuada para el problema.

- Restricción del tiempo en la cama.

- Terapia cognitivo-conductual: proporcionan cambios en los hábitos erróneos del sueño y su higiene, modifican pensamientos, creencias y actitudes negativas del sueño.

- Técnicas de control de estímulos y de relajación.

- Cronoterapia.

- Fototerapia: con luz similar a la del día, en periodos de unas dos horas al día. Aunque se requieren de más ensayos clínicos para recomendarla como tratamiento.

- Fitoterapia: presentan buena tolerancia y pocos efectos secundarios. Solo en el caso de la valeriana hay estudios que apoyan la mejora de parámetros subjetivos, aunque no demostrado en personas mayores.

- Otras alternativas: medicina tradicional china con un ensayo clínico que demuestra la mejoría de la calidad del sueño. La homeopatía, el yoga u otras terapias alternativas no disponen de datos suficientes.

(Riu y Martínez, 2014)

Las medidas no farmacológicas se han considerado eficaces ya que consiguen mejorar los hábitos del sueño de forma más duradera y por tanto mejoran el insomnio crónico. Además proporciona ventajas sobre otras enfermedades que posea el paciente. (Riu y Martínez, 2014; Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Tratamiento farmacológico

Enfocado fundamentalmente a pacientes con formas graves de insomnio y por tanto con influencia en su calidad de vida y actividad diaria. (Riu y Martínez, 2014)

Es fundamental que cuando se instaura un tratamiento farmacológico este sea capaz de inducir el sueño de forma rápida pero además de mantenerlo durante un mínimo de seis horas, que tenga una vida media corta sin metabolitos activos, debe conseguir mantener la estructura del sueño de forma adecuada, con pocos efectos secundarios y por tanto que tenga el mínimo efecto sedante. Con estas características hablaríamos de un fármaco ideal para el tratamiento del insomnio en el anciano. (Baena et al., 2006) Siempre recordar que debe ir asociado a medidas generales, enfocado a la etiología del sueño y características del paciente, así como a sus necesidades y al grado de alerta al día siguiente. (Fuertes de Gilbert et al., 2006, López et al., 2012)

Es muy importante ajustar la dosis, comenzar con la mitad de dosis que se utiliza para el paciente adulto, y utilizar la dosis mínima eficaz. Proponer la retirada gradual en semanas o meses cuando mejoren los síntomas o factores externos asociados para evitar síndrome de abstinencia o el insomnio de rebote. Esto requiere de evaluaciones periódicas. (Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Benzodiazepinas

Son depresores del sistema nervioso y provocan relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa del cerebro. (Pejenaute et al., 2011) Son por tanto fármacos caracterizados por su efecto hipnótico, ansiolítico, miorelajante y anticonvulsivante, ya que hablamos de agonistas no selectivos del complejo receptor del GABA-A. (Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Se diferencian entre ellas por su vida media de eliminación. La absorción de las benzodiazepinas no se modifica con el envejecimiento pero al disminuir la masa corporal, las proteínas plasmáticas y aumentar la grasa corporal en el anciano puede verse incrementada la concentración del fármaco y de su semivida. (Riu y Martínez, 2014)

Consiguen instaurar un sueño diferente al fisiológico. Son capaces de incrementar la cantidad de sueño, incrementar el sueño superficial disminuyendo el sueño lento y profundo y por tanto el paciente lo percibe como una mejoría aunque no incrementa la calidad del sueño, de forma subjetiva es muy eficaz. Esto a su vez provoca efectos no tan deseados como la sedación diurna, deterioro cognitivo, como la amnesia anterógrada, y deterioro psicomotor, como la falta de coordinación. Deben evitarse en pacientes con patología pulmonar por la posibilidad de causar depresión respiratoria. Mayor riesgo de caídas y por tanto de fracturas. Si el uso se realiza de forma prolongada pueden producir tolerancia, dependencia, insomnio de rebote y síndrome de retirada. (Baena et al., 2006; Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Han sido prescritos con frecuencia desde los años sesenta pero dado los efectos secundarios que produce deben usarse con cuidado en el anciano. (Riu y Martínez, 2014)

En caso de insomnio crónico es necesario a veces usar el tratamiento durante más tiempo, teniendo en cuenta su disminución gradual. (Baena et al., 2006)

Deben evitarse las benzodiazepinas de vida media larga por riesgo de sedación diurna, ataxia, riesgo de caídas y trastornos de memoria que en algunos casos pueden parecer síntomas de demencia. (Baena et al., 2006) Son, por tanto, recomendables las benzodiazepinas de vida media corta, lorazepam o lormetazepam, iniciándose a dosis bajas (Riu y Martínez, 2014; Pejenaute et al., 2011)

No existen datos objetivos que recomienden su uso más de cuatro semanas. Además suelen desarrollar tolerancia en una o dos semanas. (Fuertes de Gilbert et al. 2006) Las dosis intermitentes pueden reducir el riesgo de dependencia. (Pejenaute et al., 2011)

Hipnóticos no benzodiazepínicos

Considerados durante años de primera elección ya que presentan menos efectos secundarios que las benzodiazepinas, y por tanto, recomendados en pacientes ancianos y pacientes con patología pulmonar. Hablamos en este caso de agonistas selectivos de GABA-A y por tanto con poder hipnótico. (Fuertes de Gilbert et al., 2006) Pero ha sido la experiencia quien ha puesto en entredicho sus ventajas sobre las benzodiazepinas. No existe evidencia actualmente que confirme la diferencia clínica entre benzodiazepinas de vida media corta y dichos hipnóticos (Baena et al., 2006).

Se ha visto que estos hipnóticos aumentan también la cantidad del sueño respetando la estructura fisiológica del sueño y provocan menos sedación diurna. (Fuertes de Gilbert et al., 2006) Indicados en el tratamiento del insomnio grave e incapacitante a corto plazo (máximo de cuatro semanas para zolpidem y zoplicona) (Baena et al., 2006)

Pueden además asociarse a benzodiazepinas cuando se realiza la disminución gradual de éstas últimas hasta su retirada. (Fuertes de Gilbert et al., 2006)

Zolpidem es el más utilizado. Se debería iniciar, en mayores de 65 años, con dosis de 5mg y, si no responde, subir a 10mg. (Pejenaute et al., 2011)

Incrementa el tiempo de sueño, reduce los despertares, mantiene la arquitectura del sueño y posee pocos efectos secundarios en relación a benzodiazepinas de acción prolongada u otros hipnóticos más potentes. (Riu y Martínez, 2014) La zoplicona tiene buena tolerancia y pocos efectos secundarios, menos problemas de tolerancia, dependencia y efecto rebote a la retirada. De características similares el resto de hipnóticos de este grupo (Baena et al., 2006)

Otros grupos farmacológicos

- Antidepresivos:

Su utilización va en aumento, aunque se cuestiona su eficacia en casos en los que no este asociado a depresión. Antidepresivos con acción sedante como la trazodona, amitriptilina y la mirtazapina han demostrado eficacia para el insomnio asociado a depresión. La trazodona es uno de los antidepresivos con más efecto sedante, en casos de tratamiento para el insomnio se utiliza a dosis menores que en la depresión (Baena et al., 2006; Riu y Martínez, 2014; Pejenaute et al., 2011)

- Antihistamínicos:

Por su efecto sedante, aunque hay escasa evidencia sobre su eficacia, no mejoran el sueño aunque si lo producen. Tienen efectos secundarios como sedación diurna, sequedad bucal, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, confusión, tolerancia, de ahí que su uso debe estar restringido. (Baena et al., 2006) Por tanto no recomendables los antihistamínicos de acción central, como la hidroxicina, como inductor del sueño por sus efectos secundarios anticolinérgicos. Quizás valorar en casos de patología pulmonar como insuficiencia respiratoria crónica con componente alérgico asociado. (Riu y Martínez, 2014)

- Melatonina:

Hormona natural secretada por la glándula pineal. Tiene la propiedad de regular los ritmos biológicos que sueño y vigilia a partir de la percepción por medio de la retina. Al aumentar la melatonina nos disponemos a dormir. Hay revisiones que evalúan su eficacia en insomnios mayores en los que los niveles endógenos de dicha sustancia son menores. Podría ser eficaz en estos pacientes aunque no existen resultados concluyentes. (Riu y Martínez, 2014; Pejenaute et al., 2011)

- Clometiazol:

Hipnótico de semivida corta, en casos de problemas de confusión con otros hipnóticos. Se recomienda no usar más de una semana por su alta dependencia. (Baena et al., 2006; Riu y Martínez, 2014)

- Neurolépticos:

En casos de pacientes con demencia. (Fuertes de Gilbert et al., 2006) Deben usarse como coadyuvantes. La quetiapina y la risperidona serían útiles en estos casos por su efecto sedante. (Riu y Martínez, 2014)

Conclusiones

El insomnio es una patología altamente prevalente en las personas ancianas con gran repercusión en la calidad de vida y gran coste socio-económico. Se ha convertido en un problema infradiagnosticado, relacionándose con los cambios fisiológicos del sueño con el paso de los años y en otras ocasiones es el propio paciente que se centra en otros problemas restando importancia al insomnio. El objetivo es por tanto de mejorar su manejo en las consultas, actualizar los métodos de evaluación y diagnóstico y sobre todo las posibilidades terapéuticas.

Las medidas no farmacológicas cobran un papel fundamental, consideradas en general eficaces y proporcionando una mejoría sobre el hábito del sueño más duradero.

El uso de tratamiento farmacológico debe estar enfocado en pacientes con insomnio grave con afectación a su actividad diaria. Lo recomendable que esté asociado a medidas de carácter general, como terapia cognitivo-conductual y educación del sueño.

Es importante usar la mínima dosis eficaz, intentar que la duración no sea más de dos a cuatro semanas y por tanto hablamos de un tratamiento transitorio, sea fácil su retirada vigilando la posibilidad de efecto rebote, valorar la posibilidad de un tratamiento intermitente, tener en cuenta las características farmacocinéticas y farmacodinámicas en relación a la edad, reconocer el tipo de insomnio y si tiene el paciente enfermedades asociadas. (Baena et al., 2006)

Las benzodiazepinas han sido una opción muy utilizada desde hace años para el tratamiento del insomnio, su uso debe ser cuidadoso, no recomendándose las benzodiazepinas de acción prolongada dados los efectos secundarios que conllevan. Otra alternativa son los hipnóticos no benzodiazepínicos como el zolpidem, mejor tolerados, con menos dependencia y fenómenos de rebote que las benzodiazepinas, siempre teniendo en cuenta su uso con la mínima dosis eficaz. Se ha visto que son también útiles los fármacos antidepressivos sedantes como la trazodona o la mirtazapina en casos en los que lleve asociado un trastorno depresivo. No son aconsejables los antihistamínicos de acción central por sus efectos secundarios anticolinérgicos. En el caso de pacientes con demencia el uso de neurolépticos a dosis bajas puede ser otra opción para tratar el insomnio.

Referencias

- Baena, JM., Riu, S., Monedero, J. (2006) Tratamiento del insomnio en el anciano. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13(6), 317-24.
- Bobes J., González M.P., Ayuso, J.L., Gibert, J., Sáiz, J., Vallejo, J., Rico, F. (1998) Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleep disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 8(suppl 2):S162.
- Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Estivill, E. (1999) Insomnio: diagnóstico y tratamiento. *Jano*, 57, 76-84.
- Fuertes de Gilbert, B., López, R., Rivera, A. (2006) Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio en el anciano. *Medicine*, 9(62), 4052-4056
- Hoddes, E., Zarcone, V., Smythe, H., Philips, R., Dement, W. C. (1973) Quantification of sleepiness: a new approach. *Psychophysiology*, 10, 431-436

- Kamel, NS., Gammack, JK. (2006) Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine*, 119, 463-9.
- López, F., Fernández, O., Mareque, MA., Fernández, L. (2012) Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen*, 38(4), 233-240
- McCall, WV. (2005) Diagnosis and management of insomnia in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (Suppl 7), 272-7.
- Morin, CM., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., Brink, D. (1999) Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 991-9.
- Ohayon, MM., Sagales, T. (2010) Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Medicine*, 11, 1010-8.
- Pejenaute, L., García, AC., Garcia, JN., González, A., Medina, M., Molina, JM. (2011) Insomnio en el anciano. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18, 33-48
- Riu, S., Martínez, MA. (2014) Tratamiento de la agitación nocturna y el insomnio en el mayor. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 21(2), 104-112.
- Vitoria, A. (2014) Enfermedades neurológicas y psiquiátricas en el anciano. *Medicine*, 11(62), 3659-76.

CAPÍTULO 32

El anciano nefrológico, depresión y dependencia

María Isabel Crespo Sánchez*, Francisca Miralles Martínez*, y Manuel David Sánchez Martos**

**Unidad de Diálisis del Complejo Hospitalario del Hospital Torrecárdenas (España), **Complejo Hospitalario del Hospital Torrecárdenas (España)*

Introducción

La depresión es el trastorno psíquico más frecuente entre la población anciana y constituye un importante problema de salud, debido a la elevada prevalencia y alta morbilidad que conlleva asociada a otras enfermedades. Se encuentra infra diagnosticada e infra tratada y a menudo, la encontramos asociada a la dependencia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). La enfermería se encuentra en una posición fundamental para su detección temprana, trabajando con otros miembros del equipo multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, asistente social) en el establecimiento de un programa de actividades, para reducir las secuelas que ayuden en su recuperación. Puede considerarse unas de las enfermedades más comunes en la mayor parte del mundo; en Alemania, por ejemplo, padecen actualmente más de cuatro millones esta patología, y es por ello, que podemos decir, que es la patología psiquiátrica por excelencia.

Una persona anciana, por su edad, va a encontrar limitaciones a la hora de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); si a esto añadimos la depresión en sus vidas, nos encontramos con una población con importantes dificultades funcionales, para realizar las tareas habituales del día a día.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad que influye en la calidad de vida de los pacientes, debido a las importantes modificaciones que deben hacer en sus hábitos diarios en cuanto a alimentación, higiene y relaciones familiares y sociales (Leiva, 2012; Jofré, López, y Rodríguez, 1999). Las técnicas de diálisis, tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal, son técnicas que corrigen sólo de manera parcial los parámetros analíticos que hacen que mejore la calidad de vida del paciente pero, aún así, siguen obligados a modificar su estilo de vida normal.

La enfermedad renal crónica es vivida por el paciente como un agente estresante tanto por las alteraciones fisiopatológicas que conlleva la enfermedad, como por las modificaciones que conlleva el hecho de someterse a una terapia renal sustitutiva en un entorno hospitalario. Castellón y cols. (2000) analizaron las alteraciones psicopatológicas encontradas en los pacientes sometidos a hemodiálisis, diagnosticando trastornos cognitivos y depresivos en el 36% de los pacientes estudiados.

De la misma forma, la depresión suele ser una enfermedad altamente prevalente en pacientes sometidos a hemodiálisis, tal y como demostraron Alid y cols (2006) en su estudio, obteniendo en un 69,64% de los pacientes dializados, un grado de depresión moderado-severo, y siendo esta mayor en mujeres que en hombres.

Cuando hablamos de depresión, es importante diferenciar la sintomatología afectivo-depresiva del diagnóstico de la enfermedad como la depresión mayor, y, para ello, se han descrito diferentes escalas y test como el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) o la escala de depresión geriátrica de Yesavage para su detección (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey Rose, 1982). Algunos estudios describen una estrecha relación entre depresión y capacidad funcional en el enfermo renal. La capacidad funcional del paciente renal en programa de hemodiálisis, está muy limitado al existente en la población general y, es por ello, que hayan sido validadas algunas escalas para evaluar el grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como el Índice

de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1965) con valoraciones sobre aspectos de la vida cotidiana como su aseo e higiene, su movilidad o la capacidad para alimentarse (Cid, 1997; Damián, 1997)

La calidad de vida y la dependencia para realizar las ABVD no puede medirse de una forma objetiva. En 1993, la OMS definió la calidad de vida, como la percepción personal de un individuo de su situación, en el contexto cultural y de valores en que vive y su relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Jofré, López y Rodríguez, 1999). Junto con las escalas nombradas anteriormente existen gran variedad de cuestionarios que miden la dependencia para realizar las ABVD; pero algunos de ellos relacionan la calidad de vida con trastornos depresivos o emocionales como por ejemplo la Medical Outcome Survey y su forma abreviada (SF-36), la escala de Karnofsky, el perfil de salud de Nothnhan, Sickness Impact Profile, índice de bienestar de Campbell, Time "Trade Off", escala de Simms; y, otras más específicas destinadas a valorar la situación de pacientes en un proceso concreto como la Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) y su forma abreviada (KDQOL-SF), la Kidney Disease Questionary, DIAQOL y CHOISE (Lugo, Quinteros, Bacallao, Fernández, Sancho y Segures, 1998).

Los cambios demográficos producidos en la sociedad occidental, entre los que destaca el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, ha condicionado el aumento de la población renal en tratamiento con diálisis, y en especial, de los pacientes más añosos. A este hecho, también ha contribuido el desarrollo de técnicas dialíticas que han permitido obtener tanto mejores resultados analíticos que han incrementado la calidad y esperanza de vida de los pacientes renales así como una mejor tolerancia de la sesión de diálisis y de seguridad en los pacientes con enfermedad renal terminal, incrementándose el número de pacientes mayores de 65 años en programas de hemodiálisis. Lugo, García y Gómez (1998) observaron que más del 50% de los pacientes del hospital Gregorio Marañón (Madrid, España) eran adultos mayores.

Un paciente cada vez más añoso, la enfermedad renal crónica en fase terminal, el tratamiento en hemodiálisis así como otra serie de factores asociados a la enfermedad como las restricciones alimentarias, la dependencia de técnicas dialíticas, cambios en las relaciones familiares, cambios en el aspecto físico por la implantación de un acceso vascular (fístula arteriovenosa o catéter central) y la incertidumbre sobre su futuro, justifican la presencia de depresión en el paciente renal. Dentro de este contexto, se encuentra mucha variabilidad en las publicaciones, debido a la fecha del estudio, tipo de población estudiada y los instrumentos de diagnóstico utilizados (Álvarez, Fernando, Vásquez, Mac, Sánchez y Rebollo, 2001; Valdés, García, Rebollo y Ortega, 2006; Wersbord et al., 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó la importancia de la depresión y la sitúa como la enfermedad causante de mayor pérdida de años por discapacidad en el 2020, incluso llegando a superar a la enfermedad coronaria (Archivos Históricos, Social y Políticos Chile, 2006).

Resumiendo, el paciente renal mayor en programa de hemodiálisis es propenso a padecer depresión en algún momento de su enfermedad, propiciado por la dependencia de técnicas de hemodiálisis y del personal sanitario, la estancia en un centro de diálisis durante gran parte de su vida, las complicaciones de la diálisis, la alteración de su imagen corporal, las restricciones alimentarias y la pérdida de relaciones sociales, que lo hacen más vulnerable y aumentan el riesgo de dependencia (Marín y Mas Hesse, 1998).

En este estudio, los **objetivos** han sido, determinar la prevalencia de depresión y su relación con la dependencia funcional para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en el anciano renal.

Método

Participantes

Hemos trabajado con 51 pacientes renales mayores de 65 años, en tratamiento renal sustitutivo en el programa de hemodiálisis del Hospital Torrecárdenas.

El estudio fue realizado entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2014.

En cuanto a la distribución por edades de los pacientes, destacar que el grupo mayoritario se encontraba entre 65 y 69 años (35.2%), seguido de un grupo más reducido con una edad que supera los 80 años (27.3%); a continuación estarían los pacientes con edades comprendidas entre 75 y 79 años (23.6%) y por último los que están entre 70 a 74 años con un 14,8%. De los 51 pacientes, el 41,8% eran hombres y 58,2% mujeres; no podemos decir que se trate de un estudio paritario, ya que nuestra unidad de hemodiálisis no lo es y resulta difícil encontrar el mismo número de pacientes de un sexo y de otro para realizar un estudio como éste. Además, esta condición hace que podamos encontrar más diferencias a la hora de comparar nuestros datos. Cuando les preguntamos sobre su estado civil, la gran mayoría de los pacientes estaban casados/as (63%.); un 24% del grupo eran viudos/as, un pequeño porcentaje, el 11,1% eran solteros/as y solo el 1,9% eran divorciados/as. Con respecto a la raza, el 100% de los pacientes son de raza caucásica. Las preguntas dirigidas a su nivel de estudios y preparación obtuvieron los siguientes resultados: el 53.7% no tenía estudios, es decir, más de la mitad de nuestro grupo de pacientes eran prácticamente analfabetos, seguido de un grupo más reducido, un 20,4%, que concluyó los estudios primarios; solo un 16,7% finalizó el bachillerato, y un grupo de 9.3% había realizado estudios universitarios. En cuanto a la situación laboral, el 92,6% ya estaban jubilados/as, seguido de un pequeño porcentaje, el 5,6%, en situación de paro o desempleo, y por último solo el 1,9% se correspondía con amas de casa. Cuando les preguntamos si vivían acompañados o no, sólo un 3,8 % confesó vivir en soledad y por el contrario el 96,2% vivía acompañado generalmente de su mujer o marido en el caso de estar casado/a o de su hermano o hermana en el caso de personas solteras. La etiología renal más frecuente es la no filiada (24.1%), seguida de pacientes con nefropatía diabética (22.2%), a continuación estaría un grupo de pacientes con glomerulonefritis (13%), seguido de otro igual con nefroangiesclerosis, y en último lugar se encuentra un grupo más reducido de pacientes con nefropatía intersticial (11.1%). La mayoría de los pacientes del estudio además de presentar la patología renal presentan alguna más: el 96, 2% tiene problemas de HTA, seguido de un 68,6% que presentan hipercolesterolemia o/y hipertrigliceridemia, el 44.2% de ellos son diabéticos/as, y en último lugar se encuentran un 36,7% con patologías neurológicas. Al tratarse de pacientes pluripatológicos, muchos de ellos toman un número importante de fármacos diarios. Más de la mitad de nuestro grupo de estudio, el 57,7% toman al día entre 6 y 10 fármacos, el 36,5% toman más de 10 y solo un 5.8% toman 5 o menos de forma diaria. Otro de los ítems iba dirigido al hábito tabáquico, con un resultado muy positivo ya que un 96,3% de los pacientes no fumaban, el resto si lo hacían de forma habitual o esporádica.

Cuando les preguntamos por su peso y calculamos el IMC de cada uno de ellos, la gran mayoría estaban en su peso, (42,3%), seguido de un porcentaje elevado con sobrepeso (32,7%), el 13,5 % presentaban obesidad leve, seguido de un 9,6% con bajo peso; por último solo un 1,9% estarían dentro del grupo de obesidad media. .

Instrumentos

La recogida de datos la llevó a cabo una sola enfermera y se utilizaron únicamente dos instrumentos: la *Escala de Depresión de Yesavage* y el *Índice de Barthel* (IB).

La primera de ellas (*Escala de Depresión de Yesavage*), se trata de un cuestionario heteroadministrado, utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Existen tres versiones. Una primera versión con 30 ítems (Yesavage y Brink, 1983), posteriormente otra versión que consta de 15 ítems (Sheik y Yesavage, 1986) y otra que consta de 5 (Hoyl et al., 1999). Nosotros hemos utilizado la versión de 15 ítems validada al castellano (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado y Luque, 2002). Las respuestas correctas se consideraron afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1 punto. Los puntos de corte son: 0-4 (normal) y de 5 en adelante (depresión).

El segundo instrumento utilizado ha sido el Índice de Barthel (IB), que mide la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Aunque existen múltiples versiones del mismo, es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano. El IB puede ir dirigido a la población en general, aunque en nuestro estudio va destinado a pacientes mayores de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. Los ítems que evalúan van dirigidos a la capacidad de un paciente para comer, vestirse, arreglarse, ir al baño, ser o no ser continente o incontinente doble, así como la capacidad para trasladarse de la cama al sillón, deambular y por último subir y bajar escaleras. La puntuación obtenida en esta escala se encuentra comprendida entre 0 y 100 puntos. Puntuaciones cercanas al 0 indicarían máxima dependencia y puntuaciones próximas al 100 máxima independencia. Para hacer más sencilla su interpretación: de 0 a 20 puntos dependencia total, de 21 a 60 puntos dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 puntos dependencia escasa y, por último, una puntuación de 100 puntos donde ya hablaríamos de un paciente independiente.

El IB es una de las escalas más utilizadas en las plantas de hospitalización del Hospital Torrecárdenas. El Índice de Barthel de cada paciente se evalúa al principio de su hospitalización, durante su ingreso y en el momento del alta. Así, de esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y como ha progresado hacia la independencia.

Procedimiento

El procedimiento que hemos utilizado ha sido el siguiente: la recogida de datos la llevo a cabo una sola enfermera, que antes había realizado una selección previa, estudiando las historias clínicas de los pacientes, con el perfil apropiado para participar en nuestro estudio. A todos ellos, esta misma persona, se encargó de explicarles para que se iba utilizar toda la información que ellos mismos nos iban a facilitar a través de los cuestionarios explicados anteriormente. A los pacientes que aceptaron las condiciones, se les hizo la recogida de datos a través de la entrevista. A cada uno de ellos se le preguntó cada ítem que consta en los cuestionarios, y se recogió de manera minuciosa las respuestas que fueron dando. En la entrevista los datos recopilados estaban relacionados con el sexo de los pacientes, hábito tabáquico, estado civil, si se sienten solos o no, Índice de Masa Corporal (IMC), edad, nivel de estudios, si se encontraban trabajando aun o por el contrario jubilados o pre-jubilados por cuestiones médicas, etiología renal, si presentaban más patologías, quién era su cuidador principal así como el grado de dependencia que tienen con él y por último el uso de dispositivos mecánicos. Una vez hecha la recogida de datos y recopilada toda la información dividimos a nuestros pacientes en dos grupos. En uno de ellos estarían los pacientes que por sus respuestas presentaban depresión y en el otro los que por el contrario no la presentaban. Tras esta división el siguiente paso fue relacionar la presencia o ausencia de depresión en los pacientes con la capacidad de cada uno de ellos para realizar las ABVD.

Análisis de datos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Los resultados se presentaron como media \pm DE para variables paramétricas. Se utilizaron los test de comparación de medias (t de Student y ANOVA) para las variables paramétricas, y análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis y Wilcoxon) para el resto. Se utilizaron los coeficientes de Pearson y Spearman para la correlación (ajustado por factores de confusión). Se asumió significación estadística significativa para $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS 15.0.

Resultados

Según el test de depresión de Yesavage, presentaron depresión (escala Yesavage mayor o igual a 5 errores) 32 pacientes, representado el 59,25% de los ancianos. *Gráfica 1.* Encontramos un dato curioso una vez revisadas las historias clínicas ya que tan sólo aparecieron 19 personas diagnosticados de depresión con diagnóstico médico (35,2%).

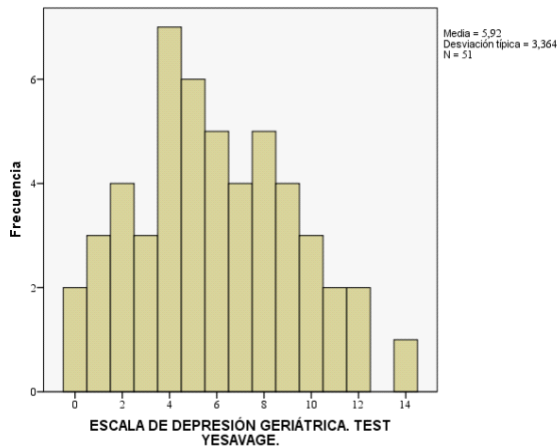
El grado de dependencia funcional de los pacientes se describe en la *Gráfica 2.* Destacar que el 44,2% confesaron ser dependientes de un cuidador principal. En cuanto a la utilización de ayudas mecánicas, el 40,7% no precisaban ningún tipo de ayuda, otro 40,7% precisaban de silla de ruedas, el 11,1% usaban bastón/muleta/ andador y un 7,4% utilizaban la camilla.

El I.Barthel medio que presentaron los pacientes con depresión según la escala de Yesavage fue de $58,59 \pm 29,89$ frente al I.Barthel de $88,16 \pm 13,76$ de los pacientes que no la presentaban. *Gráfica 3.*

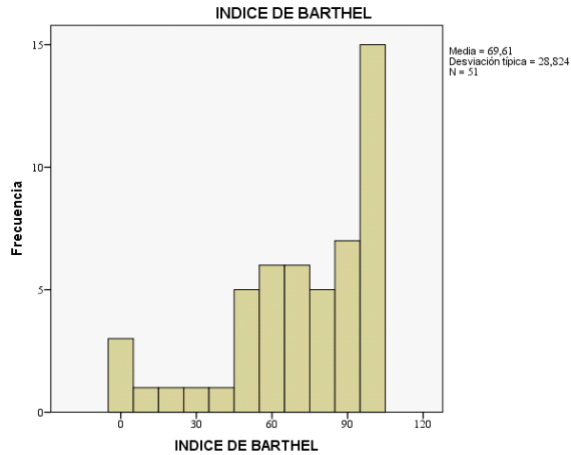
Encontramos diferencias significativas entre la depresión y el nivel de dependencia; concluyendo, que los pacientes que poseen depresión presentan mayor dependencia para las ABVD ($p=0,001$).

En cuanto a las variables sociodemográficas destacar que no encontramos diferencias en cuanto al sexo, estado civil, convivencia en soledad, IMC, nº de fármacos y ganancia de peso entre sesiones de hemodiálisis pero si encontramos diferencias en cuanto a la edad siendo mayor en el grupo que presentaba depresión.

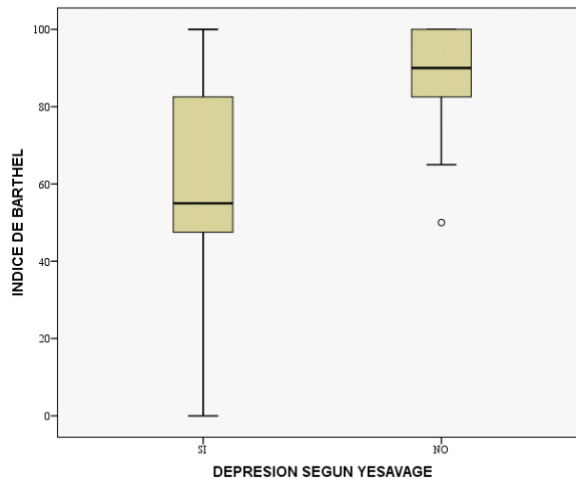
Gráfica 1. Distribución de la población según Grado de Depresión (Test de Yesavage)



Gráfica 2. Distribución de la población según Grado de Dependencia (Índice de Barthel)



Gráfica 3. Comparación del grado de dependencia según depresión



Discusión

En los pacientes renales, existe una alta prevalencia de depresión y podríamos decir que no diagnosticada. Existen tres factores por los que la enfermería renal se encuentra en un papel privilegiado para su detección que son: la enfermedad crónica, las condiciones del servicio de nefrología y el vínculo que se desarrolla con el paciente. La enfermedad renal, al tratarse de una enfermedad crónica que precisa de una media de 12 horas semanales de tratamiento en la unidad de hemodiálisis hace que se desarrollen una serie de vínculos tanto con el personal sanitario (equipo multidisciplinar) como entre otros pacientes. Entre estos, se desarrollan conversaciones sobre acontecimientos de su vida cotidiana que se nos escaparían en la mayoría de las entrevistas formales con un paciente. La enfermedad renal, aunque hay veces que puede cursar con un comienzo agudo, no es lo frecuente. Suele tener un comienzo progresivo de empeoramiento de la función renal durante el cual el paciente es visto en la consulta de enfermería renal crónica avanzada (ERCA) antes de entrar a la unidad de hemodiálisis. Este proceso puede alargarse durante años; por lo tanto, el contacto que posee con enfermería se prolonga mucho en el tiempo. Esto nos permite conocer al paciente en profundidad, aspecto muy favorable para la detección de

cambios en el estado de ánimo (distimia) u otro tipo de signos o síntomas que nos puedan indicar el comienzo de algún trastorno psíquico como la depresión. La escala de Yesavage es un instrumento válido, fácil y rápido de utilizar para el screening de la depresión aunque constituye solo el primer paso en su diagnóstico. La intervención posterior del equipo multidisciplinar formado por psicólogo, psiquiatra, asistente social, nefrólogo y enfermera es trascendental para su tratamiento, así como la participación e implicación de la familia en la enfermedad. Si hacemos una comparativa de nuestro estudio con el realizado en la Universidad de Granada (Castellón, Cerezo, Herrera, Rubio y Villaverde, 2000); podemos observar que en ambos, las psicopatologías más frecuentes diagnósticas en los dializados son los trastornos cognitivos y depresivos. La alteración de la capacidad funcional definido como la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria también suele estar presente en la población anciana. Para objetivar el grado de dependencia física, hemos utilizado el Índice de Barthel (Cid, 1997; Damián, 1997). Analizando los porcentajes, hemos comprobado que existe una estrecha relación entre estado de ánimo y capacidad física en los pacientes crónicos sometidos a terapia renal sustitutiva. Si relacionamos nuestros resultados con los obtenidos en el Congreso de Nefrología, hipertensión y trasplante (2006) de la Universidad Católica de Sma. Concepción de Chile (Alid, Mérida, Müller, Kirsten y Zúñiga, 2006) observamos una similitud y una diferencia. En ambos estudios, más de la mitad de la muestra donde se incluían hombres y mujeres presentaron depresión. Sin embargo, en los pacientes del estudio de la Universidad de Chile sí que había más prevalencia de la enfermedad en mujeres, por el contrario, en nuestro análisis de datos no hemos encontrado diferencias en cuanto al sexo. La depresión en el paciente geriátrico suele ir asociada a otras enfermedades de tipo vascular, reumáticas, traumatológicas,...que afectan a su capacidad para realizar las ABVD, siendo en muchas ocasiones la afectación de estas actividades la única manifestación de una enfermedad subyacente. La relación encontrada entre funcionalidad y depresión puede deberse a que la depresión puede causar desinterés y anhedonia, lo que hace que el paciente disminuya las actividades que realiza o a que la limitación funcional hace que el paciente caiga en un estado depresivo.

La detección temprana de la depresión en el paciente anciano renal por parte de la enfermería permite el comienzo de su tratamiento precoz, mejora su calidad de vida y ayuda a prevenir el sufrimiento que esta enfermedad ocasiona. Es fundamental para mantener los niveles óptimos de funcionalidad e independencia en el anciano renal. Intentando conseguir de esta forma, una menor dependencia de su cuidador principal.

Finalizando, podemos decir que existen dos afirmaciones categóricas para este estudio: la primera es que en los pacientes renales existe una alta prevalencia de depresión y podríamos decir que NO diagnosticada; y la segunda, los pacientes con depresión presentan mayor prevalencia para la realización de las ABVD.

Por último, decir, como hemos referido en la introducción, que según la OMS de no considerar la importancia de esta patología, no solo en pacientes ancianos crónicos sometidos a hemodiálisis, sino en todos aquellos que padezcan algún problema de salud del tipo que sea, podría ser la enfermedad causante de mayor pérdida de años por discapacidad (Archivos Históricos, Social y Políticos Chile, 2006).

Referencias

- Álvarez-Ude, F., Fernando Reyes J., Vásquez, A., Mac, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología*, 21(2), 191-9.
- Andreu-Periz, L., Puig-Llobet, M. y Cases-Amenó, A. (2012). Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. *Nefrología*, 32(5), 613-21.
- Arenas, M.D., Álvarez-Ude, F., Angoso, M., Berdud, I., Antolín, A. y Lacuela, J. (2006). Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Nefrología*, 26(5), 600-8.
- Beck, AT., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

Brink, TL., Yesavage, JA., Lum, O., Heersema, PH., Adey, M. y Rose, T.(1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1, 37-43.

Castellón, A., Rubio-Herrera, R., Villarverde, C. y Cerezo, S. (2000). Alteraciones psicopatológicas en un grupo de mayores dializados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(3), 158-158.

Gil-Valle, L. (2013). La salud mental del anciano en atención primaria.

Hoyl, MT., Alessi, CA., Harker, JO., Josephson, KR., Pietruszka, FM., Koelfgen, M. et al. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 873-878.

Iyasere, O. y Brown, E.A. (2014). Determinants of quality of life in advanced kidney disease: time to screen. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1064), 340-7.

Jofré, R., López-Gómez, J.M y Rodríguez-Benítez, P. (2000). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Tratado de hemodiálisis*, 515-515.

Mahoney, Fl., y Barthel, DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Martinez de la Iglesia, J., Onís, MC., Dueñas, R., Aguado, T. C., Albert, C. y Luque R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*, 12, 620-630.

Mena, M., Cerdán, E., Pérez-Seoane, A. y Manrique, J. (2010). Asociación entre dependencia funcional y sintomatología afectivo-depresiva en pacientes en programa de hemodiálisis. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica*, 13(4), 236-241.

Sheikh, JL. y Yesavage, JA. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.

Valdés, C., García-Mendoza, M., Robollo, P., Ortega, T. y Ortega, F. (2006). Mental health at the tirad month of haemodialysis as a predictor of short-term survival. *Nephrol Dial Transplant*, 21(11), 3223-30.

Weisbord, S.D., Fried, L.F., Arnold, R.M., Fine, M.J., Levenson, D.J., Peterson, R.A. y Switzer, G.F. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 16(8), 2487-94.

CAPÍTULO 33

@SABE, cuestionario para la autopercepción de la Salud, la Enfermedad y el Bienestar

Lydia Giménez-Llort

Universitat Autònoma de Barcelona (España)

Introducción

Hace ya casi 70 años, en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, los 61 estados participantes en la Conferencia Sanitaria Internacional consensuaron la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En su preámbulo, definieron la salud como ‘un estado de completo bienestar físico, bienestar mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades’ (Conferencia Sanitaria Internacional, OMS, 1948). A pesar de que esta definición no se ha modificado desde 1948, la autopercepción de la salud que la mayor parte de la población tiene continúa respondiendo a su medida en términos negativos cuantificables, es decir, referida de forma inversa a la enfermedad. En el ámbito docente universitario, es importante formar a nuestros futuros profesionales biosanitarios bajo este enfoque más amplio y de tipo bio-psico-social, debido a las implicaciones profesionales que tiene en una población que envejece, presenta una alta comorbilidad y en la que la salud se presenta como una de las principales preocupaciones, si no, la principal de la gente mayor (p.ej. Cantril, 1965; Donald y White, 2007; Timmer, Preiss y otros, 2011)

La mayoría de las publicaciones científicas hacen referencia a la salud y el bienestar, como dos entidades distintas, aunque interrelacionadas y se enmarcan especialmente en el área de las enfermedades crónicas (p.ej., Dür, Sadloňová y otros, 2014), refieren de forma significativa a la carga de la enfermedad (p.ej., Murray, 1996) y cobran importancia en el estudio de la vejez (ver la revisión extensiva de 44 trabajos publicados en los últimos 12 años realizada por Steptoe, Deaton y Stone, 2015). De la misma manera, a nivel profesional, el colectivo médico acostumbra a referir como ‘fuera de sus competencias’ aquellos aspectos que considera relacionados o propios de otros profesionales sanitarios, como psicólogos y asistentes sociales, a quienes delega, sin intercesión, bajo el entendimiento de que los aspectos psicológicos y sociales están fuera de sus competencias médicas.

Existen varios cuestionarios ampliamente implementados, como el ‘Cuestionario de Salud General’ de Goldberg (1972) GHQ, con varias versiones reducidas (1979), que se utiliza para la valoración de la salud mental y es también indicado para cuidadores. Su validez en distintos tipos de poblaciones sigue despertando interés desde que se publicó hasta hoy en día (p.ej. Goodchild y Duncan-Jones, 1985; Tait, Hulse y Robertson, 2002). Otros, por ejemplo, recaban en el conocimiento, percepciones y prácticas de los profesionales de la salud para un determinado colectivo vulnerable o frágil (p.ej. Jaussent, Labarère, Boyer y François, 2004 en alcohólicos) con miras a la educación médica continuada que permita mejorar la capacidad para identificar y manejar a ese tipo de pacientes en situaciones concretas. En estos casos, los métodos cuantitativos, usando cuestionarios o instrumentos estandarizados, permiten salvar las dificultades y limitaciones temporales de herramientas cualitativas como la observación, los grupos de apoyo, o las entrevistas individuales. En nuestro caso, el objetivo fue el de estudiar la autopercepción de la salud, la enfermedad y el bienestar, así como su interrelación, en la población adulta en general. Ello llevó a elaborar el cuestionario breve (3 preguntas) @SABE, como herramienta docente sencilla y rápida de administrar, que permitiera a los estudiantes médico-sanitarios acercarse al concepto de salud definido por la OMS y en base al que poder analizar las variaciones que el concepto bidimensional (enfermedad/bienestar) puede tener según el género y la edad.

Método

Participantes

El cuestionario @SABE se administró entre estudiantes de segundo curso del Grado de Medicina y la Diplomatura de Fisioterapia de la Universitat Autònoma de Barcelona, sus profesores y familiares cercanos. Los datos preliminares que se presentan recopilan las respuestas de una muestra que incluye a los primeros 145 participantes, mujeres y hombres de entre 16 y 85 años, residentes en la comunidad autónoma de Catalunya y nacidos en su mayoría en ella.

Instrumento

‘@SABE’ es un cuestionario breve elaborado con el objetivo de estudiar la relación entre la percepción subjetiva de la salud, la enfermedad y el bienestar en la población adulta en general, con una finalidad docente principalmente. Su acrónimo hace referencia a las 3 preguntas que formula, que son acerca de la percepción subjetiva (referida en el cuestionario como ‘autopercepción’ y representada en el acrónimo por el símbolo @) sobre la propia salud (SA), enfermedad (E) y bienestar (B). Los 3 ítems se cuantifican en una escala numérica del 0 (ausencia) al 10 (máximo posible). En concreto, las preguntas que se formulan son:

1. *Título:* Autopercepción de la salud

Pregunta: ¿Qué puntuación le da usted a su nivel de salud en estos momentos?

Indicaciones: Indique la puntuación en una escala del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de salud y 10, la mejor salud posible.

2. *Título:* Autopercepción de la enfermedad

Pregunta: ¿Qué puntuación le da usted a su nivel de enfermedad en estos momentos?

Indicaciones: Indique la puntuación en una escala del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de enfermedad y 10, el máximo de enfermedad posible.

3. *Título:* Autopercepción del bienestar

Pregunta: ¿Qué puntuación le da usted a su nivel de bienestar en estos momentos?

Indicaciones: Indique la puntuación en una escala del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de bienestar y 10, el máximo de bienestar posible.

Cada una de las tres preguntas se formula tras la otra. El cuestionario se completa con un apartado de ‘Datos generales’ que incluye el perfil del usuario y 3 preguntas abiertas, no obligatorias, que permiten conocer más detalles sobre el tipo de enfermedades y los factores/situaciones que el participante considera que afectan a su bienestar. Los factores que se registran definiendo las características del usuario son: el género, rango de edad categorizado en décadas, el lugar de residencia y nacimiento, así como el nivel de escolaridad, empezando por ‘enseñanza que no puede ser definida según el nivel’ seguido de otros 7 niveles de educación (desde ‘educación infantil’ a ‘grado universitario superior (licenciados y doctores)’).

Procedimiento

El cuestionario se administró a los participantes en papel o bien online, para ser contestado de forma anónima, durante el mes de marzo y abril del presente año. Se indicó a los participantes, que los datos obtenidos en este estudio serían tratados de manera totalmente confidencial y nunca se utilizarían de manera individual.

Análisis de datos

Los datos y su distribución muestral se evaluaron para la muestra entera y por rangos de edad. La relación entre los constructos de autopercepción de la Salud, de la Enfermedad y del Bienestar, se

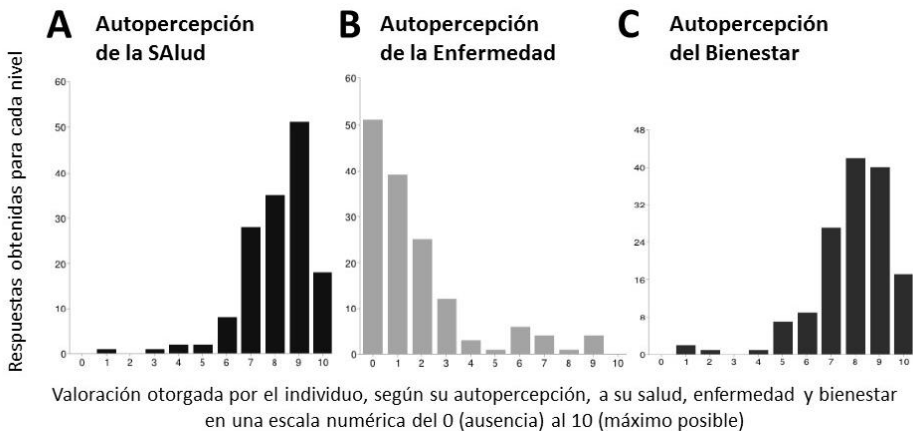
estudió mediante la correlación de Pearson. Los factores grupo de edad y género se analizaron mediante una ANOVA. La significación estadística se estableció en $P < 0.05$.

Resultados

Los resultados presentan los datos obtenidos de una muestra de 145 participantes con las siguientes características: *Edad*: La mitad de los participantes fueron de estudiantes universitarios menores de 30 años (Grupo A, $n_{total}=77$; Grupo 1, $n=32$ de entre 16 y 19 años; Grupo 2, $n=45$ de entre 20 y 29 años) y la otra mitad (Grupo B, $n_{total}=68$) del grupo de adultos adjacente que incluía a los adultos jóvenes ($n_{total}=53$; Grupo 3, $n=32$, de 30 a 59 años; $n=19$, de 50 a 59 años) y personas mayores (Grupo 4, $n=15$, personas mayores de más de 60 años). *Género*: Dada la composición de género del colectivo universitario estudiado, respondieron casi el doble de mujeres ($n=90$) que de hombres ($n=55$), pero con distinta representatividad en los distintos grupos de edad, por lo que el factor género solo se analizó estadísticamente como factor para tamaños de muestra estratificada grandes. *Lugar de nacimiento y residencia*: en su inmensa mayoría fueron personas nacidas y residentes en Cataluña, siendo la muestra de personas mayores la que mostró distintos lugares de procedencia. *Nivel educativo*: Cada grupo de edad se correspondió con el nivel educativo del colectivo al que pertenecían y sólo hubo disparidad en el grupo de personas mayores, abuelos de los estudiantes.

La gráfica 1 ilustra la distribución muestral de las 145 respuestas. La @SALud y la @Bienestar presentaron distribuciones asimétricas negativas (gráfica 1A y 1C, respectivamente), mientras que la @Enfermedad mostró una distribución de 'J' invertida (gráfica 1B). Los máximos de participación de la @Bienestar fueron inferiores a los obtenidos para las distribuciones de la @SALud y la @Enfermedad.

Gráfica 1. Distribución muestral de las 3 preguntas del cuestionario @SABE



Tal como se detalla en la Tabla 1, los tres constructos estuvieron correlacionados entre sí, de forma negativa o positiva coherente con las distribuciones. Resulta interesante señalar, que la @Bienestar obtuvo una correlación de Pearson con la @Enfermedad, inferior a la obtenida con respecto a la @SAlud, a pesar de que en ambos casos la significación estadística fue máxima ($P=0,000$).

Tabla 1. Correlaciones entre la @SAlud, la @Enfermedad y la @Bienestar de toda la muestra

| Muestra total | | @SAlud | @Enfermedad | @Bienestar |
|---------------|------------------------|----------------|----------------|------------|
| @SAlud | Correlación de Pearson | 1 | | |
| | Sig. (bilateral) | | | |
| | N | 145 | | |
| @Enfermedad | Correlación de Pearson | -,484** | 1 | |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | | |
| | N | 145 | 145 | |
| @Bienestar | Correlación de Pearson | ,414** | -,289** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | |
| | N | 145 | 145 | 145 |

Tabla 2. Correlaciones entre la @SAlud, la @Enfermedad y la @Bienestar, según el grupo de edad

| Grupo A. Estudiantes (16 a 29 años) | | @SAlud | @Enfermedad | @Bienestar |
|-------------------------------------|------------------------|----------------|----------------|------------|
| @SAlud | Correlación de Pearson | 1 | | |
| | Sig. (bilateral) | | | |
| | N | 77 | | |
| @Enfermedad | Correlación de Pearson | -,456** | 1 | |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | | |
| | N | 77 | 77 | |
| @Bienestar | Correlación de Pearson | ,369** | -,152 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,188 | |
| | N | 77 | 77 | 77 |
| Grupo B. Adultos de +30 años | | @SAlud | @Enfermedad | @Bienestar |
| @SAlud | Correlación de Pearson | 1 | | |
| | Sig. (bilateral) | | | |
| | N | 68 | | |
| @Enfermedad | Correlación de Pearson | -,517** | 1 | |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | | |
| | N | 68 | 77 | |
| @Bienestar | Correlación de Pearson | ,440** | -,340** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,188 | |
| | N | 68 | 68 | 68 |

Por último, cuando se analizaron las respuestas del grupo de mayor edad (ver Tabla 3), se observó que en este tamaño de muestra para la vejez, la @SA apareció totalmente condicionada por la @E y desvinculada de la @B.

| Grupo 4. Personas mayores (+60 años) | | @SAlud | @Enfermedad | @Bienestar |
|--------------------------------------|------------------------|----------------|-------------|------------|
| @SAlud | Correlación de Pearson | 1 | | |
| | Sig. (bilateral) | | | |
| | N | 15 | | |
| @Enfermedad | Correlación de Pearson | -,823** | 1 | |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | | |
| | N | 15 | 15 | |
| @Bienestar | Correlación de Pearson | ,020 | -,092 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,943 | ,744 | |
| | N | 15 | 15 | 15 |

Dado el tamaño de las segmentaciones de la muestra por décadas, los datos se agruparon en grupos de edad, según se ha indicado antes al referirse a las características de la muestra. Cuando se analizó el efecto de los factores 'grupo de edad' y 'género', la ANOVA mostró efecto del grupo de edad en la @Enfermedad ($F(3,144)=9.564$, $P<0.01$), y aunque los 3 constructos estaban influenciados por la interacción entre ambos factores, con este tamaño de muestra sólo la @Bienestar ($F(3,44)=7.346$, $P<0,01$) alcanzó la significación (@SALud, $F(3,144)=3.419$, $P=0,067$; @Enfermedad, $F(3,144)=3,615$, $P=0,059$).

Cuando las correlaciones (ver Tabla 2) se estudiaron para los dos grupos de edad (estudiantes jóvenes respecto a los demás, con la línea divisoria en los 30 años) se observó que, mientras que la @SALud y la @Enfermedad mantenían correlaciones similares al de la muestra total, la @Enfermedad y la @Bienestar eran sensibles al grupo de edad. Así, en las respuestas de los estudiantes jóvenes, analizados de forma conjunta (Tabla 2A, 16 a 29 años) o bien por décadas (16-19 años, $n=32$, correlación= $-0,311$, $P=0,083$; 20-29 años, $n=45$, correlación= $-0,090$, $P=0,55$, $n=45$), estos dos constructos no estaban correlacionados entre sí.

Discusión

Este trabajo presenta el cuestionario breve @SABE, elaborado en base a 3 preguntas sobre la percepción subjetiva de la salud, la enfermedad y el bienestar, así como los primeros resultados preliminares en base a una muestra de 145 personas compuesta un número equitativo de estudiantes universitarios y del colectivo adulto adjacente a nivel académico (profesores) y familiar. Su principal motivación para elaborarlo fue docente, de manera que, independientemente de los resultados sobre la relación @SABE, el cuestionario hizo que los encuestados reflexionaran sobre su propio autoconcepto o percepción subjetiva de la salud, de enfermedad y de bienestar, y qué factores los condicionan. Se mejoró, a nivel formativo, la capacidad de análisis del concepto de salud por parte de los estudiantes según definió la OMS así como las diferentes posibilidades personales y profesionales para mejorarla, desde la contribución o carga de la enfermedad hasta la del bienestar. En particular, este análisis 'reflexivo' se detalla en el trabajo 'El concepto bidimensional de la salud, teniendo en cuenta no sólo la enfermedad sino también el bienestar, como herramienta para mejorar la calidad de vida de la vejez' (Díaz-López y otros, Libro del congreso, IICIISE, 2015).

En lo que se refiere a los resultados obtenidos propiamente, la distribución muestral se corresponde con la esperable para cada constructo, con curvas asimétricas negativas para los constructos de @SALud y @Bienestar, y una J inversa para la @Enfermedad. Sorprende, sin embargo, que el máximo de la @Bienestar esté por debajo del de la @SALud. En este sentido, sería interesante analizar y distinguir en la @Bienestar, las tres dimensiones principales en las que se la categoriza (revisado por Steptoe, Deaton y Stone, 2015), es decir, la 'evaluativa' que ha sido asociada a la 'satisfacción con la vida', la 'hedónica' asociada a sentimientos de felicidad, tristeza, etc; y el bienestar 'eudemonico', el que tiene que ver con dar sentido y propósito a la vida.

La buena correlación entre los tres constructos se define de forma clara en el adulto de entre 30 y 59 años, pero está alterado en los estudiantes jóvenes (la @Enfermedad y la @Bienestar, no correlacionan entre si) y en la pequeña muestra (15 personas) de personas mayores encuestada (la @Bienestar no correlacionó ni con la @SALud ni con la @Enfermedad). En este último caso, las correlaciones entre salud y bienestar no replican, si no que más bien contradicen, algunos de los estudios existentes en poblaciones mayoritariamente anglosajonas en las que la relación entre ambos se ha analizado durante la vejez (Steptoe, Deaton y Stone, 2015). A pesar de posibles diferencias en lo que se define como la validación entre culturas (*cross-cultural*), es probable que los resultados estén condicionados por las características de la propia muestra y es necesario aumentarla para ver si se confirman.

Entre otros aspectos interesantes para mencionar, es que a priori, cabría esperar influencia del nivel de educación que en nuestra muestra determina un grado de conocimiento sobre la salud superior a la media. Los alumnos tienen conocimientos básicos entorno al concepto de salud, y es probable que su entorno familiar también. La muestra de adultos está formada también por profesores de la facultad de

medicina, con formación mixta en ciencias médicas básicas, lo que influye en la percepción subjetiva de los tres constructos. A pesar de ello, los resultados son en sentido contrario, ya que la percepción subjetiva fue más positiva en el grupo de edad donde menos conocimientos sanitarios había, o quizás fueran debidos directamente al factor edad. De manera similar, la distinta prevalencia de enfermedades agudas y crónicas en los distintos rangos de edad, que condicionó que el encuadre temporal del cuestionario se refiriera a ‘en estos momentos’, para dar cabida así en las respuestas la expresión de enfermedades agudas o problemas de salud temporales como podrían ser, por ejemplo, los resfriados, el estrés o un dolor de cabeza puntual. Ello permitió sugerir que ‘El autoconcepto de enfermedad es más positivo y resiliente en la vejez que en otras etapas de la vida’ (Krause Moreno y otros, Libro del congreso, IICIISE, 2015), en tanto que las puntuaciones otorgadas a la enfermedad estaban por debajo de la carga de enfermedad que se les adjudica (p.ej. Murray, 1996; Wister, 2015).

En las fases sucesivas de administración de este cuestionario, esperamos tener suficientes datos para calcular la validez interna y externa de estos constructos y su relación, su validez predictiva, y su sensibilidad al cambio. De igual forma, en cuanto haya más datos para cada segmento de la población estudiada, habría que estudiar la fiabilidad, mediante su consistencia interna con el coeficiente de Cronbach, su fiabilidad test-retest y la fiabilidad entre sujetos, ya que las características psicométricas de los cuestionarios son requerimientos imprescindible para evaluar su efectividad. En cualquier caso, incorporar la percepción subjetiva del bienestar, como elemento consitutivo del concepto de salud, tal como define la OMS desde 1948, empieza a estar sustentado por correlatos biológicos que relacionan de forma inversa el bienestar eudemónico (utilidad y propósito de la vida) con variables fisiológicas neuroendocrinas, inmunes, cardiovasculares, de sueño REM (Ryff, Singer y Dienberg Love, 2004), principalmente relacionadas con el stress y el equilibrio neuro-immuno-endocrino. Un hecho que empezaría a verse reflejado también a nivel institucional (Donald y White, 2007), cuando el concepto de bienestar cobre suficiente interés para trasladarse a nivel de directrices y recomendaciones sanitarias, no sólo en medicina de atención terciaria, sino que esté de forma visible, en el propio concepto profesional de ‘competencias’ de todo el colectivo médico-sanitario.

Referencias

- Cantril, H. (1965) *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press; New Burnswick, NJ.
- Conferencia Sanitaria Internacional, OMS (1948) *Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p.100
- Donald, P., White MP (2007) How can measures of subjective well-being be used to inform public policy? *Perspectives in Psychological Sciences*, 2: 71-84.
- Dür M, Sadloňová M, Haider S, Binder A, Stoffer M, Coenen M, Smolen J, Dejaco C, Kautzky-Willer A, Fialka-Moser V, Moser G, Stamm TA. (2014) Health determining concepts important to people with Crohn's disease and their coverage by patient-reported outcomes of health and wellbeing. *Journal of Crohns Colitis*. 8(1):45-55.
- Goldberg, D.P. (1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London. Oxford University Press.
- Goldberg, P.D., Hillier V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9:139-145.
- Gooldchild, M.E., Duncan-Jones, P. (1985) Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146:55-61.
- Jaussest, S., Labarère, J., Boyer, J.P., François, P. (2004) Psychometric characteristics of questionnaires designed to assess the knowledge, perceptions and practices of health care professionals with regards to alcoholic patients. *Encephale*. 30(5):437-446.
- Murray (1996) Rethinking DALYs. In: C.J.L. Murray y A. López (Eds.), *The Global Burden of Disease*. (Vol I. p. 1-98) Boston: Harvard University Press,.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., Dienberg Love, G. (2004) Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B Biolocial Sciences*. 359(1449):1383-1394.
- Stephoe, A., Deaton, A., Stone, A.A. (2015) Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 385(9968):640-8. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0. Epub 2014 Nov 6.

Tait, R.J., Hulse, G.K., Robertson, S.I. (2002) A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*. 36(4):550-557.

Timmer, A., Preiss, J.C., Motschall, E., Rucker, G., Jantschek, G., Moser, G. (2011) Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Systematic Review* (2):CD006913. doi: 10.1002/14651858.CD006913.pub2.

Wister (2015) Estimating multiple morbidity disease burden among older persons: a convergent construct validity study to discriminate among six chronic illness measures, CCHS 2008/09. *BMC Geriatrics* 15:12.

CAPÍTULO 34

Beneficios de los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC) en Pacientes con Demencia tipo Alzheimer

María del Carmen Cañabate García
Centro médico Mediterráneo, Almería (España)

Introducción

Alois Alzheimer (1906) identificó el primer caso de lo que hoy se conoce como enfermedad de Alzheimer. Más de un siglo de investigación que han dejado en entredicho las limitaciones terapéuticas de los fármacos diseñados específicamente para este tipo de demencia.

Así pues durante los últimos años han surgido diversas terapias no farmacológicas encaminadas a mejorar el estado cognitivo, funcional y en definitiva la calidad de vida de los pacientes con demencia de Alzheimer (DA).

Ahora bien, en este auge de las terapias no farmacológicas y en especial los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC). Cada vez se están realizando más estudios tratando de innovar, utilizar recursos que van surgiendo debido al avance de las Nuevas Tecnologías en terapias no farmacológicas, si llegar a un acuerdo sobre cuál es el programa más adecuado para dichos pacientes.

En definitiva se está dando un hecho incuestionable, y es que se está produciendo una limitación del esfuerzo terapéutico a la hora de encontrar soluciones farmacológicas en post de utilizar los PEC como nuevo y esperanzador tratamiento para evitar el deterioro progresivo que produce esta enfermedad

El Alzheimer se define como una enfermedad neurodegenerativa que ya se ha diagnosticado en más de 800.000 personas en nuestro país. Se caracteriza principalmente por la aparición lenta de síntomas que evolucionan a lo largo de los años. Se trata de una enfermedad degenerativa de las células cerebrales (las neuronas), de carácter progresivo y de origen hoy todavía desconocido (CEAFA, 2015).

La OMS (2012) bajo el título *Demencia, una prioridad de Salud Pública* junto con la Asociación Internacional de Alzheimer (2012) nos dicen que “existe una incidencia de 7,7 millones de nuevos casos de demencia. Uno cada 4 segundos”, lo que nos da una idea aproximada de la magnitud del problema al que nos enfrentamos día a día.

La evolución de enfermedad es la siguiente es la siguiente:

Inicialmente se produce pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial. En una segunda fase, el enfermo pierde fluidez en el lenguaje, tiene dificultades para vestirse y necesita ayuda constante para realizar actividades cotidianas. En la fase avanzada, la incapacidad es profunda y no se puede valer por sí solo (CEAFA, 2015).

Según CEAFA (2015) “El 85% de las personas afectadas por Alzheimer se quedan en casa su personalidad experimenta alteraciones irreversibles, deja de hablar, no reconoce a sus

allegados y presenta incontinencia urinaria y fecal. Asimismo, aumenta la rigidez muscular, de manera que va quedando recluso progresivamente a una silla de ruedas y después a la cama”.

“Están surgiendo programas de detección precoz de Alzheimer que incluyen actividades que se podrían enmarcar dentro de los PEC más básicos como herramienta de detección de enfermos de Alzheimer”, como por ejemplo encontramos el estudio de Santaella Aceituno, Liñán López, Muñoz Haro, Martínez Díaz, Gálvez López, et al (2012).

En este estudio denominado *ponle cara al alzheimer* “se subscribieron 715 personas en las que 52 de ellas fueron diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer”, remarcando la importancia de la detección precoz así como la estimulación temprana de dichos pacientes.

Del mismo modo CEAFA (2015) reseña que “En la actualidad, el Alzheimer es una enfermedad sin cura definitiva. Sin embargo, existen algunos tratamientos farmacológicos destinados a paliar los efectos de esta patología”. Quedando patente esta incapacidad de los tratamientos farmacológicos para dar solución a esta grave enfermedad, surgen una serie de actuaciones no farmacológicas dirigidas a intentar detener el avance neurodegenerativo de la enfermedad, son los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC).

Fernández-Ballesteros (2008) dividió estos estudios en: “Entrenamiento de memoria en una tarea específica, Entrenamiento en actividades de la vida diaria, Programas de intervención Psico-Social, y Combinación de EC y counselling”.

Más adelante surgieron los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC).

García Sevilla (2005) refleja que “Cualquier capacidad humana se caracteriza, entre otras cosas, por poder ser mejorada a través de la experiencia y la práctica”. Del mismo modo García Sevilla (2005) define la Estimulación Cognitiva como “el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de actividades y situaciones concretas que se estructuran en los que se denominan Programas de Estimulación”.

Cada vez son más los estudios realizados sobre los beneficios de la Estimulación Cognitiva, por ello he querido llevar a cabo una búsqueda de ensayos clínicos en revisiones ya existentes y en las principales bases de datos para hacer así un análisis cuantitativo de los resultados.

Objetivos

Los objetivos de esta revisión son:

- 1) Analizar los diversos estudios realizados hasta la fecha sobre los beneficios de la estimulación cognitiva, e intentar realizar un análisis cuantitativo de los resultados para determinar la fiabilidad y la correlación entre dichos estudios.
- 2) Describir las distintas herramientas encontradas para la medición de los beneficios de la estimulación cognitiva así como su utilidad terapéutica.

Metodología

En primer lugar se definió intervención no farmacológica como cualquier intervención realizada en pacientes con un Alzheimer en fase leve, con capacidad de lograr algún beneficio.

En primer lugar se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos mediante la búsqueda en las siguientes Revistas Digitales:

- PARANINFO DIGITAL
- PSICOTHEMA
- DEMENTIA AND GERIATRIC COGNITIVE DISORDERS;

Y Bases de Datos:

- MEDLINE PLUS
- SCIELO.

Los descriptores utilizados fueron: Estimulación Cognitiva, Enfermedad de Alzheimer, Programas de Estimulación Cognitiva, Demencia (estos mismos conceptos fueron incluidos en inglés para la búsqueda en bases de datos internacionales) .

Se estableció como fecha límite para la inclusión de estudios el periodo comprendido entre los años del 2008 al 2015.

Para que un estudio fuese candidato a formar parte de esta revisión ha seguido unos criterios:

1. La evaluación pre y post estudio con el MMSE. Hemos elegido este Test como referencia en base al estudio de Bossers, Van Der Woude, Boersman, Scherder y Van Heuvelen (2012) donde se realizaron 54 estudios con 7.606 sujetos por ser un test que ha demostrado ser válido para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer con una pequeña Desviación Estándar.
2. Los estudios han sido realizados con grupos experimental versus grupo control.
3. La muestra de estudio debe ser superior a 20 sujetos.

En un principio se incluyó como criterio que el Enfermo de Alzheimer estuviera en un estadio leve de la enfermedad, pero tras revisar el estudio de Mapelli, Di Rosa, Nocita y Sava (2013) no se demostró ninguna interacción significativa entre el estadio de la enfermedad (leve Vs. Moderado), así que se decidió excluir dicho criterio.

Resultados/Estado de la cuestión

En total se encontraron 12 artículos donde se evaluaron los PEC en un total de 477 sujetos estudiados con los que se realizaron experimentos de muestra Grupo Experimental VS Grupo Control en la mayoría de ellos. En todos ellos se evaluaron a los participantes con Programas de Estimulación Cognitiva (PEC), Programas de Actividades de la Vida Diaria, o ambos y la participación en las distintas actividades no tuvieron diferenciación por sexos, siendo realizadas tanto por hombres como por mujeres.

Los resultados fueron los siguientes:

Del total de los 477 casos encontrados el 22,2% corresponden a grupo control, el 13,42% al grupo placebo y el 62,86% restante corresponden al grupo experimental, en total 281 casos.

En el 8,89% de los casos se encontró tanto un aumento de la función cognitiva como una disminución de los síntomas depresivos tanto de pacientes como de cuidadores.

En cuanto a la calidad de vida el 8,89% de los pacientes del grupo experimental ha descrito una mejoría significativa, mientras que el 14,95% se mantuvo estable.

El estudio de Viola, Nunes, Yassuda, Aprahamia, Santos, et al (2011) evidenció que las terapias conjuntas de rehabilitación funcional y cognitiva mantienen estables las funciones cognitivas globales. También demostró una mejoría en la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer así como una reducción en los síntomas depresivos, tanto de pacientes como de cuidadores.

El 37,3% experimentó una disminución significativa del declive cognitivo. Manteniendo estacionarias las funciones cognitivas.

Mapelli, Di Rosa, Nocita y Sava (2013) demostraron la relación que existe entre los PEC y los síntomas de comportamiento. Después de un programa de estimulación cognitiva de 8 semanas, el grupo experimental exhibió una mejoría en términos de disminución de la severidad de su demencia mientras que los otros 2 grupos permanecieron estables.

Los resultados más prometedores se dieron al analizar los beneficios de la estimulación cognitiva sobre el área funcional y cognitiva. Encontrándose que un 47,4% mantuvieron estables las habilidades relacionadas con el área cognitiva. Mientras que el 53,02% mejoró notablemente sus habilidades en el área funcional, dando lugar al dato más esperanzador en cuanto a los beneficios de los programas de estimulación cognitiva. En el estudio de Vílchez Ortega, Galiano Castillo, Caro Moran, Sánchez Martin, Mora Martin et al (2013) se demostró que añadiendo a los programas de estimulación cognitiva los programas de AVD mejoraron significativamente el estado funcional y el equilibrio. Esto es corroborado con el estudio de Serrano Cascán (2014), donde se realizó un estudio sobre la influencia de un programa de autonomía personal en enfermos de Alzheimer, realizó programas de intervención cognitiva, AVD y terapia funcional, los resultados confirmaron que el área cognitiva no hubo cambios significativos, al contrario que en el área funcional de los sujetos, donde sí se obtuvieron mejoras reseñables.

Analizando conjuntamente los datos los resultados más pesimistas se obtuvieron en el estudio realizado por Zamarrón Cassinello, Tárraga Mestre y Fernández-Ballesteros (2008). Si bien, hubo cierta discordancia en las puntuaciones de las variables dependientes MMSE, BEPAD AVLT y Test de Fluidez Verbal de aprendizaje, siendo estas menores en los grupos experimentales que en el grupo control, lo que pudo sesgar los resultados. Otro inconveniente fue la escasa cantidad de muestra (25 pacientes, 9 de ellos en grupo control). Aun así, en este estudio se demostró un ligero retraso en el empeoramiento de la puntuación de MMSE en grupo experimental, si bien la plasticidad cognitiva mejoró significativamente.

En el 21,7% de los pacientes encontrados se realizaron 2 estudios de Programas de Estimulación Cognitiva utilizando herramientas informáticas.

No hay relación en dos estudios en los que se emplearon una herramienta informática en el PEC. Por un lado en el estudio de Pardo Palenzuela, López García, García López, Valero Cervantes y Gavilán Sabiote (2012) realizaron un PEC con una herramienta informática (Smartbrain). Mientras que en el grupo control las puntuaciones Pre-Post del MMSE fueron peores, en el grupo experimentales permanecieron estables.

Por otro lado, Fernández Calvo, Rodríguez Pérez, Contador, Rubio Santorun, y Ramos (2011) realizaron un estudio de Estimulación Cognitiva usando como herramienta informática

el videojuego “Big Brain Academy” (BBA) con un resultado cuanto menos sorprendente. Se dividió a 45 pacientes en 3 grupos con una relación aproximada de Edad, Sexo, Mi Años de Escolaridad y puntuación en la escala de Mini-Mental State Examination (MMSE). Un grupo con un PEC basado en BBA, otro con un PEC tradicional por escrito, y un grupo control. Todos los resultados se obtuvieron midiendo diversas variables dependientes:

- Escala ADAS-Cog.
- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q).
- Escala de Depresión de Cornell (EDC).
- Escala Funcional (RDRS-2).

Dichos resultados demostraron que el PEC con BBA resultó ser más efectivo que un PEC tradicional, de tal modo que los pacientes estimulados con BBA manifestaron una reducción significativa del declive cognitivo y de la sintomatología depresiva en relación al grupo de estimulación tradicional.

Discusión/Conclusiones

- Los Programas de Estimulación Cognitiva no han sido estandarizados en los estudios, cada uno ha aplicado programa a su criterio y consideración, impidiendo valorar si los resultados se deben al hecho de realizar un PEC en sí mismo, o es un PEC en concreto el que decide el resultado de los ensayos.

- Muchos de los estudios han intentado valorar demasiados aspectos de la actividad funcional (lenguaje, AVD, AIVD, calidad de vida, plasticidad cognitiva,...) de los sujetos sin llegar a saber cuál de los programas sería más efectivo por sí mismo.

Ahora bien, si analizamos los resultados de los estudios por separado intentando unificar criterios de la mejor manera posible, podemos llegar a una serie de conclusiones esperanzadoras:

- El MMSE como hemos mencionado antes es la mejor herramienta hasta la actualidad para diagnosticar y valorar el estadio de la Demencia de Alzheimer.

- Todos los estudios referenciados han demostrado que los PEC son eficaces al menos para ralentizar el progreso de la enfermedad, si bien la gran mayoría de ellos mostraron una estabilidad e incluso mejoría de los síntomas de su DA.

- La Nuevas Tecnologías como herramientas de diseño de PEC han demostrado ser más eficaces que los elementos tradicionales de Estimulación Cognitiva, lo que debe marcar la tendencia hacia el desarrollo de nuevos PEC mediante medios informáticos.

- Los estudios que han abarcado un tratamiento integral de los sujetos, abarcando tanto el plano cognitivo, funcional y de calidad de vida han demostrado mejorar en al menos uno de los 3 criterios.

- La calidad subjetiva, los síntomas depresivos y el estrés de los cuidadores también disminuyen al aplicar los PEC en sujetos con DA por lo que se establece que realmente hay una mejoría en la calidad de vida de los sujetos.

Con todo esto podríamos intuir la que será la mejor herramienta no farmacológica en la lucha contra el Alzheimer. Sería una herramienta única, estandarizada y multidisciplinar que contenga:

1. El MMSE como elemento de diagnóstico y estadio de la DA.
2. Un PEC basada en las nuevas tecnologías para el detener el progreso de la DA.
3. Terapias funcionales para mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes como una mejoría a la hora de realizar las AVD/AIVD.

Todo ello unido a un diagnóstico precoz de la DA serán las bases de los nuevos tratamientos no farmacológicos de la Demencia de Alzheimer en el Siglo XXI.

Referencias

Bossers, W., Van Der Woude, I., Boersma, F., Scherder, E., Van Heuvelen, M. (2012). Recommended Measures for the Assessment of Cognitive and Physical Performance in Older Patients with Dementia: a Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 2, 589-609.

La enfermedad. (s.f.) Recuperado el 20 de febrero de 2015. <http://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad>

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.

Fernández Calvo, B., Rodríguez Pérez, R., Contador, I., Rubio Santorun, A., Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50.

García Sevilla, J. (2009). *Estimulación Cognitiva*. Murcia: Universidad de Murcia.

Mapelli, D., Di Rosa, E., Nocita, R., Sava, D. (2013). Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 3, 263-271.

Pardo Palenzuela, N., López García, R., García López, MT., Valero Cervantes, B., Gavián Sabiote, M. (2012). Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer. Real Invest Demec*, 52, 28-34.

Santaella Aceituno, F., Liñán López, M., Muñoz Haro, I., Martínez Díaz, S., Gálvez López, E., Gómez García, E. (2014). Programa de estimulación y prevención del deterioro cognitivo y físico (pp 1-6) Granada: Paraninfo Digital.

Serrano Cascan, R. (2014). Investigación clínica de las posibilidades terapéuticas de un programa de autonomía personal en personas con deterioro cognitivo institucionalizadas. *Revista Terapia Ocupacional GALICIA TOG*, 11(19), 1-16.

Schecker, M., Pirnay-Dummer, P., Schmidtke, K., Hentrich-Hesse, T., Borchardt, D. (2013). Cognitive interventions in Mild Alzheimer's Disease: a Therapy-Evaluation Study on the Interaction of Medication and Cognitive Treatment. *Dement Geriatr Cong Disord*, 3, 301-3011.

Vílchez Ortega, C., Galiano Castillo, N., Caro Moran, E., Sánchez Martín, M., Mora Martín, E., Díaz Rodríguez L. (2013). Mejora del estado funcional y el equilibrio en pacientes institucionalizados mediante programas de estimulación física y cognitiva (pp1-14) Granada: Paraninfo Digital.

Viola, LF., Nunes, PV., Yassuda, MS., Aprahamian, I., Santos, FS., Santos, GD., Brum, PS., et al. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*, 66(8), 1395-1400.

World Health Organization. *Dementia: a public health priority*. 2012. ISBN 978-92-4-156445-8.

Zamarrón Cassinello, MD., Tárraga Mestre, L., Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

CAPÍTULO 35

Alteración de las funciones cognitivas en el anciano sano y enfermo

María Victoria Leal Romero*, María del Pilar Carrillo de Albornoz Soto**, María José Polvillo Avilés***, Lidia Martínez Martínez****, y Dolores Torres Enamorado*****
*H.U.V. Macarena, Vivisol (España), **Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda (España),
***Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria (España),
****Residencia de Ancianos Vitalia Mairena S.L. (España), *****Centro Universitario de Enfermería
“San Juan de Dios”, Bormujos. Universidad de Sevilla (España)

Introducción

A finales del Siglo XIX, se distingue entre memoria primaria (inmediata); que sería lo que llamamos en la actualidad memoria a corto plazo y que presenta un carácter consciente y de poca duración y una memoria secundaria, de más larga duración que tiene un carácter permanente y menos accesible, el método utilizado para estudiarlas fue la introspección (James, 1890).

El pionero en el estudio de la memoria demostró que era posible utilizar el método científico-experimental para llegar a entender su funcionamiento (Ebbinghaus, 1885).

Hay diferentes tipos de clasificaciones de la memoria, pero sin duda la más conocida es la de (Atkinson y Schiffrin, 1968) autores que conciben la memoria como un sistema de estructuras fijas e independientes.

A partir de este modelo, se explica que la memoria estará conformada por tres estructuras fundamentales: memoria sensorial, responsable de la percepción de los estímulos y el almacenamiento de información ilimitada durante un lapso de tiempo de un segundo aproximadamente; memoria a corto plazo, capaz de manejar entre cinco y nueve datos durante un plazo de treinta a sesenta segundos y por último la memoria a largo plazo que tiene la capacidad de almacén de una cantidad ilimitada de información y tiempo variable de acuerdo con las condiciones del almacenamiento (Atkinson y Schiffrin, 1968).

Por otro lado, existe otro modelo de clasificación de la memoria, en este caso, no explica la forma de almacenaje, en niveles de cajas, sino como función cognitiva cerebral. Hay que hacer una clara distinción entre la memoria implícita y la memoria explícita. La memoria implícita hace referencia a la función cognitiva que permite el aprendizaje y la retención de una gran variedad de habilidades motrices y cognitivas (montar en bicicleta, armar un rompecabezas, tocar un instrumento musical), siendo conocida por algunos autores como memoria procedimental (Craik, 1994).

Este tipo de actividades tienen en común que conllevan un componente automático muy importante y que habitualmente no implican el recuerdo del proceso de aprendizaje ni el conocimiento expreso de las condiciones en que se produjo, ya que están centradas en la ejecución de acciones específicas que se repiten a lo largo de la vida (Craik, 1994).

En contraste con la anterior, la memoria explícita permite el aprendizaje de forma consciente y elaborada. También conocida por algunos autores como memoria declarativa, puede clasificarse en episódica y semántica (Seisdedos y Benedet, 1996).

La memoria episódica es la capacidad para recordar acontecimientos autobiográficos específicos y relacionados con información contextual que les confiere un marco temporal y espacial (Seisdedos y Benedet, 1996).

La demencia es un síndrome adquirido, caracterizado por un descenso progresivo de diferentes funciones intelectuales, entre la que destaca una disminución de la memoria. Los trastornos son irreversibles y siguen un curso progresivo, involutivo y no recuperable. Lo que produce que un paciente

que mantiene su consciencia, presente obstáculos cada día mayor para desenvolverse día a día, tanto a nivel personal, como familiar y social (Navas y Moreno, 2011).

Dentro de las demencias, la más frecuente, estimando entre el 50% y el 75% de las mismas, es la enfermedad de Alzheimer. Un síndrome demencial ocasionado por una lesión cerebral de origen desconocido, que trae como consecuencia limitaciones progresivas para que la persona se desenvuelva en su vida cotidiana y para el que todavía no existe tratamiento etiológico curativo (Pichot, López y Valdés, 1995).

Las mujeres superan en riesgo (60% del total de los casos) a los hombres (40%). El Alzheimer en personas menores de 50 años no es muy numeroso. Se considera posible que estos casos tan precoces, podrían tener un componente genético más acusado en cuanto a predisposición a padecer la enfermedad (Cobo, 2008).

El primer síntoma de la enfermedad es la pérdida de memoria episódica lo que produce una amnesia anterógrada. Esta enfermedad afecta a un 10% de mayores de 65 años y la tasa aumenta con la edad (Redondo, Reales y Ballesteros, 2010) que impide al enfermo aprender y retener información. Además la atención aparece también deteriorada tempranamente.

Otros síntomas frecuentes serían: incapacidad para orientarse a escala espacio-temporal, provocándole una gran confusión, perderse en lugares conocidos para esa persona, episodios paranoicos donde sospecha de todo el mundo, querer abandonar su casa pretextando que ese no es su verdadero hogar, tratar al cónyuge o familiares como extraños no reconociéndolos, mostrarse cansado e inquieto incluso agresivos y violentos (Cobo, 2008).

Es difícil de diagnosticar en sus primeras etapas por la variedad de sus síntomas. Para poder hacerlo tiene que haber un trastorno de memoria y al menos 2 déficits cognitivos (Ballesteros, 2010). Los EA presentan un déficit severo de la memoria episódica, buena memoria para tareas visomotoras y una memoria implícita generalmente preservada (Ballesteros, 2010).

La complejidad de la enfermedad ha impedido hasta el momento hallar un remedio efectivo para su total curación. El desconocimiento de su verdadero origen hace más difícil y obstaculiza los trabajos en esta dirección.

La única alternativa contrastada ha sido retrasar la enfermedad y aliviar sus síntomas perniciosos sobre la conducta y la funcionalidad de los afectados, procurando al paciente una calidad de vida más digna. (Cobo, 2008). La investigación ha logrado en el campo farmacológico adelantos para paliar los efectos del Alzheimer aunque el mayor bien para el enfermo es el calor y respeto de su familia y amigos.

Objetivo

Describir y comparar los cambios producidos en las funciones cognitivas de la persona mayor sana y del envejecimiento patológico con especial atención a la memoria.

Material y método

Para conseguir el objetivo descrito anteriormente, nos proponemos a realizar una búsqueda bibliográfica sistematizada, se consultaron si los términos a utilizar se correspondían con descriptores en ciencias de la salud (DeCS), es decir, una terminología común y aceptada para la búsqueda de artículos.

En nuestro caso, las palabras claves utilizadas que son memoria, anciano sano, anciano enfermo y funciones cognitivas están aceptadas como descriptores.

Se realiza una búsqueda bibliográfica por diferentes bases de datos con cobertura nacional e internacional, como son Cuiden, Ibecs, Scielo, Enfispo, IME, Dialnet. Se limitó la búsqueda a artículos realizados con una anterioridad de 10-15 años.

Posteriormente, los artículos seleccionados se intentaron recuperar a través de los diferentes fondos documentales existentes. Se excluyeron los artículos que no se centraban en la atención de la enfermería en la diabetes mellitus, que eran previos al año 2010, los que no se consiguió obtener el resumen o texto

completo y los escritos en otra lengua y no fueran traducidos al español. Por último, se realizó una lectura crítica de los artículos.

Resultados

Con los criterios de inclusión detallados anteriormente, se encuentran seis artículos relacionados con la memoria en el envejecimiento. De ellos, cuatro son estudios de tipo observacional descriptivos. Cuatro de los cuales detallan en su metodología que son de corte transversal y otros dos, utilizan un doble abordaje, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa.

También nos encontramos con un artículo que, tras realizar una búsqueda bibliográfica realizan un protocolo para la valoración del inicio de la demencia tipo Alzheimer mediante metodología sistematizada. Por último, nos encontramos la elaboración de un protocolo para el abordaje de un paciente anciano tanto con Alzheimer como con alteraciones cognitivas más leves, como la pérdida de memoria implícita y explícita.

Con respecto a los años de publicación, observamos que cuatro de estos estudios están realizados en los siete últimos años, mientras que dos, son de fechas anteriores.

Si observamos los temas tratados, existe gran variedad. Uno de los más importantes y de los más actuales es el estudio realizado a pacientes para saber si la memoria implícita y explícita queda preservada en jóvenes, mayores sanos y mayores enfermos con diabetes mellitus tipo 2 (Redondo, Reales y Ballesteros, 2010).

El objetivo del trabajo de Redondo et al. (2010) fue comprobar el estatus de la memoria implícita mediante una prueba de compleción de fragmentos de palabras en un grupo de mayores con diabetes mellitus y en un grupo de mayores sanos sin diabetes que actuaron como grupo control. En el estudio participó también un grupo de adultos jóvenes, lo que permitió comprobar los posibles cambios de la memoria con la edad.

Los trabajos publicados sobre este tema sugieren que uno de los procesos cognitivos deteriorados en la diabetes mellitus es la memoria episódica (explícita). Sin embargo, apenas existe información sobre la influencia de esta enfermedad en otro tipo de memoria más automática, de tipo perceptivo, como es la memoria implícita.

Basándonos en los resultados obtenidos en los diferentes estudios, la memoria implícita quedaría preservada tanto en mayores sanos como en los mayores con diabetes mellitus y con respecto a la memoria explícita, se esperaba que fuese mejor en los adultos jóvenes que en los mayores sanos y los mayores diabéticos y que éstos actuaran incluso peor que los mayores sanos.

Muchos de los resultados de las investigaciones, entre los que se encuentra el artículo (Bentosela y Mustaca, 2005), sugieren que en un envejecimiento normal hay una alteración de la corteza prefrontal. Se llega a esta hallazgo a través de las técnicas de diagnóstico por imágenes funcionales, que muestran en ancianos, la existencia de una correlación entre el deterioro del procesamiento de la información contextual y la activación anormal de la corteza prefrontal (Braver & Barch, 2002).

Según los autores, las alteraciones cognitivas del envejecimiento están relacionadas con la declinación del sistema dopaminérgico a la corteza prefrontal, donde se ve involucrado la representación, mantenimiento y evocación de la información contextual.

Además, el envejecimiento incluye síntomas característicos de las lesiones prefrontales, tales como perseveración, impulsividad y juicio pobre. Estos deterioros son independientes del déficit de memoria declarativa propio de la alteración del lóbulo temporal (Schoenbaum y cols., 2002).

En otros dos trabajos de artículos encontrados tras búsqueda bibliográfica (Navarro y cols., 2008) y (Serrano, 2002) se midieron la tendencia a la sobregeneralización y la frecuencia de eventos estresantes, y la relación de éstas con los síntomas depresivos. Cuando 4 y 6 semanas después se evaluaron los síntomas depresivos, se encontró que los sujetos que mostraban mayor sobregeneralización, y que informaban de más frecuencia de eventos estresantes, también presentaban más síntomas depresivos.

También se han encontrado diferencias significativas entre la producción de recuerdos específicos entre ancianos diagnosticados de depresión y ancianos normales, encontrándose una media de 5 recuerdos específicos sobre 10 posibles en ancianos normales, y una media de 3,55 recuerdos específicos sobre 10 posibles en ancianos con trastorno depresivo mayor.

No sólo las diferencias en la especificidad del recuerdo se dan entre sujetos clínicos y no clínicos, también se han encontrado diferencias entre jóvenes y adultos. Los datos existentes muestran una media de 6,94 recuerdos específicos sobre 10 posibles en la muestra de jóvenes, y una media de 4,69 recuerdos específicos sobre 10 posibles en la muestra de mayores.

Conclusión/ discusión

La prevalencia de alteraciones de memoria es variable en las diferentes etapas de la vida, encontrándose una mayor frecuencia en la vejez.

Entre los factores que determinan la aparición de dichos trastornos se incluyen el estilo de vida, el nivel cultural, la conciencia del autocuidado, la disponibilidad de servicios de salud y los medios disponibles para un diagnóstico adecuado, sin embargo, el impacto que tienen en la calidad de vida y la relación con el riesgo de sufrir demencia las convierten en un problema de primer orden en el panorama epidemiológico de la población geriátrica (Ramírez y col., 1999).

Hasta un 55% de los individuos mayores de 65 años presenta algún tipo de deterioro cognitivo, que puede ser causado o no por procesos patológicos que se derivan del proceso de envejecimiento (envejecimiento fisiológico, trastornos de memoria relacionados con la edad, entre otros) (Ramírez y col., 1999).

Para algunos autores, el paso del tiempo se asocia con alteraciones celulares irreversibles que determinan un incremento significativo del riesgo de enfermedad, para otros, es claro que la aparición de alteraciones patológicas en esta época de la vida puede ser independiente de fenómeno del envejecimiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios, las funciones cognitivas presentan un deterioro progresivo a partir de la tercera década de la vida, no obstante, dada la gran cantidad y diversidad de variables que pueden influir en el proceso, no ha sido posible definir con exactitud puntos plenamente confiables.

Los procesos mentales comprometidos con mayor frecuencia después de los cincuenta años de edad son la capacidad de manipulación de información (memoria de trabajo), la ubicación de la información en el tiempo y el espacio (memoria episódica), la conceptualización (memoria semántica), el uso de la información almacenada en forma inconsciente (memoria implícita) y el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo).

Se puede observar en la multitud de estudios que existen sobre la memoria en el envejecimiento el descenso basado en datos transversales de la memoria explícita desde los 35 a 85 años es lineal, parece estable en este rango de edad, comenzando a disminuir a partir de los 85 años. En cambio en la memoria implícita vemos un pequeño aumento de los 35 a los 60 años y una estabilidad entre los 65 y 75 años.

Referencias

- Ajmani, R.S., Metter, E.J., Jaykumar, R., Ingram, D.K., Spangler, E.L., Abugo, O.O. & Rifkind, J.M. (2000). Hemodynamic changes during aging associated with cerebral blood flow and impaired cognitive function. *Neurobiology of Aging*, 21, 257-269.
- Akunne, H.C. & Soliman, K.F.A. (1994). Serotonin modulation of pain responsiveness in the aged rat. *Pharmacology Biochemistry & Behaviour*, 48, 411-416.
- Atkinson RC, Shiffrin RM. Human Memory: A proposed System and its control processes. The psychology of learning and motivation: New York Academic Press. 1968. Vol 2, pp. 89 – 195.
- Baddeley AD, Hitch GJ. Working Memory. The psychology of learning and motivation: New York Academic Press. 1974. Vol 8, pp. 47 – 90.

- Joshi S, Morley J. Cognitive Impairment. *Medical Clinics of North America*. 2006; 90 (5): 769 – 87.
- Bartrés – Faz, Clemente I, Junqué C. Alteración cognitiva en el envejecimiento normal: nosología y estado actual. *Rev Neurol* 1999; 29:64 – 70.
- Bennett D. Mild Cognitive Impairment. *Clinics of Geriatric Medicine*. 2004;20: 15-25.
- Bentosela, M. & Mustaca, A.E. (2003). El papel de la corteza prefrontal en la motivación y en la conducta intencional [Rol of the prefrontal cortex on motivation and goal-directed behaviour]. *Suma Psicológica*, 10 (2), 153-166.
- Craik F. Memory changes in normal aging. *Current directions in Psychological Science*. 1994; (3): 155 – 58.
- Kelley R.E. Memory Complaints and Dementia. *Primary Care*. 2004; 31(1):12948.
- López O.L. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Rev Neurol*. 2003; 37: 140 – 4.
- Ramírez - Expósito MJ, Martínez – Martos J.M. Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. *Rev Neurol* 1999; 29: 824 – 33.
- Ruiz A. Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica. *Revista de Neurología*. 2005;(41):737-73.
- Redondo, M. T., Reales, J. M., y Ballesteros, S. (2010). Memoria implícita y explícita en mayores no dementes con trastornos metabólicos producidos por la diabetes mellitus tipo 2. *Psicológica* (2010), 31, 87-108.
- Seisdedos N. Benedet MJ. Evaluación clínica de las quejas de la memoria en la vida cotidiana. Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, 1996: pp. 7 - 9.
- Stuart – Hamilton I. *Psicología del Envejecimiento*. Editorial Morata. Madrid, España. 2002. Pp. 90 – 93.
- Tulving E. Episodic and semantic memory. *Organization of memory*. New York Academic Press. 1972: pp. 382 – 403.
- XU, W.L., QIU, C. X., Wahlin, A., Windbland, B., y Fratiglioni, I. (2004). Diabetes mellitus and risk for dementia in the Kungsholmen project: A 6-year follow-up study. *Neurology*, 63, 1181-1186.

CAPÍTULO 36

Paciente anciano y síntomas psicóticos

Consuelo Ibáñez Allera, Diego Ramón Dueñas Alcalá, y María Rosa Sánchez-Waisen
Hernández

Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería (España)

Introducción

Los trastornos Psicóticos en el anciano o psicosis de la edad tardía, constituyen un grupo heterogéneo. Es necesario diferenciar las diferentes formas en que se pueden presentar los síntomas psicóticos, ya que la clínica y el tratamiento es diferente.

La clínica de las psicosis en el anciano se caracteriza por el predominio de delirios, alucinaciones visuales, olfativas y auditivas, e interpretaciones delirantes. La clínica afectiva es menos relevante, aunque pueden presentar cuadros depresivos moderados.

Frecuentemente se asocian a una personalidad premórbida esquizoide o paranoide.

La prevalencia de las psicosis en los adultos mayores, según Alarcón-Velandia, (2005) va desde el 0.2% hasta el 5.7% en aquellos que viven en comunidad, pudiendo llegar a 10% en ancianos institucionalizados.

Para A. Morfíño-Domínguez (2009) la psicosis de inicio tardío representa hasta el 10% de los ingresos psiquiátricos en esta población.

La edad de comienzo suele ser más temprana para el varón, pero la prevalencia es superior entre las mujeres, en particular la Parafrenia.

Serrallonga (1991), define **el delirio** como un trastorno básico del contenido del Pensamiento y desarrolla siguiendo a Jaspers las características diferenciadoras de la **idea delirante**:

- Total certeza subjetiva: **Incorregibilidad**
- No deben ser influenciados por la experiencia: **Irreversibilidad**
- Imposibilidad del contenidos : **Incomprensibilidad**

Los principales **Factores Etiopatogénicos** que pueden favorecer el desarrollo de síntomas delirantes, aumentando el riesgo de síntomas psicóticos en el anciano vienen recogidos por Pelegrin Valero y cols (2010).

- Sexo: todos los estudios defienden el predominio del sexo femenino en el desarrollo de síntomas psicóticos tardíos. En la parafrenia la relación alcanza 1/5-6. (I. de la Serna, 2000)
- Personalidad premórbida, teniendo más vulnerabilidad los que son desconfiados, que malinterpretan el entorno, y que son definidos a menudo por sus familiares y conocidos como personas excéntricas.
- Cambios Estructurales y Neuroquímicos ya que el propio envejecimiento es un factor de riesgo
- Trastornos Neurodegenerativos de la edad avanzada. Para Elías Villanueva y cols (2011), el interés por el estudio de los estados psicóticos de inicio tardío y su relación con el deterioro cognitivo y los procesos demenciales ya instalados, está creciendo paulatinamente. Parece que existe un acuerdo en que este deterioro determina la aparición de algunas alteraciones neuropsiquiátricas, que suelen ser indicadoras del estadio evolutivo de la enfermedad.

- Enfermedad Cerebrovascular ya que lesiones vasculares localizadas en regiones temporales anteriores y frontales han sido documentadas en ancianos con psicosis de inicio tardío. Han sido publicados síntomas similares a los de esquizofrenia en pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular (ACV). Olivera Pueyo y cols. citando a Robinson RG (2005), refieren que estos pacientes que tras el ACV presentaban delirios y alucinaciones, eran de edad más avanzada, podían presentar más frecuentemente convulsiones y defectos visuales y fueron diagnosticados de lesiones en el hemisferio derecho y atrofia subcortical.
- Enfermedades Físicas que propician el aislamiento social, neurológicas, infecciosas, inmunes, alteraciones metabólicas, alteraciones endocrinas, alteraciones electrolíticas..
- Déficits Sensoriales, como la sordera, clásicamente relacionada con psicosis: “la paranoia de los sordos”. También otros déficits, como un deterioro visual significativo o un defecto físico que ocasione baja autoestima, puede ocasionar esta vulnerabilidad.
- Polifarmacia...
- Y en general todos aquellos acontecimientos posibles en la vejez: estresantes vitales, fallecimiento del cónyuge, aislamiento social, los cambios ambientales y el deterioro de su economía, la pérdida y devaluación de la autoimagen y el autoconcepto, la proximidad de la muerte: cambios emocionales intensos..., dando lugar a la aparición de las ideas delirantes ocasionando finalmente una auténtica estructura delirante.

Metodología

Para la revisión teórica sobre el tema hemos llevado a cabo varias búsquedas en PubMed-Medline. Los descriptores utilizados fueron “psychotic disorders in older adults, geriatric mental health y latelife psychosis”. En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas.

De los artículos obtenidos hemos seleccionado aquellos cuyo título hemos considerado de mayor utilidad para nuestro fin y hemos primado aquellos de acceso gratuito al texto completo.

Resultados

Los resultados/conclusiones obtenidos en la revisión bibliográfica dan respuesta a los objetivos que planteamos en nuestra revisión de intentar abordar las características diferenciadoras de los síntomas psicóticos en el anciano.

En la Clasificación Internacional CIE 10 los diagnósticos asociados a Psicosis son los siguientes:

- DELIRIUM
- DEMENCIA
- ESQUIZOFRENIA
- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO
- TRASTORNO PSICOTICO INDUCIDO POR ALCOHOL
- TRASTORNO PSICOTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
- TRASTORNO DELIRANTE
- PSICOSIS REACTIVA BREVE
- TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA

Delirium o trastorno confusional agudo.

Para Moreno López (2013), constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, del que a menudo a pesar de su alta frecuencia se hace un diagnóstico erróneo, debido al carácter fluctuante del cuadro.

Es un trastorno orgánico de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen alteración del nivel de conciencia.

Ocurre en 30-40% de los ancianos hospitalizados por una enfermedad médica o una intervención quirúrgica.

La sintomatología predominante consiste en: Confabulaciones, falsos reconocimientos, alucinaciones vividas.

Hasta en un 20% existe ID Paranoide: miedo y terror ante un ambiente que le es desconocido matizado, por su alteración de conciencia y en el 10% se observa delirio ocupacional.

Demencia

Aunque no es necesario que haya síntomas psiquiátricos para diagnosticar una demencia, casi todos los pacientes con demencia muestran síntomas psiquiátricos (Martin Steimberg, 2010).

Entre los más frecuentes síntomas psicóticos en ancianos con demencia tenemos:

Alucinaciones visuales: Ver en casa a personas que en realidad no están presentes. Esto ocurre en un 80% Demencia por Cuerpos Lewy y 20% resto de las demencias.

ID de celos, de robo, de abandono (con riesgo de presentar agresividad)

Trastornos de las identificaciones: síntoma de falsa identificación que se ha descrito en el 23 - 50% de los pacientes con demencia. Se caracteriza por que los pacientes se sienten perseguidos por una persona a la que creen ver en todas partes, por un individuo que es capaz de adquirir la apariencia de alguien conocido, el aspecto de personas de su entorno, de su familiar cambiando la cara como si fuera un actor.

- Sd de Capgras ó del sosias: suplantación del cuidador. cree que una persona, generalmente un familiar, es reemplazado por un impostor idéntico a esa persona.

- Sd de Fregoli: atribuyen rasgos faciales o corporales de un conocido a otra persona.

Otros T del reconocimiento: no reconocer su vivienda, su propia imagen, no reconocer que lo que ve en la TV está sucediendo en otro espacio o tiempo y conversar o enfadarse.

Esquizofrenia de inicio tardío

La edad de comienzo de la esquizofrenia influye en los síntomas que puede presentar el paciente. Ortiz y Rubio García (2002) informan de una mayor frecuencia de delirios paranoides y alucinaciones en este grupo de edad, pero que estos interfieren en menor medida en la vida cotidiana, como si hubieran llegado a una especie de entendimiento cordial lo que les hace menos disruptiva y les permite mejor adaptación social.

- Inicio de los síntomas por encima de los 60 años. Se instaura de forma insidiosa en ausencia de factores precipitantes: delirios fantásticos de diversas temáticas.

- Presencia de Ideas Delirantes: persecutorios, de autorreferencia, de paramentos, de grandiosidad, cosmológicos, místicos, eróticos...con o sin alucinaciones auditivas u otras modalidades perceptivas.

- Funciones cognitivas acordes a la edad: MMSE nunca inferior a 25.

- Sin disminución del nivel de conciencia.

- Ausencia de enfermedades neurológicas o de dependencia al alcohol.

- Pruebas de laboratorio normales.

Parafrenia

- Es característica una gran riqueza fenomenológica y descriptiva, con todo tipo de detalles visuales y un complejo entramado delirante.

- Presentan una importante carga afectiva al contrario que en la esquizofrenia de inicio temprano donde observamos aplanamiento afectivo.
- Los más frecuentes son las I.D de tipo persecutorio (85%), las I.D de autorreferencia (76%), los síntomas delirantes de creer ser controlado (25%), las megalomaniacas o de poseer capacidades extraordinarias (12%) o las I.D. hipocondríacas (11%).
- Son muy frecuentes los pacientes que presentan el delirio de tabiques o paramentos (partition delusions), definido por Hebert y Jacobson y refrendado por Howard (1992) . El paciente tiene la creencia de que la gente, animales, materiales o radiaciones pueden pasar a través de las paredes, los muros y los suelos de su residencia. Y generalmente con un tinte paranoide, es decir que esto se lleva a cabo para molestarle, perjudicarlo u originarle algún tipo de daño o de enfermedad. Es característico que se lo atribuyan a personas que viven en sus inmediaciones, generalmente vecinos. Además puede presentar asociados síntomas alucinatorios visuales como corrientes eléctricas que las ven como luces de colores , o rayos que atraviesan el suelo...

DEFICITS SENSORIALES:

- **PARANOIA DE LOS SORDOS:** hasta 4 veces más frecuentes se presentan las ideas paranoides en las personas con pérdidas de la audición. Estas ideas delirantes parece ser que tienen su origen en un defecto de información. Al no escuchar que se dicen entre si otros individuos lo interpretan con negatividad.
- **SÍNDROME DE CHARLES BONNET:** alucinosis visual secundaria a trastornos de la visión: es la creencia delirante de que una serie de personajes lo visitan al paciente, sobre todo en horario nocturno, con la idea de ocasionarle daño o perjudicarlo.

IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

- Delirio crónico, sistematizado de inicio insidioso y evolución progresiva, que cursa sin alucinaciones ni deterioro, dejando intacta la personalidad.
- Hay muchos subtipos: muy frecuentes las I. D. de persecución, los temores de tipo hipocondríaco o ideas delirantes de grandeza. Otros menos frecuentes, los que se refieren a temas de litigio o a síntomas celotípicos, o a tener la creencia de estar deformado o de que otros piensan que es homosexual o de creer que se despiden mal olor.

Criterios diagnósticos del Trastorno Delirante según CIE 10

- A-Ideas Delirantes no extrañas, de lo por lo menos 3 meses de duración.
- B-No cumple criterios de Esquizofrenia, aunque puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias relacionadas con el tema delirante.
- C-La actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D-Pueden existir episodios afectivos simultáneamente, pero su duración es mucho más breve en relación a la duración de los periodos delirantes.
- E- No es debido a una sustancia exógena ni a una enfermedad medica.
- F- Especificar el tipo.

El diagnostico diferencial entre la psicosis de tipo esquizofrénico de tipo tardío y el trastorno delirante siguiendo a Pelegrin Valero (1994).

Trastorno Delirante: El subtipo persecutorio es más frecuente en el varón. Personalidad previa paranoide. Presencia de factores precipitantes. Delirio bien sistematizado con propagación social. Cierta comprensibilidad lógica del delirio. Alucinaciones no predominantes. Ausencia de síntomas primarios.

Ausencia de trastorno del curso del pensamiento. Funciones cognitivas conservadas. Ausencia de alteraciones en la neuroimagen. Afectividad conservada. Curso crónico. Escasa respuesta a Antipsicóticos.

Psicosis Esquizofrénica tardía: Más frecuente en mujeres. Personalidad esquizoide previa. Ausencia de factores precipitantes, salvo aislamiento social. Escasa comprensibilidad lógica del delirio. Delirio peor sistematizado con menor propagación social. Alucinaciones muy frecuentes y en varias modalidades. Síntomas primarios posibles. Posible presencia de trastornos del curso del pensamiento. Déficits cognitivos posibles. Aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales y otras alteraciones en la neuroimagen. Afectividad conservada. Curso crónico. Buena respuesta a Antipsicóticos.

Otros delirios :

- Delirio nihilista de Cottard: en la depresión grave en el que cree estar muerto, sin vísceras, sin sangre.
- Síndrome de Ekbom o Delirio de Parasitación
- Delirio compartido o Folie à Deux
- ID Hipocondriacas: la suma de varios factores posibilitan que aparezcan ideas delirantes de este contenido en los ancianos: el propio declinar físico, la suma de patologías, otras comorbilidades orgánicas que se suman a su enfermedad mental, que su familia y otros seres queridos enfermen o mueran, así como la propia dinámica personal ligada a envejecer, la previa personalidad, el autoconcepto o imagen de sí mismo, la cercanía de la muerte. Se puede llegar al extremo de poder presentar una depresión grave en el que se cree que ya está muerto, sin sangre o sin vísceras.

Tratamiento

- En un principio: Crear una alianza terapéutica basada en la confianza.
- Actitud honesta y de respeto. Huir de actitudes distantes o demasiado paternalistas.
- Evitar confrontar el delirio de forma precoz.
- Apoyarse en síntomas asociados: ansiedad, insomnio, quejas físicas..
- El objetivo es poder iniciar un tratamiento farmacológico al que el anciano se niega.
- Más adelante: mantener la relación y el cumplimiento terapéutico.
- Evitar la neutralidad excesiva. Permitirle ciertos “privilegios”.
- Intentar mejorar las relaciones familiares. Evitar aislamiento social. Potenciar partes sanas.

El uso de psicofármacos en pacientes ancianos con enfermedades concomitantes exige un mayor cuidado en la elección, dosificación y seguimiento de la medicación.

Las siguientes premisas deben de tenerse en cuenta:

- Enfermedades comórbidas: El anciano suele estar polimedicado. La aparición de interacciones medicamentosas es frecuente en los pacientes geriátricos.
- Reducción de las funciones fisiológicas: Cambios metabólicos: En ocasiones es necesario un ajuste de dosis para alcanzar niveles terapéuticos adecuados sin llegar a ser tóxicos.
- Mayor susceptibilidad a efectos adversos: Hipotensión ortostática, efectos adversos anticolinérgicos, SEP y discinesias tardías...

Los tratamientos psicofarmacológicos se centran en Antipsicóticos. Para Kaplan & Shadock (2003), el mandato en el tratamiento de la psicosis de mayores de 65 años es “comenzar bajo y progresar lento”.

Para lograr un buen cumplimiento con el tratamiento psiquiátrico por el paciente de edad avanzada, deben ser bien conocidas las características farmacocinéticas y las interacciones en esta población, para evitar la aparición de efectos secundarios significativos. Estos efectos secundarios pueden inducir al

paciente a abandonar el tratamiento o tener incluso efectos secundarios de riesgo. (Chamorro García, 2005)

Algunos estudios han concluido que los ancianos institucionalizados están excesivamente medicados. Dado que la medicación psicotrópica en ancianos ocasiona un mayor riesgo de efectos adversos, de interacciones medicamentosas y complicaciones es importante hacer un uso racional de este tipo de fármacos. (Álvarez, 2000).

Discusión /Conclusiones

El envejecimiento es un importante factor de riesgo para presentar síntomas psicóticos. Y la existencia de otros factores etiopatogénicos como las enfermedades neurodegenerativas o el aislamiento pueden favorecer el desarrollo de síntomas delirantes, aumentando el riesgo de síntomas psicóticos.

Existe un grupo muy heterogéneo de trastornos en los que pueden presentarse síntomas psicóticos en el anciano. El delirium, la demencia, los trastornos del estado de ánimo, y los trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica son más frecuentes en el anciano, comparado con otras etapas de la vida.

Hemos hecho una breve revisión de las características de algunos de estos cuadros, deteniéndonos en el diagnóstico diferencial entre la psicosis de tipo esquizofrénico de tipo tardío y el trastorno delirante por considerarlos de mayor interés.

Para finalizar hicimos una aproximación al tratamiento de los síntomas psicóticos en el anciano. La aproximación terapéutica requiere un mayor cuidado en la elección dosificación y seguimiento del tratamiento médico.

Referencias

- Alarcón-Velandia, R.P. (2005). Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 6(1), 102-116.
- Moriñigo-Dominguez, A. (2009). Trastornos psicóticos en la edad tardía. *Psicogeriatría*, 1(2), 127-131.
- Gil, P. (2000). Bases Fisiológicas del envejecimiento cerebral. *Revista Multidisciplinar Gerontológica*, 10 (1), 66-91.
- Pelegrín, C. y Olivera Pueyo, J. (2010). Esquizofrenia de inicio tardío y trastorno delirante. En P. Gil. (Eds), *Tratado de Neuropsicogeriatría*. (pp 459-470). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Ediciones Ergón. Madrid.
- Serrallonga, J. (1991). Trastornos del pensamiento y lenguaje. En J. Vallejo (Eds), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 3ª edición. (pp 178-187). Barcelona. Edit. Masson.
- Eguiluz, I y Segarra, R. (2013). Contenido del pensamiento. En P. M. Sánchez Gómez. (Eds), *Introducción a la psicopatología, una visión actualizada*. 3ª edición. (pp 79-100). Madrid. Edit. Panamericana.
- Clasificación Internacional CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor , 1992.
- Elías, M.P, Fernández, M., Ortiz, A. y Gallego, S. (2011). Psicosis de inicio tardío. *Psicogeriatría*, 3 (1), 37-39.
- Olivera, J. y Pérez, D. (2005) La experiencia delirante en los ancianos. Servicio Aragonés de la Salud. *Psiquiatría.com*, (9) 2
- Moreno, M. C. (2013). Actitud diagnóstica ante el síndrome confusional agudo. En J.J. Gázquez (Eds), *Calidad de Vida. Cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*, (pp 391-395). Edita ASUNIVEP.
- Martin Steimberg, M.D. (2010). Trastornos psiquiátricos en personas con demencia. En M.F. Weiner, y A.M. Lipton (Eds), *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (pp 263-284). Editorial Panamericana Madrid.
- Pichot. P. (2002). Ciclo vital y Trastornos psiquiátricos graves. En L.A. Ortiz *Esquizofrenia y envejecimiento*. (pp 115-131). Madrid. Aula Medica Editores.
- Howard, Robert et als (1992). Permeable paredes, pisos, techos y puertas. Delirios de partición a finales paraphrenia. *Revista Internacional de Psiquiatría Geriátrica*, 7 (10), 719-724.
- Pelegrín, C. (1994). La esquizofrenia de inicio tardío. *Monografías de Psiquiatría*, 6(3), 37-48.
- Kaplan-Sadock . (2003). Psiquiatría geriátrica. En B.J Shadock y V.A. Sadock (Eds) *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta*. (pp1318-1337) Psiquiatría clínica. 9.ª edición. Buenos Aires. Waverly Hispanica.

Chamorro, L. (2005). Psicofármacos en el anciano. *Revista Clínica Española.*; 205 (10): 513-517.

Álvarez, E. (2000). Utilización de fármacos antidepresivos en pacientes de edad avanzada. En E. Alvarez (Eds), *Manejo de los psicofármacos en pacientes de edad avanzada.* (pp 47-56). Barcelona. Edika Med.

CAPÍTULO 37

Trastornos del sueño en el envejecimiento

Rocío Casares Miranda, Carmen M. Pérez Cano, y Magdalena Bacas Ruiz
Área Sanitaria Sur de Granada, Motril (España)

Introducción

La senectud perturba a todas las funciones del sistema nervioso, no obstante no todas las funciones decaen paralelamente. Desde el punto de vista macroscópico se puede apreciar que, en líneas generales, la senectud es acompañada de una pérdida de sustancia cerebral y una dilatación ventricular en Katzman y Terry (1983), aunque el número de neuronas disminuye específicamente en función del tipo de neuronas y de su posición en el sistema nervioso. Los artículos científicos en anatomopatología en ancianos sanos descubren que los lóbulos frontales y temporales se perturban más que los parietales Katzman y Terry, (1983). El continuo declive de la densidad neuronal, junto a la pérdida del volumen cortical, confirma que se produce una pérdida de masa cerebral con la edad, pero manifiesta que esta pérdida es menor en ancianos sanos en Isach e Izquierdo (2002). Manifiestan la escasa importancia de la reducción neuronal a nivel de tronco cerebral y núcleos cerebelosos. Según esta visión, se puede concluir que con la senectud pueden acontecer ligeros detrimentos funcionales o estructurales, sin que apenas manifiesten implicaciones clínicas. Isach e Izquierdo (2002). Esto expondría la carencia de un modelo del sueño en el envejecimiento y que algunos ancianos de edad avanzada presentan alteraciones valorables mientras que otros no presentan ningún tipo de manifestaciones.

Las funciones cerebrales, muestran desviaciones a lo largo de los años (Ancoli-Israel, 2002; Phillips, Ancoli-Israel, 2000). Específicamente para el sueño, los principales cambios se originan en la infancia y con menor importancia en la pubertad; con posterioridad se mantiene inalterables en la vida adulta y recuperan las modificaciones en la senectud en Kripke, Simons, Garfinkel y Hammond (1979).

Es conocido que el tiempo de sueño nocturno disminuye con la edad Bixler, Kales, Jacoby, Soldates y Vela-Bueno (1984), pero en situaciones de excelente salud esta reducción es insignificante. No obstante, la facultad de dormir de los ancianos durante la noche se halla reducida en un porcentaje alto presentando mayor habilidad para realizar siestas durante el día.

Lo que se pierde es la facultad de recuperar el sueño, es decir, la aparición de períodos ininterrumpidos y prolongados de sueño que mantienen los sujetos de estudio de menor edad posteriormente a períodos de privación del sueño (De la Calzada, 2000).

Se producen numerosos cambios en relación al sueño con la edad y están encadenados a alteraciones de la ordenación del sueño, del ritmo circadiano vigilia-sueño, de la temperatura corpórea y de las alteraciones hormonales (De la Calzada, 2000).

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es conocer cómo influyen los trastornos del sueño en el envejecimiento.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando en diferentes bases de datos (Pubmed, Medline, Scielo, Index), realizando la búsqueda con las palabras clave y limitando el período de estudio entre los artículos publicados entre los años 1980 y 2002.

Estado de la cuestión

El sueño y las fases del sueño

Es arduo definir que es el sueño, ya que supone un fenómeno altamente complejo en el que se debe tener en cuenta diferentes temas (Bixler, Kales, Jacoby, Soldatos y Vela-Bueno, 1984):

- 1) Que es un estado transformable pues de la vigilia se puede pasar al sueño y viceversa.
- 2) Es un fenómeno alterno, periódico y regular. Los períodos se alternan en un ciclo de 24 horas.
- 3) Hay una retirada casi general de movimiento.
- 4) Se produce una actividad psicológica llamadas “sueños”.
- 5) Se producen transiciones en la actividad cerebral y en otros parámetros psíquicos y fisiológicos.
- 6) Existe un incremento de la respuesta para responder a los estímulos del ambiente.

Según lo inicialmente destacado podríamos definir al sueño como: es un estado fisiológico con alternancia, periodicidad y regularidad de autorregulación y reposo uniforme de un organismo, que muestra unas exposiciones conductuales propias, tales como una relativo abandono de la capacidad de moverse de forma espontánea e independiente y un incremento a la estimulación externa; a nivel orgánico se producen transformaciones funcionales, acompañado de la modificación de la actividad intelectual que supone poder soñar” (Buela-Casal, 1990).

Los exámenes polisomnográficos del sueño, una representación gráfica de cómo se van sucediendo las diferentes fases de sueño a los largo de una noche de registro han permitido distinguir cinco períodos, que se establecen en ciclos que se renuevan cuatro o cinco veces cada noche.

Fase I: Adormecimiento

Es la transición entre la vigilia y el sueño, el sueño comienza con un corto periodo que dura aproximadamente el 5% del total del sueño. Se identifica por la disminución de las ondas alfas. También pueden presentarse sensaciones corporales extrañas como ligereza o pesadez, en algunas ocasiones pueden aparecer alucinaciones tanto en el acceso como en la finalización de este periodo. El ritmo respiratorio y la frecuencia cardíaca se hacen más lentos.

Fase II: Sueño ligero

Empieza alrededor de los diez minutos y surgen husos de sueño y complejos K. Los husos del sueño son conjuntos de ondas de entre 12 y 14 Hz que ocurren diversos ciclos por minuto, Los complejos K son ondas pronunciadas que aparecen de forma repentina y ejercen un mecanismo de inhabilitación para que la persona no se despierte. Se produce un desplazamiento lento de los ojos en sus órbitas. La tasa cardíaca y el ritmo respiratorio continúan disminuyendo. Se puede responder a estímulos externos (Kubicki, Schueler, Jobert y Pastelak-Price, 1989).

Fase III: Sueño Profundo o sueño lento profundo

Comienza a los 30 minutos y es una fase de transición hacia el sueño profundo con una duración de tan solo 2-3 minutos. En esta fase aparecen unas ondas lentas y de gran amplitud conocidas como ondas delta. También se observa un descenso de la temperatura corporal, de la presión arterial y tanto la frecuencia respiratoria como la frecuencia cardíaca son más lentas. Es difícil estimular a la persona (Foret y Webb, 1980).

Fase IV: Sueño Muy Profundo

Se caracteriza por la presencia de las ondas Theta, más lentas y de señal más elevada y también delta. La relajación muscular es total y es muy extraño que se produzcan movimientos. Se piensa que este periodo establece una mala o buena calidad del sueño en términos de eficacia, esto determina si el sueño ha sido o no reparador. Si una persona se despierta en esta fase presentará desorientación y confusión mental (Carlson, 2002).

Fase V-Fase R.E.M.

En esta fase mientras el cerebro está muy activo, el tronco cerebral inhibe las neuronas motrices de forma que imposibilita el movimiento. Aparecen unos movimientos rápidos en los ojos de arriba a abajo y de derecha a izquierda (Rapid Eye Movement) que duran décimas de segundos. Las funciones vitales

como la respiración, la presión sanguínea, etc. son irregulares. Es más difícil despertar a la persona que en las fases anteriores (Kubicki, Sheuler, Jobert y Paastelack-Price, 1989).

En los ancianos sanos la reducción de la latencia del primer REM muestra una ocasional escasez del primer periodo de sueño. En los individuos analizados más jóvenes la duración de las fases NREM/ REM genera un trazado de dos fases, diferenciando el núcleo del sueño profundo de ondas lentas del sueño opcional REM/sueño superficial de ondas lentas opcional. En los ancianos el trazado es de una sola fase (Wauquier y Sweden, 1992), indicando una vulnerabilidad funcional.

Modificaciones del ritmo circadiano vigilia-sueño

El ritmo circadiano son oscilaciones de las variables biológicas en intervalos regulares de tiempo, entre las que se encuentra la alternancia periódica y regular entre la vigilia y el sueño, depende de los marcapasos, siendo uno de los más importantes el núcleo supraquiasmático conjuntamente con las vías aferentes visuales.

Como consecuencia a la senectud podemos observar la pérdida del ritmo circadiano entre vigilia y sueño, así como una disminución de la amplitud del ritmo y una tendencia hacia la desregularización interna del ritmo circadiano. Esto parece estar relacionado y ser una consecuencia de la pérdida neuronal y de la calcificación de la glándula pineal, que se acentúa en la edad avanzada en mayor proporción al disminuir la secreción de melatonina, este factor puede agravarse por la degeneración del nervio óptico o la aparición de cataratas ya que una de las variables que modulan la secreción de melatonina es el fotoperiodo el cual también puede verse alterado por otros factores que modulan la secreción de melatonina como es una luminosidad muy deficitaria durante las horas del día, otro de los factores que pueden modular la secreción de melatonina es la disminución de la actividad motora durante el periodo de vigilia (Touitou, 2001).

Las personas mayores pueden perder la cualidad de dormir de forma continuada y ordenada durante la noche y el día, al aumentarse la edad, estos despertares nocturnos se hacen cada vez más largos y más frecuentes. Esta desorganización del sueño nocturno conduce a una mayor dificultad de conservar la vigilia, que se ve obstaculizada a lo largo del día por numerosas siestas y microsueños que con mayor frecuencia, a su vez interrumpen y repercuten sobre un mayor fraccionamiento del sueño. Esta desestabilización del sueño no se da en todas las personas mayores; alrededor de una cuarta parte de ancianos no realizan ninguna siesta durante el día, y una gran cantidad de los ancianos solamente realizan siestas de forma ocasional, aunque este dato nos informa de la buena salud, en el sueño de los ancianos, debemos añadir que los ancianos internados en centros o instituciones presentan con mayor preponderancia este tipo de perturbación del sueño.

Los períodos de adormecimiento diurno en los ancianos presentan características morfológicas propias (Santamaría y Chiappa, 1987). Se originan a partir de la vigilia con una caída habitual de la extensión del EEG, mostrando una lentificación frontocentral y brotes de ondas lentas temporales escoltadas de movimientos en los ojos lentos y en la aparición de husos beta que es precoz en cuanto decae el ritmo de las ondas alfa en la región occipital.

Las ondas lentas delta que pueden presentarse en los individuos mayores de 60 años y presentan una frecuencia entre 1,5 y 2,5 Hercios que se revelan en forma de brotes dobles de predominio a regiones anteriores. Estos brotes de ondas delta presentan cierta ritmicidad, pero no presentan una representación monorrítmica. Prevalecen en las zonas frontales, pero pueden trasladarse a regiones centrales y temporales anteriores. Su señal puede ser elevada y su permanencia varía entre los 2 y los 11 segundos. Este patrón fue denominado por (Gibbs y Gibbs, 1964) como 'bradiritmia anterior'. Es significativamente importante conocer de este patrón que puede mostrarse durante el registro EEG de un anciano normal, para diferenciarlo del patrón de actividad delta frontal rítmica intermitente (FIRDA), más rítmico y sólido, que muestra una patología.

La preponderancia e incidencia de esta guía de bradiritmia anterior entre la población de edad avanzada sana es ignorada, puesto que su presencia está correspondida con la aparición de etapas de

somnolencia o sueño ligero, que se muestran frecuentes en personas de edades avanzadas y que cambian con etapas de vigilia, que en la mayoría de los exámenes no llegan a reconocerse debido a la fugacidad de las mismas. No obstante, en las Unidades de Sueño es menos frecuente la valoración del registro de la actividad cerebral durante las polisomnografías (PSG), reduciéndose la cifra de canales EEG que se inspeccionan; en varios de ellos se utilizan exclusivamente uno o dos canales, que son los ineludibles para la codificación de los estadios de sueño, pasando inadvertidas otras alteraciones de las funciones cerebrales, al no haberse tenido en cuenta que el sueño es una función cerebral con múltiples implicaciones con el resto de funciones cerebrales.

Se desconoce una significación patológica concreta del patrón de bradirritmia anterior y sus mecanismos subyacentes son ignorados. Se muestra en personas mayores sanas, pero no en todas ellas, creyéndose que determinados estímulos que originen reacciones de despertar incompletas podrían desencadenar estos husos de ondas lentas. Ciertos investigadores opinan que pueden ser resultado de alteraciones temporales de la salud de los sujetos analizados (Gibbs y Gibbs, 1964).

Como origen de la quebrantamiento del sueño nocturno no podemos dejar de lado el aspecto de apneas del sueño, más usuales que en sujetos más jóvenes y muy frecuentemente empeoradas por tratamientos del insomnio con benzodiacepinas o por la ingesta vespertina de alcohol. Más complejo se presenta el caso de la coexistencia de un síndrome de aumento de resistencia de vías aéreas superiores, que demanda para su análisis correcto la medida de la presión intraesofágica durante el sueño.

Debemos recordar finalmente como una trascendental causa de rotura del sueño nocturno la polimedicación a la que están sometidas los acianos, como los beta-bloqueantes, los antidepresivos, los antiarrítmicos, los corticosteroides, los antihipertensivos, etc., y que, frecuentemente, pueden inducir desvelos.

Otro tipo de variación del sueño que muestran las personas de edad avanzada normalmente es el avance de fase, que presenta una somnolencia vespertina temprana y al despertar precoz. Este avance de fase del ritmo circadiano sueño-vigilia se ordena claramente con el avance de fase del ritmo circadiano de la temperatura corporal, así como con el avance de fase de la secreción de cortisol.

Tratamiento

Medidas Higiénicas:

Para abordar las perturbaciones del sueño, fundamentalmente los inconvenientes derivados de la fragmentación del sueño nocturno de las personas de edad avanzada en condiciones normales de salud, es obligatorio sobre todo intentar mantener una ordenación circadiana estricta del sueño y de la vigilia, con la programación de una vigilia estimulante en un ambiente convenientemente iluminado, que impida que se originen a lo largo del día, que continuadas siestas o cabezadas quebranten la vigilia y de esta forman impidan el sueño nocturno originando el insomnio nocturno.

Debe de informarse sobre la importancia de cuidar unos horarios de sueño fijos, manteniendo, una disciplina en las horas de acostarse por la noche y levantarse por la mañana.

Es interesante recordar que siempre que sus condiciones y habilidades físicas se lo permitan efectúe un ejercicio moderado durante el día, y evitándose la ingesta al anochecer de alcohol. Se comprometerá a evitar la ingesta de medicación susceptible de producir insomnio después del atardecer.

Técnicas Psicológicas:

Las técnicas de control de estímulos logran ser muy útiles en este tipo de pacientes mayores que fundamentan en establecer un vínculo entre el ambiente del dormitorio y el sueño.

Otra técnica útil es reducir el tiempo que el anciano pasa en la cama. También puede ser interesante el empleo de técnicas de relajación.

Tratamiento medicamentoso:

La utilización de tratamientos medicamentosos solo está razonada cuando han fracasado las medidas higiénicas y el resto de técnicas no medicamentosas, o el estado del paciente no permite su utilización. Su administración debe complementarse con las medidas higiénicas.

En caso inevitable es preferente la utilización de hipnóticos de nueva síntesis (zopiclona o zolpidén), que alteran muy poco la estructura del sueño e influyen menos sobre las apneas que las benzodiacepinas.

En comprobados casos puede ser útil el uso de antidepresivos sedantes.

En el caso de utilizar medicación para ayudar en el sueño se ha de saber que su eliminación es más lenta en el anciano y puede existir peligro de potenciación con otras medicaciones, es muy importante tener en cuenta dicha particularidad para evitar una acumulación de principio activo.

En algunos países se administra melatonina a fin de reforzar la tendencia al sueño durante la noche.

Conclusión

Los datos y registros polisomnográficos del anciano normal muestran un trastorno general del sueño, con incremento del número y la persistencia de los despertares y de la proporción de estadio I y reducción del índice de sueño lento profundo.

Numerosos de los estudios efectuados para analizar el sueño en pacientes mayores de 70 años no explican las particularidades reales de la duración y eficacia del sueño (Kripke, Simons, Garfinkel, Hammond, 1979).

Los artículos neurofisiológicos, tanto la polisomnografía, como la electroencefalografía, pueden ser de gran auxilio para el discernimiento de los mecanismos cerebrales y su alteración funcional con la edad, y para poder diferenciar los cambios que se producen fisiológicamente en los ancianos sanos de las alteraciones que implican una patología y ,por tanto, facilitarles el tratamiento correcto.

Referencias

- Ancoli-Israel, S. (2002) A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. *Geriatrics*; 59: 37-40.
- Bixler, E.O., Kales, A., Jacoby, J.A., Soldatos, C.R. y Vela-Bueno, A. (1984). Nocturnal sleep and wakefulness: effects of age and sex in normal sleepers. *Int J Neurosci*. 23: 33-42.
- Buela-Casal, G. (1990). Cronopsicofisiología del ritmo circadiano de activación durante la vigilia. Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid (editado en microficha).
- De la Calzada, M.D. (2000). Modificaciones del sueño en el envejecimiento. *Rev Neurol* 30(6): 577-580.
- Carlson, N.R. (2002). Fisiología de la conducta. Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Carskadon, M.A., Brown, E.D. y Dement, W.C. (1982). Sleep fragmentation in the elderly: relationship to day time sleep tendency. *Neurobiol Aging*. (pp. 21-7).
- Culebras, A. (1994). El sueño en la vejez. ed. Medicina y sueño. Barcelona: Áncora.
- Foret, J. y Webb, W.B. (1980). Evolution de l'organisation temporelle des estades de sommeil chez l'homme de 20 à 70 ans. *Rev EEG Neurophysiol*; 10: 171-6.
- Gibbs, F.A. y Gibbs, E.L. (1964). Atlas of Electroencephalography. Vol. 3. 2 ed. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Isach Comallonga, M. e Izquierdo Zamarriego, G. (2002). Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. In Salgado A, Guillén F, Ruipérez I (Eds) Manual de Geriátría. Barcelona. Masson. 63-76.
- Katzman, R. y Terry, R. (1983). Normal aging of the nervous system In Katzman R, Terry R, eds. The Neurology of aging. pp. 15-50 Philadelphia: FA Davies.
- Kripke, D.F., Simons, R.N., Garfinkel, L. y Hammond, E.D. (1979). Short and long sleep and sleeping pills; in increased mortality associated. *Arch Gen Psychiatry*; 36: 103-16.
- Kubicki, S., Schueler, W., Jobert, M. y Pastelak-Price, C. (1989). Der Einfluss des Alters auf die Schfspsindel und K-Komplex-Dichte. *Z. EEG-EMG*; 20: 59-63.
- Phillips, B. y Ancoli-Israel, S. (2000). Sleep disorders in the elderly. *Sleep Med*; 2: 99-114.
- Prinz, P., Blewkar, D., Linoila, M. y Weitzman, E.D. (1976). Neuroendocrine changes during sleep in elderly males. (pp. 5- 87) *Sleep Res*.
- Santamaría, J. y Chiappa, K.H. (1987). The EEG of drowsiness in normal adults. (pp. 327-82) *J Clin Neurophysiol*.
- Touitou, Y. (2001). Human aging and melatonin. Clinical relevance. *Exp Gerontol*; 36: 108-1100.
- Vitiello, M.V. y Priz, P.N. (2001). Aging and Sleep Disorders. In Williams RL, Karacan I, Moore CA, eds. *Sleep Disorders*. New York: John Wiley and Sons.
- Wauquier, A. y van Sweden, B. (1992). Aging of core and optional sleep. (pp. 866-80) *Biol Psychiatry*.

CAPÍTULO 38

Síntomas psicológicos y conductuales en demencia

Cintia Martínez Mateu, Purificación Sánchez López, Paloma Victoria Hidalgo Pérez, José Manuel Romero León, y Manuel Payán Ortiz
Hospital Torrecárdenas, Almería (España)

Síntomas psicológicos y conductuales en demencia

Cogiendo la definición acuñada en 1996 en la Primera Conferencia Internacional de Consenso en Alteraciones Conductuales en Demencia, podemos decir que los síntomas psicológicos y conductuales en demencia (SPCD) son “un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamientos que pueden aparecer en las personas con demencia de cualquier etiología”

Los SPCD pueden generar tanto en el paciente como en el cuidador sufrimiento, agravar el deterioro cognitivo y funcional, y precipitar la internalización del paciente por lo que es de vital importancia su prevención, diagnóstico y tratamiento. Para ello hay que intentar concienciar a los cuidadores, tanto al profesional sanitario y social (residencias, centros de día) como a los familiares, de su existencia para que se intenten realizar las intervenciones oportunas para retrasar su aparición y sean capaces de identificarlos en el momento en el que se presenten (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012).

Tanto los síntomas psicológicos como la alteración de la conducta pueden aparecer ante factores internos, como dolor o infecciones; factores externos, como maltrato, cambios de entorno o rutina; o por el propio estadio de la enfermedad (Martínez-Lage, ArriolaManchola, MarínCarmona, 2014). De hecho, en la evolución de una demencia, sobre todo en los estadios medios y avanzados, va a aparecer un trastorno de la conducta prácticamente en el 90% de los pacientes.

Los SPCD se pueden organizar en torno a diferentes clusters según sus características. Encontraremos *síntomas psicóticos*, con alucinaciones, delirios o falsos reconocimientos. *Síntomas anímicos*, con síndrome depresivo (tristeza, llanto, desesperanza, baja autoestima, ansiedad o culpabilidad) o apatía (desmotivación y pérdida de interés, aislamiento). Y por último, los *trastornos conductuales* con agitación (deambulación errática, inquietud, actividades repetitivas, trastorno del sueño) y/o agresividad (con agresiones físicas o verbales o actitud de resistencia).

Al inicio pueden aparecer cambios sutiles de personalidad con tendencia a la apatía, distimia o desinhibición. (Hope et al, 1999). Pero con el tiempo y en estadios más avanzados de la enfermedad pueden ya verse importantes problemas de conducta, con ideas delirantes de perjuicio (es muy típica la celotipia), signos de agitación, agresividad, etc. Hechos que sin duda dificultan el cuidado de estos enfermos y que suponen un factor determinante para su institucionalización.

Dentro de los SPCD nos podemos encontrar con la agitación psicomotriz, que llega a constituir uno de los principales motivos de consulta. La podemos definir con una actividad motora o verbal desproporcionada a las necesidades aparentes del paciente, sin una intencionalidad clara, lo que hace que pueda ser incomprensible para el cuidador y generar mayor ansiedad y sobrecarga. La aparición de agitación va a conllevar un deterioro cognitivo acelerado y disminuye la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador (Steinberg y Lyketsos, 2010).

No obstante, la agitación psicomotriz normalmente se trata de un comportamiento que va a responder a alguna causa, o causas, que deberemos investigar y determinar ya que a veces con el tratamiento del desencadenante podremos aplacarla. Además, nos permitirá planificar posibles intervenciones que permitan disminuir su aparición y evitar un eventual uso de fármacos, que muchas veces representan una medida ineficaz o incluso contraproducente y deberán quedar relegadas solo a unos determinados casos,

como pueda ser un síndrome psicótico (con delirio, alucinaciones...) en el que podremos usar neurolépticos atípicos o un síndrome afectivo (depresión) para el que estaría indicada la prescripción de antidepresivos. (García Alberca, Lara-Muñoz, Berthier-Torres, 2010).

| | |
|------------------------------------|--|
| Conductas físicamente agresivas | • Golpear, empujar, agarrar, etc. |
| Conductas físicamente no agresivas | • Inquietud, gesticulación repetitiva |
| Conductas verbalmente agresivas | • Amenazas, insultos, gritos, etc. |
| Conductas verbales no agresivas | • Negativismo, reiteraciones, intrusividad |

Los comportamientos pueden ser de tipo agresivo, disruptivo o de resistencia.
Martínez-Lage, 2014

Evaluación y diagnóstico

Para el diagnóstico de los SPCD son necesarias la observación del paciente y la entrevista con el paciente y el cuidador. De un simple vistazo, observando cómo va vestido y aseado el paciente, los movimientos que realiza y su interacción con el medio, podemos intuir ya datos de posibles síntomas. También la relación que observemos del cuidador con el paciente nos puede ayudar para plantear la estrategia de manejo terapéutico así como a interceptar posibles lagunas en la formación del cuidador en las que podremos incidir para que el trato del paciente sea el más completo posible. (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñoz-Schwochert, 2012).

Existen diversas escalas de evaluación de los SPCD, siendo la Neuropsychiatric Inventory (NPI) la más aplicada. Consiste en una entrevista al cuidador principal, donde se evalúan 12 dominios y a través de ella se cuantifica la frecuencia, severidad y el estrés que genera en el cuidador. (Martínez-Lage, 2014).

En un intento de solucionar las posibles limitaciones de esta escala, se ha desarrollado a partir de ésta la Neuropsychiatric Inventory Clinician (NPI-C). Son 9 dominios con nuevos ítems o modificación de los anteriores. Además, la evaluación es a partir de tres fuentes distintas: el cuidador, el paciente y los datos clínicos observados por el entrevistador.

Otras escalas disponibles para la evaluación de los SPCD son:

- BEHAVE-AD.
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory.
- Geriatric Depression Scale.
- Cornell Scale for Depression in Dementia.

Ante una agitación psicomotriz deberemos: (Martínez-Lage, 2014).

- Identificar el síntoma y sus características. Será también importante intentar identificar un trastorno psicológico primario, ya que muchas veces los trastornos de la conducta pueden derivar de un síndrome psicótico o afectivo que pueden tratarse farmacológicamente como hemos comentado.

- Identificar el desencadenante, prestando especial atención a posibles causas físicas como dolor, estreñimiento, el inmovilismo, etc.

- Evaluar las necesidades básicas, tanto físicas como psicológicas y sociales, de los pacientes y su grado de cobertura.

- Evaluar la historia de consumo de fármacos y los posibles efectos secundarios de éstos (extrapiramidalismo, sedación, delirium, etc.).
- Evaluar el medio donde se encuentra el paciente y si acompaña a su bienestar.
- Evaluar las características del cuidador, su grado de formación y entendimiento, su personalidad, el trato que tiene para con el paciente, etc.

Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

El manejo de los SPCD debe empezar por la comprensión y asunción de los mismos para poder tomar una actitud activa y tener la sensación de control. Y por supuesto, habrá que buscar y modificar los potenciales factores desencadenantes. Hay que explicarle al cuidador cuál es el origen y la posible evolución de los mismos, ya que en muchas ocasiones no se podrán eliminar y el tratamiento irá enfocado a la disminución de la frecuencia de aparición o de la intensidad de los síntomas.

Es importante que el cuidador y el propio paciente reconozcan y asuman que deberán renunciar a determinadas capacidades cognitivas evitando así conductas obsesivas para intentar preservarlas que solo llevarán a una mayor frustración e irritabilidad y que pueden ser origen mismo de los SPCD. (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012).

Además, deberemos intentar identificar, en caso de que exista, el SPCD primario, el cual puede ser la base de todos los demás síntomas, y que representará la principal diana de tratamiento.

En el tratamiento de los SPCD se realizará una intervención individualizada en todo momento, tanto con medidas no farmacológicas como con fármacos. En el año 2015 los autores Sánchez, Brazo, Miranda y Olazarán publicaron en la revista *Medicine* recomendaciones sobre el tratamiento en estos enfermos:

1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico debe ser la primera opción terapéutica a llevar a cabo. Se trata de un conjunto de terapias y de programas de educación que nos pueden servir tanto para la prevención como para el tratamiento de los SPCD una vez establecidos. Deberán estar dirigidos al propio paciente y al cuidador, ya sean familiares o profesionales, y emplearse siempre de una manera individualizada.

Se deberán tener en cuenta las necesidades básicas del paciente, tanto físicas, psicológicas como sociales; y valorar el grado de satisfacción con respecto a ellas.

Como medida general, una buena estrategia para prevenir o retrasar la aparición de los SPCD consiste en adaptar el entorno desde los primeros estadios del deterioro cognitivo. Debe de ser un entorno seguro, tranquilo y relajado evitando posibles situaciones o personas que el paciente identifique como amenaza. Evitar también las medidas de retención física, ya que pueden aumentar el nivel de ansiedad y favorecer la agitación y las acciones autolesivas.

Se establecerán rutinas que ayuden al desarrollo de las acciones y simplifiquen el día a día a la vez que mantienen ocupado al enfermo. Al mismo tiempo, habrá que intentar proporcionar la menor ayuda posible a la hora de realizar actividades para conseguir su máxima autonomía. Por supuesto, fomentar con refuerzos positivos aquellas acciones que supongan un esfuerzo para el paciente. Y, en todo momento, intentar empatizar con el paciente y sus sentimientos. Todas estas acciones pueden ayudar incluso a mantener las capacidades cognitivas durante un tiempo más prolongado.

Las terapias no farmacológicas deben estar bien estructuradas, permitir su réplica y deben haber demostrado evidencia produciendo algún beneficio clínico destacable o representativo ya sea en el paciente con demencia o en el cuidador.

Existen diversos programas y actividades y los beneficios van a ser específicos del área trabajada. Así, después de ejercicios de estimulación cognitiva habrá mejoría cognitiva; o después del entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria podremos encontrar cierta mejoría funcional. No obstante, los estudios y ensayos realizados con las terapias no farmacológicas son aun bastante escasos y de escasa calidad, lo que hace que sus grados de recomendación no sean altos.

Algunos ejemplos de terapias no farmacológicas (TNF) para el paciente y el cuidador son:

TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS PARA EL ENFERMO

| TNF | Características esenciales | Beneficios esperables | Grado de recomendación |
|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| Estimulación cognitiva | Sesiones grupales, temáticas, en las que se ponen en juego capacidades cognitivas (orientación, asociaciones, etc.) | Cognición | B |
| Estimulación cognitiva enriquecida | Se añade, a la estimulación cognitiva, reminiscencia, ejercicio aeróbico, psicomotricidad, entrenamiento AVD, talleres, etc. | Cognición, SPCD, afectividad, AVD | B |
| Entrenamiento de AVD | Ejecución completa y sin error de AVD, ofreciendo la menor ayuda necesaria | AVD | B |
| Intervenciones conductuales | Análisis y modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta, con el familiar cuidador | SPCD | B |
| Entrenamiento cognitivo | Ejercicios individualizados dirigidos a la mejora de capacidades cognitivas específicas | Cognición | C |
| Rehabilitación cognitiva | Uso de estrategias de restauración o de compensación para mantener la autonomía o la satisfacción en funciones o actividades relevantes desde el punto de vista individual | AVD | C |
| Musicoterapia | Empleo de la música de forma individual o en grupo, activa o pasiva, para mejorar la afectividad, la conducta y la comunicación | Afectividad, SPCD | C |
| Reminiscencia | Elaboración y empleo de materiales del pasado remoto para mejorar la afectividad y la orientación | Afectividad, cognición | C |
| Ejercicio aeróbico | Ejercicios de fortalecimiento de musculatura, equilibrio y coordinación | Forma física, AVD básicas | C |

AVD: actividades de la vida diaria; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Sánchez, Brazo, Miranda y Olazarán, 2015

TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS PARA EL CUIDADOR

| TNF | Características esenciales | Beneficios esperables | Grado de recomendación |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------|
| Educación del familiar cuidador | Reestructuración cognitiva y resolución de problemas por psicólogo | Estado de ánimo del cuidador | B |
| Asesoramiento del familiar cuidador | Valoración individualizada, educación u otros recursos, en función de las necesidades y posibilidades | Retraso en la institucionalización | A |
| Asesoramiento de la PCD y del familiar cuidador | Valoración individualizada en el domicilio, por terapeuta ocupacional, educación y otros recursos, en función de las necesidades y posibilidades | CdV de la PCD y del cuidador | B |
| Entrenamiento del cuidador profesional | Comprensión y manejo general de la PCD (cuidados centrados en la persona, comunicación, modificación del entorno, etc.), manejo conductual | SPCD | B |
| Programas para reducir sujeciones físicas | Comprensión y manejo general de la PCD, manejo conductual, alternativas a las sujeciones | Reducción de sujeciones | B |
| Programas para reducir neurolépticos | Comprensión y manejo general de la PCD, manejo conductual | Reducción de neurolépticos | B |

AVD: actividades de la vida diaria; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; PCD: persona con demencia.

Sánchez, Brazo, Miranda y Olazarán, 2015

2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El uso de fármacos en el tratamiento de los SPCD, como ya hemos comentado, debe estar relegado a un segundo plano o emplearlos en relación a unos síntomas muy específicos, priorizando o complementando siempre con las terapias no farmacológicas.

No obstante, en muchas ocasiones los profesionales médicos pueden verse presionados por cuidadores y/o familiares, que no se ven capacitados o no encuentran o pueden acceder a los recursos necesarios para el manejo óptimo de los pacientes y solicitan tratamiento farmacológico en un intento de encontrar una solución inmediata. Esto hace que a menudo terminen claudicando y prescribiendo tratamiento farmacológico, hecho que puede ser incluso contraproducente. (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012).

Lo primero que deberemos tener en cuenta es el tratamiento mismo de la demencia. Siempre es aconsejable, si no hay contraindicación y son bien tolerados, mantener un tratamiento de base con un inhibidor de la colinesterasa (rivastigmina, galantamina o donepezilo) y/o memantina, dependiendo del tipo de demencia, ya que pueden retrasar la aparición o aplacar ellos mismos los SPCD, además de disminuir las dosis necesarias de los otros fármacos.

Siempre habrá que individualizar su uso. Cuando aparece un SPCD deberemos evaluar exhaustivamente si existe o no indicación (no hay que olvidar que los SPCD pueden tener un curso

autolimitado) y, en su caso, si los beneficios van a ser firmes y mayores que los riesgos. Una vez indicado, habrá que revisar periódicamente su efectividad ya que las necesidades pueden ir variando. Y por supuesto, a la hora de prescribir algún fármaco habrá que tener en cuenta las características del paciente, su comorbilidad y tratamiento asociado y los efectos adversos esperables. (Sánchez, Brazo, Miranda y Olazarán, 2015).

Los SPCD que mejor responden a la terapia farmacológica son los síndromes psiquiátricos primarios o aquellos síntomas que se basan en una alteración neuroquímica específica, como el trastorno del sueño REM. Por tanto será básica la identificación de un síndrome primario para la elección del tratamiento con fármacos específicos.

Antipsicóticos

Los síntomas que mejor responden a este grupo farmacológico son los trastornos psicóticos, la agitación, los comportamientos violentos y la hostilidad. Los más utilizados son los neurolépticos atípicos frente a los típicos, ya que provocan menos efectos secundarios tales como el parkinsonismo o la discinesia tardía. (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012).

Además, se ha constatado que el uso de neurolépticos implica cierto aumento del riesgo de accidentes cerebrovasculares en el paciente con demencia, sobre todo en los más ancianos. Este riesgo parece ser algo mayor en los convencionales, dato que apoya aun más el uso de los antipsicóticos atípicos.

Todos los antipsicóticos han sido empleados en el tratamiento de los SPCD, aunque la risperidona es el único que tiene una aprobación formal en España específica, y siempre que se use cuando hayan fracasado las medidas no farmacológicas, que sea durante el menor periodo de tiempo posible y que esté vigilando estrechamente el paciente. (Martínez-Lage, 2014).

Se ha demostrado un efecto significativo cuando se toma por un periodo de 6-12 semanas, y más allá de ese tiempo su utilidad es controvertida. Se recomienda evaluar a las 4 semanas el efecto y necesidad de mantenerlos ya que, de media, se observa beneficio terapéutico en aproximadamente el 50% de los pacientes que toman el fármaco. Cuando se retiran, a las 12 semanas, no suelen reaparecer los SPCD.

Antiepilepticos

Los fármacos anticonvulsivos se utilizan para el control de la agitación y agresividad, sin embargo su evidencia es de bajo grado por lo que no están en general recomendados, y su uso queda relegado en combinación con otros fármacos.

Antidepresivos

Los antidepresivos se recomiendan para el tratamiento de la depresión y labilidad emocional grave en los pacientes con demencia. También para la ansiedad o ciertas actividades inapropiadas, como pueden ser la actividad sexual inadecuada o la impulsividad. Se recomienda el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), teniendo en cuenta el riesgo que presentan de producir o empeorar los síntomas extrapiramidales. Los antidepresivos tricíclicos se dejan en segundo plano por sus efectos secundarios anticolinérgicos.

Cuando aparecen, sin embargo, los SPCD no hay pruebas a favor o en contra del uso de estos fármacos. Sólo el uso de citalopram parece disminuirlos. (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, Muñiz-Schwochert, 2012).

Benzodiazepinas

El uso de benzodiazepinas (BZD) no está recomendado en el control de los SPCD. Sólo de forma esporádica ante episodios de agitación no psicótica, ansiedad o alteración del sueño se podrían usar BZD de vida media corta y nunca a largo plazo, ya que se han asociado a diferentes problemas (cognitivos,

motores, respiratorios y depresivos) y pueden llegar a desarrollar dependencia. Además, a veces puede aparecer efecto techo, esto es que el efecto deseado no aumenta pese a un incremento de la dosis. Por último, pueden asociarse a efectos rebote si se interrumpen de forma brusca, como exacerbación de la ansiedad o estados de confusión. (Martínez-Lage, 2014).

Conclusiones

Los síntomas psicológicos y conductuales en demencia (SPCD) son “un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y comportamientos que pueden aparecer en las personas con demencia de cualquier etiología”.

Es de vital importancia su prevención, diagnóstico y tratamiento ya que pueden generar, tanto en el paciente como en el cuidador, sufrimiento, agravar el deterioro cognitivo y funcional, y precipitar la internalización del paciente. Distinguimos diferentes tipos: síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones), anímicos (depresión, ansiedad, insomnio) y conductuales (agitación, agresividad...). El tratamiento no farmacológico se trata de la primera opción terapéutica. Consiste en una serie de terapias y programas educativos individualizados, para el paciente y el cuidador, que sirven tanto para la prevención como para el tratamiento de los SPCD. El tratamiento farmacológico debe estar relegado a un segundo plano o emplearlos en relación a unos síntomas muy específicos, priorizando o complementando siempre con las terapias no farmacológicas. Siempre debe ser una terapia individualizada y habrá que revisar periódicamente su efectividad ya que las necesidades pueden ir variando a lo largo de la enfermedad.

Bibliografía

Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*,55, 598-608.

Sanchez D, Bravo N, Miranda J, Olazarán J. (2015). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine*,11(72), 4316-22.

Steinberg M, Lyketsos CG. (2010). Trastornos psiquiátricos en personas con demencia. In Weiner MF, Lipton AM, eds. *Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias*(pp. 263-81). Madrid: Panamericana.

Hope T, Keene J, Fairburn CG, Jacoby R, McShane R. (1999). Natural history of behavioural changes and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*,174, 39-44.

García-Alberca JM, Lara-Muñoz JP, Berthier-Torres M. (2010). Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Españolas de Psiquiatría*,38, 212-22.

Martínez-Lage, ArriolaManchola, Marín Carmona. (2014). *Know Alzheimer. Manual de consulta para Geriatras*. Barcelona.

CAPÍTULO 39

Aspectos éticos y legales en las demencias

José Manuel Romero León, Cintia Martínez Mateu, Paloma Victoria Hidalgo Martínez,
Purificación Sánchez López, y Manuel Payán Ortiz
Hospital Torrecárdenas, Almería (España)

Introducción

La demencia se define como un síndrome caracterizado por un deterioro del comportamiento, la memoria, el intelecto y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 47 millones de personas padecen esta enfermedad y cada año se producen 7 millones de nuevos diagnósticos. Con el aumento de la esperanza de vida, en los próximos años la incidencia de las demencias aumentará y de forma paralela su impacto social, familiar, físico y psicológico. A lo largo de la evolución de estas patologías, aparecen aspectos éticos y legales que es necesario analizar y resolver mediante iniciativas científicas y legales, con la finalidad de proteger al paciente y a su familia. Entre estas iniciativas (que serán desarrolladas posteriormente) en nuestro país destaca la elaboración del Documento Sitges 2005 por Boada y Robles (2005), y del Documento Sitges 2009 por Antúnez et al (2009); ambos fueron redactados por médicos, juristas y trabajadores sociales e intentan valorar la capacidad de decisión de la persona afectada.

Durante los últimos años también se ha realizado un esfuerzo importante en la definición, prevención y detección del maltrato; Cooper, Selwood y Livingston (2009) y Gutiérrez (2009) dividen el maltrato en varios tipos, y Johannesen y LoGiudice(2013), Fulmer (2002), Pérez-Rojo (2008) y Vandeweerd et al. (2006) analizan en sus trabajos los factores de riesgo de maltrato con la finalidad de prevenirlo. En lo relativo a la detección autores como Fernández-Alonso (2001) y Gutiérrez (2009) remarcan la importancia de la misma.

Objetivo

Describir los principales aspectos ético - legales que aparecen durante el curso evolutivo de la demencia, las iniciativas legislativas adoptadas, la responsabilidad del personal sanitario en la protección del paciente así como las herramientas a su disposición para garantizar la misma.

Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha completado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, UptoDate, Scielo, ISOC, Oxford UniversityPressJournals. Los descriptores utilizados fueron: “demencia”, “maltrato”, “anciano” y “alzheimer” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

La búsqueda se ha restringido a los artículos en español y en inglés. Se han seleccionado las publicaciones desde 1997 hasta 2013, incluyéndose en el estudio 18 trabajos por su especial relevancia e interés.

Resultados

La evolución clínica de las demencias conduce inexorablemente a una progresiva pérdida de autonomía del paciente motivada por la alteración de su funcionamiento social y personal. Por tanto, se plantean numerosas cuestiones de tipo ético y legal, que afectan al enfermo y a la sociedad y que por su complejidad no son fáciles de responder.

En la fase inicial de la enfermedad el paciente debe ser informado del diagnóstico de su enfermedad de forma veraz y exhaustiva; de este modo podrá tomar disposiciones como nombrar un representante

legal, realizar un testamento vital o un documento de voluntades anticipadas (Collins, Parks y Winter, 2006). No hay que comunicar el diagnóstico si el paciente no desea conocerlo, si presenta depresión grave o se encuentra en una fase avanzada de la enfermedad (Holroyd, Turnbull y Wolf, 2002).

Es obligación de los familiares y los profesionales sanitarios entender y acatar las decisiones que se tomen en este momento (Hirschman, Corcoran, Straton y Kapo, 2010; Hoffman et al. 1997). Para facilitar este proceso se promulgó en nuestro país la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que en su artículo 11 (“Instrucciones previas”) Capítulo V (“El respeto de la autonomía del paciente”) determina: “por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. El paciente puede asimismo nombrar un representante, que velará por el cumplimiento de las decisiones adoptadas. La legislación española no prevé ningún plazo para la realización de este documento.

¿Puede decidir? ¿Hasta cuándo?

Como se ha mencionado anteriormente, la propia historia natural de la enfermedad conduce a una pérdida de autonomía; llegado el momento puede ser necesario evaluar la capacidad del enfermo para tomar decisiones sobre sí mismo, conducir vehículos o poseer armas de fuego, pudiéndose enumerar múltiples ejemplos. No existen guías de práctica clínica oficialmente aceptadas para este fin (Appelbaum, 2007; Sturman, 2005); por este motivo en España se elaboró el Documento Sitges por Boada y Robles (2005), con una revisión y actualización posterior por Antúnez et al.; ambos constituyen una herramienta fundamental en la ponderación de la competencia del paciente.

¿Qué ocurre cuando se pierde la capacidad de decisión?

La pérdida de capacidad decisoria puede suponer una situación de riesgo para el paciente y sus familiares; cuando se confirma la pérdida de la misma es preceptivo iniciar el proceso de incapacitación. El objetivo del mismo siempre es la protección de la persona afectada y debe ser el producto de un análisis multidisciplinar: neuropsicológico, funcional y clínico.

El maltrato

Durante los últimos años el maltrato a las personas con demencia ha adquirido un interés creciente. Existen varias definiciones de maltrato, de las que mencionaremos

1. La elaborada en la Declaración de Almería (1996): todo acto u omisión sufrido por una persona mayor de 65 años, que vulnera su integridad física, psíquica, sexual o económica, o bien el principio de autonomía o uno de sus derechos fundamentales con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra.

2. La elaborada en la Declaración de Toronto (2002): por maltrato se entiende una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que le causa daño o angustia y que se da en cualquier relación en la que hay una expectativa de confianza.

La detección del maltrato es compleja, ya sea porque estas personas no pueden (o no quieren) comunicarlo, en ocasiones por la falta de entrenamiento de los profesionales.

El ámbito del maltrato puede ser familiar (violencia doméstica) o institucional. Asimismo puede distinguirse maltrato por acción o por omisión (Cooper et al., 2009; Gutiérrez, 2009). Según sus características puede dividirse en:

1. Físico
2. Sexual
3. Psicológico
4. Económico
5. Negligencia
6. Abandono

7. Violación de derechos

Factores personales, sociales, familiares y culturales determinan el riesgo de maltrato (Johannesen y LoGiudice2013). Todos ellos son dependientes del enfermo y del cuidador. Las especiales características de fragilidad y vulnerabilidad de la persona que padece demencia y el nivel socio-económico bajo son factores de riesgo para la aparición de maltrato. La ausencia de formación del cuidador o su sobrecarga por cuidar simultáneamente a otros familiares son también claros factores de riesgo (Fulmer, 2002;Pérez-Rojo, 2008; Vandeweerd et al., 2006)

¿Cómo detectar el maltrato?

Durante los últimos años se han elaborado protocolos de actuación ante la posibilidad de maltrato (Fernández-Alonso, 2001). Para su detección es imprescindible conocer los factores de riesgo (enumerados en el párrafo anterior) y los signos de alarma que puedan aparecer:

Signos de alarma

Múltiples caídas

Lesiones no explicadas

Administración de fármacos sin prescripción médica

Solicitud de asistencia tardía

Hiperfrecuentación de Urgencias / Hospitales

Negativa del cuidador a que al paciente sea entrevistado solo

Falta de respuesta ante tratamientos adecuados

Desnutrición y deshidratación de causa no justificada

Información contradictoria de paciente y maltratador

Percepción de miedo, inquietud en el paciente

Una adecuada anamnesis (al paciente solo y posteriormente acompañado del cuidador) junto a la exploración física (buscando desnutrición, hematomas...) y evaluación cognitiva pueden conducirnos a confirmar o descartar una sospecha de malos tratos.

Existen instrumentos a disposición del profesional para la detección de maltrato:

1.-Elder Abuse Suspicion Index (Yaffe, Wolfson ,Lithwick y Weiss, 2008)

2.-Indicators of Abuse (Reis y Nahmiash, 1998)

3.-Caregiver Abuse Screen (Cohen, Halevi-Levin, Gagin y Friedman, 2006)

¿Qué hacer cuando se detecta el maltrato?

La detección de esta situación es una obligación del profesional sanitario (Gutiérrez 2009). Es imprescindible que éste esté capacitado para prevenirlo, detectarlo y abordarlo. Si la persona maltratada ha perdido su autonomía el profesional tiene el imperativo ético y legal de denunciar esta situación con la finalidad de proteger al paciente (Moya y Barbero, 2005; Pérez, Juste, Aranda, Sancho y Perlado, 2006). En el caso de objetivarse lesiones físicas se emite un parte judicial de lesiones, si se trata de otro tipo del maltrato se notifica al Ministerio Fiscal que actuará según la legislación vigente.

¿Qué medidas se han adoptado?

En relación con el apartado referente a la comunicación del diagnóstico al paciente las diferentes guías clínicas publicadas durante los últimos años recomiendan a los profesionales sanitarios que ofrezcan siempre al enfermo la realización del documento de voluntades anticipadas. El ofrecimiento debe hacerse tras la detección del deterioro cognitivo; esta medida es importante para asegurar la integridad cognitiva del afectado. Se ha creado un Registro Nacional de Instrucciones Previas dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo (Real Decreto 124/2007. Boletín Oficial Del Estado (BOE); núm. 40, de 15-02-2007. p. 6591-6593). Debe insistirse en la difusión a la población y a los profesionales sanitarios de este documento para garantizar el respeto a la voluntad del paciente.

En párrafos anteriores se ha explicado la finalidad de la incapacitación. Para regular este proceso se promulgó la Ley de Enjuiciamiento Civil, que en los artículos 756 y siguientes describe los pasos para solicitarla y tramitarla (cito literalmente)

1.- Personas que pueden iniciar el proceso (presentación de la demanda) (a.757 LEC): presunto incapaz, cónyuge o persona que se encuentre en situación de hecho asimilable, descendientes, ascendentes o hermanos. El Ministerio Fiscal lo realizará en los siguientes casos: si los anteriores no existen o no lo han solicitado, tras haber sido informado por cualquier persona que conozca la situación (vecinos, médico particular, cualquier familiar...), tras haber sido informado por cualquier funcionario público que, por su cargo, tuviera conocimiento (médico, etc.) y que, por su categoría administrativa (funcionario público) tiene la obligación de hacerlo; en caso de menores: sólo quien ejerza la patria potestad o tutela.

2.- En el caso de que el Ministerio Fiscal actúe subsidiariamente practicará diferentes diligencias: entrevista a personas que tengan conocimiento de la existencia del presunto incapaz, reconocimiento médico forense del presunto incapaz, petición de informes a las instituciones que crea oportunas (servicios sociales, centros de asistencia primaria, etc.).

3.- Decisión del Ministerio Fiscal si presenta o no demanda (decisión contra la que no se puede interponer ningún recurso).

4.- Entrevista personal (audiencia) del juez al presunto incapaz y a familiares que crea oportunos: se preguntará tanto por el estado del presunto incapaz como por quién de ellos estaría dispuesto a asumir la tutela; y a todos aquellos que como testigos el juez crea oportuno.

5.- Dictamen médico-forense sobre el presunto incapaz.

6.- Intervención del Ministerio Fiscal: a) Como demandante cuando él inicia el proceso: investiga la situación de un presunto incapaz para evitar que éste quede sin la protección que emana de la declaración de incapacidad, más nombramiento de un defensor judicial para el presunto incapaz; b) Como demandado cuando él NO inicia el proceso: para evitar que sean declaradas incapaces personas que no lo son.

En lo concerniente al maltrato se han adoptado distintas iniciativas. En Andalucía se promulgó la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores (BOE núm. 233, de 29 de septiembre de 1999, páginas 34670 a 34680), que establece en los artículos 43 y 44: (cito literalmente)

Artículo 43. Denuncias.

Las denuncias formuladas ante las Administraciones Públicas acerca de la desasistencia en que pueda hallarse una persona mayor darán lugar a la correspondiente investigación, y, en su caso, a la adopción de las medidas adecuadas para su cese.

Artículo 44. Situaciones de maltrato.

Las situaciones de maltrato sobre personas mayores detectadas por cualesquiera órganos de las Administraciones Públicas serán inmediatamente puestas en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Conclusiones

De forma paralela al avance del conocimiento científico, la legislación debe adaptarse a un problema de magnitud creciente que abarca el ámbito ético, sanitario, social y económico. Durante los últimos años se han puesto en marcha numerosas iniciativas tanto científicas (Declaración de Almería, Documento Sitges 2005 y 2009) como legislativas (Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal, atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias) para responder a los dilemas éticos y legales que se plantean en las personas que padecen demencia. Es fundamental para los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes conocer las guías de práctica clínica disponibles y la normativa legal vigente, así como recibir formación en este campo. De esta forma, podrá efectuarse una intervención efectiva en aquellas situaciones que lo requieran y será posible realizar una labor divulgativa en la población, los pacientes y sus familias.

Referencias

- Antúnez C, Boada M, Alberca R, Bosch A, Berthier M, Alegret M. (2009). Documento Sitges 2009: Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: Reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa
- Appelbaum PS. Clinical practice. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840.
- Boada Rovira M, Robles Bayón A. (2005). Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: "Documento Sitges". Barcelona: Editorial Glosa
- Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
- Collins LG, Parks SM, Winter L. (2006). The state of advance care planning: one decade after SUPPORT. [*American Journal of Hospice & Palliative Care*](#), 23(5), 378-384.
- Cooper C, Selwood A, Livingston G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
- Fernández-Alonso MC. (2001). Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMFYC. Documento Guía PAPPs de actuación en malos tratos a ancianos.
- Fulmer T. (2002). Elder mistreatment. *Annual Review of Nursing Research*, 20, 369-395.
- Gutiérrez RF. (2009). Maltrato geriátrico. En: Garza Elizondo T, Trabajo con familias(pp311-318). Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Hirschman, KB., Corcoran, AM., Straton, JB., Kapo, JM. (2010). Advance care planning and hospice enrollment: who really makes the decision to enroll? *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 519-523.
- Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Jr., Desbiens N, et al. (1997). Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Annals of Internal Medicine*, 127(1), 1-12.
- Holroyd S, Turnbull Q, Wolf AM. (2002) What are patients and their families told about the diagnosis of dementia? Results of a family survey. [*International Journal of Geriatric Psychiatry*](#), 17(3), 218-221
- Johannesen M, LoGiudice D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Aging*, 42, 292-298.
- Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J. (2005). *Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO-SEGG
- Pérez G, Juste A, Aranda MT, Sancho M, Perlado L. (2006). *Malos tratos en personas mayores*. Madrid: IMSERSO-SEGG
- Pérez-Rojo G. (2008). Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas con demencia en el ámbito comunitario. *Revista de servicios sociales*. 43, 19-32.
- Reis M, Nahmiash D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 38 (4), 471-480.
- Sturman ED. (2005). The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 954-974.
- Vandeweerd C, Paveza GJ, Fulmer T. (2006). Abuse and neglect in older adults with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 41(1), 43-46.
- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(3), 276-300.

Cuidador y cuidados paliativos

CAPÍTULO 40

Cansancio en el desempeño del rol de cuidador en pacientes con Alzheimer

Ana María Carreño Gómez, Cándida Godoy Pastor, y María Isabel Medina Robles
S.A.S, Distrito Poniente (España)

Introducción

La primera referencia que hay sobre la carga del cuidador apareció alrededor de 1960 en el trabajo de Grad y Sainsbury (1963) con familiares de pacientes psiquiátricos.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906.

Evaluar la carga psicológica que supone para el cuidador es fundamental para delimitar las áreas en que éste precisa apoyo, como el estudio de Carmen de La Cuesta (2008) que habla de aliviar el peso del cuidador y lo que supone el descanso en su día a día; preparar programas de intervención y estimar su impacto, como la intervención guiada de autoayuda para cuidadores de Pot AM, Blom MM, Willemsse BM (2014).

Actualmente existe en gerontología tendencia a usar el cuestionario de Zarit (Zarit et al., 1980), como el método más extendido para evaluar la carga al cuidador de personas con demencia (Arai et al., 1997; Knight, Fox y Chou, 2000; Martín et al., 1996). Otros ejemplos para valoración clínica de la capacidad funcional son el Índice de Katz de Independencia de las actividades de la vida diaria (Katz et al., 1963), Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (Mahoney y Barthel, 1965) y el Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969).

Dentro del ámbito familiar, es la mujer la que por tradición ha asumido la atención a personas dependientes. Como dice Etxebarria (2011) en su programa, tras una intervención psicoeducativa se contribuye a que los cuidadores tengan mayor bienestar emocional y como consecuencia mejoren sus cuidados.

Para la Administración, las repercusiones en estos cuidadores informales también generaría mayor gasto, ya que supone que recurran más a servicios públicos y/o privados al verse desbordados (residencias y hospitales), elevando el gasto sanitario. Lo que es finalmente un problema para los actuales sistemas de protección social (Garcés, Carretero, Ródenas y Vivancos, 2010). De ahí programas para aumentar la resistencia del cuidador y su capacidad para seguir prestando atención mediante un sistema de soportes (Warrick N, Peckham A, Watkins J, Padjen M, Williams AAP, 2014). Ya que también los propios cuidadores harían un mayor uso de los recursos sociosanitarios como consecuencia del aumento de sus problemas de salud por sobrecarga (Flórez, 2004).

Hacer referencia por último a la importancia de la figura del cuidador, ya que cuando no existe y como refleja Takayanagi H, Gan to Kagaku Ryoho (2014), a través de una encuesta, los individuos prefieren ir a residencias o centros de día a estar en sus domicilios donde no es posible cubrir sus dependencias.

Objetivo

Conocer las repercusiones que el acto de cuidar tiene para los cuidadores.

Describir el cansancio en el rol de cuidador que sufren aquellas personas que se encargan de cubrir las necesidades básicas de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Analizar dicho problema mediante la documentación.

Manifestar la importancia de crear nuevas intervenciones y servicios adaptados a sus necesidades específicas, mediante apoyo y formación para que no aparezca el agotamiento.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de diversos estudios científicos sobre los cuidados domiciliarios en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, y como es desarrollado el rol de cuidador: preparación, cansancio, afrontamiento de la enfermedad.. en bases de datos como Cochrane Library, Cochrane Plus y/o Medline a través de la Biblioteca Virtual del Servicio Público de Salud.

Los descriptores fueron obtenidos a través de las páginas DeCS y las palabras clave utilizadas en idioma castellano han sido: Alzheimer, cuidados, enfermería y cansancio.

Tras una lectura exhaustiva se han seleccionado finalmente los más relevantes para llegar a los objetivos de nuestro estudio, y los publicados en los últimos 10 años.

Resultados/Estado de la cuestión

La Enfermedad de Alzheimer (Mal de Alzheimer, demencia senil tipo Alzheimer), es uno de los principales problemas de salud pública por su prevalencia, y aumenta en los últimos años y por sus costos.

Es una enfermedad degenerativa, manifestada con deterioro cognitivo y de la conducta. Es la demencia más común en mayores de 65 años (2 de cada 3 casos son Alzheimer), terminal y por ahora incurable.

Sus síntomas se confunden con los propios de la edad, por lo que es difícil el diagnóstico en su inicio.

La supervivencia media es de unos 3.4/5.9 años desde su diagnóstico.

En el mundo hay aproximadamente unos 24 millones de enfermos de Alzheimer, 6 millones en Europa y más de 500.000 personas en España (unos 100.000 nuevos casos cada año). Esta enfermedad afecta al 10% de la población mayor de 65 años y casi al 50% mayores de 85 años. El aumento de la esperanza de vida está convirtiendo esta enfermedad en una epidemia, ya que el único factor de riesgo que se sabe con seguridad de afecta al 100% es la edad.

Pero esta enfermedad afecta tanto a quien la padece como a sus familiares y cuidadores, que en muchas ocasiones sufren problemas físicos, psicológicos, económicos, etc, derivados del cuidado de su enfermo. España es uno de los países europeos con mayor número de horas dedicadas al cuidado de personas con dependencia. Por lo tanto, es un país con uno de los mayores desgastes y costos para cuidadores, familiares y entorno.

La demencia es un síndrome cuya característica principal es el deterioro cognitivo persistente que hace que el individuo tenga dificultades o sea incapaz de realizar adecuadamente sus actividades profesionales o sociales. Es adquirido y pueden causarlo muchas enfermedades. De evolución lenta, progresiva e irreversible generalmente.

La sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer se puede dividir en:

- Alteraciones cognitivas: lo más habitual son alteraciones en la memoria, orientación, capacidad verbal, función espacial y capacidad ejecutiva del paciente.
- Alteraciones funcionales: las que originan mayor dependencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria.
- Alteraciones psicológicas y del comportamiento: depresión, ansiedad, agresividad.

En las fases iniciales es importante distinguir los síntomas de alarma de un envejecimiento normal:

- pérdida de memoria.
- dificultad en la realización de tareas habituales o mentales sencillas (sumar).

- problemas con el habla.
- desorientación temporo-espacial.
- incapacidad para juzgar situaciones cotidianas (cruzar la calle).
- colocar objetos fuera de lugar.
- cambios de humor o comportamiento de forma repentina.
- pérdida de iniciativa.

Síntomas en el ámbito funcional o lo que es lo mismo: Actividades de la Vida Diaria; conjunto de conductas que una persona realiza cotidianamente para vivir de la forma más autónoma posible e integrada con su medio y cumplir con su función social. Estas actividades, según lo complejas que sean, se dividen en:

*Actividades Básicas de la Vida Diaria: dirigidas al autocuidado y movilidad de las personas que son las que le dan autonomía e independencia básica.

* Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: permiten a las personas mantener su independencia dentro de la comunidad (usar el teléfono, preparar su medicación, etc).

*Actividades Avanzadas de la Vida Diaria: son más complejas, y están relacionadas con el medio físico y entorno y que hacen que la persona se desarrolle socialmente con buena salud mental (viajar, deportes, etc.).

Es fundamental, para determinar la evolución de la enfermedad y la dependencia de una persona, la existencia de un cuidador que valore el estado funcional, para lo cual se han creado muchas escalas.

La evolución de la enfermedad, es una de las mayores preocupaciones, ya que es lenta y variable (orientativa, aunque es más rápida cuanto más joven sea el paciente).

¿Cómo se diagnostica la E. de Alzheimer?. Cuando en una persona aparezcan síntomas de alarma, pérdida de memoria, o capacidades mentales, es candidata a estar sufriendo esta patología. Es prioritario realizar un diagnóstico precoz para retrasar la sintomatología y aumentar la calidad y esperanza de vida, y poder establecer planes a largo plazo para tratar al paciente y dar apoyo físico, económico y emocional también al cuidador.

Uno de los trabajos consultados, en concreto el de Takayanagi H. (2014), dice en una encuesta realizada que al menos 2/3 de los encuestados prefieren estar en casa hogar o residencias antes que en sus domicilios, y que a su vez, preferirían quedarse en sus hogares el mayor tiempo posible si fuesen cubiertas sus necesidades y tuviesen una buena calidad de vida.

Cuando hablamos de CUIDADOR, existen dos grupos; los no profesionales como puede ser la familia, y los profesionales, instituciones públicas o asociaciones sin ánimo de lucro.

La familia es la mayor y principal fuente de cuidados de la persona con Enfermedad de Alzheimer (o con alguna dependencia). En personas mayores, aproximadamente el 70% de los cuidados que reciben es de su entorno, y un 30% de servicios profesionales. En este caso concreto de demencias, el peso del cuidado de estos pacientes es llevado a cabo normalmente por un solo familiar, no es repartido entre todos los miembros familiares, por tanto, el que va a sufrir todo el cansancio en el desarrollo de su rol y todas las consecuencias negativas que ello acarrea. Al principio de la enfermedad, ese único cuidador aparece espontáneamente, siendo por lo general, la persona que más cerca está del paciente (física y emocionalmente), y en la que recae todo el trabajo. Suelen pensar, a corto plazo que esa situación no va a durar muchos años, pensando a corto plazo, y al no conocer en profundidad la enfermedad, tampoco valoran la demanda de cuidados por parte del enfermo, que cada vez serán más y más.

Por lo general, también suele ser mujer, emparentada con el paciente (las parejas en un 77,5% casos), y si la paciente es una mujer, su cuidadora también suele serlo, en este caso su hija, todo ello a pesar de los cambios sociales actuales en los que las mujeres también están incorporadas al ámbito laboral. Sí es verdad que cada vez hay más hombres que por lo menos participan del cuidado de estos pacientes, sobre

todo si se trata de sus parejas y llevando esta tarea muy correctamente. Además, el cuidador suele ir a vivir o convivir con el enfermo en el mismo espacio físico, lo que desgasta aun más.

Al cuidador debemos considerarlo como un elemento importantísimo, ya que provee atención y cuidado en multitud de tareas (nutrición, higiene..), además de ser el primero en detectar casi siempre, nuevos síntomas que facilitan a los sanitarios por tanto poder tratar antes y de forma más correcta a sus enfermos. Además, son los encargados de intentar mantener el nivel funcional de su familiar. Nosotros como profesionales, debemos ser la herramienta para informar sobre todo lo que compete a esta dura enfermedad, para poder llegar al objetivo final: mejorar la calidad de vida del paciente y familia.

Debido a este gran desgaste que sufren los cuidadores, pueden aparecer en ellos, diferentes problemas físicos, psíquicos y socio-familiares, limitando su propia vida, por ejemplo:

- alteraciones físicas: malestar general, alteraciones del sueño, cefaleas, anemia, trastornos osteomusculares, etc.
- alteraciones psicológicas: tristeza, irritabilidad, depresión, ansiedad, etc. Es importante que el propio cuidador vea la necesidad de dejarse ayudar, y tome conciencia de que él también tiene que cuidarse.
- alteraciones sociales: con el desarrollo de la enfermedad, el cuidador tiene que dedicar cada vez más tiempo a su tarea, llegando a veces a dedicar las 24 horas del día, por lo que le falta tiempo para otras tareas ni siquiera para él mismo. Como resultado, se va aislando poco a poco, abandonando sus anteriores actividades, aficiones, e incluso perdiendo sus amistades. En los casos en los que el cuidador tiene un trabajo, este termina por abandonarlo perderlo. A veces el problema aparece por un sentimiento de culpa, no quieren delegar los cuidados en otras personas.
- dificultades económicas: al afectar al trabajo del cuidador, y si se le añade el hecho de que los medicamentos y materiales que va a necesitar con el desarrollo de la enfermedad cada vez son más, el gasto económico aumenta, por lo que también supone un esfuerzo extra.

Desde el punto de vista familiar, la Enfermedad de Alzheimer pasa por una serie de fases:

- a) Fase leve: donde la familia está perdida, cree que podrá con todo y con ese pensamiento de a corto plazo, donde piensa que no durará mucho la situación. Pero a medida que pasa el tiempo y ven la realidad, aparece el miedo; los cambios de personalidad del enfermo no sabe cómo afrontarlos y buscarán otras opiniones médicas. Lo más importante es que el cuidador y familia se conciencien de la importancia de que el paciente inicie su tratamiento lo antes posible. Nosotros como profesionales empezaremos a mostrarles como es la enfermedad y los diferentes pasos por los que van a pasar, para minimizar esos sentimientos de miedo e impotencia.
- b) Fase Moderada: Si hacemos nuestro trabajo, el familiar se adaptará a la enfermedad lo mejor posible, intentando convivir con ella. Aquí es muy importante que el cuidador busque ayuda y se apoye en los servicios públicos y privados, ya que generalmente es la fase más larga y complicada de la enfermedad, donde el paciente sufre un empeoramiento, apareciendo las alteraciones de conducta y donde sus necesidades son cada vez mayores. El cuidador tiene que satisfacer esas necesidades (económicas, domésticas, legales..).
- c) Fase Grave: debido a la evolución tórpida y donde esta enfermedad precisa de la satisfacción de muchas necesidades, el cuidador llega al final con enorme desgaste. El tratamiento hacia el paciente se basa en mantener una adecuada calidad de vida con el desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria. A veces incluso ingresan a sus familiares en centros especializados porque se ven faltos de conocimientos y herramientas para proporcionarles los cuidados necesarios y se ven desbordados e impotentes en esta fase de la enfermedad aumentando más su sentimiento de culpa.

Cuando a un paciente se le diagnostica Enfermedad de Alzheimer, es importante que en la familia exista una buena comunicación, ya que si están bien organizados, los conflictos que pueden aparecer por las demandas de la enfermedad, van a ser siempre mucho menores que si sucede al contrario.

Cualquier conflicto que aparece en la convivencia por los diferentes intereses, deseos y valores de los miembros familiares, con esta enfermedad van a sufrirlas todos. A todos estos problemas hay que intentar encontrarles solución, teniendo en cuenta que al ser una enfermedad, las emociones hacen que sea más difícil aun, por lo que es importante estar preparados, informados y con las ideas lo más claras posibles.

La comunicación siempre ha sido uno de los medios más eficaces para resolver cualquier conflicto, eligiendo eso sí, el momento más adecuado.

Cuando una persona asume el cargo de cuidador, tiene que tener claro cuáles son las razones que lo llevan a cuidar de su familiar y asumirlas desde el principio, aunque a veces sea porque lo le queda más remedio, ya que si no es así, puede tener una mayor predisposición a sufrir más trastornos psicológicos.

Los motivos más frecuentes para asumir el cargo de cuidador suelen ser:

- + Motivación altruista: por amor, cariño, generalmente son las personas que compartían una relación más cercana, la conocían más y se mueven esos sentimientos de respeto.
- + Por reciprocidad: piensan que su enfermo haría lo mismo o ya lo hizo en su momento.
- + Por gratitud: hacia el enfermo (satisfacción interna).
- + Por sentimiento de culpa: hacia el enfermo.
- + Para evitar la censura: por parte del resto de la sociedad, de los demás.
- + Por obligación: por no contar con recursos económicos o apoyo de otras personas tienen que asumir ese rol.

Los cuidadores que lo hacen por obligación, para evitar la censura y por aprobación de la sociedad, suelen ser aquellos que no han tenido previamente una buena relación con la persona enferma o que han tenido menos relación o menos familiaridad.

Síndrome del Cuidador

Por la complejidad de esta enfermedad, en la que la familia sufre y se desgasta paralelamente al paciente, lo más importante, aparte de seguir investigando sus causas, factores de riesgo, tratamientos etc, es proporcionar la formación e información mayor posible a familiares y cuidadores, para afrontar de la mejor forma posible esta situación, ya que tendremos más estrategias para hacer frente a los problemas que se presenten, y con la sensación de mayor control y por tanto más seguridad en sus acciones.

Este síndrome, que fue descrito en Estados Unidos en 1974, consiste en un desgaste de las reservas psicológicas y físicas por la sobrecarga desmedida en el cuidado de un enfermo crónico, como ocurre en el paciente con Alzheimer.

Un cuidador propenso a sufrir este síndrome suele ser aquel que le dedica prácticamente la totalidad de su tiempo al otro (incluso abandonando su trabajo), sin ayuda (ni la busca), con medios y medidas generalmente inadecuados para afrontar los conflictos. Suele aparecer también por la sensación de no controlar y no satisfacerle el resultado de su trabajo, llevándole a un agotamiento físico y psicológico.

El perfil de riesgo de un cuidador suele ser la mala salud física previa, historia de depresión, escaso apoyo social y familiar, soledad, ser mayor, falta de conocimientos sobre la enfermedad...Fases por las que pasa el cuidador que sufre este síndrome:

1. Fase de estrés laboral: vive por y para el paciente, intentando demostrarse que puede con todo y rechazando cualquier ayuda externa. Al llegar el cansancio físico, hace que también disminuya la calidad de sus cuidados, pero no es consciente de ello.
2. Fase de estrés afectivo: tiene la sensación de que nadie lo entiende y que nadie de su alrededor le presta ayuda. Además no siente que reconozcan su trabajo.
3. Fase de inadecuación personal: empiezan a aparecer ya los primeros síntomas y patologías por su acción desmedida (hipertensión, colesterol, vómitos, fatiga, cansancio...)

4. Fase de vacío personal: aparece si el paciente ya no está, por fallecimiento o porque haya ingresado en una residencia. El cuidador tiene que volver a empezar su vida rellenando ese vacío (tiempo y espacio) inmenso que ocupaba el paciente en su vida.

Apoyo institucional, recursos sociales.

Para llevar a cabo determinadas medidas y/o decisiones, tenemos que conocer las peculiaridades de cada familia, desde el paciente al cuidador principal y al resto de componentes de la unidad familiar. Como se ha mencionado, para convivir día a día con esta enfermedad, es necesaria toda la información, formación atención y recursos sociales, prestados por un equipo multidisciplinar, competente, ya que dependiendo de todo ello se podrán tomar unas medidas u otras y que no son universales para todos.

Hasta que no se aprobó la Constitución, en España, las necesidades sociales se cubrían generalmente a modo de caridad o beneficencia, y aunque no se habla de servicios sociales de forma explícita en ella, si se desarrolla en sus artículos.

Se crearon como una forma de procurar bienestar social, proporcionado por el Estado, pero complementado por la familia, la sociedad y lo privado. A su vez, cada autonomía regula sus leyes sobre esta cuestión y otras (salud e higiene, servicios sociales...). Existe un Plan concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones locales que se crea como iniciativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en cooperación con otras administraciones públicas y que tiene un presupuesto asignado para impulsar y consolidar la atención primaria del sistema público de servicios sociales.

Tantas son las personas mayores y con una situación de dependencia que ha hecho que surja una preocupación en cuidadores no profesionales, profesionales y en toda la sociedad, y como consecuencia la administración ha empezado a dirigir todos los recursos y servicios que había de forma que sean más eficaces y eficientes, es decir, estudiar las necesidades y planificar, programar y ejecutar los proyectos específicos para cubrirlos.

Otras revisiones consultadas muestran como lugares como es el caso de Toronto mediante la Sociedad de Alzheimer de Toronto junto con otras agencias han lanzado un programa pionero para aumentar la resistencia del cuidador a esa sobrecarga, sustentado en un sistema de servicios prestados por el estado y otras asociaciones, (Warrick N, Peckham A, Watkins J, 2015).

En España está el IMSERSO (que es una agencia de la Seguridad Social que complementa las prestaciones en materia de personas mayores y con algún estado de dependencia, 2005). Este ha publicado el llamado Libro Blanco de la dependencia, con 12 capítulos en los que habla de los modelos de otros países europeos, cuidados de larga duración que hacen los cuidadores informales, recursos para la atención para los mayores dependientes, entre otras cuestiones. Este libro ha de servir de base para redactar la llamada ley de dependencia.

La Enfermedad de Alzheimer debe ser atendida desde todos los niveles sanitarios y no sanitarios disponibles:

- Atención primaria es como siempre el más cercano al paciente y su entorno y el que mejor lo conoce, por lo que le es más fácil seguir su evolución mediante también la visita domiciliaria.
- Atención especializada por una cuestión aguda u otro proceso crónico que aparezca paralelamente a su enfermedad.
- Unidad de Memoria y Demencias: estas suelen estar en Hospitales como Larga Estancia donde trabajan un equipo multidisciplinar para diagnóstico, tratamiento, investigación, etc.

Visitas domiciliarias: es uno de los mayores recursos disponibles y donde enfermería tiene una gran labor in situ, es decir en el ambiente familiar en el que se desenvuelve el paciente y la familia. Es donde se puede obtener la información más fiable para poder resolver los problemas que surjan.

Respecto a la administración, la ayuda a domicilio abarca varios campos, desde asistir en higiene, movilización, alimentación, a la persona dependiente, como servicios de teleasistencia, rehabilitación y adaptación de la vivienda al estado físico del paciente, entre otros.

Estas ayudas no son suficientes cuando la dependencia es muy importante, a no ser que la familia preste un apoyo muy fuerte y estable y entonces los servicios sociales son como un sitio donde descargar su cansancio, un respiro familiar, como son por ejemplo los Centros de día, donde la familia puede dejar durante unas horas el cuidado de su familiar en manos de profesionales, permitiendo al cuidador compaginar su trabajo y/o vida personal con los cuidados del paciente con Alzheimer.

Discusión/Conclusiones

Debido a la complejidad de esta enfermedad incurable que demanda tantos cuidados hasta el punto de absorber la vida de un cuidador, hay que proponer nuevas estrategias y servicios sociales, públicos y privados, que se adapten a las necesidades específicas de cada paciente, familia y cuidador.

Enfermería, tiene un papel fundamental para ayudar desde la base y cercanía en el propio ambiente familiar. Es necesario más estudios de investigación que profundicen en el contexto de los cuidadores e identifiquen el papel de los profesionales de la salud en ello. Muchos de estos cuidadores no se sienten cualificados para prestar la atención que precisan sus familiares y esto les lleva finalmente a la frustración.

Si fuésemos capaces de formar y preparar adecuadamente a esa figura, que es la de cuidador, el resultado sería más gratificante, llegando a mejorar todos los aspectos que rodean la enfermedad, su dependencia y el cansancio que produce en las personas que lo rodean. Se disminuirían los gastos de atención, material, visitas médicas, y mejoraría la calidad de vida de paciente y cuidador.

Tras la consulta de diferentes estudios, otra conclusión a la que a la que llegamos, es que mientras el paciente cubre las necesidades en su domicilio es menos costoso para la comunidad y que cuando es precisa la intervención de cuidados informales ese gasto aumenta mucho más que si recibe los cuidados en una residencia (König HH, Leicht H, Brettschneider, 2014).

Referencias

- De La Cuesta C. (2011). "Una vida que no es normal": en el contexto de los cuidadores familiares en la demencia. *Index Enfermería* (revista en línea), 20 (1-2), 41-45.
- Pot AM, Blom MM, Willemse BM. (2015). Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. *Int Psychogeriatr*.1-12.
- Garcés J, Carretro S, Ródenas F, Vivancos M. (2010). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: A review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50: 250-253.
- Warrick N, Peckham A, Watkins J, Padjen M, Williams AAP. (2014). Caring for caregivers of high-needs older persons. *Health c Q*. 17(3), 24-9.
- Takayanagi H, (2014). Gan to Kagaku Ryoho. Demencia tends to become an impediment to continued homecare- "staying home until death" even with dementia: 41 Suppl: 45-6.
- König HH, Leicht H, Brettschneider C, Bachmann C, Bickel H, Fuchs A, Jessen F, Köhler M, Lupp M, Mösch E, Pentzek M, Werle J, Weyerer S, Wiese B, Scherer M, Maier W, Riedel-Heller SG.(2014). The costs of dementia from the societal perspective: is care provided in the community really cheaper than nursing home care?, *Feb; 15(2)*, 117-26.
- Departamento de estudios e innovación social. Cruz Roja Española. Portal sobre vulnerabilidad social. (2014). www.sobrevulnerables.es
- Heser K, Wagner M, Wiese B, Prokein J, Ernst a, konig HH, Brettschneider C, Riedel- Heller SG, Lupp M, Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Bickel, Mosch E, Rentzek M, Fuchs A, Maier W, Scherer M, Eisele M. (2014). Associations between Dementia Outcomes and Depressive Symptoms, Leisure Activities, and social Support. *AgeCode Study Group. Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 4(3),481-93.
- Mougiias AA, Politis A, Mougiias MA, Kotrotsov I, Skapinakis, D´Amigos D, Maureas VG. *Psychiatriki* (2015). The burden of caring for parients with dementia and its predictors, 26(1), 28-37.

Pflege Z (2014). Nursing and providing care at the end of life: every person decides for himself, 67(10),636-7.

Gelber RP, Redline S, Ross GW, Petrovitch H, Sonnen JA, Zara C, UYehara-Lock JH, Massaki KH, Launer LJ, While LR. (2015).Neurology. 150 years of geriatric medicine: from improving life expectation to better quality of life for the very old, 84(3), 296-303.

CAPÍTULO 41

Preferencias en Cuidados Paliativos

Antonia Berenguel Martínez* y Maria Rosa Berenguel Martínez**
*Graduada en Enfermería (España), **Diplomada en Enfermería (España)

Introducción

Se supone que el origen etimológico de la palabra “paliativo” proviene del latín “pallium”, palabra que significa manto o cubierta, la cual hace alusión al procedimiento de aliviar síntomas o sufrimiento. En el siglo IV hay constancia de la aparición de la primera institución cristiana con los nombres de “Hospitium” o “Xenodochium”. Fue en territorio bizantino donde apareció en primer orden, seguido de Roma y después se fueron expandiendo al resto de Europa. (Hernández, 2001; Del Río, 2007). Los hospicios durante la Edad Media fueron los lugares de acogida para los peregrinos, los cuáles llegaban enfermos de manera muy grave o casi moribundos (Kübler, 1972).

Por este motivo, las funciones de estos hospicios no solo eran dar refugio, sino que ayudaban con alimentos a los extranjeros y sobre todo se dedicaban a los cuidados de enfermos y moribundos. Pero con la llegada de la Reforma la mayoría de los hospicios finalizaron su existencia de una forma hostil. (Sanz, 1995).

La fundación del St Christopher’s Hospice de 1967, es considerado como el “comienzo oficial” del llamado Movimiento de Hospicios Moderno (Jackson y Eve, 1997). Tras los resultados que se obtuvieron en esta institución, consiguieron demostrar que hay una mejoría considerable en la calidad de vida de los enfermos terminales así como de sus familias controlando los síntomas, una correcta y fluida comunicación y un buen acompañamiento espiritual, social y emocional. De este modo se considera de forma que realmente este fue el primer Hospicio cuyos cuidados y apoyo iban dirigidos también a las familias de las cuáles se daban atención a sus seres queridos en estado terminal, y donde también se realizaron programas de investigación y docencia durante todo el proceso de enfermedad y además en el duelo (López, 1998).

El concepto de Cuidados Paliativos fue incorporado oficialmente por la OMS en 1980, la cual también incorpora y promueve en el Programa de Control de Cáncer el Programa de Cuidados Paliativos.

En el resto de comunidades autónomas también han existido diferentes iniciativas y en el año 2000 se aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos donde se plasmaron las bases para su desarrollo (Gómez, 1998).

Sobre este plan, la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado experiencias por las que han elaborado su propio Plan Regional de Cuidados Paliativos que van dirigidos a la atención de los pacientes con enfermedad en situación terminal. Pero por otro lado, decir que hay una gran disparidad entre los modelos de cuidados paliativos de cada comunidad autónoma.

En España se estima que existen más de 206 equipos de cuidados paliativos de gran diversidad, que van desde unidades de cuidados paliativos hospitalarios, cuidados paliativos domiciliarios desde atención primaria a equipos de soporte hospitalario o domiciliario. (Pérez, Ullán y Valentin, 1998). Se identificaron siete modelos organizativos para la atención a Pacientes en situación terminal, son los siguientes:

Equipos de Atención Primaria en Cuidados Paliativos:

Son cuidados en el domicilio ofertados por el EAP (equipo de atención primaria).

Proporcionan soporte emocional, información y comunicación al paciente y cuidadores.

Llevar a cabo una valoración y abordaje continuado del dolor que incluye tanto medidas farmacológicas como medidas encaminadas a aumentar el confort, la relajación, la seguridad y la información a los cuidadores.

- Alivio de los síntomas y del sufrimiento.
- Prevención, información y abordaje de situaciones de urgencia o crisis.
- Prevención y abordaje de claudicación emocional de la familia.
- Atención al proceso de agonía y muerte.
- Atención al duelo. Prevención del duelo patológico.

Equipos de Soporte Hospitalario (ESH):

Son dispositivos específicos para prestar cuidados paliativos que trabajan de forma coordinada con los diferentes niveles asistenciales, y que desempeñan sus funciones tanto fuera como dentro del ámbito hospitalario.

Pueden ser equipos básicos, si la composición es mínima -médicos y enfermeras- o completos, si además integran psicólogos, trabajadores sociales u otros.

Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD):

Se concibe como un equipo multidisciplinar, (EAP) cuya misión básica es colaborar con los equipos de atención primaria en la atención a pacientes que presentan limitaciones funcionales, a inmovilizados severos y a pacientes terminales.

Estos equipos están adscritos a las Gerencias de Atención Primaria y están integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos, tienen la colaboración de psicólogos y trabajadores sociales. (*Cuidados Paliativos domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Consejería de Salud. Sevilla 2003*)

Unidades de Cuidados Paliativos focalizados a domicilios, los cuáles son dirigidos por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC):

Están constituidas por un equipo multidisciplinar, integrado por un médico, un psicólogo, un trabajador social y voluntarios.

Se coordinan junto con los ESAD (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria) y los EAP (Equipos de Atención Primaria) para la prestación de cuidados paliativos en aquellas áreas que dispongan de estos dispositivos de apoyo.

Unidades de Cuidados Paliativos de agudos:

En concordancia con las características de la demografía y el padrón de morbi-mortalidad poblacional, son un elemento de referencia para una o varias Áreas de Salud.

Estas unidades tienen como funcionalidad a la prestación de cuidados paliativos a pacientes con alguna enfermedad terminal dependiendo de la complejidad del caso y/o cuando se presentan situaciones diversas del propio entorno familiar que hacen imposible la atención domiciliaria.

- Están ubicadas en hospitales de media y larga estancia y en centros residenciales.

Servicios de especialidades de los hospitales de agudos:

Suponen la activación e integración de todo el dispositivo sanitario del que se disponen en las distintas unidades médico-quirúrgicas, para conseguir de esta forma los cuidados y atenciones necesarias y óptimas como referente al cuidado integral al paciente en este estado de su vida.

Para la OMS (2002)

Se entiende como Cuidados Paliativos al Cuidado activo e integral de pacientes para cuya enfermedad no responde con terapias curativas. Se fundamenta en aliviar el dolor y demás síntomas que acompañan a la enfermedad no obviando en ningún caso los problemas o dificultades sociales, psicológicos y espirituales, 804.

Con esto lo que se pretende es alcanzar un objetivo claro, y es hacer posible garantizar la máxima y elevada calidad de vida al paciente y a su entorno familiar (Barbero, 2008). En diversos aspectos que proporcionan los cuidados paliativos, son en cierta manera viables también para otras fases de la enfermedad cuando son aplicados de forma conjunta con otros tratamientos más específicos (Centeno, 2006).

En cuanto al origen de los Cuidados paliativos de la edad Moderna, es sin duda oncológica. De este modo, estos cuidados y de forma tradicional, van encaminados a enfermos con cáncer. Ya su fundadora *Cicely Saunders* se inspiró en su amigo, David, camarero de profesión con un cáncer inoperable y sin nadie a su lado. Es cierto que hay enfermedades crónicas en cuyas fases finales suponen un gran revés emocional y en los cuales necesitan ser tratados con estos cuidados.

Los pacientes que presentan enfermedades no oncológicas son los que padecen las dificultades para su diagnóstico al determinar que se trata de una enfermedad terminal. Debido a la escasa precisión en el pronóstico, hace que se ponga en duda sobre la actitud que se debe de tomar durante todo este periodo de tiempo si es el correcto o cuando es el momento para la derivación a las unidades de Cuidados Paliativos por parte de los especialistas.

Por ello, es de gran importancia que todos los profesionales que en su diagnóstico para la derivación a los cuidados paliativos, y los del propio sistema, tengan la capacidad de reconocimiento de una discapacidad progresiva y también a un mal pronóstico de la misma, de forma que el paciente tenga la oportunidad del beneficio de esta atención integral y multidisciplinar (Camps y Martínez, 2002).

Con esto, solo queda decir, de forma exhaustiva que todo este sistema de cuidados deben de ofrecerse en función de las necesidades del paciente, descartando tener que esperar a un diagnóstico instaurado y avanzado y a un pronóstico inmediato.

Los cuidados paliativos se han impuesto hoy día como una necesidad indispensable. La Organización Mundial de la Salud hace alusión a las necesidades que se deben de cubrir en estos pacientes, recomendando a los gobiernos que incluyan en sus políticas sanitarias estos servicios, aumentando los recursos solo y específicamente para los servicios de paliativos.

Teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población, la demanda de cuidados y el consumo de recursos, se podrían crear graves problemas de funcionamiento al sistema. Por lo que es importante conocer la necesidad de adaptar los servicios existentes o buscar nuevas alternativas, surgiendo diferentes modelos en la organización de los cuidados paliativos.

La importancia del trabajo es conocer la situación actual en España en materia de Cuidados Paliativos, cómo perciben los pacientes y sus familiares la calidad con la que se prestan dichos cuidados y qué modelo prefieren y por qué.

Objetivo

El objetivo general es conocer, de forma justificada, las preferencias de la asistencia de los CP tanto para el paciente como sus familiares.

Para ello nos basamos en los siguientes objetivos específicos:

-Comprobar si el grado de calidad de los cuidados paliativos que se presentan en el domicilio, hospital u otra institución es igual de válido y confortable para pacientes-familia.

- Verificar si el coste de los cuidados prestados se reducen en atención domiciliaria.

- Comprobar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

- Justificar si existe una comunicación efectiva entre paciente-familia y personal enfermería de la unidad de cuidados paliativos.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos PUBMED, CUIDEN y Medline.

Se usó como descriptor “palliative, care, patient and family, “historia y evolución de los cuidados paliativos”.

Por la relativa reciente aparición de los cuidados paliativos no se ha restringido la búsqueda en un intervalo concreto de años, con el objetivo de conocer la evolución literaria de los cuidados. Los tipos de artículos incluidos para esta revisión fueron: Revisiones Bibliográficas, libros, artículos de revistas, protocolos, tesis doctoral.

Resultados/Estado de la cuestión

Para el estudio de los cuidados paliativos en sus diferentes estados, es necesario conocer el funcionamiento de los mismos y la interacción entre las instituciones, profesionales, familia u entorno y paciente.

- Se ha demostrado según fuentes revisadas (Pascual López, 1996) que sobre la persona enferma hay un mejor control de esos síntomas con estos cuidados y además se ha conseguido que el entorno familiar dé su consentimiento cuando se procede a dar los cuidados paliativos en el domicilio mediante una Atención Domiciliaria. Para el paciente, lo importante es que se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus hobbies.

- La alimentación es más variada y los horarios no son rígidos sobre todo para los familiares porque logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado (Ferris, Balfour, Bouwen k et al., 2002). Puede realizar los cuidados con más tranquilidad, sin apuros. Siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio. Se previene el duelo patológico.

- Más del 50% de los pacientes prefieren ser atendidos y fallecer en su domicilio siempre que las circunstancias permitan la elección. A pesar de los notables esfuerzos y políticas, un tercio o menos de todas las muertes tienen lugar en el domicilio en muchos países del mundo (Aabom, Kragstrup, Vondeling, Bakketeig, Stovring, 2006).

- Se constata que los efectos beneficiosos son pequeños, pero estadísticamente significativos de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios en comparación con la atención habitual al reducir la carga de los síntomas para los pacientes y ningún efecto en la aflicción de los cuidadores (Molina, Romero, Romero, Rodríguez y Gálvez, 2006).

- La mayoría de los pacientes fallecen en hospitales (60%). Los enfermos son ingresados en el hospital en la mayoría de los casos a instancias de sus familiares por claudicar en sus cuidados o por miedo a la muerte en el domicilio., aún cuando la mayoría de los profesionales (81%) consideran el domicilio el lugar más apropiado (Davies, 2004).

- La calidad de la atención en hospitalización convencional es inferior a la prestada por equipos especialmente preparados.

- Han aumentado los traslados a CMCEP y los fallecimientos en domicilio

- El beneficio es tanto para el paciente como para la familia, pero sin duda también para el sistema de salud, evitando así una estancia hospitalaria de largo tiempo cuyo coste es elevado, ya que no suelen estar preparados para cuidar a largo plazo (Flores, Centeno, Sanz, Hernansanz, 2005)

- Las muertes más costosas son aquellas que se producen en el hospital por ancianos entre 65/79 años, y que además el gasto sanitario se concentra en las últimas semanas de vida. Si se prioriza la atención integral del paciente paliativo en domicilio con unos cuidados coordinados y organizados se

unifican dos fortalezas, el confort del paciente en el domicilio y el ahorro de costes asociados al proceso de hospitalización (Clark, Centeno, 2006).

- Los servicios coordinadores de cuidados paliativos, así como la atención domiciliaria y hospitalaria por equipos especializados parecen más costo efectivos que los convencionales porque disminuyen el consumo de recursos sanitarios (menos pruebas diagnósticas y terapéuticas, menos ingresos y menos días de estancia en hospitales generales).

- Las visitas conjuntas y las sesiones docentes de un ECP se asocian con un aumento de la actividad de los equipos de atención primaria. Los estudios realizados demuestran la buena coordinación entre el Equipo de Trabajo Domiciliario, el Sistema de Salud Regional y las Instituciones de Internación Hospitalaria, para la mejora del Área Domiciliaria (Rocafort, 2006).

- La comunicación del personal de enfermería del equipo de CP con los pacientes se comprobó ser un importante atributo, evidenciando la atención de señales no verbales, la presencia compasiva, la comunicación verbal alegre que privilegia el optimismo y buen humor (De Cuadras, Hernández y Pérez, 2003).

- Pacientes y cuidadores muestran patrones de comunicación diferentes, siendo los primeros más proclives a comunicarse, lo cual se facilita si el paciente es más joven (Pascual, 1996).

Discusión/Conclusiones

Tras analizar los resultados de la búsqueda bibliográfica, se puede concluir que a pesar de la existencia de diferentes modelos en los que se organizan los Cuidados Paliativos en nuestro país, todos tienen como finalidad la asistencia al paciente y sus familiares con óptima calidad según los estudios realizados (Moro, Jenaro, Flores y Tomsa, 2014).

Son múltiples los efectos beneficiosos tanto para paciente como familiar de fallecer en sus domicilios donde el paciente se siente más protegido por reconocer el entorno. Pero en la actualidad el paciente fallece más en hospitales que en sus domicilios, según los estudios realizados (Ferris, Balfour, Bouwen, 2002)

La coordinación entre los distintos niveles asistenciales según Sánchez (2010), es fundamental para obtener una calidad extrema en los cuidados prestados y así poder facilitar la muerte en domicilio, siendo también los costos menores en domicilio frente a lo hospitalario, excepto cuando en los hospitales se mantiene modelo tradicional y no se gestionan los cuidados paliativos como unidad, en cuyo caso el coste es mayor a los anteriores.

Referencias

- Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakkeiteig, LS., Stovring, H. (2006). Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end stage cancer patients? *Palliat Med*, 20, 507-12.
- Barbero, J. et als. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. SECPAL; 2008
- Camps, C. y Martínez, N. (2002). Una nueva concepción de los Cuidados Paliativos en Oncología. Los cuidados continuos y la integración de niveles. *Rev Oncol*, (4), 476-484.
- Centeno, C. (2006). Cuidados Paliativos. Nuevas perspectivas y prácticas en Europa, 34-41.
- Clark D. y Centeno C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinique Medicinal*, 6, 197-201.
- De Cuadras S., Hernández MA. y Pérez E. et al. (2003). Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación familiar. *Medicina Paliativa*, 10, 187-190.
- Del Río M.I., Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*. Vol.32, nº1,
- Davies, E. (2004). Better palliative care for older people, Copenhagen.
- Flores LA., Centeno I., Sanz A., Hernán Sanz, S. (2005). Directorio de cuidados paliativos en España. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Ferris FD, Balfour HM, Bowen k et al. (2002). A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Syptom Manage*, 24, 106-123.

- Gómez Sancho M. (1998). "Medicina Paliativa: La Respuesta a una Necesidad" Madrid: Arán.
- Hernández Conesa, J. Historia de la Enfermería. Madrid
- Kübler Ross E. (1972) "La muerte y los moribundos" Barcelona: Grijalbo.
- López Imedio, E. (1998). Enfermería en cuidados paliativos. Madrid.
- Molina JM., Romero J., Romero Y., Rodríguez RM y Gálvez R. (2006). Encuesta de satisfacción a cuidadores en una unidad de cuidados paliativos. Medicina Paliativa, 13, 11-17.
- Moro, L., Jenaro, C., Flores, N y Tomsa, R. (2014). Una reflexión sobre el proceso de comunicación y la relación entre el equipo de salud y los enfermos en oncología. En M^aC. Pérez, M^aM. Molero, I. Mercader y F. Soler (comps.). Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento (pp: 127-132). Almería; Asociación Universitaria de Educación y Psicología.
- M. Hernández Peris, A. Baixauli Rubio. Guía práctica de los cuidados paliativos en Atención Domiciliaria. JANSSEN-CILAG.
- The Hospice Information Service. Jackson A., Eve A. (eds). (1997). Directory of Hospice and Palliative Care Services in the United Kingdom and Republic of Ireland. The Hospice Information Service. London .
- Pérez Cayuela P Ullán Álvarez, E; Valentin Maganto, V. (1997). En Guía básica de cuidados al paciente terminal. Insalud-Área 11. Madrid.
- Pérez Cayuela, P; Ullán Álvarez, E; Valentín Maganto, V (1998). Generalidades. Cuidados Paliativos al enfermo oncológico terminal. Insalud-Área 11. Madrid.
- Pascual López L. (1996). La atención al paciente con cáncer en fase terminal. I: Control de síntomas. Ed. Fundación de SVMFIC. Madrid.
- Rocafort Gil, J., et al. (2006). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de Atención Primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. Atención Primaria, 38(6), 316-323.
- Sánchez, E. (2010). Multidisciplinariedad, Interdisciplinariedad, Transdisciplinariedad. Arch Bronconeumol, 46(1), 50-52.
- Sanz Ortiz, Jaime. Historia de los Cuidados Paliativos en España. www.secpal.com , 1995

CAPÍTULO 42

Incidencia del insomnio y sus causas en pacientes paliativos y cuidadores

Rocío Pérez Rodríguez*, Rosa Noelia Alonso López**, y Eva María Fernández García**

**Universidad de Almería (España), **Servicio Andaluz de Salud/Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (España)*

Introducción

Bien es sabido que los pacientes paliativos sufren falta de sueño repercutiendo en sus síntomas y eso produce que disminuya su nivel de energía. El insomnio es definido con la queja predominante de la insatisfacción en la calidad y la cantidad de sueño durante las distintas fases del ciclo del sueño, y que afecta fácilmente en la calidad de vida y en el tratamiento de estos pacientes (Harris, 2014).

La academia americana de medicina del sueño (2005), define el insomnio como la percepción subjetiva de dificultad con la iniciación del sueño, duración, consolidación, o la calidad que se produce a pesar de una oportunidad adecuada para el sueño y resultados en alguna forma de deterioro durante el día.

Por lo tanto, se puede decir que el insomnio es uno de los trastornos del sueño que se presenta con mayor prevalencia y frecuencia en el paciente y su cuidador, que cuenta con consecuencias negativas sobre su calidad de vida (Maté, 2004).

El insomnio implica problemas en el sueño, ya sea de iniciación, de mantenimiento o de restauración. El letargo es un síntoma diferente al insomnio y que se relaciona con la fatiga causa en estos pacientes. Sin embargo, el insomnio puede contribuir a la fatiga y el letargo empeorado esta sintomatología en los pacientes paliativos. Es muy importante señalar que el insomnio es un factor de riesgo para los trastornos del estado de ánimo y contribuye a tener un mayor letargo (Davis, 2014).

La prevalencia del insomnio en pacientes paliativos es mayor que en la población general, con una diferencia de hasta 50% vs 4-22% (Schmidt, 2011 y O'Donnell, 2004). Sin embargo, el insomnio ha recibido poca atención de la comunidad oncológica en comparación con otros síntomas como el dolor y la fatiga (Renom-Guiteras, 2014).

Según diversos estudios de autores como Delgado-Guay (2011) y Van den Beuken-van Everdingen (2009), indican que los trastornos del sueño son un problema prevalente en Cuidados Paliativos padecido entre 30-96% de los pacientes. Además afirman que son uno de los problemas que generan mayor angustia a los pacientes.

Varin (2013) describe tres tipos de problemas del sueño: el insomnio por conciliación, insomnio por despertares nocturnos o el insomnio mixto. Su tratamiento está orientado a medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas, como mejorar la comodidad física, ambiental y sonora. El tratamiento farmacológico se basa en la utilización de fármacos hipnóticos como benzodiacepinas e hipnóticos no benzodiacepínicos (Ferre, 2012).

Como bien se ha descrito, uno de los problemas más frecuentes de los pacientes terminales y sus cuidadores es la dificultad para dormir adecuadamente durante la noche. Aunque las causas que pueden alterar el sueño nocturno son muchas, se puede destacar principalmente la ansiedad, que puede estar asociada a la propia enfermedad y/o a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos (Maté, 2004). Otros autores como Carralero (2013) atribuye las caudas a problemas de tipo depresivos, ansiosos y cuadros de dolor.

En diversos estudios, se han comentado los factores que pueden influir en la calidad del sueño en los pacientes y los cuidadores en los cuidados paliativos. Los factores asociados con el insomnio más comúnmente citados son el dolor y los síntomas psicológicos, como hemos mencionado anteriormente. Pero el dolor no controlado, el tratamiento del dolor y la "interferencia del dolor con el estado de ánimo" se han asociado con el insomnio (Delgado-Guay, 2011). También, se ha asociado a los estados de ánimo bajos, sueños, preocupaciones, la desesperanza, la experiencia post-traumático, ansiedad y la depresión (Akechi, 2009). La ansiedad se asocia a las dificultades para conciliar el sueño, y con las pesadillas, mientras que la depresión se asocia al despertar temprano, el sueño no reparador y la fatiga (Mystakidou, 2007). Otros factores que influyen en el insomnio de estos pacientes son la edad, el estado funcional y ciertos tratamientos farmacológicos (Mystakidou, 2007).

El insomnio está directamente relacionado con la satisfacción del paciente y con la calidad de vida en la enfermedad (Lis, 2008). Conlleva una serie de molestias a los pacientes, una de ellas es el sufrimiento. Además tiene consecuencias físicas y psicológicas, como por ejemplo el aumento de la fatiga, la intolerancia al dolor, la irritabilidad y el estado de ánimo depresivo (Beck, 2004). Sin embargo, los pacientes tienden a no informar cuando tienen insomnio (Mystakidou, 2007).

Numerosos estudios confirman que los cuidados que ofrecen los cuidadores informales tienen un gran impacto en la vida y en la salud. Además, muchos de ellos, revelan que entre 46 y 59 % de los cuidadores informales están deprimidos y utilizan fármacos para la depresión, la ansiedad y el insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Las alteraciones en esta población afectan a diferentes esferas como la emocional, la social y la estructural, las cuales se consideran síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el propio paciente terminal. El cuidador de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no solo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado (OMS, 2008).

Debido a que los cuidadores son el eje principal de cuidado de los pacientes paliativos se hace necesario tratar los trastornos de sueño que sufren a causa del cuidado hacia su familiar, tal y como afirma Stajduhar (2010). Por lo que se puede decir que los trastornos del sueño como el insomnio no sólo afectan a los pacientes paliativos sino que también se ven afectados sus cuidadores y sus familias (Induro, 2014). Hay autores como Carlsson (2012) que va más allá de esto y señala que los cuidadores de los pacientes paliativos atendidos en el domicilio tienen mayor riesgo de sufrir insomnio que los que están hospitalizados debido a una mayor carga en el cuidado domiciliario.

Los objetivos planteados en este estudio han sido valorar e identificar la necesidad de descanso y sus causas más frecuentes en los pacientes paliativos y sus cuidadores.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 20 pacientes paliativos y 20 cuidadores informales que recibían cuidados paliativos al final de la vida en la provincia de Almería, con un rango de edad de 19-86 años incluidos pacientes y cuidadores. La edad media de los pacientes es de 69,55 años y la edad media de los cuidadores es de 50 años.

Los criterios de inclusión de este estudio son todos aquellos pacientes terminales oncológicos o no oncológicos con una esperanza de vida corta (menos de 6 meses) que requieran cuidados domiciliarios y sus cuidadores informales.

En cuanto a los criterios de exclusión son todos aquellos pacientes terminales con una esperanza de vida media- larga, pacientes sin cuidador, cuidadores formales, pacientes terminales que no requieran cuidados domiciliarios, pacientes terminales con esperanza de vida corta hospitalizados, pacientes con problemas cognitivos.

Instrumentos

En cuanto a los instrumentos que se utilizaron en esta investigación han sido el modelo de Henderson, con el cual se valoró la necesidad de sueño/descanso que recoge el Modelo de las 14 Necesidades Básicas de V. Henderson. Por otro lado, se han identificado las causas más frecuentes de sufrir los problemas de descanso.

Procedimiento

Se realizaron una serie de visitas domiciliarias donde se hicieron valoraciones de enfermería basadas en las necesidades básicas de V. Henderson (Luis, 2005). Una vez realizadas las valoraciones, se extrajeron los datos relevantes para los objetivos de esta investigación y se identificaron las causas de sus trastornos del sueño, siguiendo el proceso enfermero.

Análisis de datos

Por un lado, cabe decir que se ha realizado un estudio de tipo observacional descriptivo.

Por otro lado, hay que señalar que para realizar el análisis de los datos obtenidos en este estudio, se ha utilizado el programa estadístico SPSS a través del cual se han analizado las variables sociodemográficas y se ha utilizado el Excel para la realizar los gráficos y tablas necesarias.

Resultados

Sexo de la muestra

La muestra de pacientes estuvo compuesta por 55% de hombres y 45% de mujeres. La muestra de cuidadores estuvo compuesta por 14% de hombres y 86% de mujeres, tal y como se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 2 y 3):

Figura 2. Sexo de la muestra de pacientes

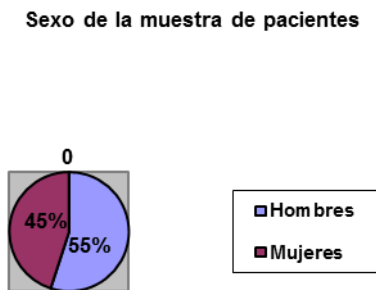
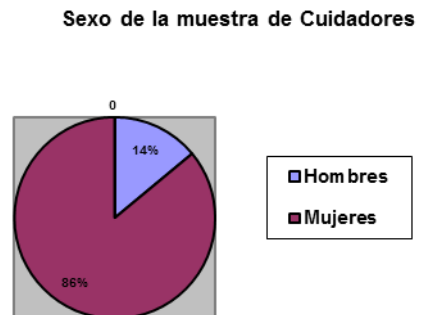


Figura 3. Sexo de la muestra de cuidadores



Necesidad de sueño/ descanso

La necesidad de sueño/ descanso de Henderson se encuentra alterada en el 65% de los pacientes paliativos y sus cuidadores informales. Los trastornos en el sueño se dan en 14 de los 20 pacientes estudiados (n=14) y en 12 de los 20 cuidadores informales (n=12) y como consecuencia requieren fármacos para conciliar el sueño, tal y como se observa en la siguiente tabla (ver tabla 3):

Tabla 3. Necesidad de sueño alterada.

| | % | % Global | N | N |
|------------|----------|-----------------|----------|----------|
| Pacientes | 70% | 65% | 14 | 40 |
| Cuidadores | 60% | | 12 | |

Causas del insomnio

Las causas que atribuyen los pacientes a su insomnio son el dolor, la ansiedad o depresión ante la muerte y el sufrimiento espiritual que les produce la enfermedad terminal o el pronóstico de terminalidad. En cuanto a los cuidadores informales, las causas del insomnio son por la ansiedad y/o depresión ante la muerte y en menor medida por el cuidado a su familiar (ver tabla 4).

Tabla 4. Causas de sufrir insomnio de pacientes paliativos y cuidadores.

| CAUSAS DEL INSOMNIO | | |
|----------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| Dolor | Ansiedad y/o depresión ante la muerte | Sufrimiento espiritual |

Discusión/ Conclusión

Delgado-Guay (2011) y Van den Beuken-van Everdingen (2009), corroboran los resultados ya que indican que los trastornos del sueño son un problema prevalente en cuidados paliativos padecido entre 30-96% de los pacientes. En el presente estudio la prevalencia del insomnio es del 65% de los pacientes paliativos y cuidadores informales estudiados.

Autores como Maté (2004) y Carralero (2013) afirman que las causas de sufrir insomnio son principalmente la ansiedad y/o depresión, que puede estar asociada a la propia enfermedad y/o a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos y los cuadros de dolor. Paralelamente en este estudio se identifican esas causas (ansiedad y/o depresión ante la muerte y el dolor). Además, se ha identificado otra causa como es el sufrimiento espiritual que sufren algunos pacientes paliativos.

Por último, Stajduhar (2010) confirma la alteración de los trastornos del sueño que sufren los cuidadores, ya que, son el eje principal del cuidado de los pacientes paliativos. En la misma línea, este estudio comprueba la relevancia que tienen los cuidados paliativos tanto en pacientes como en cuidadores, ya que, los cuidadores sufren paralelamente problemas de insomnio secundarios a las alteraciones del sueño de su familiar.

Con este estudio se comprueba que los pacientes y cuidadores al final de la vida siguen teniendo necesidades importantes que afectan al buen morir del paciente y del cuidador que le acompaña, como es el insomnio producido por la Ansiedad y/o Depresión ante la Muerte, el Dolor y el Sufrimiento Espiritual. Por ello, se requiere de la figura enfermera para que cubra esta necesidad.

Referencias

Academia Americana de Medicina del Sueño. (2005). Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño: Manual de Diagnóstico y Codificación 2. Westchester, IL.

Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Shimizu, K., Inagaki, M., Fujimori, M., Shima, Y., Furukawa, T. A., Uchitomi, Y. (2007). Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psychooncology*, 16(10), 888-894.

Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-del Río, B., Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 46(5), 485-494.

Beck, S. L., Schwartz, A. L., Towsley, G., Dudley, W., Barsevick, A. (2004). Una evaluación psicométrica del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh en pacientes con cáncer. *J Dolor Síntoma Administrar*, 27 (2), 140-148.

Carlsson, M. E. (2012). Sleep disturbance in relatives of palliative patients cared for at home. *Palliative & Supportive Care*, 10(3), 165-170.

Carralero García, P., Hoyos Miranda, F. R., Deblas Sandoval, A., López García, M. (2013). Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 20 (2), 44-48.

Davis, M. P., Goforth, H. (2014). Fighting insomnia and Bottling lethargy: the yin and yang of palliative care. *Curr Oncol Rep*, 16 (4), 377.

Delgado-Guay, M., Yennurajalingam, S., Parsons, H., Palmer, J.L., Bruera, E. (2011). Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Managem*, 41, 819-827.

Harris, B., Ross, J., Sanchez-Reilly, S. (2014). Sleeping in the arms of cancer: a review of sleeping disorders among patients with cancer. *Cancer journal*, 20(5), 299.

Induru, R. R., Walsh, D. (2014). Cancer-related insomnia. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(7), 777-785.

Lis, C. G., Gupta, D., Grutsch, J. F. (2008). La relación entre el insomnio y la satisfacción del paciente con la calidad de vida en el cáncer. *Cancer Support Care*, 16 (3), 261-266.

Luis, M.T., Fernández, C., Navarro, M.V. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI* (3ª Ed). Barcelona: Elsevier-Masson.

Maté, J., Hollenstein, M. F., Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión del paciente oncológico. *Psicooncología*, 1 (2, 3), 211-230.

Mystakidou, K., PARPA, E., Tsilika, E., Gennatas, C., Galanos, A., Vlahos, L. (2009). ¿Cómo es la calidad del sueño afectada por el estrés psicológico y los síntomas de los pacientes con cáncer avanzado? *Palliat Med*, 23 (1), 46-53.

Navarrete, F. F., Aguirre, Y. V. (2012). Diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (23), 1406-1411.

O'Donnell, J.F. (2004). El insomnio en pacientes con cáncer. *Clin Cornerstone*, 6 (1), 6-14.

Palesh, O. G., Roscoe, J. A., Mustian, K. M., Roth, T., Savard, J., Ancoli-Israel, S., Heckler, C., Purnell, J. Q., Janelins, M. C., Morrow, G. R. (2010). Prevalencia, la demografía y las asociaciones psicológicas de interrupción del sueño en pacientes con cáncer: Programa de Oncología de la Universidad de Rochester Cáncer Center-Comunidad Clínica. *J Clin Oncol.*, 28 (2), 292-298.

Renom-Guiteras, A., Planas, J., Farriols, C., Mojal, S., Miralles, R., Silvent, M. A., Ruiz-Ripoll, A. I. (2014). Insomnia among patients with advanced disease during admission in a Palliative Care Unit: a prospective observational study on its frequency and association with psychological, physical and environmental factors. *BMC Palliat Care*, 12, 13-40.

Schmidt, R. E., Harvey, A. G., Van der Linder, M. (2011). Cognitiva y el control afectivo en el insomnio. *Frente Psychol*, 2, 349.

Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., & Todd, C. J. (2010). Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573-593.

Van den Beuken-van Everdingen, M. H., De Rijke, J. M., Kessels, A.G., Schouten, H.C., van Kleef, M., Patijn, J. (2009). Quality of life and non-pain symptoms in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage*, 38, 216-233.

Varin, D., Soussan, M. L., Chabert, A. (2013). Cuidados paliativos en el adulto: aspectos clínicos. *EMC-Tratado de Medicina*, 17(2), 1-10.

CAPÍTULO 43

Repercusión en la red de apoyo familiar del usuario renal geriátrico dependiente

Margarita Torres Amengual*, Consolación Lucía Rodríguez Mellado**, y Beatriz García Maldonado*

**Hospital Torrecárdenas (España), **Hospital de Poniente (España)*

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) precisa de una serie de autocuidados continuos por parte del propio usuario, relacionados con la alimentación, con los tratamientos farmacológicos, acceso vascular (en el caso de terapia renal sustitutiva), etc...Pero cuando éste no posee las habilidades y/o capacidades de realizarlos por sí mismo precisará de una mayor implicación por parte de su red de apoyo familiar (Leite, Battisti, Berlezi y Scheuer, 2008).

A esta forma de apoyo se la denomina cuidados informales y son los procedentes del propio sistema personal y/o familiar del individuo, no están remunerados y lleva implícita, en gran medida, que la responsabilidad de la continuidad de los cuidados recaiga sobre una persona en particular, sin conocimientos ni experiencia previa, siendo ésta denominada cuidadora principal familiar y/o informal, y habitualmente siendo una persona cercana al usuario (López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal, 2007).

En cuanto al anciano independiente con enfermedad renal crónica para llegar a cubrir sus necesidades precisará de una serie de estrategias, tanto en conocimientos, habilidades y actitudes; que no otorga únicamente la formación sino en conjunto con un alto apoyo de su red familiar. Pero, en cuanto el nivel de dependencia aumente, también lo harán sus necesidades, precisando de mayores atenciones para poder cubrirlas, en estos casos, frecuentemente, los familiares adquirirán el rol de cuidadores familiares, siendo uno de ellos, el cuidador principal, sobre el que recaerá toda la responsabilidad de cuidados (Huitzache-Martínez y Padilla-Aguirre, 2009).

En la actualidad, el paciente renal mayor y sus necesidades han sido motivo de estudio por su repercusión sobre la calidad de vida y por ende, de su salud. Mucha menos repercusión científica recibe el estudio de los cuidadores informales en este ámbito (López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal, 2007). Cabe destacar que el aumento de la esperanza de vida ha influenciado la mejora en la perspectiva de nuestros usuarios, pero en cuanto a sus cuidadores y el bienestar del núcleo familiar existen lagunas que como profesionales debemos restaurar. Entre ellas, desde una perspectiva un tanto más relacionada con la prevención y promoción de la salud, nos encontramos la necesidad de determinar el nivel de sobrecarga de los familiares de nuestros pacientes, puesto que son usuarios que, en muchas ocasiones, reciben mayoritariamente los cuidados procedentes del núcleo familiar (Torres, 2007).

Desde esta perspectiva, el cuidador informal y/o familiar ante la función de proveedor de cuidados al usuario, encontramos dos visiones muy diferenciadas. Una primera en la que el proveedor de cuidados puede sentir satisfacción sobre la cobertura en las necesidades tanto físicas, emocionales y/o psicosociales o, al contrario, como segunda opción, sentir impotencia o desvalorización debidos al nivel de sobrecarga percibida por los cuidados otorgados al usuario (De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas, Martínez-Aguilera, 2015).

Ante la desvalorización, aumenta el nivel de sobrecarga, ésta viene determinada por diversos motivos en su conjunto: falta de conocimientos sobre los cuidados a prestar al usuario con insuficiencia renal, estadio de la enfermedad, nivel de dependencia del usuario. En cuanto al cuidador en particular, la edad, el sexo, el tiempo dedicado al cuidado, la soledad que sufre el propio cuidador y falta de redes de apoyo familiar, las dificultades convivenciales, sentimiento de falta de apoyo sanitario, así como la propia

dinámica del núcleo familiar también influyen sobre el sentimiento de sobrecarga (Párraga, 2005; Velázquez y Espín, 2014).

Las consecuencias de la sobrecarga que provoca el cuidar de un familiar pueden ser determinantes en problemas de salud asociados, relaciones familiares dificultosas, modificaciones profesionales, falta de tiempo de ocio, déficit de autocuidado y déficit de descanso (Román, Zájara y Galán, 2013).

Éstas consecuencias no repercuten únicamente sobre los cuidados al usuario, sino a la unidad familiar y directamente al propio prestador de cuidados, aumentando incluso la tasa de mortalidad en este grupo (López y Moral, 2005).

Los cuidadores informales requieren de apoyo familiar, comunitario, sociosanitario y sanitario para adecuar las actividades al ritmo de los cuidados; y, poseen déficits educativos en materia sanitaria, necesario para mejorar la calidad de vida y mantener un alto nivel de cuidados asistenciales, si añadimos a todo esto las comorbilidades del usuario y entre ellas, la insuficiencia renal, el cuidador debe poseer una serie de conocimientos específicos que, influyen directamente sobre el estado de salud de los usuarios a corto, medio y largo plazo. Y, estos cambios no solo influirán sobre el propio usuario dependiente sino también, en el propio núcleo familiar y en el cuidador en particular (López, Sánchez, Mengíbar, Jiménez y Marchal, 2007).

El paciente geriátrico dependiente con enfermedad renal posee una serie de necesidades especiales, éstas requieren de habilidades muy determinadas por parte de su cuidador que, debido a la implicación en sus cuidados y las peculiaridades del paciente renal, puede presentar un alto nivel de sobrecarga (Bañobre et al., 2005).

Según el estudio de Contreras, López y Crespo (2013) donde se estudiaron a los cuidadores de 36 pacientes con dependencia en programa de diálisis, se determinó que la sobrecarga del cuidador no fue elevada, siendo el porcentaje de sobrecarga entre moderada e intensa de un 47%.

En cuanto al perfil del cuidador, encontramos que el parentesco del familiar del usuario renal es mayoritariamente cónyuge (Gil, Pilares, Romero y Santos, 2013).

En el estudio de Torres (2007) se determinó al principal proveedor de cuidados a la mujer, casada y cuidadora del hogar, con un tiempo medio de cuidado de 23,6 meses, con un periodo diario de cuidado de 21,6 horas; el 63,3% de esta muestra presentó sobrecarga, se determinó relación con el tiempo que llevaban cuidando a los usuarios y nivel de sobrecarga.

El presente trabajo pretende ahondar en el cuidador del paciente renal anciano, conocer quién es el principal proveedor de cuidados, que sobrecarga poseen y si su relación con el usuario influye en el grado de sobrecarga.

Para ello se determinaron los siguientes objetivos:

- Determinar el perfil de cuidador familiar del enfermo renal geriátrico.
- Identificar el nivel de sobrecarga que poseen.
- Identificar si el parentesco influye sobre el índice de esfuerzo percibido.

Método

Participantes

Participaron un total de 32 familiares de pacientes en programa de prediálisis, con una edad media de 54,5 años \pm 14,23DE. El tipo de muestreo fue intencionado, se conformó mediante contacto directo, a los familiares que acompañaban a los usuarios visitados, habitualmente, en consulta renal, durante el período de más de un año.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, responsable o co-responsable del cuidado de su familiar, que el familiar receptor de cuidados con patología renal tuviera un nivel de dependencia moderada, moderada-alta (criterio determinante para el estudio puesto que se descartaron todos aquellos

en los que el usuario fuera independiente o tuvieran dependencia leve con un mínimo de cuidados) y, participantes que prestaran su consentimiento para participar voluntariamente en el proyecto.

Se excluyeron a todos aquellos que, por dificultades comunicativas no pudieran completar el estudio y, a todos los que rechazaran en algún momento del mismo su participación.

Instrumentos

Con la finalidad de obtener datos demográficos se recogieron datos referentes a: edad, sexo, tiempo de cuidado, parentesco familiar, domiciliación con el usuario receptor de cuidados y dependencia funcional asociada.

Para determinar el grado de sobre-esfuerzo que los cuidadores de los usuarios dependientes con enfermedad renal crónica se utilizó el *Índice de esfuerzo del cuidador*, adaptación española de la *Caregiver Strain Index* (Robinson, 1983) con una consistencia interna de la escala de 0,808 (López y Moral, 2005).

La encuesta se llevó a cabo de forma autoadministrada, fueron un total de 13 reactivos mediante respuesta cerrada, Sí/No. A cada respuesta afirmativa se le otorgó un punto, siendo el mínimo de 0 puntos y máximo de 13 puntos, clasificando tras las puntuaciones totales:

- No sobre-esfuerzo del cuidador: para puntuaciones inferiores a 7 puntos.
- Nivel de sobre-esfuerzo elevado: para puntuaciones superiores o iguales a 7 puntos.

Procedimiento

Durante los meses de Octubre-Noviembre 2014, tras consulta y verificación de los casos susceptibles de participación en el estudio, se invitó a participar a todos usuarios que cumplieran los criterios de inclusión, solicitándose su consentimiento informado sobre la voluntariedad participativa, así como, informando de la posibilidad de abandonar el estudio en el caso que pareciese oportuno.

Se confeccionó un formulario donde se adjuntaron los datos demográficos y el Índice de esfuerzo del cuidador, la forma de cumplimentación del mismo fue autoadministrada.

En enero de 2015 se recogieron todos los datos definitivos y se procedió a su posterior análisis.

Análisis de datos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal.

Se determinaron las variables para el tratamiento de datos:

- Edad: variable cuantitativa.
- Sexo: variable categórica dicotómica, hombre y mujer.
- Tiempo de cuidado: variable cuantitativa.
- Parentesco familiar: variable categórica politómica, se administró en el formulario como pregunta abierta para posteriormente clasificarse según categoría.
- Domiciliación: variable categórica dicotómica, sí/no.
- Dependencia funcional: variable cualitativa politómica.
- Índice de esfuerzo del cuidador: variable cuantitativa que se re-codificó en dicotómica, no sobre-esfuerzo y nivel de sobre-esfuerzo elevado.

El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS 22.0. Para el análisis descriptivo se utilizó media, desviación típica, y frecuencia en porcentajes.

Los datos se expresaron mediante tablas e histogramas para facilitar su lectura.

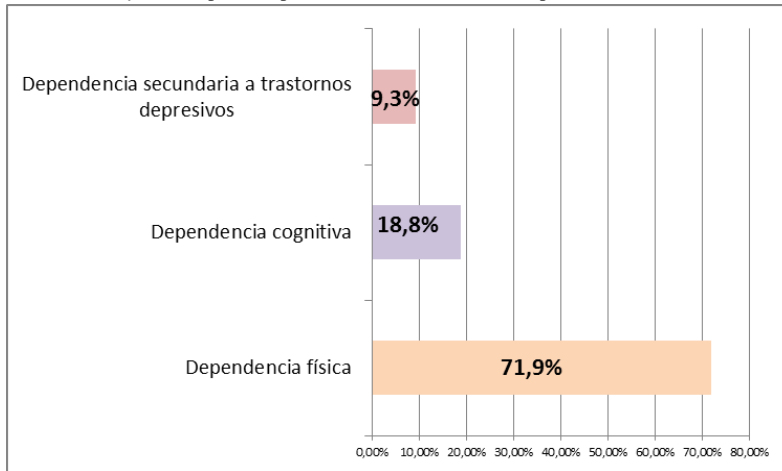
Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre dos variables categóricas, parentesco familiar y nivel de sobrecarga.

Resultados

La media de años que los participantes estuvieron cuidando de su familiar fue de $3,5 \pm 2,28$ DE.

En cuanto al tipo de dependencia del usuario, se les solicitó la causa principal por la que atendían a sus familiares, encontrándose el mayor resultado en el área física y sin resultados para la dependencia en el área social y/o comunitaria (GRÁFICA 1).

Gráfica 1. Tipo de dependencia de los usuarios receptores de cuidados.

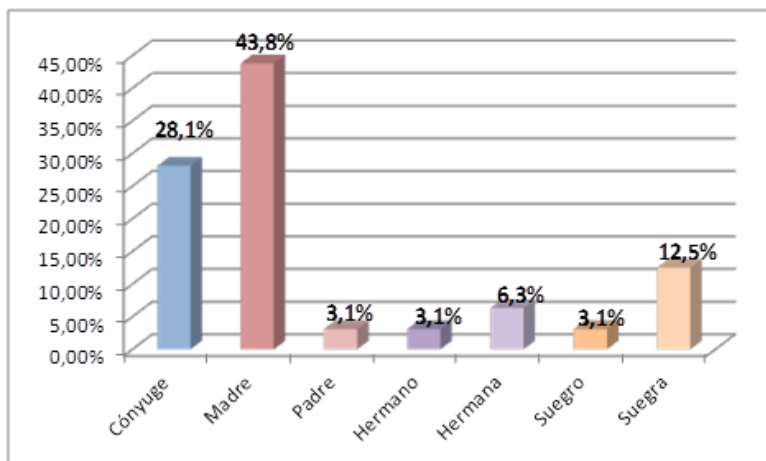


El 87,5% de la muestra fueron mujeres, el 75% vivían con el usuario.

En cuanto a los cuidados otorgados un 78,1% de los encuestados eran los cuidadores principales, sin co-responsabilidades.

Mayoritariamente los participantes eran hijos de usuarios con Enfermedad Renal Crónica (46,9%), seguidos de cónyuges (28,1%), yernos/nuestras (15,6%) y hermanos (9,4%) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Parentesco de los usuarios receptores de cuidados con respecto a los participantes.



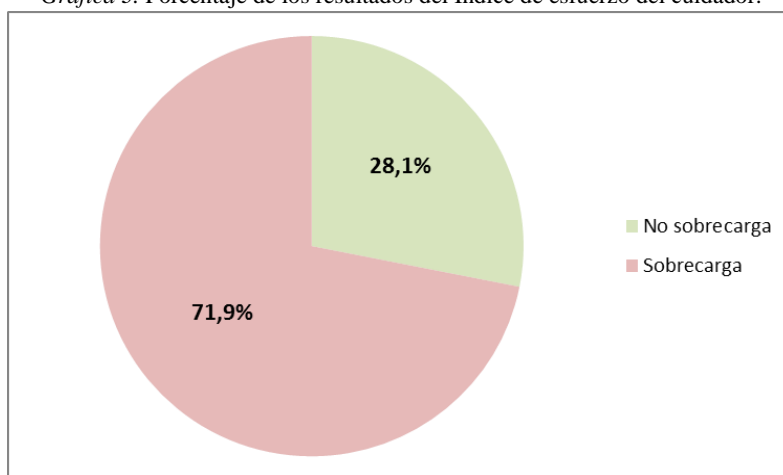
La media de puntuación del índice de sobrecarga de toda la muestra fue de $9,15 \pm 3,29$ DE. Los reactivos que tuvieron mayor porcentaje de sobrecarga fueron los 2, 4, 6, 8, 9 y 10 (TABLA 1).

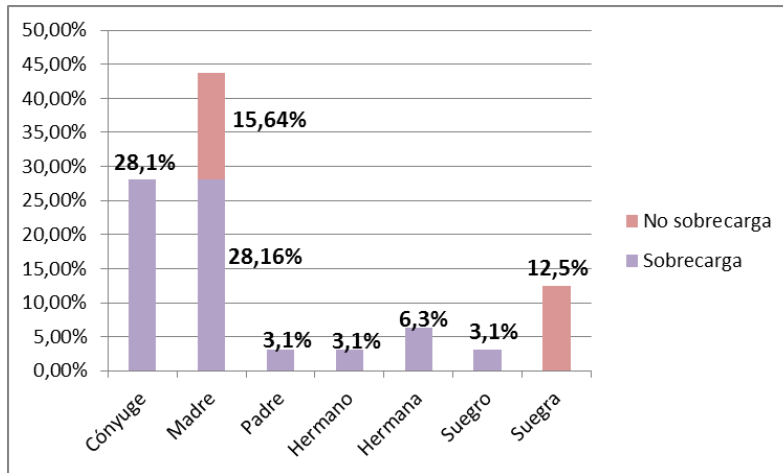
Tabla 1. Porcentaje de respuesta de la muestra según reactivo.

| Reactivos de la escala | Sí | No | Total N=32 |
|---|-------|-------|---------------|
| 1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | 56,2% | 43,8% | 100% |
| 2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar). | 81,2% | 18,8% | 100% |
| 3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla). | 59,4% | 40,6% | 100% |
| 4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas). | 81,2% | 18,8% | 100% |
| 5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | 68,8% | 31,2% | 100% |
| 6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones) | 87,5% | 12,5% | 100% |
| 7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia) | 78,1% | 21,9% | 100% |
| 8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones) | 81,2% | 18,8% | 100% |
| 9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | 81,2% | 18,8% | 100% |
| 10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes). | 84,4% | 15,6% | 100% |
| 11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | 50% | 50% | 100% |
| 12. Es una carga económica | 53,1% | 46,9% | 100% |
| 13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento). | 53,1% | 46,9% | 100% |

El 71,9% de la muestra presentó sobrecarga (Gráfica 3), de éstos, el grupo de cónyuges fueron quienes, con mayor porcentaje de muestra con respecto al resto de grupos, obtuvieron nivel de sobre esfuerzo elevado en su totalidad (Gráfica 4), los hijos y yernos o nueras obtuvieron resultados menos elevados, se relacionó en el estadístico la existencia de independencia entre nivel de sobrecarga y parentesco familiar, resultando como dependientes ambas variables (Chi-cuadrado de Pearson $p < 0,013 < 0,05$).

Gráfica 3. Porcentaje de los resultados del Índice de esfuerzo del cuidador.





Discusión

La atención y apoyo del paciente mayor dependiente con patología renal cada día representa mayor relevancia e incide directamente sobre el estado y la evolución de la enfermedad. Por ello, la educación sanitaria y las herramientas disponibles en la comunidad que potencian la ayuda, son fundamentales para asegurar el autocuidado o cuidado de terceros.

El perfil de cuidador familiar de la muestra de nuestro estudio fue de mujer, de 54 años de edad, hija, con tres años y medio de experiencia y que, convive con el usuario que posee dependencia física

El cuanto al sexo del participante estudios anteriores corroboraron el mismo perfil, así como el estudio de Huitzache-Martínez y Padilla-Aguirre (2009), De Valle-Alonso et al. (2015), Contreras et a. (2013), López et al. (2007) y Torres (2007), indicativo de que la mujer, actualmente, continúa siendo la principal proveedora de cuidados familiares.

Por el contrario, en cuanto a la edad de los participantes se refiere, según los estudios revisados, existen resultados muy divergentes entre ellos. La edad del presente estudio estuvo muy por debajo del estudio de Contreras et al. (2013) y Gil et al. (2013) y por encima del estudio de Huitzache-Martínez y Padilla-Aguirre (2009) y De Valle- Alonso et al. (2015). Se encuadraría dentro del estudio de Torres (2007) donde se determinó un rango de edad entre 25 y 67 años, pudiendo asegurar que el acto de cuidar se inicia en la edad adulta y se traslada a lo largo de la vida.

El parentesco sustraído del presente perfil se asemeja al estudio de De Valle-Alonso et al (2014).

Los niveles de sobrecarga del presente estudio obtuvieron resultados elevados, aproximadamente tres cuartas partes de la muestra resultaron realizar un sobre esfuerzo, como el estudio de López et al. (2007) y Torres (2007) destacándose con ello la necesidad de implementar un plan de cuidados para favorecer el bienestar personal y familiar.

El parentesco familiar tuvo influencia sobre la sobrecarga del cuidador, el subgrupo de cónyuges y hermanos obtuvieron resultados de sobrecarga, probablemente la edad del propio cuidador puede tener influencia sobre los niveles de sobre esfuerzo, cabría la necesidad de ahondar más en este sentido, valorando cualitativamente los factores que inducen al sentimiento desvalorizado de sobrecarga.

Cabe destacar que, en el presente estudio, los participantes, hasta el momento del mismo, no recibieron ayuda de ningún tipo por parte del sistema formal de cuidados sociosanitarios, tampoco no la recibieron por parte del sistema sanitario en cuanto al descanso familiar.

Referencias

- Bañobre, G. A., Vázquez R. J., Outeiriño, N. S., Rodríguez, G. M., González, P. M., Graña, Á. J., Manso, F.B., Estevez, P.A., Remigio, L.M.J., Álvarez, D.P., Otero, L. A. (2005). Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(2), 156-165.
- Contreras, G. A., López, S. P. J., Crespo, M. R. (2013). Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. *Enfermería Nefrológica*, 16, 44-44.
- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, M.I., Zúñiga-Vargas, M. L., Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27.
- Gil, B. I., Pilares, P.J.A., Romero, L. R., Santos, S.M. (2013). Cansancio del rol de cuidador principal del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 16 (1), 172-173.
- Huitzache-Martínez, M. E., Padilla-Aguirre, A. M. (2009). Apoyo educativo de enfermería al cuidador principal del paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Desarrollo Científ Enferm*, 17(6), 246-251.
- Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., Scheuer, Á. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 250-257. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-07072008000200005.
- López, A.S.R., Moral, S.M.S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun.*, 1(1), 12-17.
- López, O. J., Sánchez, J. L. I., Mengfbar, Y. R., Jiménez, J. S., Marchal, O. M. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(2), 127-136.
- Párraga, D. M. (2005). Y... ¿Quién cuida a los cuidadores? *Enfermería Global*, 4(1), 1-6. Recuperado de: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/525/539>.
- Robinson, B.C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38 (3), 344-348.
- Román, M. C., Zájara, S.M., Galán, S. M.S.C. (2013). La demencia senil y su repercusión en el ámbito familiar. *Paraminfo digital*, 19. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/219d.pdf>
- Torres, A.A.N. (2007). Grado de sobrecarga en el cuidador de paciente con insuficiencia renal crónica (Doctoral dissertation). Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/28481>.
- Velázquez, P. Y., Espín, A. A.M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cubana Salud Pública*, 40 (1), 3-17. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002&lng=es&nrm=iso.

CAPÍTULO 44

Características de los cuidadores informales en la provincia de Almería y los efectos que ocasionan los cuidados, en la carga objetiva y subjetiva

Francisco Gabriel Pérez Martínez, Marta Hermoso Giménez, y Olga Martínez Buendía
Servicio Andaluz de Salud provincia de Almería (España)

Introducción

En éste siglo XXI, estamos asistiendo a un crecimiento exponencial de personas mayores de 65 años, y un evidente aumento de los mayores de 80 años en la provincia de Almería, y por consiguiente un aumento de enfermedades incluyendo las demencias, (Guillen y bravo), afirman que la prevaencia e incidencia de la enfermedad es netamente superior a este grupo de edad más avanzadas, como son también las tasas de cronicidad, incapacidad y dependencia. Así, mientras que en el año 2009, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística(INE) el 16,7% de la población residente en España supera los 64 años de edad, las estimaciones previstas para el año 2025 por Eurostat, (Oficina Europea de Estadística), sitúan este porcentaje en el 21,0% y en el 30,8% para el año 2050. De modo similar, la población de 80 y más años, que en abril de 2009 sumaba el 4,7% de la población residente en España, se espera que crezca hasta cifras de 6,6% y del 11,2% en los años 2025 y 2050, respectivamente.

A partir de estos datos, queremos hacer mención del cuidador principal, el cual será quien asuma todos los cuidados de las personas enfermas ya sea con ayuda o sin ella, según (Jiménez-Martín, 2007: Bazo y Domínguez- Alcón, 1996); en España, la familia se concibe como el principal sistema de bienestar, y por ello, el cuidado de la persona enferma o dependiente dentro de una familia se asume como algo natural, y es una obligación en la que el afecto y el cariño están presente.

En este punto debemos definir quién va a ser el cuidador principal, primario, o informal, y será aquella persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica (López Gil et al ,2009; Wright, 1983), por ello el cuidador, se convierte en el momento que a su familiar se instaura la enfermedad en un pilar básico de cuidado al enfermo y será quién dispense los cuidados que van a ir aumentando en número y dificultad a medida que la enfermedad avance, porque el *coste* de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar horas dedicadas a determinadas tareas(Durán,1999).

Las políticas existentes de dependencia en nuestro país, se basan en la permanencia de las personas dependientes el mayor tiempo posible en el hogar y estas políticas hacen énfasis en las ventajas de mantener a la persona en su hogar y presentar a la familia como el núcleo habitual de convivencia (Escudero, 2007)

Las enfermedades mentales, los trastornos seniles y preseniles, así como las enfermedades del sistema nervioso son las causas más destacadas de nuestro estudio, y siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más importante de discapacidad y dependencia.

El cuidado de un familiar con demencia, es complejo y depende de diversos factores que, puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Por eso, todos los profesionales sanitarios debemos estar implicado en el proceso, para disminuir todos aquellos factores que repercutan sobre la calidad de vida y salud del cuidador principal, ya que el cuidador va a soportar la mayor parte de la sobre carga física y emocional de los cuidados.

Cuando hablamos de la carga del cuidador principal, hacemos referencia a un estado subjetivo asociado al grado de incomodidad, o molestia originada por la prestación de los cuidados, en la que con posterioridad se introdujo la parte objetiva (Yanguas; Leturia y Leturia, 2001).

(Grad et al 1963), fue uno de los primeros autores en distinguir entre carga objetiva y subjetiva, definiendo la carga objetiva, como el desempeño del rol cuidador, el tiempo de dedicación, la carga física y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en cómo se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva se ha definido como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar. Por lo tanto definimos la sobrecarga subjetiva, como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores (Gómez y González, 2004).

(Montorio; Izar; López y Sánchez, 1998), realizaron un estudio para identificar las necesidades subyacentes al concepto de carga del cuidador con una muestra compuesta por 62 cuidadores de personas mayores dependientes y se analizó tanto la carga del cuidador como diversos aspectos estresantes del cuidado, así como los efectos del cuidado sobre el cuidador en salud percibida, utilización de los servicios de salud y bienestar subjetivo. Los resultados muestran un impacto en el cuidado y en la carga interpersonal.

El cuidado de una persona dependiente exige mucho tiempo y dedicación, por ello, una parte del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que destinarlo ahora a afrontar esta tarea, por lo que se concluye que la falta de tiempo por uno mismo, es uno de los factores que aumenta la sobrecarga percibida por los cuidadores (Chappell y Reid, 2002).

En un estudio realizado por Red2Red para el Instituto de la Mujer en 2008 se dio a conocer las principales características de los cuidadores principales y estos son:

Mayoritariamente mujeres, mayores de 50 años, casadas y con hijos, estudios primarios, sin ocupación laboral remunerada (no pueden trabajar porque se dedican al cuidado) hijas cuidadoras de su madre y/o padre, dedicadas permanentemente al cuidado y que aprendió a cuidar por intuición y observando a las profesionales de cuidado, no reciben ninguna ayuda, cuidan por razones morales, con abnegación, cuidar le afecta física, económica y emocionalmente y también condicionan su vida relacional, piensan que su labor no está reconocida socialmente, viven en situación económica difícil y piensan que hacen falta más ayudas.

Nuestro estudio va encaminado a observar el perfil del cuidador/a informales en la provincia de Almería.

Aportando datos de algunas características mencionadas, nos hemos basado en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), y hemos concluido que:

1. La relación existente entre el cuidador y el enfermo: Cuanto mayor es la relación con el enfermo más alto es la sobrecarga del cuidador en la implicación del cuidado. Según datos del (INE), el 68.5% de las personas dependientes que reciben cuidados tienen como cuidador principal a un familiar.

2. El modo en que el familiar asume el rol de cuidador: en España, se entiende como algo natural y normal dentro de la unidad familiar, pero cada vez más se ve como algo impuesto por obligación.

3. Edad y sexo. El estudio que se hizo en 2008 del INE dice que, la edad de las personas con demencias con edades comprendidas 65-79 años corresponde el 31.2% y un 26.7 % de 80 y más años, mientras que el sexo del cuidador fue un (10,91%) en varones y (76,34%) en mujeres. (en 28.813 casos, es decir, en el 12,75% no constaba el dato sobre el sexo del cuidador.

4. Situación económica. Cada paciente, recibirán una prestación económica, que según la Ley de Dependencia, será de carácter periódico y, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, que irá en función del grado y nivel de dependencia así como la cantidad económica del beneficiario. Siempre va a estar vinculada a la adquisición de un servicio de ayuda. Hay también prestaciones económicas de asistencia personal, donde se contratan una asistencia personal, durante un número de horas, y facilitan al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de la actividad de la vida diaria.

Sí nos centramos en el cuidado, en el modelo compensador jerárquico nos sugiere que los mayores prefieren ser cuidados en primer lugar por sus cónyuges, luego por sus hijos y otros miembros de la familia y, por último, por cuidadores formales.

También en este estudio queremos visualizar, el uso de los recursos complementarios por parte de los cuidadores principales y sí conocen y/o usan los servicios sociales (ayuda a domicilio, Teleasistencia, centros de día o noche, cuidadores formales etc.) que están vigentes en la actualidad y pueden paliar ese gasto físico y emocional que pueden presentar en el cuidado de las personas con demencias.

Y por último, queríamos conocer la visión de futuro de los cuidadores principales, a la hora de ellos recibir sus cuidados en su futuro, solo es una connotación y una visión subjetiva del cuidador/a.

Objetivos.

1. Conocer la sobrecarga objetiva y subjetiva, que producen los cuidados de las personas con demencia, en la provincia de Almería.

1.1 Describir la situación laboral, repercusión económica y los apoyos familiares que los cuidadores principales presentan en la provincia de Almería.

1.2 Exponer el tiempo dedicado al ocio junto con el empeoramiento de salud de los cuidadores principales de la provincia de Almería.

2. Observar si los cuidadores principales de la provincia de Almería conocen, usan y aplican los servicios sociales que se encuentra vigentes en la actualidad.

3. Identificar el perfil de cuidador/a principal de la provincia de Almería.

4. Saber la opinión de futuro que tienen los cuidadores de Almería de quién y cómo los cuidará y las mejoras en los cuidadores que se debería hacer.

Método.

Participantes.

Se analizaron a 131 personas, que fueron encuestadas en toda la provincia de Almería. El criterio de inclusión fue; cuidadores que cuidaban directamente al su familiar, el cual residía en su propio domicilio o en el del cuidador principal y no percibían ninguna retribución económica, descartando 31, porque su familiar estaba ingresado en instituciones especializadas y/o percibía un salario del algún organismo público o privado.

Instrumento

Se pasó una encuesta con 30 preguntas a los cuidadores principales en la zona del provincia de Almería, no se pudo pasar a todo los cuidadores de Almería, solo a una pequeña parte de población, pero se han intentado que todas las zonas de la provincia de Almería este representada. La encuesta es de elaboración propia, y se le ha administrado al cuidador principal, con el que se ha recogido información del propio paciente y de su cuidador principal.

Las variables de la encuesta costaba con 12 preguntas sociodemográficas, dirigidas al cuidador principal, cuyas preguntas tienen unas opciones de respuestas de 3 mínimas y 7 máximas y 19 preguntas de sobrecarga objetiva y subjetiva, dirigidas a los cuidadores principales, con solo dos respuestas SI o NO.

Procedimiento.

Se pasó una encuesta donde los propios cuidadores rellenaban las opciones más adecuadas a las situaciones que vivían en esos momentos. Los encuestados fueron anónimos, voluntarios y conformes a responder las preguntar de la encuesta con la mayor sinceridad.

La duración del muestreo fue durante un año, intentando que hubiese representación de toda la provincia de Almería, y se intentó en todo momento que hubiese representación de otros ciudadanos que

viven en Almería en diferencia de raza y religión, pero debido a la barrera idiomática, hubo una respuesta fiable en el muestreo.

Variables dirigidas hacia el cuidador principal y que a nosotros más nos interesaban fueron: sociodemográficas, cuya función era conocer del cuidador principal: edad, sexo, estado civil, nivel académico, nacionalidad, parentesco con el paciente, tipo de convivencia, lugar dónde vive el enfermo, horas dedicadas al cuidado, razón social del cuidador hacia el cuidado del paciente, años de diagnóstico de la demencia y uso de los recursos complementarios al cuidado y el resto de las 19 variables iban dirigidas al estado económico, tiempo de ocio, salud percibida por el propio cuidador y la visión de futuro del cuidador principal y dos preguntas haciendo referencia al profesional sanitario.

Análisis de los datos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal comprendido entre marzo 2014 hasta marzo del 2015, para el análisis de los datos se ha utilizado una plantilla Excel y para los datos estadísticos se ha utilizado la media y la moda para los intervalos entre personal encuestado y respuestas del mismo ítem, dándose como resultado un % de los 100 personas encuestadas.

Resultados

Análisis sociodemográficos de los cuidadores principales

Se han recogido los resultados de nuestro estudio, donde la edad media de los 100 encuestado de los cuidadores principales de la provincia de Almería, fue de 59.5 años entre un intervalo de [17 a 84] años.

En cuanto al sexo de los 100 cuidadores de nuestro estudio, fueron un 89% mujeres y un 11% hombres. El estado civil de los cuidadores fue: 12% solteros, 87% casados y 1% divorciados, con un nivel académico de un 4% sin estudios, 68% graduado escolar/estudios primarios, 14% título de bachillerato, 12% título de formación profesional, 2% estudios universitarios. La nacionalidad fue 100% española, no pudiendo encontrar ningún cuidador de otro país con las características de nuestro estudio.

Tabla 1. Sexo: mujer, estado civil y nivel académico.

| SEXO | % MUJERES | ESTADO CIVIL | n- muestras | NIVEL ACADEMICO | n- muestras |
|---------|-----------|--------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | SOLTERAS | 9 | SIN ESTUDIOS | 0 |
| | | | | GRADUADO ESCOLAR | 8 |
| | | | | BACHILLERATO | 1 |
| | | | | TECNICOS PROFESIONALES | 0 |
| | | | | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | 0 |
| | | CASADAS | 79 | SIN ESTUDIOS | 0 |
| MUJERES | 89 | | | GRADUADO ESCOLAR | 57 |
| | | | | BACHILLERATO | 10 |
| | | | | TECNICOS PROFESIONALES | 10 |
| | | | | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | 2 |
| | | DIVORCIADAS | 1 | SIN ESTUDIOS | 0 |
| | | | | GRADUADO ESCOLAR | 1 |
| | | | | BACHILLERATO | 0 |
| | | | | TECNICOS PROFESIONALES | 0 |
| | | | | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | 0 |

❖ No se ha encontrado mujeres viudas que cuiden a otro familiar

Tabla 2. Sexo: hombre, estado civil, nivel académico.

| SEXO | % HOMBRES | ESTADO CIVIL | n- muestras | NIVEL ACADEMICO | n- muestras |
|---------|-----------|--------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | SOLTEROS | 2 | SIN ESTUDIOS | 0 |
| | | | | GRADUADO ESCOLAR | 1 |
| | | | | BACHILLERATO | 1 |
| | | | | TECNICOS PROFESIONALES | 0 |
| HOMBRES | 11 | | | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | 0 |
| | | CASADOS | 10 | SIN ESTUDIOS | 4 |
| | | | | GRADUADO ESCOLAR | 4 |
| | | | | BACHILLERATO | 2 |
| | | | | TECNICOS PROFESIONALES | 0 |
| | | | | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS | 0 |

❖ No se han encontrados hombres, divorciados ni viudos que cuiden de ningún familiar

El parentesco entre cuidador principal y persona con demencias es: en un 45% cónyuges, 37% hijos/as, 6% hermanos, 3% nietos, 1% tía materna.

La edad del familiar con demencia siendo la mínima 53años y la máxima 87años, la media que se ha encontrado en el estudio es de 71 años.

Y el tipo de demencia que presenta el familiar del cuidador principal es de, 83% enfermedad de Alzheimer, 11% demencia vascular, 0% demencia fronto-temporal, 1% demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, 5% desconocen la enfermedad, donde hemos observado que el grado de afectación de la demencia ha sido de 4% leve, 61% moderado y el 35% grave.

En cuanto a la convivencia del cuidador principal con su familiar, encontramos que el 78% conviven permanentemente con su familiar y un 22% conviven temporalmente con su familiar. El lugar donde vive el enfermo con demencia fue con 22% en su propia casa y el 78% en la casa del cuidador principal.

El tiempo de diagnóstico fue en un 8% menos de 1 año, el 63% entre 1 y 3 años, 21% entre 3 y 6 años y un 8% entre 6 y 9 años. No hemos encontrado pacientes con más de 10 años diagnosticados.

Las razones por la que el cuidador se declinó al cuidado de su familiar encontramos que un 52% es por iniciativa propia, un 11% decisión familiar, un 1% por solicitud del enfermo y el 37% por ser el único/a que podía.

Análisis de la sobrecarga objetiva.

En cuanto al ítem de horas dedicadas al cuidado por el cuidador principal observamos que, un 7% le dedica entre 1 y 5 horas diarias, 20% le dedica entre 6 y 10 horas diarias, 39% le dedica entre 11 y 15 horas diarias, 15% entre 16 y 20 horas diarias y el 19% entre 21 y 24 horas diarias. Siendo una media de 13.86 horas diarias.

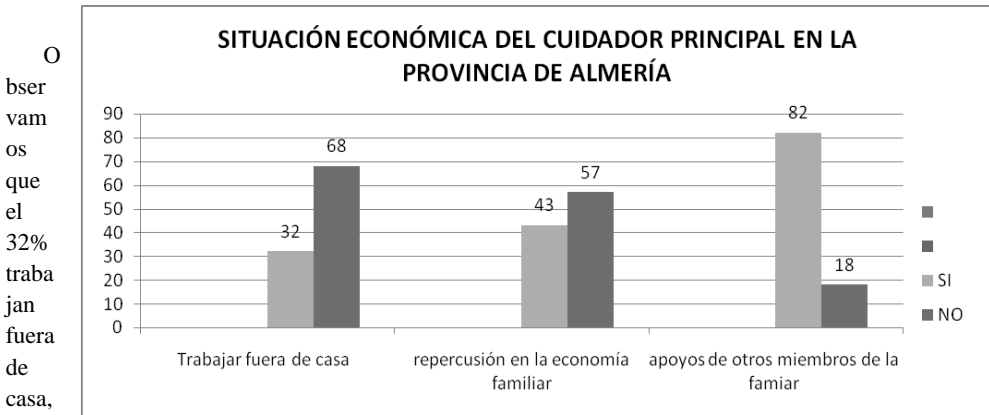
Hablando de los servicios complementarios al cuidado, por los cuidadores principales hemos encontrado que, un 26% usan las ayudas a domicilio, el 4% usan las Teleasistencias un 0% centro de día/unidad de estancias diurnas, el 0% voluntario de alguna asociación, el 1% empleada de hogar y el 69% ningún servicio, aunque en éste último punto, el cuidador principal se encuentra informado de todos los recursos complementarios que están vigentes. En un 57% si los conoce todos y en un 43%

conoce algunos. Y hemos notado que en un 83% sí ha ido algún organismo público o privado para solicitar información.

Análisis de la carga subjetiva.

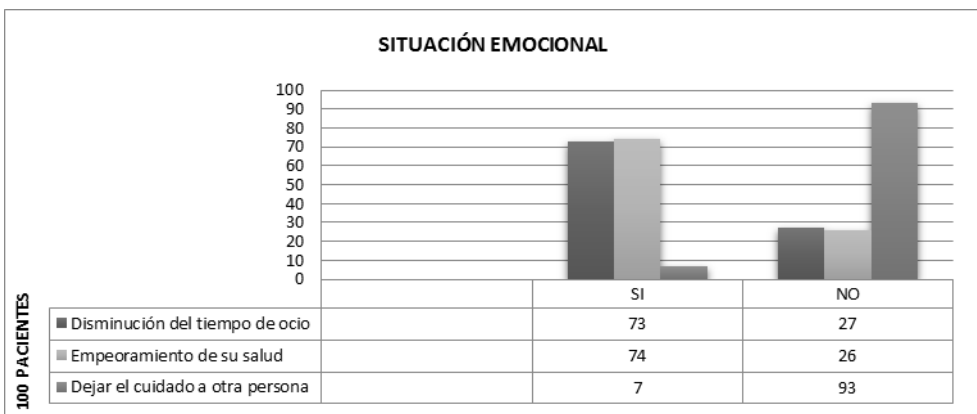
En la siguiente tabla analizamos la situación económica del cuidador principal de la provincia de Almería.

Tabla 3: situación laboral, situación económica y apoyos de otros familiares.



Y la repercusión económica familiar se ha visto afectada en un 43% de los casos, pero reciben un 82 % de ayuda de otros familiares para disminuir el gasto físico que el cuidado causa, hay que destacar que la ayuda recibida son momento puntuales y no continuados en el tiempo, por lo tanto el cuidador sigue asumiendo gran parte de los cuidados.

En la tabla 4 observamos, la situación emocional y social, que le provoca al cuidador principal el cuidado de un paciente con demencias en la provincia de Almería.



En cuanto al tiempo de ocio del cuidador principal observamos que, el 73% dicen que sí se ven afectados y un 74% ha visto como su salud ha empeorado durante el cuidado, pero solo un 7% están dispuestos a dejar el cuidado a otra persona.

Análisis de la visión de futuro en los cuidadores principales.

En este estudio hemos querido ver también la visión que tienen los cuidadores principales de la provincia de Almería con respecto a su propio futuro, y hemos encontrado que, en un futuro se debería mejorar en los cuidados para no sobrecargar al cuidador principal, dicho por el 96% de los encuestados, en un 98% le gustaría recibir el mismo cuidado que su familiar recibe en la actualidad, porque un 95% han pensado cómo sería su vida si tuviera alguna demencia.

Opinión del cuidador sobre los profesionales sanitarios.

En nuestra encuesta, queríamos saber la opinión que tienen los encuestados con respecto a los profesionales sanitarios, y hemos visto que en un 91% los profesionales de enfermería les han proporcionado información sobre los cuidados, pero nos dicen los encuestados que un 89% los profesionales de la sanidad debería implicarse más en la atención, enseñanza y aprendizaje de los cuidados.

Discusión/conclusión

Dado que nuestro estudio solo ha sido realizado a 100 personas y no a todos los cuidadores de la provincia de Almería, la generalización, resultados y conclusiones debe ser realizada con precaución, pero pensamos que son representativos y generalizables, pues la características de nuestros cuidadores son similares a las descritas en otros grupos estudiados en la bibliografía.

El presente estudio ha permitido aproximarnos al estudio realizado por Red2Red para el Instituto de la mujer en 2008 y a los datos aportados por (INE), así como al impacto y el desempeño que el rol del cuidador ocasiona sobre su salud física, social, económica y percepción sobre su calidad de vida actual y futura.

Comparando el estudio Red2Red para el Instituto de la mujer en 2008 y a los datos aportados por (INE) con nuestro estudio, hemos observado que hay una gran similitud, ya que en la provincia de Almería el cuidado es realizado mayoritariamente por mujeres en el 89% de los casos, que son mayores de 55 años, casadas y con hijos con un nivel académico de estudios primarios, que están viviendo en la casa de su familiar permanentemente y han elegido cuidar a su familiar por iniciativa propia, aunque en segundo lugar le sigue el único/a que podía hacerlo, esto nos plantea si puede haber un cambio en los cuidados en un futuro, debido a que según estimaciones de (Eurostat), habrá más personas con demencias y menos cuidadores para cuidarlos. Por lo que podemos confirmar en el año 2014 y primer trimestre del 2015, es que existe un aumento de mayores de 65 años en la provincia de Almería. Esto nos plantea si los cuidados en el futuro podrían cambiar y convertirse en cuidados formales más que informales

Nuestros cuidadores, están cuidando en un 83% a personas con Alzheimer, en una evolución moderada de la enfermedad siendo en un 69% de los casos, aunque no hemos encontrado personas con más de diez años de evolución.

Como costa en nuestro estudio, los cuidadores principales, reciben algún tipo de ayuda, por parte de otro familiar en un 82% de los casos; (cónyuge, hijos/as, hermanos/as, cuñados/as), es decir, apoyo informal. Por lo tanto, actualmente la familia es la encargada de proveer los cuidados ante estas situaciones de necesidad, pero hay que mencionar, que solo son momentos puntuales y aleatorios en el tiempo, y no hay una continuidad.

En cuanto a definir la carga objetiva en nuestro estudio hemos observado, que el tiempo de dedicación a los cuidados ha sido una media de 13.86 horas por día. En este estudio no nos hemos centrado en definir todos los cambios en la vida familiar ni en los problemas físicos y psíquicos, pero sabemos y tenemos conocimientos de otros estudios que ya se han realizado, que éstos existen. (Montorio; Izar; López; Sánchez, 1998).

En la sobrecarga subjetiva observamos un empeoramiento del 74% y el tiempo de ocio se ha visto reducido en un 73%, con un empeoramiento notable en la salud del cuidador principal, llegado hasta un 74% de los casos en Almería, ya que el cuidado de las personas con demencias ocupa mucho tiempo.

Refiriéndonos a la calidad de vida social, económica, cansancio físico y emocional, hemos visto que sí está afectada, pero aún así nuestras cuidadoras se resisten a dejar el cuidado a otras personas, dicho por el 93% de los encuestados. Por lo tanto, en Almería se ve el cuidado como algo natural, y es una obligación en la que el afecto y el cariño siguen presente.

Por tanto, concluimos que cuidar a una persona con demencia, supone una serie de transformaciones a los cuidadores principales, como un cambio de vida personal, familiar, laboral y una reducción de las relaciones sociales, hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica.

La visión de sus cuidados en un futuro, nuestros cuidadores han sido muy claros, en un 98% que, les gustaría recibir el mismo cuidado que su familiar, y en un 96% se debería mejorar en el cuidado para no sobrecargar al cuidador principal.

Con respecto a los cuidados en un futuro, el 98% de los entrevistados expresan que les gustaría recibir las mismas atenciones que ellos prestan a su familiar, y el 96% piensan que se debería mejorar en el cuidado para no sobrecargar al cuidador principal.

Nuestra labor como profesionales sanitarios ha sido un conocimiento a groso modo de los cuidadores principales de la provincia de Almería, por tanto, concluimos que debemos establecer de forma prioritaria intervenciones preventivas a los cuidadores más necesitados, ayudando a que utilicen con más frecuencia los recursos complementarios (ayuda a domicilio, Teleasistencia, centro de día, voluntarios de asociaciones de Alzheimer o empleadas/os de hogar) para disminuir esa sobrecarga objetiva y subjetiva y mejorar así su estado físico, psicológico y emocional.

Referencias

Alonso Babarro, A. Garrido Barral. A. Díaz Ponce. A. Casquero Ruiz. R. Riera Pastor. M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencias incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*, 33 (2), 61-68.

Badia Llach, X. Lara Surinach, N. Roset Gamisns. M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermero de Alzheimer. *Aten Primaria*, 34 (4), 170-177.

Bódalo-Lozano, Ester. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Universidad de Murcia. Bibliid [1578-0236 X-1, 85-97]*

Casado-Marín, David. (2006). La atención a la dependencia en España. Departamento de economía y empresas. Barcelona. España. *Gac Sanit.*;20(1),135-142.

Conde-Salas, JL. (2006). Demencia y familiares cuidadores. Deterioro sobrecarga y apoyo social. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (pp. 109-121). Madrid.: Editorial. Médica Paramericana 3º edición.

Del Pino Casado, Rafael. Frías Osuna, Antonio.. Palomino Moral, Pedro. Millán Cobo, A Martín D. (2010). Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* • Vol. 3 (2), agosto-diciembre. 76-82.

Esandi Larramendi, Nuria. Canga-Armayor, Ana. (2001) Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Universidad de Navarra, Pamplona. GEROKOMOS*; 22(2): 56-61.

Guía práctica clínica del SNS (2012) Guía práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (pp 263-284.) España.

Herrera, Rodrigo. Maffei, Teresa. (2009). Demanda de cuidados en personas dependientes por hogar: un análisis de género. (pp. 1-12). España: Mideplan

JEFATURA DEL ESTADO. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>

López Gil, Mª Jesús. Orueta Sánchez, Ramón. Gómez-Caro, Samuel. Sánchez Oropesa, Arancha. Carmona de la Morena, Javier. Alonso Moreno, Francisco Javier. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *REV CLÍN MED FAM*; 2(7), 332-339.

Venegas-Bustos BC. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichán*, 6(1),137-47.

Red2Red consultores (2009) valoración económica de los cuidados a personas dependientes. EKAIN-JUNIO, 45(1),73-81.

Rogero-García, Jesús. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev. Esp Salud pública*, 83(1), 393-405.

Segura Domínguez, Nuria. Gómez Caballo, Ruth. López Quintana, Rosana. Gil Paredes, Eva. Saiz Cantero, Clara. Cordero Guevara, José. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41(1), 15-20.

Sutil Núñez, Belén (2014). Valoración enfermera de los problemas de salud reales y potenciales del cuidador principal de personas dependientes. (pp.1-15). España: Fuden de enfermería.

CAPÍTULO 45

Dimensiones del significado de cuidar adultos mayores por cuidadores familiares desde la perspectiva de género

Aurora Félix Alemán*, Manuel Lillo Crespo**, Juana Edith Cruz Quevedo***, y Rosa M Aguilar Hernández*

Universidad Autónoma de Tamaulipas. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT (México), **Universidad de Alicante (España), *Universidad Veracruzana (México)*

Introducción

El declive funcional progresivo, propio del envejecimiento, conlleva la necesidad de cuidado al adulto mayor (AM), el cual es continuo, prolongado y por el mayor nivel de dependencia cada vez más complejo (González y Ham-Chande, 2007). De esta condición surge el cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional que es la persona, hombre o mujer, mayor de 18 años que tiene relación de parentesco con él, atiende sus necesidades básicas de la vida diaria y lo apoya o supervisa en estas tareas; asume su cuidado de salud integral y toma o le ayuda a tomarlas decisiones sobre su cuidado (Félix, Aguilar, Martínez, Ávila, Vázquez y Gutiérrez, 2012 p. 83).

El deber de cuidar al AM es tradicionalmente para la mujer una asignación social-genérica (Díaz-Guerrero, 2008; Yonte, Urién, Martín y Montero, 2010). Para Díaz-Guerrero (2008), los significados sobre los asuntos de la vida en hombres y mujeres, se construyen y se encuentran en el orden simbólico que articula toda la vida social y concluye que, lo que moldea a la mente humana no es la biología sino la cultura. Así los significados de cuidar al AM, solo se obtienen en el proceso de cuidar; de ahí que, como refiere Robles (2006), las mujeres cuidadoras se aprecian poseedoras de saberes y habilidades propias de su género.

El cuidado familiar es una actividad emergente para la que no se recibe preparación, se realiza por intuición y con algún nivel de estrés. Así, la percepción de esta actividad por quien la brinda, depende no solo de las circunstancias que lo llevaron a cuidar sino del contexto en que lo realiza (Robles, 2006). Cuidar al AM puede ser percibido por cuidadores/as como retribución, con frecuencia de sus padres o esposos/as (Pinquart y Sörensen, 2006). En un contexto familiar de armonía y solidez económica, el cuidado puede ser gratificante, sin embargo, puede resultar en una tarea agotadora que implica sacrificio sobre todo en casos de nivel alto de dependencia, en casos de cuidado de largo plazo, cuando el cuidador/a enfrenta su propio proceso de envejecimiento y cuenta con poco o nulo apoyo externo (Bover-Bover, 2006; Rosina y Félix, 2009).

Las condiciones socioeconómicas, de salud, del cuidado, además de los arraigos socioculturales y el machismo como fenómeno social (Díaz-Guerrero, 2008), exponen a cuidadoras mexicanas en magno riesgo de perder su bienestar (Félix, et al., 2012). Los sustentos de eficiencia de la perspectiva de género planteados por Lagarde (2001; 2011), son eficaces para el análisis de los significados de cuidar al AM por cuidadores/as ya que se constituyen en el marco del sistema de organización social genérico-patriarcal que impera en México y que establece la asignación de roles en la vida de hombres y mujeres. A partir de ello la relación genérica transcurre en el hogar, donde las mujeres cumplen sus roles de hijas, esposas, madres, amas de casa y cuidadoras del prójimo (Díaz-Guerrero, 2008), lo que se conforma como trabajo de tiempo completo, invisible, no remunerado y sin reconocimiento social y familiar (Robles, 2006).

Los significados del cuidado y sus diferencias genéricas, se originan en las personas a partir de los patrones socioculturales en la relación autocuidado-cultura (De Roux, 1994). La socialización familiar

religiosa finca y fortalece en la mujer, el cuidado como deber moral y asignación social de sus descendientes, esposos, progenitores y dependientes de la familia; cuyo incumplimiento conlleva castigo divino y sanción social (Díaz-Guerrero, 2008). Por ello las mujeres se confirman en el deber ser y deber hacer en la vida para el cuidado de los otros (como los AM), como una necesidad sentida a pesar de sí mismas (Lagarde, 2011).

Los hombres, en cambio, legitiman con libertad su rol en la vida, en organizaciones y trabajos fuera del hogar donde obtienen ganancias y reconocimiento. Proveen sustento familiar y adquieren supremacía (Lagarde, 2001; 2011). Son poseedores del legado sociocultural que transmiten y refuerzan las mujeres. Ésta relación genérica condiciona, además, el fenómeno social “machismo del mexicano” que resulta de la supremacía del hombre ante la ineludible subordinación de la mujer (Díaz-Guerrero, 2008) y que origina inequidad de género.

El sistema de salud en México no incluye programas específicos que consideren las necesidades y riesgos de cuidadores/as del AM como grupo vulnerable. La atención que requieren es de interés y competencia de enfermería, en tanto que el objeto de su atención es el cuidado de las necesidades humanas con calidad y equidad, con el propósito de mantener el bienestar del binomio AM-cuidador/a familiar.

La ausencia de estudios mexicanos sobre las dimensiones del significado de cuidar en cuidadores/as del AM, principalmente genéricas, de tipo socioeconómico, de salud y del cuidado, que evidencien experiencias con la perspectiva de género; es el antecedente para plantear en la investigación el objetivo: Contextualizar las dimensiones categóricas del significado de cuidar en cuidadores y cuidadoras familiares de adultos mayores dependientes desde la perspectiva de género, a partir de la pregunta ¿Qué significa cuidar para cuidadores/as de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México?

Método

Participantes

Fueron siete hombres en edad \bar{X} 52 y rango 21-72 y siete mujeres, \bar{X} 54 y rango 55-65 años **cuidadores/as de un familiar AM dependiente, de Matamoros Tamaulipas, México**. La mayoría casados/as. Escolaridad, mayor en hombres. Ocupación, labores del hogar en ambos géneros. Trabaja solo un varón y dedica 8hrs/día, y dos mujeres, 2hrs/día. Mayoría con ingreso semanal insuficiente para solventar el cuidado. Un hombre y dos mujeres no refieren enfermedades diagnosticadas. En cuidadoras predomina hipertensión arterial, sobrepeso, varices, colesterol, taquicardia, depresión, cáncer, artritis reumatoide, osteoporosis y lumbagos/dorsalgias.

Los AM cuidados fueron cinco hombres y nueve mujeres, en edad \bar{X} 73 y rango 61-90. Nivel de dependencia: grave, cuatro; moderada, ocho y total, dos. Género y parentesco: en hombres, esposo 4 e hijo 3; en mujeres, hija 4 y esposa 2. Meses al cuidado: hombres \bar{X} 27, rango 7-60; mujeres \bar{X} 63, rango 25-156 y Horas de cuidado/día: hombres \bar{X} 9.9 y rango 6-15; mujeres \bar{X} 9 y rango 1-15. Ayuda para el cuidado: Seis hombres la reciben por 4 y más hrs/día, y cuatro mujeres 1.7hrs/día. Las mujeres son constantes en cuidar además del AM a otros familiares como nietos, hijos y esposo.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario expreso de datos sociodemográficos y de salud del binomio CF-AMDF. El Índice de Barthel de Lowen y Anderson, referidos por Cid-Ruzafa y Damián-Moreno (1997), con I. de Kapa entre 0,47 y 1,00, se aplicó para **determinar el nivel de dependencia del AM**. Una guía semiestructurada para la entrevista en profundidad a través de la cual se obtuvieron datos de cuidadores/as familiares sobre su significado de cuidar de su familiar adulto mayor y un diario de campo

en el que se describieron las actitudes y emociones de cuidadores/as así como la observación del contexto.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados por técnica nominal y bola de nieve. La muestra se determinó bajo el principio de saturación de datos en siete hombres y siete mujeres.

El procesamiento de la información, se realizó en forma manual al estilo tradicional antropológico (Polit y Hungler, 2000). El tratamiento de los datos que condujo a la identificación de los significados de cuidar un familiar AM de cuidadores/as se centró en la organización de los datos y la determinación de códigos vivos que condujeron a definir dimensiones categóricas, subcategorías y temas de estudio (Crabtree y Miller, 1992). La planeación y ejecución del estudio, se realizó con apego a la ética de investigación (SSA, 1987). Estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Salud de Matamoros Tamaulipas, México. Jurisdicción Sanitaria III. Acta 2, Foja 87. Folio I-002.

El análisis de datos sociodemográficos y de salud se realizó con estadísticos descriptivos. El objeto de análisis fueron 14 documentos etnográficos con transcripción *verbatim* de experiencias narradas por cuidadores/as más notas de campo. El tratamiento de datos fue por estilo de análisis semiótico inductivo, por edición. Rigor del estudio, sustentado en Denzin y Lincoln (2000), a partir de la triangulación metodológica, la credibilidad del investigador, la verificación externa de colegas y la transferibilidad.

Resultados

A partir del planteamiento ¿Qué significa cuidar para hombres y mujeres, cuidadores familiares de adultos mayores? se entrevistaron a ocho participantes, en dos acercamientos y seis en tres; a 13 en su hogar. Duración de entrevista: hombres \bar{X} 36 minutos, rango 30-68; mujeres \bar{X} 48, rango 40 a 68 minutos. Se organizaron 256 códigos vivos en cuidadores y 278 en cuidadoras. A partir de ellos se determinaron tres dimensiones categóricas y once subcategorías en las que se evidencian diferencias en los significados de cuidar en hombres y mujeres, matizados por la asunción del cuidado familiar como rasgo cultural religioso y sustentado en la influencia de la imperante división genérica del cuidado, que conlleva inequidad para ellas.

1 El significado de cuidar al adulto mayor por parte de cuidadores/as, como constructo social, determina las motivaciones, el impacto del cuidado y el alivio de la carga como un factor en la cultura religiosa.

1.1 Retribución y sentimientos gratificantes Vs retribución, experiencias y sentimientos ambivalentes.

Para ambos géneros el cuidado a sus padres y esposos/as es *retribución, motivación, bonito, orgullo, satisfacción*. Es asumido y otorgado por el cuidado y afecto recibidos en el pasado, por lo que nace en cuidadores/as sentimientos intensos y abundantes como paciencia, bienestar, amor, motivación, gusto, satisfacción tranquilidad, felicidad, consuelo y orgullo. Es evidente el alto grado de gratitud y fidelidad, mientras hombres cuidadores matizan su abnegación: *...le doy todo mi cariño, mucho amor...; ¿Qué más hago?, devolver el pago...; me cuidó, así tengo que hacerlo...*, lo que en cuidadoras es aún más intenso.

Cuidar como asignación/obligación sólo se presenta en cuidadoras. No logran ver beneficios por cuidar y manifiestan con intensidad: incertidumbre, problemas, molestia, incomodidad, insatisfacción, rencor, frustración, coraje y lástima: *...sólo yo tengo que verla...; la siento una sombra...; ...me pone en mal...*

1.3 Estar hasta el final en el hogar, experiencia como las mujeres Vs. estar hasta el final, en el hogar, confirma ser mujer.

Cuidadores/as encuentran significativo cuidar en el hogar para el bienestar del adulto mayor. Lo refieren como reto: *...estar ahí, aquí, con él/ella cuidando...* Su historia y parentesco es suficiente para su

disposición de cuidar. Confirman su responsabilidad, dan lo mejor de sí: *...servir para toda la vida*. Se disponen como prenda de valor con intervención Divina y según condiciones particulares: *...primero lo que Dios diga...* Y sin límites más que la condición de la enfermedad: *...hasta el último aliento, que me alcancen fuerzas pa' levantarla...* Muestran el legado religioso de abnegación a los padres y esposos/as: *...no dejarlo/a...;...hasta el final...;...hasta que Dios quiera...*

Los hombres evidencian que el cuidado al AM es ineludible: *...eso me hace reaccionar a mi verdad y quedarme*. Su condición del cuidado es: *...hacerla como mujeres...*, ya que también deben, pueden, quieren y cuidan donde cuidan las mujeres. Por el contrario, para las mujeres cuidadoras, cuidar en el hogar significa su afirmación como mujeres: *...en la casa como es natural*.

2. El género es factor determinante en el proceso transformación-adaptación de cuidadores/as de adultos mayores

2.3 Experiencia desconocida y no ordinaria Vs natural y de principios.

Los cuidadores no están preparados socialmente para asumir el cuidado: *...uno cree que ya conoce todo y no*. Lo consideran: *...algo fuera de lo ordinario...;... que se sufre y se aprende...;...siento responsabilidad de verla y tenerle todo...;...abarca muchos aspectos*. Para las mujeres cuidar es: *... de principios...* Los cuales han estado en su subjetividad hasta ahora que se requiere: *... sabía que lo tenía que hacer...;... uno va entendiendo que tiene que cumplir bien...;... son cosas ordinarias y naturales en la vida*.

2.4. Transformación y dejar de ser, ser como mujeres Vs transformación y dejar de ser, confirma ser mujer. A cuidadores/as cuidar del AM los transforma. Para ellos es algo no común, por tanto no esperado: *...hago aquí todo lo que hace una mujer*. Perciben pérdida del sentido de su vida, afecta su identidad y dejan de ser para sí: *...he cambiado mucho...; no puedo hacer más que cuidarla, tenerle todo limpio*. Los hombres cuidan por necesidad ya que no hay mujeres que lo hagan, es entonces cuando el cuidado significa para ellos: *...algo ineludible*. Se perciben cuidando en cautiverio: *...estando ahí*, sin poder disfrutar su libertad, como antes: *...no estaría con la conciencia tranquila de andar fuera y ella acá adentro*.

Las circunstancias del cuidado conllevan al bienestar y la recuperación del ser querido para lo cual tienen que aplicar estrategias. Esto rompe en su subjetividad el paradigma de su sentido de la vida. Por el contrario, para las cuidadoras, cuidar es cultura familiar: *...actividad ya vivida*, algo imponderable a sus intereses, que ahora deben adaptarse para hacerlo como hija o esposa. Cuidar acapara su atención para: *...evitar y aliviar el sufrimiento, motivar y dar lo necesario en derecho y en beneficio...;...cuidándole es el significado más importante y verla satisfecha*. El cuidar las ha transformado en algo, y las somete en la experiencia de no ser las mismas que antes. Se perciben como objeto de cuidado que las lleva a no ser: *...dejas muchas cosas, irte a divertir con amigos/as*. Más aún, de sufrir los efectos de no poder, no tener y hasta de no querer y postergarse a sí mismas por el bien de otros: *...a donde me invitaran pero pos no se puede...; así prisionera...;... me desvelo mucho, casi no duermo*.

2.5 Deber moral y resignación Vs deber ser y algo natural. Cuidadores/as asumen el cuidado a partir de lazos de consanguinidad y afecto.

Para cuidadores significa un deber moral de hijo y esposo que afecta su subjetividad: *...no pensaba que me fuera a pasar una cosa como esta*. Cumplen con el cuidado con resignación e invocación, con auto explicación, en tanto que manifiestan en grado superlativo su responsabilidad: *...Dios así lo quiso y aquí estamos...;...Dios nunca nos deja solos...;...la veo hasta onde Dios me deje...;...Dios sabe qué hacer*.

Para las mujeres, el cuidado está fuertemente impreso en su subjetividad. Es una necesidad sentida, natural y esperada que conlleva cumplir un deber: *...los hijos tienen obligación con los padres...;... eso no se compra, no se vende, nadie te debe obligar*. Ellas se promulgan como mejores para cuidar: *...y quien más que yo para cuidarlo*. Esta tendencia repetitiva sustenta su realidad, de que el cuidar no tiene

fin:...dejarla, dejarla, no podría....Sus plegarias pidiendo beneficios son más intensas y diversas que en cuidadores.

2.6 Estar y mantenerse ahí Vs un proceso que agudiza el estar y mantenerse ahí.

Ambos géneros perciben que cuidar es doméstico y cotidiano, que lo hacen en cautiverio.

A Ellos, cuidar los estatiza porque nunca lo han hecho, perciben que no disfrutaban su libertad:...*si salgo no tengo que tardarme...;... estoy pegado aquí con ella.* Para ellas cuidar es un agregado a su rol:...*ando moviendo aquí y allá...;...soy pa' todo...;...como quiera, aquí estoy...;...cuidarlo en la casa, más donde esté él....* Además de que, en ocasiones, realizan trabajo remunerado.

2.7 Exclusividad Vs cuidar es múltiples roles.

Para los hombres, a excepción de dos, el cuidado significa una tarea de tiempo completo y como rol único al que:...*es necesario dedicarle todo el tiempo...;... hacerle todo...; ...nada más que cuidarla....*Aunque albergan la esperanza de retomar su rol cuando terminen de cuidar. Esto se comprende por su antecedente de nulidad en actividades del hogar y la actual exigencia.

Para mujeres el cuidado es de tiempo completo, sin tregua, que se asume sin excluir los roles asignados:... *primero está él, luego mis hijos, mi marido y luego yo, si tengo tiempo...*, que las mantiene ancladas en su lugar:...*yo soy el pilar de aquí...;...antes de ir al trabajo...; ... y regreso... ¿cómo yo me doy tiempo pa' todo?*

2.8 Reproducción y transferencia parcial de roles Vs reproducción de roles.

Los hombres estresados en la responsabilidad del cuidado tienen que aprender actividades para el cuidado de la enfermedad. Se valen del recuerdo, lo que vieron y les enseñaron:...*he aprendido de ella...;...me pregunto ¿cómo se hacen y se coordinan las cosas? Ahora es como un archivo guardado, como ella hacía las cosas....*Asumir el papel de cuidador, es prototipo masculino del que, así como ellos, es como una condición que resulta y que han de aprender también los hijos:...*Ellos nos enseñaron a cuidar, a estar atento con las personas...;... como les digo a mis hijos, antes me sentía inservible.* A diferencia de los hombres, las mujeres transmiten su experiencia con dichos, de modo silencioso y como modelo:...*experiencia bonita, nos enseña a ser mejores para cuando lleguemos a esa edad....*

3. El apoyo familiar a cuidadores/as familiares es determinante en la percepción de carga del cuidado del adulto mayor y sus estrategias de alivio

3.9 Acompañamiento y apoyo familiar Vs es soledad y sin apoyo familiar.

En ambos géneros cuidar significa trabajo solitario e invisible. Los hombres perciben que es fuera de su rol, manifiestan necesidad de apoyo; la mayoría lo tiene y perciben acompañamiento:... *están mis nueras y mis hijas, les encargo...;... la vecina la lleva...;... le dan vueltastodos...;... se queda, mi señora con él...;... es apoyo familiar, nos dividimos....*

Las mujeres se perciben solas en el cuidado, sin apoyo familiar y social; no como falta de lealtad intergénero, sino por los que tienen el mismo vínculo con el adulto mayor cuidado y de ellos esperan apoyo...*nadie me ayuda, no hay nadie más...;...dijeron, y ni volvieron, ni a verla....*Aceptan que les toca y justifican la ausencia o parcialidad de una mujer que les ayude.

3.10 Carga, agotamiento y “dejar de hacer” Vs es carga, agotamiento, emociones y vivencias extremas: “dejar de ser”.

Para ambos géneros cuidar es experiencia no imaginada, carga pesada, agotamiento, difícil y no deseada para sí ni para otros. Para ellos representa que: ...*es muy duro y es sufrimiento...;...se me cierra el mundo, el trabajo y muchas cosas.* No deciden, pierden oportunidades y entran en conflicto.

Cuidar en mujeres rebasa su capacidad vital:...*Me siento en prisión...;... con ganas de llorar, de gritar, de volar y no voltear....* Creen estar perdidas en todo. Se dejan a sí mismas, expresan deseos de:...*desaparecer del mapa, irse y dejarlo...;... tragar un montón de pastillas...;...que Dios me recoja.* Encuentran significado en el cuidar y en el cuidar pierden el sentido de la vida.

3.11 Sobrellevar y aliviar la carga en control Vs sobrellevar y aliviar la carga extralímite. Cuidadores/a sobrellevan el cuidado buscando conciliación y/o reconciliación con la divinidad en formas

diversas e intensas ya que ratifican su responsabilidad, demuestran fidelidad y abnegación, imploran fortaleza y recursos e interponen su condición saludable para seguir cuidando. Las razones por las que cuidadores/as cuidan hace la diferencia en los beneficios, y éstos a su vez determinan la forma de sobrellevar y aliviar la carga.

Los hombres cuidan por deber moral y porque no hay más quien lo haga. Les trae beneficios como agradecimiento y cariño: *... ella todo me agradece, no necesita con que me mire y me sonría...;...convivimos, platicamos, jugamos, la hago reír...;...me dice muchas cosas bonitas, el único, el mejor....* Además, conciliación y reconciliación con la divinidad: *...Dios está en los momentos difíciles...;...en oración me pongo en manos del Señor...;... gracias a Dios me ha ido bien, me ha ayudado y me ha sostenido en pie.* El acompañamiento y apoyo familiar para el cuidado también les alivia la carga.

Aunque las cuidadoras experimentan los mismos beneficios que los hombres, su ánimo se eleva debido a la mejoría de la persona cuidada: *...me dicen que, qué bueno que la tienes...; Él me dice "nooooo por ella" (se mejora su salud) me siento ancha...; ... eso es algo para mi bonito...; ...eso para mí es un pago...; ... me toma en cuenta, me necesita...; ...ahorita ya no hay como ella (cuidadora), yo me siento orgullosa....* Su deber de cuidar por imposición y obligación las lleva a exacerbar su tolerancia y su ser en todas sus dimensiones: *...he cambiado, síiii, ps a triste, a seria...;... me siento atada... me siento maneada...;... estaría yo creo muy feliz, a lo mejor la vida fuera otra...*

Discusión

Los hallazgos del estudio español de Bover-Bover (2006) sobre el impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género tienen relación importante con los significados del presente estudio: Retribución y sentimientos gratificantes Vs retribución, experiencias y sentimientos ambivalentes. Ambos géneros tienen satisfacción por cuidar, sólo que en varones españoles los sentimientos son ligados a cuestiones prácticas y de solidaridad. En mujeres se relaciona con cuestiones sociales y emocionales, como en este estudio.

Respecto al significado: Experiencia desconocida y no ordinaria Vs natural y de principios. Los cuidadores españoles consideran su cuidado como una aportación masculina y como una respuesta al rol social. Se consideran valerosos en su identidad, lo que evidencia de ellos, mayor aceptación y progreso en el cuidado, a diferencia de los mexicanos. En mujeres el significado es similar.

El significado: Deber moral y resignación Vs deber ser y algo natural, se identifica coincidencia ya que varones y mujeres entienden que cuidar es obligación moral, es algo natural, de alto sentido de responsabilidad, inherente a hijos/as y esposos/as, aunque lo manifiestan con más emoción las mujeres. Estar y mantenerse ahí Vs un proceso que agudiza el estar y mantenerse ahí, significado en el que ambos géneros consideran el hogar como el espacio donde las mujeres cuidan, lo cual coincide con este estudio. Los varones españoles parecen buscar un espacio propio de calidad para la aportación masculina al cuidado, manifestación no encontrada en este estudio.

Acompañamiento y apoyo familiar Vs es soledad y sin apoyo familiar. Los varones españoles se quejan de aislamiento, participan en el cuidado como suplencia parcial y de gestión, no siempre con ayuda para el cuidado familiar y el hogar. En cuanto a las cuidadoras el significado es similar ya que se perciben aisladas, en exclusividad, en solitario, con falta de ayuda familiar y escasez de recursos de soporte social. Respecto al significado: Carga, agotamiento y “dejar de hacer” Vs es carga, agotamiento, emociones y vivencias extremas: “dejar de ser”; en ambos géneros imperó el impacto negativo con signos de sobrecarga y agotamiento. Sin embargo en cuidadoras de ambos estudios es mayor el impacto psicológico.

Sobrellevar y aliviar la carga en control Vs sobrellevar y aliviar la carga extralímite. El significado de cuidar en varones cuidadores de ambos estudios tiene coincidencia ya que los españoles son menos emocionales que las mujeres, pero más prácticos y solidarios en un sentido más racional y dirigido a la

superación de nuevos retos. Ellos aplican la estrategia del enfrentamiento considerada una forma de ejercer poder y capacidad de influencia. En cambio las cuidadoras viven y se adaptan al cuidado con mayor resignación pero con mayor impacto psicológico.

Conclusiones

La cultura del cuidado familiar de adultos mayores en el contexto de Matamoros Tamaulipas, México se presenta en el marco del imperante sistema de organización familiar y del cuidado genérico-patriarcal y tienen correspondencia con los fundamentos de la perspectiva de género.

Las dimensiones de los significados de cuidar a un adulto mayor dependiente son constructo social, en el que prevalece inequidad en desventaja para cuidadoras; asimismo se aprecia mayormente sutil, la condición de varones cuidadores en sus capacidades, deseos y responsabilidad de cuidar a su familiar adulto mayor, que en las mujeres cuidadoras.

La cultura del cuidado al adulto mayor y la salud en cuidadores/as se conforma a partir de la religión, las motivaciones, el impacto del cuidado y el alivio de la carga por el cuidado.

Los hallazgos pueden sustentar la formulación de políticas, estrategias y programas de salud dirigidos bajo principios de equidad, que permitan la visualización del cuidado familiar y los cuidadores/as del AM y la incorporación del cuidado formal principalmente de enfermería a fin de contribuir en la mejora del bienestar de dicho binomio.

Referencias

- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clin*. 16(2), 70-77.
- Cid-Ruzafa, J. y Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*; 71(2), 127-37.
- Crabtree, B. F. y Miller, W. L. (1992). Doing qualitative research. Newbury Park CA.: Sage. En D. Polit y B. Hungler, 2000. *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª ed.). México.: Manual Moderno, p. 408-410.
- De Roux, G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgos y la promoción de estilos saludables en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*; 28 (2):223-233.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousands Oaks.: Sage Publications.
- Díaz-Guerrero, R. (2008). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología* (6ª ed.). México.: Trillas.
- Félix, A., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Avila, H., Vázquez, L. y Gutiérrez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cul Cuid*. XVI(33), 81-88.
- González C. A., Ham, R. (2007). Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*. 49 4:448-458.
- Lagarde, M. (2001). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos Inacabados. No. 25. (3ª ed.). España.: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres*. España.: horas y HORAS.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an update meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 61B, 33-45.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed.). México.: McGraw-Hill.
- Robles, L. (2006). El cuidado a los ancianos: la feminización de la obligación filial. En: L. Robles, F. Vázquez, L. Reyes y I. Orosco. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico* (2006). México.: Plaza y Valdez, p. 247-298.
- Rosina, F. E. y Félix, M. L. (2009). Significado de cuidar de idosos dependientes na perspectiva do cuidador familiar. *Cienc Cuid Saude*. 8(3), 428-435.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Recuperado el 18 enero 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Yonte, F., Urién, Z., Martín, M. y Montero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Rev enfer C y L* 2 (1): 59-69.

CAPÍTULO 46

Superación de una crisis familiar a través del abordaje biopsicosocial

Emilia Arana Asensio*, Pablo García López**, y Francisco García Del Pozo***

Residente de MFyC en UDMFyC Granada (España), **Médico especialista MFyC UGC Gran Capitán, Granada (España), *Grado de Enfermería, Madrid (España)*

Descripción del caso

El abordaje de los problemas de salud en Atención Primaria resulta complejo por la interacción entre los diferentes aspectos (clínicos, psicosociales y familiares). Es por este motivo, que la valoración de la familia y la comunidad ocupa un papel fundamental en el estudio completo de un paciente y, más aún, cuando éste padece una patología crónica sobre una situación de fragilidad, como la vejez. (Quel y García, 2011).

En España continua el proceso de envejecimiento poblacional. A 1 de enero de 2014 había 8.442.427 personas mayores (65 y más años), el 18,1% sobre el total de la población (46.771.341), según los datos del Padrón Continuo (INE); aumentando en mayor medida la proporción de octogenarios y siendo el sexo predominante, el femenino, de manera que cada vez son menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores. (Abellán y Pujol, 2015).

La población anciana, enferma con más frecuencia y, además, tiene una serie de características que hacen que se diferencien del resto de los grupos etarios en cuanto al proceso salud-enfermedad (De la Revilla, 2012; Mussol, 2002). Entre estas características se encuentra la pluripatología, la tendencia a la cronicidad de los procesos y la menor respuesta del organismo anciano a factores desestabilizadores, pudiendo éstos tener su origen en cualquier esfera. La Medicina de Familia juega un papel privilegiado, pues se caracteriza por la comprensión del paciente y de su enfermedad, basándose no sólo en los síntomas y signos, sino en los factores psicológicos y sociales que relaciona al sujeto con su contexto (Turabián, 2006)

La realización de un “caso clínico” que refleje y describa el proceso de enfermar en toda la gama de eventos que constituye la Medicina de Familia, se convierte en una herramienta de gran valor asistencial (Quel y García, 2011). Como ejemplo, presentamos el caso de un paciente anciano, con una situación clínica compleja que ocasionó una crisis familiar por claudicación de la cuidadora. Su desarrollo nos permitirá hacer un repaso sobre las principales herramientas de valoración global en Atención Primaria.

Se trata de un varón de 79 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de larga data con complicaciones (retinopatía diabética, nefropatía), hipertensión arterial, bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II (subsidiario de implantación de marcapasos, que rechazó), insuficiencia cardíaca, bocio multinodular intratorácico e historia previa de tromboembolismo pulmonar en contexto de inmovilización tras fractura de cadera derecha en 2010.

Sigue tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, doxazosina, furosemida, insulina y ácido acetilsalicílico, aunque muestra mala adherencia terapéutica. El paciente ha sido fumador desde la juventud y, a pesar de su estado de salud, continúa con una negativa rotunda a dejar el hábito tabáquico.

Una vez conocidos los antecedentes personales, podemos decir que, se encuentra en fase crónica de la enfermedad, puesto que el diagnóstico de las patologías que padece se hizo hace años, y continúan en evolución.

De forma general, se puede decir que los cambios sufridos en el contexto de la enfermedad crónica, producen discapacidad cuyo efecto sobre el paciente y/o su familia, va a depender de varios factores, en primer lugar de la relación entre el tipo de incapacidad y las expectativas presentes y futuras del paciente

y, en segundo lugar, de la situación estructural de la familia, de su flexibilidad y, de la cuantía de recursos con que cuenta. (De la Revilla, 2012).

En nuestro caso sujeto a estudio, los síntomas y signos discapacitantes han persistido y están apareciendo otros nuevos por la progresión (el más reciente, incontinencia fecal). Estos hechos han obligado a la toma de decisiones y al reajuste familiar, para procurar el bienestar tanto del paciente como de sus familiares y contactos más cercanos. Su esposa, cuidadora principal, ha sido la pieza clave en el manejo de la situación, es por esto que, en este contexto es necesario realizar también un estudio del cuidador. (Garrido, 2006; Crespo, 2007).

Exploración Física

En la exploración general destaca un fenotipo pícnico con obesidad mórbida, hipoventilación generalizada con roncus dispersos, mala tolerancia del decúbito, abdomen globuloso por encima de nivel de tórax y úlceras exudativas en resolución. A nivel cognitivo: conservación de funciones superiores. En cuanto a nivel funcional: ceguera prácticamente total, con distinción sólo de luces y sombras, e incapacidad para la bipedestación y traslaciones. Marcha asistida en silla de ruedas.

Pruebas complementarias

Se hace un seguimiento periódico desde un punto de vista integral incluyendo pruebas complementarias que aporten información sobre los distintos problemas clínicos del paciente, así como tests que ayuden en la valoración de los aspectos funcionales y psicosociales.

1. Pruebas complementarias:

- Analítica general con bioquímica (perfil hepatorenal, lipídico, tiroideo, glucémico, electrolitos, vitamina B₁₂ y ácido fólico) dentro de rango normal, a excepción del mal control diabético evidenciado por HbA_{1c} mayor de 8.5% y función renal deteriorada, en rango de Insuficiencia Renal moderada-grave.

- Electrocardiograma: frecuencia cardíaca a 60 latidos por minuto, bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II, sin alteraciones de repolarización.

- Radiografía de Tórax: índice cardiorácico aumentado. No apreciables condensaciones ni derrames costofrénicos. Calcificación del botón aórtico.

2. Escalas de estratificación y de valoración integral:

2.1. Evaluación del área cognitiva:

- Escala SPMSQ de Pfeiffer (1975): a través de 10 ítems valora la orientación temporoespacial, el conocimiento general y personal y la concentración. Introduce una corrección según el grado de escolarización, permitiendo un error de más si no se ha recibido educación primaria y uno de menos si se han recibido estudios superiores. Es una de las herramientas más útiles en Atención Primaria para el cribado de deterioro cognitivo, resultado fiable en población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.

El paciente tuvo un error en la última pregunta (área de cálculo), por tanto, no se detectó deterioro cognitivo.

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1982): es la única diseñada específicamente para personas mayores. Existe una forma de 30 ítems con respuesta dicotómica si/no y una versión abreviada de 15 ítems.

Al paciente se le administró la reducida, donde se obtuvo un resultado sugerente de depresión.

2.2. Evaluación funcional:

- Índice de Katz: (Katz Index of Activities of Daily Living; Katz et al., 1963): es una herramienta utilizada para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, movilidad, aseo, continencia y alimentación), que informa sobre la capacidad del individuo para el autocuidado y la vida autónoma. Está compuesto por 6 ítems, con 3 posibles respuestas en función del grado de autonomía. La limitación de 3 o más ítems, indica limitación severa, 1 ó 2, moderada.

El paciente muestra dependencia para: baño (necesita ayuda para salir o entrar en la bañera, no se asea solo); vestirse; usar el retrete y continencia (es usuario de absorbentes, ya que padece incontinencia urinaria y, recientemente también incontinencia fecal); movilidad (se desplaza en silla de ruedas con ayuda de cuidador). Es independiente para la alimentación.

- Escala de Lawton y Brody (1972): se utiliza para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Lawton y Brody diseñaron una escala que incluye actividades complejas necesarias para la interacción social, tales como la utilización del teléfono, medios de transporte, el manejo de dinero, toma de medicamentos, ejecución de tareas domésticas, etc. Es un instrumento bastante útil para medir el grado de discapacidad, entendida como la limitación que experimenta el individuo para involucrarse en situaciones vitales, ya que contempla actividades necesarias para el desempeño de roles, la participación social y la autonomía.

El paciente muestra una dependencia total, al requerir ayuda para todas las AIVD.

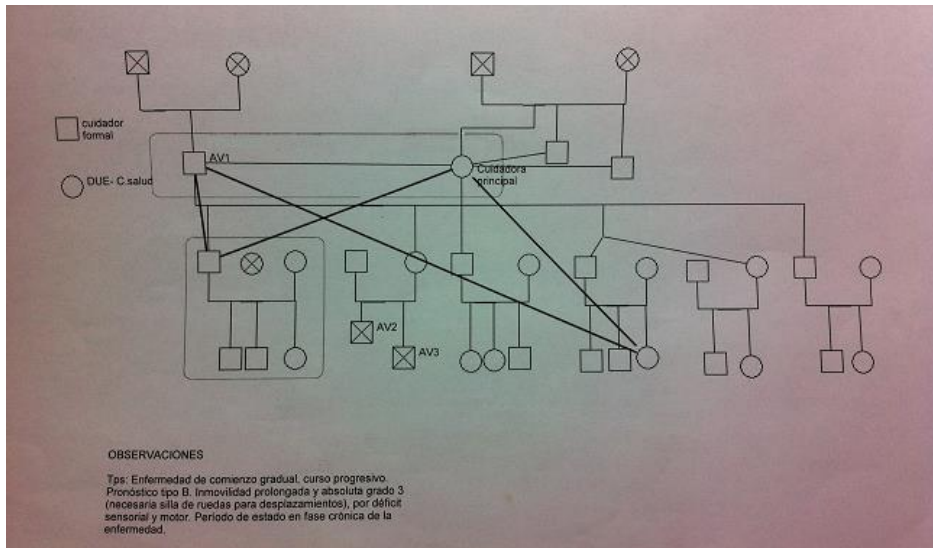
2.3. Valoración de la red social y el apoyo familiar:

- Genograma: es una herramienta de valoración familiar, desarrollada por Murray Bowen en 1978. Es un sistema de registro de información sobre la composición familiar que, a través de una serie de símbolos convencionales, resume gráficamente la estructura de una familia: sus antecedentes patológicos, patrones de comportamiento y problemas psicosociales.

Se adjunta el genograma de nuestro paciente (FIGURA 1): está casado, y vive con su esposa, cuyos hermanos viven en la misma ciudad. Tienen tres hijos independizados que viven cerca del hogar familiar. Constituyen una familia nuclear con parientes próximos que se encuentra en etapa de “nido vacío”.

La familia por el momento del ciclo vital en que se encuentra, presenta un estilo familiar centrífugo (donde los hijos han salido del hogar para configurar sus propias familias), y existen límites individuales rígidos entre la pareja, así como límites externos difusos.

Figura 1. Genograma



(Elaboración propia)

- Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE): Los AVE son aquellos sucesos que ha padecido el paciente en el último año y el instrumento de medida para ellos es una escala aditiva de evaluación de reajuste social (SRSS) de Holmes y Rahe (1967), modificada para adaptarla a nuestro medio por De La Revilla en 1994. Cada uno de los eventos o acontecimientos tiene una puntuación denominada "unidades de cambio vital" (LCU), que va desde 100 en el acontecimiento más grave (la muerte del cónyuge) a 11 en el menos relevante (leves transgresiones de la ley).

Entre los AVE más destacados en los últimos tiempos se encuentran las progresivas complicaciones derivadas de la enfermedad crónica (pérdida de la independencia funcional tanto por la disminución de la capacidad motora, como por la incapacidad sensorial visual), que imposibilitan que pueda cuidar de sí mismo y de los demás; el abandono de las actividades de ocio así como, el deterioro de la salud de su esposa.

Los AVE acontecidos han afectado al estado anímico familiar, aunque las relaciones entre los diferentes miembros de la familia han continuado siendo estrechas.

- Estudio del apoyo social. Cuestionario MOS (Scherboune y Stewart, 1991): consta de 20 ítems, el primero informa sobre el tamaño de la red social y los restantes sobre distintas dimensiones del apoyo. Permite valorar el apoyo social global, así como investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo.

Los resultados del cuestionario mostraron que, a pesar de tener una red social escasa (con menos de 5 amigos), el paciente tiene un buen soporte emocional e instrumental.

- Cuestionario APGAR familiar (Smilkstein, 1978): cuestionario autoadministrado, que consta de cinco preguntas cerradas, con el que se puede obtener, de forma rápida y sencilla el grado de satisfacción del encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal.

El paciente mostró un grado de satisfacción normal.

2.4. Estudio de la cuidadora:

La esposa de nuestro paciente, ejerce el rol de cuidadora principal, teniendo una dedicación exclusiva al cuidado de su marido, denominándose dicha situación como "24/7/365". Ayuda en las actividades de la vida diaria (vestido, aseo...), aporta ayuda instrumental (preparar la comida, baño,

ropa...), en los cuidados de rehabilitación (cambios posturales, desplazamientos) así como en la promoción de salud (proporciona dieta saludable, consejo antibacno...).

- Sobrecarga personal de Zarit (Zarit et al., 1980): existen distintas versiones. La abreviada consta de 7 ítems, cada uno puntuado de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Evalúa cómo la atención al paciente puede afectar a las distintas áreas de la salud del cuidador.

La entrevista con la cuidadora, así como el cuestionario mostraron signos de sobrecarga, más notorios en relación a los aspectos físicos (algias vertebrales, dolores articulares), psíquicos (ánimo triste y ansiedad ocasionales) y al impacto social (deterioro de la relación de pareja, disminución de las relaciones sociales), en contrapartida, satisfacción personal por saber que su esposo está bien atendido.

2.5. Estudio medioambiental: Mapa del hogar

El paciente y su esposa viven en un piso de su propiedad, situado en una zona céntrica, relativamente cercana al centro de salud. El edificio está adaptado a la utilización de silla de ruedas, no obstante, en el domicilio particular, el pasillo y las puertas son estrechas, lo que dificulta los desplazamientos. Goza de unas características apropiadas en cuanto a higiene, iluminación y calefacción.

Diagnóstico diferencial

El paciente muestra síntomas que podrían encuadrarse en la esfera psiquiátrica (ánimo triste, retraimiento, escasa comunicación, falta de ilusión por realizar actividades de ocio y la interacción social), pero de obligado diagnóstico diferencial con un trastorno de origen orgánico, como la demencia.

La demencia se caracteriza por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, adquirido y, por lo general, crónico y progresivo, sin alteración del nivel de conciencia. Para realizar el diagnóstico de demencia, el deterioro cognitivo debe ser de intensidad suficiente tal que interfiera en las actividades familiares, sociales u ocupacionales habituales del individuo y posteriormente las necesarias para el autocuidado y la supervivencia. Se pueden presentar también alteraciones neuroconductuales (personalidad, comportamiento).

Hay diferentes tipos de demencia en función de su etiología: degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal, como principales cuadros); secundarias (vasculares, procesos expansivos, endocrino-metabólicas...) y mixtas. La edad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus, entre otros, son factores de riesgo para la demencia vascular.

En el estudio de nuestro paciente, la entrevista clínica evidenció una correcta comunicación tanto verbal como no verbal, así como no se manifestaron alteraciones cognitivas. Las pruebas psicométricas (Escala de Pfeiffer, Escala de depresión de Yesavage) tampoco fueron orientativas de demencia sino de depresión. La exploración neurológica descartó focalidad, por lo que no se solicitó prueba de imagen. Las pruebas complementarias realizadas (analítica general con bioquímica incluyendo perfil hepatorenal, lipídico, tiroideo y glucémico, electrolitos, vitamina B₁₂ y ácido fólico), resultaron dentro del rango normal salvo HbA1c y función renal. Dada la ausencia de sospecha clínica, no se solicitaron serologías. La radiografía y el electrocardiograma fueron similares a los realizados con anterioridad.

En cuanto al estudio de la depresión, se barajaron diferentes cuadros (episodio de depresión mayor, distimia, trastorno adaptativo). Para el diagnóstico de episodio de Depresión Mayor, es necesario el cumplimiento de al menos 5 síntomas de los dispuestos entre los criterios diagnósticos de la DSM-IV. Nuestro paciente cumplía sólo 3 (comportamiento deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés y de capacidad para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del tiempo y sentimientos de inutilidad o de culpabilidad). Estos síntomas tenían una clara y directa relación con el empeoramiento de su estado de salud en los últimos meses, así como con el deterioro de la relación de pareja por claudicación de la cuidadora, y la disminución de las relaciones e interacción social. Por este motivo, se

pensó como origen más probable del cuadro, un trastorno adaptativo en el contexto de deterioro por enfermedad crónica.

Juicios clínicos:

- Diabetes Mellitus tipo 2. Retinopatía diabética. Nefropatía.
- Disnea multifactorial: hipertensión arterial; bloqueo de segundo grado tipo Mobitz II; insuficiencia cardíaca.
- Bocio multinodular intratorácico.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria.
- Acumulación de Acontecimientos Vitales Estresantes. Red social y familiar alterada.
- Trastorno Adaptativo.

Conclusiones

Hoy día la mayoría de familias deben hacer frente a la enfermedad crónica de uno de sus miembros en algún momento de su ciclo vital familiar. La mayor parte de las personas mayores, especialmente aquellas que presentan algún tipo de incapacidad, viven en la comunidad gracias a la ayuda que les presta su familia. Para conocer la capacidad que tienen las familias para afrontar la carga que supone tener una persona con enfermedad crónica y dependiente en su seno, es necesario evaluar la función familiar, identificar y sopesar la red social con que cuenta y las dimensiones del apoyo social que aporta, para ello contamos con herramientas validadas para nuestro entorno.

El genograma (posibilita valorar la estructura familiar, las relaciones familiares, la etapa del ciclo vital familiar) o la utilización de cuestionarios validados para la medición del apoyo social nos permiten completar el diagnóstico y realizar intervenciones psicosociales que mejoran el curso de la enfermedad. Por ello es necesario ubicar la enfermedad crónica en el contexto donde se desarrolla, siendo crucial entender las interacciones que se dan entre paciente-enfermedad-familia-comunidad. (Bailón y Orozco, 2011).

El caso presentado sirve de ejemplo de abordaje biopsicosocial pues permitió detectar unas áreas de mejora (adherencia al tratamiento, potenciar el apoyo en redes, promoción de actividades de ocio, solicitud de recursos como cama articulada y cuidador formal, y refuerzo positivo de la cuidadora) desde una perspectiva integral, que no hubieran sido resueltas con un tipo diferente de atención.

Referencias:

Abellán, A., y Pujol, R., (26 de enero de 2015). *El estado de la población mayor en España*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2015/01/26/el-estado-de-la-poblacion-mayor-en-espana-2015/>

Bailón, E. y Orozco, D. (2011). *Abordaje de las enfermedades crónicas desde una perspectiva integral. Actualización en Medicina de Familia*, 7 (8), 421-480.

Gobierno de España., Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaría de Estado de Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2008). *Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar*. Madrid: Crespo, M. y López, M. Recuperado el 4 de Mayo de 2015, desde <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/32002cuidadores.pdf>

De la Revilla, L. (2012). *Abordaje biopsicosocial de las enfermedades crónicas de las personas mayores*. Recuperado el 20 de Abril de 2015, desde <http://adharaserver.es/fundesfam/>

De la Revilla, L. (1993a). El genograma: cómo realizarlo. En: De la Revilla, Luis. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar* (pp. 101-109). Barcelona: Doyma.

De la Revilla, L. (1993b). La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla, Luis. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar* (pp. 37-42). Barcelona: Doyma.

Espinás, J. y González, MJ. (2011). Pérdida de la memoria y demencia. En: J. Boquet (coord.), *Guía de Actuación en Atención Primaria* (pp.469-477). Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Garrido, A. (2011). Atención al anciano en riesgo. En: J. Boquet (coord.), *Guía de Actuación en Atención Primaria* (pp.1620-1624). Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Mellado, M.L. (2011a). Aplicaciones prácticas de los tests de función cognitiva, capacidad funcional, psicoafectivos y sociales. En: J. Boquet (coord.), *Guía de Actuación en Atención Primaria* (pp.2046-2064). Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Mellado, M.L. (2011b). Depresión. En: J. Boquet (coord.), *Guía de Actuación en Atención Primaria* (pp.500-508). Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Musol, J., Espinosa, M.C, Quera, D., Serra, M.E., Pous, E., Villarroya, I. y Puig-Domingo, M. (2002). Resultados de la aplicación en Atención Primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; 37 (5) 249-253. Recuperado el 6 de Mayo de 2015, desde <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-resultados-aplicacion-atencion-primaria-un-13040763>

Quel, M.T y García, P. (2011). Caso Clínico de Abordaje integral. *Medicina de Familia Andalucía*, 12 (2) 195-205.

Turabián, J.L. y Pérez, F.B. (2006). El médico con tres cabezas. *Atención Primaria*, 38 (10) 570-573.

CAPÍTULO 47

Cuidados paliativos en la persona mayor

María Campos Lucas*, Elena Falagán Sama**, Lucía Gallego Martínez**, Juan Eduardo Andrades Martínez**, Elena García Martínez***, María Moreno Martínez**, Juan Diego Sánchez Pérez**, Carlos Manuel Sánchez García**, y Ana Rosa García López**

Diplomada en Enfermería (España), **Graduado/a en Enfermería (España), *Graduada en Enfermería/Diplomada en Terapia Ocupacional (España)*

Introducción

En la actualidad, el incremento de la esperanza de vida y la mejora de las técnicas sanitarias hace que las personas mueran cada vez a mayor edad y que lo hagan acompañados de múltiples enfermedades crónicas, aumentando así el número de enfermedades degenerativas y crónicas invalidantes (Otero, Zunzunegui, Aguilar y Lázaro, 2004). Aumenta por tanto el total de personas con enfermedad terminal haciéndose necesario un tipo de cuidado específico.

Los cuidados paliativos entendidos como un proceso mediante el cual se pretende mejorar la calidad de vida tanto de pacientes como de sus familiares, afrontando los problemas derivados de distintas enfermedades mediante la valoración y el tratamiento adecuado (OMS, 2002). Los cuidados paliativos tienen como objeto el proporcionar la adecuada calidad de vida que la persona necesita y debe tener, que sus últimos días de vida sean vividos de manera digna (Del Rio y Palma, 2007).

Los cuidados paliativos tienen una serie de principios específicos, siendo estos los siguientes: alivio del dolor y otros síntomas; afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal; no intentan acelerar la muerte y tampoco retrasarla, abarcan todos los aspectos espirituales y psicológicos del paciente; ofrece al paciente las medidas de soporte que necesite para poder vivir activamente hasta el día de su muerte, ayudan a la familia a la adaptación tanto en el periodo de enfermedad como en el duelo; emplean una visión de equipo para responder a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuese necesario; pueden mejorar la calidad de vida e influir de manera positiva sobre el curso de la enfermedad; pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, junto a otras terapias cuyo objeto sea prolongar la vida (por ejemplo la quimioterapia y la radioterapia); también son compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas. (Barragán, Bautista y Morales, 2012; OMS, 1990; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Cuando hablamos de cuidados paliativos es necesario hacer mención al concepto de enfermedad terminal. Una enfermedad terminal está definida por los siguientes elementos: Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; con gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico; pronóstico de vida inferior a 6 meses. (Barreto, 1994; Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales y Benito, 2010; Benítez y Asensio, 2002; Salinas y Benítez, 2000).

Dentro las enfermedades terminales es necesario hacer una diferencia entre ellas y comprobar que no solo los enfermos oncológicos son los predispuestos a recibir este tipo de cuidados sino que también podemos incluir a enfermos crónicos, pacientes con demencia y enfermedades degenerativas. Es necesario identificar las diferentes situaciones clínicas que pueden presentarse al final de la vida así como seguir unos criterios tanto para el uso de fármacos como para el manejo y control de los signos y síntomas.

Al hablar de cuidados paliativos es necesario hacer mención a la familia. Dentro de los cuidados paliativos de una persona en situación terminal, la familia juega un papel muy importante puesto que en muchos de los casos será la propia familia quien preste los cuidados, es por lo que será necesario darle las instrucciones pertinentes para que su acción no perjudique al paciente. (Gómez, 2000).

Objetivos

Objetivo general:

Exponer la importancia de los cuidados paliativos en nuestra población mayor.

Objetivos específicos:

- Identificar las distintas situaciones clínicas al final de la vida.
- Evaluar los distintos signos y síntomas que habitualmente se presentan e identificar las medidas terapéuticas oportunas.

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante el mes de Marzo del año 2015 en diversas bases de datos de ciencias de la salud como son: Elsevier, Pubmed, Cuiden y Medline. Los descriptores o palabras claves empleadas para la búsqueda fueron las siguientes: “cuidados paliativos”, “cuidado al final de la vida”, “enfermedad terminal”, “manejo del dolor”, “tratamientos paliativos”. Estos mismos términos fueron introducidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales.

Se han seleccionado publicaciones tanto en inglés como en español por ser los idiomas predominantes en el resultado de nuestra búsqueda.

Resultados

Los cuidados paliativos han demostrado su eficacia a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente en situación terminal. A pesar de ello, sigue existiendo una dificultad para determinar cuándo un paciente, que presenta una enfermedad crónica, entra en situación terminal. Cuando decimos que una persona cursa con una enfermedad terminal es necesario hacer mención a las distintas situaciones por las que pasará, definiendo así las distintas situaciones clínicas que acontecen al final de la vida, siendo estas las siguientes (Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales y Benito, 2010):

- Enfermedad incurable avanzada: el curso de la enfermedad es progresivo, dando lugar a una afectación de la autonomía de la persona así como a una disminución en su calidad de vida. La respuesta al tratamiento es variable evolucionando hacia la muerte a medio plazo.
- Enfermedad terminal: el estado de la enfermedad es irreversible. El paciente se encontraría en un estado de enfermedad avanzada. Existe una escasa respuesta al tratamiento oscilando el pronóstico de vida entre semanas o meses.
- Situación de agonía: es el paso anterior a la muerte produciendo esta de manera gradual, evolutiva, siendo el pronóstico de vida en esta situación de horas o días.

A la hora de realizar un programa de cuidados paliativos existe una tendencia para incluir en los mismos a los pacientes con cáncer. Si bien dichos pacientes son principalmente los que reciben este tipo de cuidado por ser esta enfermedad una de las mayores causas de mortalidad en nuestro país, también es necesario incluir en los programas de cuidados paliativos a las personas mayores que padecen demencias y enfermedades degenerativas en fase terminal y a aquellos que padezcan enfermedades crónicas, progresivas e irreversibles, que cursen con síntomas permanentes e intolerables. (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar y Lázaro, 2004).

Los cuidados paliativos tienen como objetivo el cuidar controlando los síntomas, promoviendo el bienestar y facilitando el apoyo emocional. De tal forma se conseguirá una mejora de la calidad de vida,

proporcionarán confort a nuestros pacientes y conseguirán que en ese estado de bienestar puedan tener una muerte digna la cual se alcanzará cuando el paciente, familia y cuidadores hayan sido liberados de cualquier tipo de sufrimiento, en concordancia con sus deseos. (Benítez y Asensio, 2002).

Los instrumentos principales de los cuidados paliativos serán entonces los siguientes: conseguir una comunicación eficaz, apoyar a la familia y controlar los diferentes síntomas.

Para el control y manejo de los síntomas de las personas en situación terminal es necesario seguir una serie de principios generales. Para ello el equipo de cuidados paliativos evaluará al paciente y definirá las medidas terapéuticas y el plan a seguir. Tanto el paciente como la familia deberán recibir la información adecuada. Se mantendrá una actitud preventiva, realizando frecuentes revisiones y proporcionando una atención continuada. (Barragán, Bautista y Morales, 2012).

- Manejo del dolor

El dolor es el principal síntoma en los pacientes en situación terminal, tanto en aquellos que presenta enfermedad oncológica como los que padecen algún tipo de enfermedad crónica o degenerativa.

Es necesario realizar un correcto control del dolor puesto que en esta fase terminal es uno de los síntomas que más afectan a la calidad de vida. El dolor es uno de los síntomas que más incapacita a las personas mayores y cuando estas personas se encuentran en un estado terminal, es el responsable en la mayor parte de los casos de la pérdida de bienestar. Por este motivo es necesario realizar una valoración geriátrica y un plan de cuidados cuyo objeto sea paliar tanto el dolor como el resto de síntomas que puedan aparecer y que contribuyan al sufrimiento de la persona (Lucas, 2003; Rexach, 2004).

Para controlar en este caso el dolor será necesario hacer una valoración del mismo. Sabemos que el dolor es un síntoma muy subjetivo, por lo que en estos casos no debemos cuestionar el dolor que una persona manifiesta. Es importante conocer su localización y su intensidad puesto que según la intensidad de dicho dolor, se empleará un tipo de analgesia u otra.

Se deberá iniciar los tratamientos con dosis bajas las cuales irán aumentando gradualmente. A su vez es necesario emplear la vía de administración más correcta. Al ser posible utilizaremos la vía oral. Puesto que el dolor se irá reevaluando, dicha vía puede ser sustituida por otra siempre y cuando sea necesario. En tal caso se empleará la vía subcutánea para la administración de la medicación oportuna.

Este dolor que aparece en la fase terminal puede ir cambiando en intensidad, frecuencia y localización, por lo que se hace necesaria una monitorización del mismo para poder tratarlo correctamente.

En cuanto a los analgésicos empleados seguiremos la “escala de analgesia de la OMS”. Dicha escala, agrupa los distintos fármacos utilizados para el tratamiento del dolor en diferentes grupos, grupos que la OMS denomina escalones (Puebla, 2005). Son tres los escalones de analgesia, distribuidos de menos potencia analgésica a mayor potencia. Dichos escalones son los siguientes:

1. Primer escalón de analgesia: medicamentos no opioides. Constituido por paracetamol, aines y metamizol.
2. Segundo escalón: formado por opioides débiles como son la codeína y el tramadol.
3. Tercer escalón de analgesia: en este grupo se encuentran los opioides potentes como son la morfina, la metadona, fentanilo, buprenorfina, oxicodona, hidromorfona y tapentadol.

Existen un conjunto de fármacos denominados “coadyuvantes analgésicos” cuya acción principal no es la analgesia pero asociados a otros fármacos como los aines, paracetamol u opioides son de gran ayuda para controlar el dolor. También tiene un efecto paliativo en cuanto a la disminución de los diferentes efectos secundarios de los fármacos anteriormente citados. Estos fármacos coadyuvantes son los siguientes: corticoides, antidepresivos, anticonvulsivantes, fenotiacinas, psicoestimulantes, anestésicos locales, bifosfonatos y benzodiacepinas.

De estos fármacos coadyuvantes no se recomiendan emplear en las personas mayores ni las benzodiazepinas ni los neurolépticos, siempre y cuando el dolor no esté relacionado con estados de ansiedad o síndromes confusionales. Tampoco es de elección en las personas mayores la amitriptilina debido a la gran cantidad de efectos adversos que presenta en las personas mayores.

Los fármacos coadyuvantes que más se recomiendan utilizar con personas mayores son los siguientes: nortriptilina, carbamazepina, gabapentina, clonazepam y prednisona.

Si bien son muchas las técnicas farmacológicas para tratar el dolor, también existen tratamientos no farmacológicos para realizar dicha acción. En el caso de nuestros mayores, los cuales son propensos a presentar efectos secundarios en mayor proporción, este tipo de tratamiento sería el más indicado (Rexach, 2004).

Algunas de las medidas a seguir serían aplicar técnicas de calor/frío, realizar masajes en la zona que presente dolor, educar al paciente para el manejo y control del dolor, indicar reposo, medidas fisioterapéuticas, técnicas psicológicas...

A su vez es necesario adoptar una serie de medidas ambientales que proporcionen confort. Un ejemplo de ellas serían: emplear una cama cómoda puesto que será en la cama donde el paciente pase casi el 100% del tiempo, conseguir una temperatura adecuada de la habitación, evitar ruidos, luces atenuadas sin dirección directa al paciente, organizar las visitas para así evitar un número alto de personas, proporcionar un clima de respeto.

Es necesario realizar una continuidad de cuidados y que estos sean impartidos de manera multidisciplinaria. De tal forma, actuando en equipo conseguiremos utilizar todos los recursos disponibles y actuar en las distintas áreas que abarcan a la persona.

- Manejo de la Ansiedad

En la mayor parte de los pacientes que se encuentran en un estado o situación terminal aparece como síntoma acompañante de la enfermedad que padece, la ansiedad (Gómez-Batiste, Espinosa, Porta-Sales y Benito (2010).

Esta surge cuando el paciente es consciente de la cercanía de la muerte, aunque dicha ansiedad también puede aparecer como efecto secundario del tratamiento. En cualquiera de los casos se tomarán medidas terapéuticas tales como el apoyo emocional, técnicas de relajación, escucha activa y ayuda para la resolución de los problemas que presente.

En cuanto al tratamiento farmacológico para el tratamiento de la ansiedad las benzodiazepinas son el fármaco de elección. En casos en los que no puedan utilizarse benzodiazepinas se emplearán antidepresivos con efecto sedante como es el caso de la trazadona.

En pacientes con delirium se emplearán neurolépticos como el haloperidol o la clorpromazina.

Conclusiones

Tal y como muestra la bibliografía citada, los cuidados paliativos surgen de la necesidad de ayudar a la persona a morir en condiciones óptimas, proporcionándole el mayor bienestar posible (Benítez y Asensio, 2002). En la actualidad las tasas de mortalidad han descendido, gracias a las mejoras socio-sanitarias y al aumento de la esperanza de vida, pero siguen existiendo las principales enfermedades que hacen necesaria la planificación de cuidados paliativos (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar y Lázaro, 2004).

Tras realizar la búsqueda bibliográfica podemos afirmar que existe una necesidad de prestar cuidados al final de la vida puesto que se ha demostrado la eficacia de los mismos a la hora de aumentar el bienestar en pacientes en situación terminal. A través de ellos conseguiremos que la persona muera en buenas condiciones, libre de un exceso sufrimiento (Jiménez, 2002; Centeno, 2006).

Es por este motivo por lo que se hace necesaria la implantación de equipos constituidos por personal sanitario de distintas ramas, que puedan ser formados y especializados para así proporcionar los cuidados oportunos al final de la vida de una persona (Benítez y Salinas, 2000).

Referencias

- Barragán, A.; Bautista, S.; Morales, H. (2012). Elementos teóricos sobre los cuidados paliativos y el concepto de paciente terminal. *14(1)*, 1-3.
- Gómez-Batiste, Xavier.; Espinosa, Jose.; Porta-Sales, Josep.; Benito, Enric. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(2), 83-89.
- Benítez, M.A.; Asensio, A. (2002). Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención Primaria*, 29(1), 50-52.
- Benítez, M.A.; Salinas, A. (2000). Cuidados paliativos y atención primaria. Aspectos de organización. Barcelona: Springer-Verlag, 44-45.
- Otero, A.; Zunzunegui, M.V.; Rodríguez, A.; Aguilar, M.D.; Lázaro, P. (2004) Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Madrid: *Revista española de salud pública*.
- Ruíz, Yulai.; Carvajal, Ailyn. et al. (2007). Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. *Revista Cubana Enfermería*, 23(4).
- Robles, F.; Sanz, F.; González, J.; Beltrán, M.; López, J.M. (2005). Pain relief as part of end-of-life care, 40(6).
- Rexach, L. (2004). El dolor también debe ser adecuadamente tratado en el mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, (39), 219-21.
- Miller, K.; Miller, M.; Jolley, M. (2001). Challenges in pain management at the end of life. *Am Fam Physician*, (64), 1227-34.
- Jiménez, C. (2002). Cuidados al final de la vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(5), 241-243.
- Centeno, Carlos. (2006). Cuidados paliativos. Nueva perspectiva y práctica en Europa, 34-41.
- Lucas, K.H. et al. (2003). En cuanto al tratamiento del dolor persistente en las personas mayores. *J Am Geriatr Soc*, 51(7), 1045.
- Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.

CAPÍTULO 48

Capacitación en el cuidador informal hacia la gestión de las caídas por parte de enfermería

Jesús Arco Arredondo*, M^a Ángeles Rodríguez Pérez**, Isabel López Martín***, Vanessa Cantos Uncala****, y Alba Rivas Jerez*****

*Hospital Virgen de las Nieves, Granada (España), **Hospital Miguel Servet, Zaragoza (España), ***Hospital de North Stafford, (Reino Unido), ****Hospital de North Midlands, Stoke on Trent, (Reino Unido), *****Hospital de North Midlands, Stoke on Trent, (Reino Unido)

Introducción

Las lesiones por caídas constituyen una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad en personas de más de 65 años de nuestro medio siendo que cerca de un tercio las personas de 70 años o más se han caído alguna vez (Tideiksaar, 2010; Davis 1995). Según al menos dos autores (Lutch 1971; Baker et al 1992) las caídas en el hogar son más frecuentes al acostarse y al levantarse. Las caídas nocturnas se deben a pasillos mal iluminados, suelos mojados u objetos, siendo más frecuentes en personas mayores con aparente buena salud y que realizan una vida normal (Vellas, 1993).

Los factores de protección frente a las caídas están relacionados con la identificación de patologías relacionadas y las modificaciones en el entorno (Campbell et al 1989):

- Factores intrínsecos o clínicos: Osteoporosis, marcha, enfermedad cardíaca, hipotensión arterial, convulsiones, etc.
- Factores extrínsecos o del entorno: Vivienda, iluminación, mobiliario, calzado etc.

Entre las diversas consecuencias derivadas de ello encontramos desde lesiones físicas hasta la inmovilidad, el trauma psicosocial, el miedo a caerse de nuevo (Rapado y Guillén 1994).

De igual modo supone un notorio gasto sociosanitario ya que de las personas que sufren una caída en domicilio en esta franja de edad y son ingresadas, solo aproximadamente un 50% continuarán con vida un año más tarde, siendo un 10% los que no llegan a recibir el alta médica (Lázaro et al, 2003). Esto sumado a que motiva la entrada de las personas mayores en una nueva época de su vida (dependencia, temor a la repetición y en ocasiones la invalidez) lo sitúa como un importante elemento en materia de Salud Pública.

Además de los resultados físicos, psicológicos y sociales que producen la caída en la calidad de vida de la persona accidentada, el entorno familiar puede experimentar otro tipo de consecuencias, desde sentirse responsables de ella por “no haber estado allí”, pudiendo condicionar la forma de vida en los miembros de ella haciendo que los miembros se turnen en el domicilio para evitar un nuevo accidente domestico, o económicamente si entre ellos y el equipo de salud se determina que una residencia es el lugar idóneo (Brocklehurst, 1979).

Así pues ante esta situación se deduce que un mayor o menor deterioro cognitivo, o la existencia de déficits de autocuidado en la persona dependiente, sitúa a las personas cuidadoras en un plano clave para conseguir un entorno seguro donde se reduzcan algunos factores de riesgo.

Además de ello, muchos de los cuidadores o familiares que están al cargo de una persona susceptible de sufrir una caída no disponen de los conocimientos y habilidades para gestionar dicha situación. En este entorno, el profesional de enfermería representa un magnífico eslabón para solventar ese déficit e incrementar la autonomía del núcleo familiar.

Objetivo

Ofrecer a los cuidadores y a las familias los conocimientos, medios técnicos y habilidades relacionados con las causas y consecuencias de las caídas. De este modo la persona dependiente conseguirá un entorno más favorable y la unidad familiar una mayor autonomía.

Metodología

Para la consecución de este objetivo se llevarán a cabo un programa basado en una serie de talleres y actividades que se trabajarán a lo largo de 3 sesiones de una hora cada una en dinámica grupal con las personas cuidadoras, apoyándose en una guía específica (ANEXO 1) para cuidadores informales.

Dicha guía se ha elaborado recurriendo a búsquedas bibliográficas en las bases de datos Medline y Scielo, y libros y artículos académicos en revistas de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada empleando los descriptores “caídas”, “anciano”, “domicilio”, “cuidadores”.

Material necesario:

- Guía en papel
- Ordenador.
- Proyector.
- Aula con zona práctica y zona teórica.
- Material de primeros auxilios.

El programa consta de cuatro unidades:

1. Caídas: Generalidades.
2. Causas y consecuencias.
3. Asistencia en la caída.
4. Prevención de las caídas.

En la primera sesión se realizará una evaluación inicial de conocimientos, se repartirá el material de clase y se darán a conocer las unidades 1 y 2 de la guía. Durante la segunda sesión se trabajará en la asistencia a la caída y se llevarán a cabo actividades prácticas en el aula como el manejo de las lesiones, la posición lateral de seguridad o la técnica para incorporar al accidentado del suelo. La tercera sesión se empleará en la prevención de las caídas, así como se realizará una evaluación final en la que se pondere la adquisición de conocimientos y la eficacia del programa.

Discusión

Este tipo de guías resultan de gran interés para los cuidadores, ya que les otorga los conocimientos y medios técnicos para tener una contemplativa holística de los accidentes por caídas. El trabajo con la estadística en caídas ayuda a desarrollar conciencia en la gravedad del problema, así mismo, conociendo los factores de riesgo y las intervenciones para subsanarlos se consigue una mejora en el rol de cuidador y un entorno más favorable para la persona dependiente.

Las pautas de actuación de primeros auxilios contribuyen al autocuidado de la unidad familiar, mejorando la autonomía y consiguiendo un empoderamiento de la misma.

Se han encontrado otras guías (Cruz Roja, CERMI o Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) en las que ofreciéndose una valiosa información sobre la prevención de los accidentes no se hacía énfasis en el manejo de las lesiones del accidentado, y tampoco ofrecía un método docente para adquirir conocimientos.

Los diplomados en enfermería a través de su labor en los centros de salud pueden identificar a esta población cuidadora de personas susceptibles de caer en su vida cotidiana y trabajar con ambas partes en grupo para conseguir que tanto cuidadores como personas en riesgo mejoren su independencia.

Bibliografía

- Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR (2012). Caídas en el medio hospitalario: un estudio longitudinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2012, 20.
- Baker SP, O'Neil B, Ginsburg M, et al. (1992). The injury fact book (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Brocklehurst JC, Hamley T (1979). Geriatria fundamental. Edic. Toray. Barcelona.
- Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF (1989) Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. J Gerontol. 44 (4):M112-7.
- Davis AE (1995) Hip fractures in the elderly: Surveillance methods and injury control. Journal of Nursin Trauma, 2 (1), 15-21. 1995
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2012). Defunciones según la Causa de Muerte 2012. Consultado el día 5 de febrero de 2015 en www.ine.es
- Lázaro M, León A, Montiel M, et al. (2003) Prevención de caídas y fracturas. En Rivera JM y Gil P. Prevención en geriatría: ¿es posible? Editores Médicos. Madrid 2003
- Lutch U (1971). A prospective study of accidental falls and resulting injures in the home among elderly people. Acta Sociomed Scand. 2: 105.
- Luzia MF, Victor MA, Lucena AF (2014). Diagnóstico en Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 22(2):262
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 España en comparación. Consultado el 8 de marzo de 2015 en www.ocde.org/health/healthdata.
- Rapado A, Guillén F (1994) Osteoporosis y caídas en el anciano. Edipharma. Barcelona.
- Tideiksaar R (2010). Falls in Older People: Prevention and Management. Baltimore: Health Professions Press.
- Vellas BJ, Baumgarther RM, Romero LJ, et al. (1993). Incidence et consequences des chutes dans une population de personnes âgées vaivant a domicile en bonne santé. L'anée Gerontologique. Ed. Serdi publisher. Springer Publisher. Paris, New York, Tokio; 217-223
- World Health Organization WHO (2008). Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Press. Geneva.

ANEXO 1

MANUAL PARA CUIDADORES EN EL ABORDAJE DE LAS CAÍDAS

APARTADO 1: CAÍDAS: GENERALIDADES.

Introducción

En la sociedad en la que vivimos debido a la mejora en los hábitos y servicios de salud se ha producido en los últimos años un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población, siendo así que en el año 2012 en España la media de vida alcance los 82.5 años tan solo siendo superada a nivel mundial por Japón, Islandia y Suiza (OCDE, 2014). En 2014 los datos del Instituto Nacional de Estadística eran de una población de más de 8 millones de habitantes con una edad superior a los 65 años.

Entre otros muchos problemas derivados de la edad encontramos el de las caídas, que la Organización Mundial de la Salud define como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.

Provocan en la población anciana consecuencias tanto físicas como psicológicas y sociales, afectando a la calidad de vida de la persona accidentada y en el entorno familiar.

Epidemiología

La OMS sitúa que a nivel mundial suponen un 6% de las muertes por lesiones y que un 40% de ellas ocurrieron en personas de 70 años o más.

Son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en personas de más de 65 años de nuestro medio, siendo cerca de un tercio las personas de 70 años o más que se han caído alguna vez.

En España en los últimos años las muertes ocasionadas por lesiones relacionadas con las caídas en mayores de 65 ha ido aumentando año a año (2007: 1227 muertes; 2011: 1668 muertes; 2012: 2066 muertes) (INE, 2015).

Supone un notorio gasto sociosanitario ya que de las personas que sufren una caída en domicilio en esta franja de edad y son ingresadas, solo aproximadamente un 50% continuarán con vida un año más tarde, siendo un 10% los que no llegan a recibir el alta médica (Lázaro et al, 2003). Esto sumado a que motiva la entrada de las personas mayores en una nueva época de su vida (dependencia, temor a la repetición y en ocasiones la invalidez) lo sitúa como un importante elemento en materia de Salud Pública (OMS, 2008).

Los cuidadores

La familia y los cuidadores que están al cargo de personas susceptibles de sufrir una caída constituyen un elemento clave para conseguir un entorno seguro donde se reduzcan estos accidentes y ser capaces de resolver una situación en la que se produce una caída en el hogar o en la calle, especialmente cuando la persona mayor es dependiente para algunas de sus actividades cotidianas o presenta algún tipo de deterioro cognitivo como demencias o alzhéimer.

Las consecuencias de la caída también repercuten en los cuidadores ya que pueden sentirse responsables de ella por “no haber estado allí”, pudiendo condicionar que los miembros se turnen en el domicilio para evitar un nuevo accidente domestico, o económicamente si entre ellos y el equipo de

salud se determina que una residencia es el lugar idóneo (Brocklehurst, 1979)..

APARTADO 2: CAUSAS Y CONSECUENCIAS.

Causas (Rapado, 1994)

Las causas se pueden agrupar en dos grandes bloques:

- **Causas internas:** enfermedades como la osteoporosis, dificultades en la marcha, patologías cardíacas, hipotensión, convulsiones, etc.
- **Causas externas:** condiciones de la vivienda, iluminación, mobiliario, calzado, estado de las calles, etc.

Son causas internas que pueden dar lugar a una caída:

- o **Osteoporosis:** la fragilidad en los huesos puede dar lugar a una fractura, produciendo así una pérdida de equilibrio y una caída al suelo.
- o **Trastornos de la marcha:** pueden ser debidos a patologías de huesos o articulaciones como son la artritis, la osteoporosis, dolor o lesiones en las piernas y espalda, obesidad, parkinson, hemiparesias déficit visual o auditivo dan lugar a pasos irregulares.
- o **Patologías cardíacas:** pueden producir a un síncope o lipotimia. Algunas son la estenosis aórtica o mitral, insuficiencia cardíaca, embolismo pulmonar, infarto de miocardio o arritmias como la fibrilación auricular
- o **Hipotensión:** también precursora de un síncope. Puede ser congénita o debida a fármacos, alcohol, al levantarse rápido de un sitio, después de comer o por algunas enfermedades como las diabetes.
- o **Convulsiones:** un cuadro epiléptico a menudo origina una caída.
- o **Medicación:** no es como tal una causa interna a la persona dependiente, pero deriva de ellas. Los fármacos para conciliar el sueño o los diuréticos pueden facilitar un accidente.

Son causas externas que pueden dar lugar a una caída:

- o **En la vivienda:** La vivienda debe permitir a la persona anciana la mayor autosuficiencia en un ambiente que le aporte seguridad. Resultan precursores de caídas la existencia de pasillos estrechos, suelos irregulares, con desniveles, encerados o deslizantes. Los grifos y el retrete demasiado bajos, al igual que las estanterías (o bien demasiado altas) también pueden ser factores de riesgo ante una caída.
- o **En el mobiliario:** sillones inestables al cargar el peso sobre un brazo, asientos muy bajos, sillas desencladas camas estrechas a excesiva o baja altura, elementos decorativos que pueden dar pie a un tropezón. Alfombras o cables indebidamente colocados.
- o **Sobre la iluminación:** una mala iluminación da pie a que el anciano tenga más dificultades para ver aquello que puede originarle una caída. Iluminaciones débiles agravan las deficiencias visuales.
- o **En la calle:** Las calles, plazas o jardines son sitios de frecuentación de las personas mayores. Hay que tener especial cuidado con la presencia de aceras estrechas, losetas no ranuradas o mal pegadas, desniveles al cruzar la calle, semáforos que dan poco tiempo.

Consecuencias

En un 70% de los casos las caídas en mayores de 65 años producen lesiones, siendo leves entorno a un 75% de las veces, moderadas entorno al 15% y graves alrededor del 10% (Luzia, Victor y Lucena

2014). En estas últimas las más destacadas son las fracturas, que se provocan en un 6% de las caídas, disparándose esta cifra al 25% en los mayores de 75 (Abreu et al, 2012). Las lesiones que nos encontramos son:

- **Contusiones:** Traumatismos sobre tejidos blandos (piel, músculo) que pueden producir dolor e inflamación de la zona afectada. Cuando se produce rotura de vasos, al no haber salida al exterior la sangre se acumula bajo la piel, dando lugar a un hematoma.

- **Heridas:** Pérdida de continuidad en los tejidos blandos. Su gravedad dependerá de su localización, su tamaño, su profundidad o el agente causante (herida sucia o limpia). Puede ser causa de hemorragias, especialmente en ancianos con tratamiento anticoagulante.

- **Esguinces:** Lesión ligamentosa en una articulación en la que se produce una separación momentánea de las superficies de la misma. A mayor separación mayor lesión:

1. Grado I: Esguince leve, distensión con rotura de algunas fibras del ligamento.
2. Grado II: Esguince moderado, rotura parcial del ligamento.
3. Grado III: Esguince grave, rotura total del ligamento.

- **Luxaciones:** Pérdida de contacto entre dos superficies articulares. Al igual que en el esguince pueden dañarse nervios y vasos que pueden comprometer la funcionalidad del miembro afectado. Se puede apreciar una deformidad en la articulación afectada, al quedar los huesos en una posición anómala.

- **Fracturas:** las fracturas causan limitaciones e incapacidad física en un 50% de los casos, siendo las de muñeca, pelvis, vertebral, codo y cadera las más frecuentes en una caída. Se definen como la rotura parcial o total de un hueso. Se distinguen a modo general entre fracturas cerradas, donde no se produce contacto exterior con el hueso, y fracturas abiertas, además se acompaña de una herida con el consiguiente riesgo de infección. Podemos encontrar deformidad, dolor, hematoma y, al igual que en la luxación y el esguince, compromiso de vasos y nervios, por lo que una atención temprana resulta primordial. La fractura más común de cadera es una de las más llamativas para el tema que nos ocupa, ya que en torno a un 90% de las que se producen en España son causa o consecuencia de una caída, siendo tres veces mayor la incidencia en mujeres que en hombres.

- **Quemaduras:** Si la caída se produce cerca de una fuente de calor o un objeto incandescente pueden darse también quemaduras durante la caída. Son lesiones en las que los tejidos superan el límite que permiten de temperatura. Aun retirado el agente causante, pueden seguir provocando daño por la propia temperatura que adquiere el tejido. Según su profundidad encontramos 3 grados, siendo el I el más superficial y el III el más profundo.

Merece una especial atención la gravedad de estos traumatismos cuando se producen en la cabeza (traumatismos craneoencefálicos) o en el pecho (traumatismos torácicos) debido a la importancia de los órganos que albergan y a las posibles lesiones que se produzcan en ellos.

Además de los daños físicos, las caídas también pueden tener repercusiones psicológicas que no debemos ni olvidar, ni infravalorar. El “síndrome post-caída” afecta a uno de cada cinco ancianos que han sufrido una caída, y se expresan por el miedo de caer nuevamente y por la pérdida de confianza en la capacidad de deambular con seguridad, lo que puede llevar a una disminución de las actividades de la vida diaria, al empeoramiento de la disminución funcional, a la depresión y al aislamiento social (da Silva et al, 2008)

APARTADO 3: ASISTENCIA EN LA CAÍDA.

La asistencia ante una caída irá encaminada a reconocer las lesiones originadas, minimizar las

consecuencias y alertar a los servicios de emergencia cuando sea necesario.

Cuando presenciemos una caída, o encontremos a alguien que ha protagonizado una, deberemos seguir una serie de pasos para no dejar nada en el aire:

1. Prevenir que el agente causal de la caída no pueda provocar otra en nosotros (un suelo resbaladizo, irregular, un elemento con el que tropezar).

2. Comprobar la respuesta del accidentado. Si estuviese inconsciente y respirando con normalidad deberemos colocarlo en la llamada posición lateral de seguridad, que nos ayuda a mantener a la persona respirando. De no respirar, alertaremos rápidamente a los servicios de emergencia 112 y comenzaremos maniobras de resucitación cardiopulmonar RCP.

3. Si está consciente nos interesaremos por su estado, preguntando y examinando que posibles lesiones encontramos.

4. La primera lesión que nos ocupará serán las heridas muy sangrantes, ya que pueden comprometer la vida del accidentado. Aplicaremos tantas gasas, compresas o prendas como sea necesario para cortar la hemorragia, siempre sin retirarlas por mucha sangre que tengan (colocaremos más encima). Tampoco las retiraremos para evaluar el estado del sangrado. Nunca se realizarán torniquetes, pues suponen un compromiso para la extremidad afectada.

5. Podremos movilizar al accidentado del suelo a un lugar más adecuado donde tratar sus heridas si su estado lo permitiese. En la técnica para ayudar a levantarlo cuidaremos de no lesionarnos nosotros colocando el peso lo más cerca de nuestro cuerpo y ayudándonos de un elemento de apoyo firme como una silla.

6. Dependiendo de las lesiones que encontremos nuestra intervención dependerá. Cualquier situación que escape a nuestro manejo deberá ser trasladada a un centro hospitalario o consultado con los servicios de emergencia 112:

- Contusiones: aplicaremos frío precozmente sobre la lesión durante 10 minutos, protegiendo la piel con algún trapo para evitar quemaduras. El reposo y la analgesia pautada por un médico también serán útiles para mitigar el dolor y conseguir una pronta recuperación.

- Heridas: ante heridas pequeñas no sangrantes la pauta será lavar bien la herida con agua y jabón, aplicar algún antiséptico y cubrirla para prevenir la infección. Heridas de mayor gravedad podrán necesitar sutura y asistencia especial en un centro sanitario.

- Esguinces: en esguinces leves, frío, reposo y analgesia. Elevaremos el miembro para evitar la inflamación, y lo inmovilizaremos en la medida de lo posible. Los esguinces de grado III podrían requerir de cirugía, por lo que el dolor, la deformidad y el estado general del accidentado nos dirán si requiere asistencia médica o no.

- Luxaciones: inmovilizar la articulación tal y como esté (nunca tratar de recolocar), frío local, retirar anillos y pulseras y traslado a hospital.

- Fracturas: inmovilizar miembro lesionado, frío local, retirar anillos y pulseras, traslado a hospital.

- Quemaduras: dependiendo de su gravedad ante pequeñas quemaduras lavaremos la zona de lesión con agua durante 5 minutos para enfriar la zona. Retiraremos anillos, relojes o pulseras, que pueden estar aun calientes y seguir provocando lesiones. Si disponemos de pomada Silverderma la aplicaremos y cubriremos la lesión. Nunca aplicaremos pasta de dientes, u otros ungüentos caseros. Ante quemaduras graves además alertaremos al 112, elevaremos el miembro y cubriremos a la víctima. Algunas de las cosas que nunca haremos son: aplicar hielo para enfriar la quemadura, romper las ampollas, retirar piel o ropa pegada, ni en quemaduras graves dar de beber a la víctima.

APARTADO 4: PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS (Lazaro et al, 2003)

Prevenir las caídas contará con una serie de intervenciones y actividades que irán encaminadas a

reducir las causas enunciadas en el apartado 2. Suprimiendo estos factores de riesgo y adaptando las condiciones externas de la persona anciana, la probabilidad de sufrir una caída es mucho menor.

Vivienda

Debe permitir a la persona anciana ser lo más independiente posible. Algunas de las adaptaciones para el hogar son:

- Pasillos y escaleras de al menos dos metros de ancho, para que puedan pasar dos personas sin problema o una con muletas o andador.
- El suelo debe ser lo más regular posible, sin desniveles ni ceras y con colores que no de pie a que el anciano pueda percibir cambios de altura.
- La presencia de pasamanos a ambos lados del suelo por las zonas de tránsito es muy útil. Colocándolos a 90 cm del suelo, sin interrupciones y bien rematados evitaremos caídas o al menos será mitigada al apoyarse sobre ellos. Por motivos de temperatura son preferibles los pasamanos de madera o PVC.
- Escalones con un máximo de 14 cm, con un descanso cada 10 escalones.
- En la ducha, lugar de especial riesgo, es preferible un plato de ducha que una bañera, que al menos tenga 1,4 m de lado donde quepa una banqueta o un asiento. Es aconsejable el uso de mamparas de baño, y no cortinas, ya que pueden producir enredos. El grifo y los artículos de baño estarán a una altura adecuada para que desde la silla la persona pueda ducharse. También se puede instalar un agarre para facilitar sentarse y levantarse. El suelo del baño debe facilitar el agarre incluso si hubiese algo de agua.
- El retrete, el lavabo y los espejos deben estar a una altura apropiada para que puedan ser utilizados sin esfuerzo. Un retrete demasiado bajo puede dar lugar a dificultad para sentarse o levantarse. Un lavabo bajo puede dar pie a que caiga agua en el suelo y genere una caída. Un timbre en el baño permitirá al anciano avisar pidiendo ayuda.

Mobiliario

El mobiliario en muchas ocasiones constituye un punto de apoyo para la persona anciana. De no ser apropiado puede pasar a ser un riesgo potencial para una caída:

- Los sillones deben estar a una altura en la que se puedan sentar y levantarse sin dificultad y sin dejarse caer. Los brazos y el respaldo deben prolongarse hacia dentro para que si el anciano se duerme puedan contenerlo.
- Las mesas deben servir como punto de apoyo en la marcha y para hacer fuerza al levantarse, por lo que buscaremos mesas estables. Cuantas más patas y más al borde estén, más estables serán. Las patas deben ser rectas y a la vista para evitar tropiezos bajo enaguas o manteles.
- La cama es un mueble fundamental, debe ser ancho para evitar caídas laterales y no estar demasiado baja para que el anciano no se tire sobre ella ni demasiado alta, pues de caerse las lesiones serán mayores. No se recomiendan barandillas al ser un elemento que dificulta la salida de la cama y pueden tropezar con él.
- Muebles al lado de la cama, como una mesita de noche pueden servir como punto de apoyo, por lo q deben ser firmes y aguantar peso. Habrá que evitar el acúmulo de objetos sobre ellos, al igual que la presencia de cables u otros objetos por el suelo con los que pueda tropezar durante la noche. Procuraremos que el anciano pueda disponer a su lado, siempre que no lo lleve encima, de un botón de teleasistencia con el que pueda alertar de una emergencia.
- Intentaremos suprimir todo el mobiliario decorativo o que sea prescindible, evitando especialmente aquel con filos pronunciados o superficies resbaladizas, procurando que todo esté ordenado.

- Debemos evitar las alfombras o felpudos, por ser elementos donde se pueden enredar los pies.
- Evitaremos también puertas con cerraduras que solo puedan abrirse desde un lado.
- Las puertas de los armarios y ventanas si son correderas evitaremos que pueda estar abiertas y se choque contra ellas.
- En la cocina se evitará guardar objetos pesados en armarios superiores, estando al fondo los que menos se usen y más adelante los más usados. Tampoco debe haber cajones bajos con los que tropezar y se recomienda que tengan cierre automático. Es preferible que los enseres sean irrompibles para evitar fragmentos si se caen al suelo.

Iluminación

La pérdida de agudeza visual del anciano, sumada a una incorrecta iluminación propicia numerosas caídas. Algunos consejos sobre iluminación son:

- Evitar cambios en la luminosidad entre habitaciones. Con la edad se pierde capacidad de acomodación visual, por lo que al pasar a una habitación con menos luz la percepción puede ser muy oscura.
- Los interruptores deben estar a una buena altura y ser de fácil manejo. Colocaremos uno en todas las puertas de una habitación y junto a la cama.
- Se recomienda que las escaleras estén siempre iluminadas, bien con una luz fija o con bandas fluorescentes o pilotos LEDs.
- Las bombillas de menos de 100 watios pueden aportar una luz insuficiente, por lo que intentaremos descartar bombillas de 50 o 60 watios.
- Evitaremos luces con temporizador que puedan dejar a oscuras una habitación en pleno tránsito.

Calle

Las plazas, calles o jardines son de especial atractivo para nuestros ancianos, y en nuestro papel de cuidadores deberemos preservar la integridad del piso y corregir las deficiencias que puedan presentar.

Algunos elementos en los que debemos fijarnos son:

- Arquetas y alcantarillas inestables o deslizantes. En muchas arquetas antiguas se están poniendo bandas antideslizantes.
- Baldosas sin ranurar, que provocan que el agua se almacene en la superficie y no se drene correctamente.
- Suelo irregular, baldosas mal cementadas, o ausencia de algunas.
- Desniveles pronunciados, especialmente en los pasos de peatones.
- Aceras estrechas y calles mal iluminadas.
- Semáforos peatonales que dan poco tiempo para cruzar. Los semáforos con señal acústica muchas veces son muy útiles para nuestros mayores.

CAPÍTULO 49

Rasgos de las cuidadoras en una zona rural

María Josefa García Germán y María José Torres Castro
Hospital de Úbeda (España)

Introducción

Los cambios demográficos y sociales que se están produciendo en España han dado lugar a una población que necesita más cuidado y por ello estar en situación de dependencia.

Hay un colectivo de población que se encuentran por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, con falta de pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Estas personas para realizar actividades básicas de la vida diaria necesitan la ayuda de otra persona, o en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, necesitan de otros apoyos para su autonomía personal.

Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan (IMSERSO, 2004).

Podemos concluir diciendo que el Sistema Sanitario, puesta por los cuidados domiciliarios ya que es una forma de disminuir los gastos generados por la estancia hospitalaria, demanda asistencial, lista de espera, etc., considerando que el lugar idóneo para el desarrollo de la vida de las personas es el ámbito familiar. De ahí la importancia que adquiere la figura del cuidador familiar (González y Valentin, 2009).

Se entiende por cuidadores familiares a aquellas personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para realizar las actividades de la vida diaria, administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras (Péculo, 2006). Se trata de una actividad no remunerada, llevada a cabo fundamentalmente por mujeres en el ámbito doméstico y ligada a las relaciones afectivas y/o de parentesco.

No obstante tenemos que mostrar interés por la salud de las cuidadoras. Hablamos de doble necesidad. Por un lado, necesita del cuidado de su propia salud es primordial como necesidad más importantes que ésta tiene hacia sí misma, cuidar a otra persona es en factor de riesgo para su salud y calidad de vida. Tradicionalmente se está utilizando como un recurso más para el cuidado de la persona mayor enferma, sin embargo se ha puesto de manifiesto la necesidad de considerar a las cuidadoras no sólo como recursos sino también como objetivo prioritario, pues su salud depende en buena medida de las personas que cuidan. (González y Valentin, 2009).

Muchos estudios están abordando el tema del impacto de cuidar la salud de las cuidadoras y a veces no se puede establecer una causa-efecto clara entre el hecho de cuidar y la salud física pero sí hay evidencia sólida entre salud emocional y el hecho de cuidar.

El Sistema Sanitario de Andalucía está haciendo mucho hincapié en el tema de las cuidadoras, son consideradas como objetivos prioritarios además de recurso imprescindible para la atención en el domicilio.

Se han desarrollado nuevas estructuras complementarias para la atención domiciliaria de apoyo a las ya existentes en Atención Primaria. Para mejorar y ampliar la capacidad de resolutive de los servicios se ha incorporado la Enfermera de Enlace Comunitaria o Enfermera Gestora que tiene como uno de los objetivos la función asistencial y de formación con las cuidadoras familiares. El servicio de Gestión de Casos surgió en el año 2002 en el SSPA de apoyo a las familias, establece que se promuevan una serie de

medidas a favor de los mayores y personas con discapacidad y sus cuidadores/as entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio. Población diana a la que atienden:

Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años.

Personas en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos.

Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio.

Personas cuidadas en instituciones.

Cuidadoras principales de este tipo de paciente.

Las Enfermeras Gestoras de casos entre sus metas es encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las necesidades que plantea el sistema.

La gestión de casos es un proceso donde se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para poder satisfacer las necesidades de salud que plantea una persona. Dirigido a conocer los problemas, diseñar planes de intervención y coordinar con los profesionales y familiares implicados las actividades.

Para potenciar la Atención Domiciliaria, se utiliza el referente de la enfermera de Enlace que actúa con todas las personas con dificultad para acceder al Centro de Salud, especialmente con personas con discapacidad o personas mayores de 65 años.

Cuidar bien a un familiar y lograr un contexto de cuidados exitoso no es responsabilidad única del cuidador, sino de multitud de actores. Sin el apoyo de familiares o amigos, servicios y apoyos públicos o privados y otras alternativas, la carga de los cuidados es demasiado pesada de soportar para la mayoría de las cuidadoras y cuidadores. Por ello, toda ayuda que los cuidadores puedan recibir sólo puede redundar en la mejora de las condiciones de vida cotidianas de ella o él y de su familiar cuidado. Con apoyos, el cuidador se encuentra en mejor estado de salud, con mayor fortaleza emocional para enfrentar los problemas y las dificultades cotidianas, con capacidad de atender a sus propias necesidades, con conocimientos sobre cómo cuidar al familiar con afecto y con un enfoque rehabilitador y, sobre todo, con poder para prestar los cuidados sin comprometer con ello su autonomía y salud a largo plazo. Los cuidadores de hoy no deben convertirse en los dependientes de mañana (Cruz Roja Española 2010).

Actualmente la Ley 39/2006, 14 de Diciembre garantiza y regula varios tipos de aportaciones: (BOE núm. 299).

Servicios ofrecidos según las necesidades:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.

- Servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio ya que la continuidad asistencial es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, actuando en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final: el ciudadano, que es atendido por el mismo equipo de salud a lo largo de su proceso.

Prestaciones económicas.

Para pagar un profesional o comprar un servicio.

Para el cuidado del entorno familiar y ayuda a cuidadores no profesionales.

Para la asistencia personal a personas con gran discapacidad.

Objetivos

Conocer el perfil de las cuidadoras familiares de nuestra Zona Básica y determinar si la Ley de Dependencia ha mejorado su situación personal.

Que toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio y cumpla con los criterios de inclusión ha de estar en una situación mantenida de calidad de vida y mejorarla si no la hubiera esa calidad.

Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.

Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el Cuidado.

Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional. Muestra de 21 cuidadoras informales elegidas al azar de las 64 registradas en nuestra base de datos de forma aleatoria simple.

Criterios de inclusión:

Cuidadores familiares principales de nuestra Zona Básica de Salud que hayan solicitado un informe de condiciones de salud antes de octubre de 2013

Los participantes del estudio fueron informados de su inclusión en el mismo teniendo que dar su consentimiento para formar parte de él.

Criterios de exclusión:

Cuidadores formales y cuidadores familiares que no hubieran solicitado en Octubre 2014 el informe de Condiciones de Salud o que no desearan formar parte de este estudio.

Participantes

La población a la que va dirigida: cuidadoras de personas dependientes del término de Santiago-Pontones.

Debido a las características de nuestra Zona de Salud, donde existe una gran dispersión geográfica, malas comunicaciones por carreteras (mal estado de las mismas), grandes distancias entre las distintas aldeas y el Centro de Salud, (más de una hora de camino en muchas de ellas), carencia de medios de comunicación interurbanos públicos, parece lógico pensar, que las ayudas de atención domiciliaria recaen en el núcleo central de la población y algunas aldeas cercanas a éste, excluyéndose de las mismas a las poblaciones más alejadas. Si además tenemos en cuenta que la zona carece de recursos tales como centros de día, residencias geriátricas, da lugar a que el 61.9% de las ayudas se limiten a la ayudas económicas (sin ser un esfuerzo económico el cuidado del paciente) que en muchas ocasiones no disminuye el elevado índice de esfuerzo que sufren. (Ayuntamiento de Santiago-Pontones, 2014).

Por tanto para más de la mitad de las cuidadoras que reciben algún tipo de ayuda, la Ley de Dependencia no ha significado un cambio importante.

El término municipal de Santiago-Pontones, comprende una extensión de 684Km², se trata por lo tanto de uno de los municipios más grandes de Andalucía, con una población total de 3884 habitantes con 27 núcleos poblacionales y una densidad de población de 5,77 habitante por Km².

Santiago-Pontones se percibe como una zona con Necesidad de Transformación Social, según criterios evaluados y actualizados en 2007 en diferentes zonas Básicas de salud, identificada dentro de un mapa de riesgo social en Andalucía.

La mayoría de la población anciana que vive dispersa, carece de recursos elementales no llegando a ellos el servicio de ayuda a domicilio. En muchas ocasiones deben hacer un fuerte desembolso económico en medios de transporte privado por la inexistencia de un transporte público que comunique todos y cada uno de los pequeños núcleos de población con el núcleo central situado en Santiago de la Espada.

La accidentada orografía de Santiago-Pontones lo hace apto para los aprovechamientos forestales y ganaderos, y lo dota de innumerables espacios naturales de interés, tanto por el paisaje, como por la fauna y la flora existentes. La actividad económica de Santiago-Pontones está basada, por lo tanto, en el turismo, la ganadería, la caza, la pesca y los trabajos silvícolas.

El porcentaje de personas mayores de 65 años en nuestra Zona Básica, es de un 25,53% frente al 16,8% de la población española en general.

Se trata de un estudio descriptivo observacional, siendo el objeto de estudio 21 cuidadores informales elegidos al azar de forma aleatoria simple, de 64 registradas en nuestra base de datos (Diraya).

Instrumentos

Variables objeto de estudio:

Datos sociodemográficos: edad, sexo, parentesco con la persona cuidada, lugar de residencia (núcleo principal, aldeas).

Índice de esfuerzo del cuidador (Careginer, 1980). Medir el grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes. Es una entrevista semiestructurada, consta de 13 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Interpretación: Puntuación mayor o igual a 7 sugiere un nivel elevado de sobreesfuerzo (Careginer, 1980).

Tipo de ayuda recibida: ayuda domiciliaria, económica, no reciben ningún tipo de prestación.

Y una pregunta adicional con 4 respuestas. “La Ley de Dependencia ¿ha mejorado su situación personal? Nada. Poco. Bastante. Mucho.

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista personal y de la base de datos Diraya y posteriormente procesados para el análisis estadístico con SPSS para Windows versión 13.0.

Procedimiento

En la actualidad, desde el Centro de Salud, se están llevando a cabo talleres a cuidadoras para favorecer su formación en cuidados.

Del mismo modo, se están realizando cursos de capacitación profesional para asistencia domiciliaria desde los servicios municipales del municipio.

Sin embargo, y como se ha destacado anteriormente, y debido a las características especiales de la zona, los beneficios de estas actividades no abarcarán a toda la población dependiente y sus cuidadoras.

No obstante, la relación entre los cuidadores familiares y los recursos formales de apoyo es una cuestión de cierta complejidad, aún poco desarrollada. Si bien existe un mayor conocimiento sobre diversas características de cada uno de ellos, que permiten identificar y comprender algunas de las dificultades de dicha relación, ese conocimiento no obvia la necesidad de avanzar en líneas de investigación que incluyan ambas modalidades de proveer cuidados.

Resultados

La edad media de la muestra es de 60,43 años \pm 12,21 de desviación típica.

Un 71,4% son mujeres, un 95,2% son parientes de primer orden (hijos, cónyuges). Un 61,9% viven en Santiago de la Espada (núcleo central de población), en tanto que el 38,1% vive en aldeas.

Un 76,19% tiene una puntuación total de 7 o más (respuestas afirmativas en el índice de esfuerzo del cuidador) lo que sugiere un nivel elevado de esfuerzo:

Un 90,5% presentan trastornos del sueño.

Para el 52,4%, el cuidado representa un inconveniente para la cuidadora.

Para un 66,7% el cuidado representa un esfuerzo físico

Para un 42,9% supone una limitación en su tiempo libre

En un 47,6% ha habido modificaciones en la familia.

En un 76,2% ha habido cambios en sus planes personales.

Para un 85,7% es molesto darse cuenta que el paciente ha cambiado con respecto a antes de la situación de dependencia.

Un 66,7% han sufrido modificaciones en su trabajo.

Para un 14,3% supone una carga económica. Un 81,4% de las cuidadoras se sienten desbordadas totalmente.

Un 81,4% de las cuidadoras se sienten desbordadas totalmente.

El tipo de ayuda que reciben de la Ley de Dependencia: 61,9% ayuda económica, 19% ayuda social, y 19% no reciben ningún tipo de prestación.

Índice de Esfuerzo del Cuidador

Un 52,3% de las cuidadoras estudiadas han mejorado nada/poco su situación personal con respecto a su situación anterior a la Ley de Dependencia y el 47,7% refieren que su situación ha mejorado bastante/mucho.

Comparando el lugar de residencia con la mejora de la situación de la cuidadora, no hallamos significación estadística para un nivel de significación del 95% la chi cuadrado obtenida es 2,6.

Discusión/Conclusión

Debido a las particularidades de la Zona no es de extrañar que para más de la mitad de las cuidadoras que reciben algún tipo de ayuda, la Ley de Dependencia no ha significado un cambio importante, debido a que las prestaciones sociales se hallan limitadas al núcleo urbano y la población dispersa sólo tiene acceso a las prestaciones económicas que en muchas ocasiones no alivia la problemática del burnout que padecen. Por otro lado, destacar que un 19% aún no reciben ningún tipo de prestación. Los diagnósticos enfermeros más comunes entre nuestras cuidadoras han sido: Cansancio en el desempeño del rol cuidador (00061), Deterioro del patrón del sueño (00095), Fatiga (00093).

Referencias

Pécuro, J.A. (2006). Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria. *Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados*. Recuperado de: http://www.tempusvitalis.es/TV_files/2005vol5num2/3proyecto52.pdf.

González, A. y Gálvez, C. (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. (pp. 15-21). Madrid: Gerokomos.

Sotto, M., Ribeiro, O. y Paúl, O. (2008). Satisfacción percibida en el cuidado de ancianos. (pp. 121-127). Portugal: Gerokomos.

Da Silva, M J., Braga, M. y Da Silva, B. (2009). Evaluación de la presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores ancianos. *Enfermería Global*. Recuperado de: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/65451>.

Guerrero, L. (2008). Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. (pp. 457-60). Barcelona: Gac Sanit.

Imsero. (2004) Madrid. La Atención a las personas en situación de dependencia en España.

Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE, núm 299.

CAPÍTULO 50

Atención integral al paciente terminal, ayuda del sanitario para la calidad de vida en los últimos días

Ana Isabel Cortes Valverde*, Ester Aionoa Cabrerizo Aguilera** y Rocío López Cintas***
*ZB Huéscar. Consultorio de GALERA, Granada (España), **ZB Huéscar. Dispositivo de Apoyo, Granada (España), ***Centro de Salud Fortuny Velutti, Granada (España)

Objetivos

Intentar ofrecer a la paciente calidad de vida y un plan de actuación centrado en los siguientes objetivos:

1. Ofrecer apoyo tanto a la paciente terminal en el proceso de la enfermedad y en los últimos momentos de la vida, como a la familia de modo multidisciplinar. No sólo en la esfera física, si no en esferas que incluso pasaban a un primer plano en ciertos momentos como la psíquica, o la religiosa, que tanto apoyo le causó a la paciente.

2. Mejorar su estado de salud. Seguimiento adecuado de sus patologías e intentar que la paciente viva con gran dignidad esos momentos intensificando cuanto sea necesario su tratamiento atendiendo y preocupándonos en síntomas como el dolor, anorexia, etc.

3. Profundizar en las relaciones familiares.

4. Ofrecer ayuda a la familia y sobre todo al marido como cuidador principal.

5. Ayudar a la familia tras posterior defunción de la paciente ayudarle en el duelo y prevenir el duelo patológico.

Descripción del caso

Se inicia el estudio de una mujer de 79 años, casada con un varón de 82 años, con dos hijos uno de ellos vive en Córdoba otro fallecido tras accidente de tráfico. Con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, intervenida de prolapso vesical. Diverticulosis colon, quistes renales. AIT (accidente isquémico transitorio) hace 10 años, osteoporosis. En tratamiento con calcio, dianben, alendronato, adiro 100, omeprazol. La paciente es independiente para las ABVD, al igual que su marido. Durante las visitas a la consulta la paciente en términos generales gozaba de una buena salud para su edad. Con analíticas dentro de los parámetros de la normalidad, hasta elevación asintomática de transaminasas donde se empieza a realizar un estudio más amplio, acude a consulta por recogida de resultados de parte del estudio y cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, sin ictericia, no vómitos, no diarrea, cierta astenia, sin otro síntoma acompañante.

Cómo describen (De Aretxabala, 1996; Gallardo et al, 2000), el carcinoma de la vesícula biliar (CVB) es la neoplasia maligna más frecuente del tracto biliar, aunque es una enfermedad poco frecuente y ocupa el quinto lugar entre los carcinomas prevalentes del aparato digestivo. Representa entre el 3% del total de los tumores malignos.

La edad de presentación más común se encuentra entre los 65-70 años. Con respecto a la diferencia por sexo, la mayoría de los autores consideran mayor la prevalencia del cáncer vesicular en mujeres (Entre 2 y 6 veces más frecuente), se podría justificar por la mayor incidencia de colestiasis, no aclarando esta relación en términos numéricos en la mayoría de los trabajos revisados por (De Aretxabala, 1996; Gallardo et al, 2000). La raza más comúnmente afectada son los caucásicos.

Si consideramos la mortalidad, la sobrevida global a los cinco años es en general baja, con una diferencia muy importante si se relaciona con el estadio tumoral y con el tratamiento quirúrgico

realizado. Sin embargo, la mayoría de los casos se detectan en etapas avanzadas, debido a que no se perciben síntomas o signos en los primeros estadios, cuando se presentan estos síntomas pueden enmascarse como otro tipo de enfermedades, no habiéndose informado además de terapias adyuvantes que prolonguen la vida, cómo afirman (Del Val, 1990; Marijuán, 1992; Rodríguez, 1978).

La etiología es similar al otro carcinoma de vías biliares como al colangiocarcinoma, de forma que la inflamación crónica de la vesícula biliar podría inducir a transformación maligna. La colelitiasis es el principal factor de riesgo, estando presente en el 70-90% de los pacientes con neoplasia de vesícula biliar, con incremento del riesgo en relación con el tamaño de los cálculos y con la duración de la colelitiasis. Sin embargo, menos del 3% de los pacientes con colelitiasis desarrollarán la neoplasia, por lo que se cree que la inflamación crónica actúa como promotor en la presencia de otros carcinógenos. También se asocia a la vesícula en porcelana en un 10%, siendo el tratamiento más oportuno en este caso, la profilaxis con colecistectomía precoz, a trabajadores del caucho, y es más frecuente en mujeres indígenas siendo endémica de zonas como América del Sur, donde se asocia a una infección crónica por Salmonella en cual constituye el principal factor de riesgo según (Bartlett, 2008; Kirán, 2007; Randi, 2006).

Síntomas y diagnóstico diferencial

Los signos y síntomas del carcinoma vesicular son superpuestos a los que producen la colecistitis y la colelitiasis, tanto crónicas (si hay historias previas) como en agudas (si hay fiebre u otros signos clínicos que indiquen su sospecha), coledocolitiasis, colangitis, si encontramos fiebre, dolor, ictericia o triada de Charcot, colangitis esclerosante primaria, en la mayoría de los casos con presentación en varones, sobre los 25-45 años, asociados a enfermedad inflamatoria intestinal, sida, síntomas clínicos como prurito, dolor en hipocondrio derecho, disminución de peso, mal estar general.

La mayoría de los pacientes presentan malestar abdominal, dolor epigástrico y en el hipocondrio derecho, náuseas y vómitos e incluso digestiones pesadas.

Cerca de la mitad tienen ictericia, por invasión y obstrucción de la vía biliar principal, hepatomegalia, cuadro doloroso continuo en hipocondrio derecho y en dos tercios hay una masa palpable en el cuadrante superior derecho, correspondiente a tumor vesicular.

Náuseas, vómitos y pérdida de peso, acompañados de anemia y en casos avanzados se pueden palpar nódulos en el reborde hepático, cómo se describe en (Bartlett, 2008; Kirán, 2007; Randi, 2006).

Los datos de laboratorio son de poca ayuda. Puede existir leucocitosis, neutrofilia en las colecistitis con empuje agudo o linfocitosis en las crónicas, la eritrosedimentación puede estar más o menos acelerada. Las pruebas de funcionamiento hepático pueden ser diagnósticas de ictericia obstructiva, si la hubiere (hiperbilirrubinemia, fosfatasa alcalina elevada, transaminasas y gamma glutamil transpeptidas con valores levemente aumentados).

Es posible que el acúmulo de la bilis favorezca que ocurra una infección en la misma, apareciendo fiebre alta y dolor abdominal más intenso que puede ser de tipo cólico.

Cuando el tumor va creciendo de tamaño y extendiéndose por la cavidad abdominal puede dar lugar a sensación de hinchazón abdominal o incluso a ascitis cómo en los casos de (Bartlett, 2008; Kirán, 2007; Randi, 2006).

La anatomía patológica es de suma importancia, ya que el cáncer de la vesícula biliar no tiene una clínica característica y a pesar de los avances en imagenología no se ha podido efectuar por este medio una detección precoz. Por eso su hallazgo suele ser incidental, durante el estudio macro- y/o microscópico de las piezas de colecistectomía en la mayoría de los casos, salvo en las neoplasias avanzadas donde se efectúa diagnóstico de sospecha pre o intraoperatorio. El más prevalente es el adencarcinoma.

La mayor parte de los CVB se localizan en el fondo vesicular (60%), seguido por orden de frecuencia del cuerpo (30%) y cuello (10%); en algunos casos se afecta la vesícula biliar en su totalidad.

La vesícula biliar puede estar dilatada o retraída, en relación con obstrucción del conducto cístico o del cuello, volumen de la masa neoplásica endoluminal y presencia o no de reacción desmoplásica parietal, descrito en artículos como (Del Val, 1990; Rodríguez, 1978; Marijuán, 1992).

Los tumores de la vesícula biliar pueden clasificarse, según su aspecto macroscópico, en infiltrantes (más frecuentes), papilares o nodulares, en función de la forma de crecimiento en el interior de la vesícula biliar.

Cuando estos tumores invaden a distancia el sitio más frecuente es el hígado, ya sea por contigüidad o metastásica, así narran (Del Val, 1990; Ricardo, 1997; Sarli, 2000).

Resumen del caso clínico

Caso clínico: Paciente de 79 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, intervenida de prolapso vesical. Diverticulosis colon, quistes renales. AIT hace 10 años, osteoporosis. En tratamiento con calcio, dianben, alendronato, adiro 100, omeprazol.

Motivo de consulta: acude a la consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, sin ictericia, no vómitos, no diarrea, cierta astenia, sin otro síntoma acompañante.

Comenta que tiene pendiente una analítica donde presenta GOT 75, GGT 271, GPT 48. Por lo que se pidió serología de VHC, VHB, VHA, siendo este negativo.

En la exploración física presenta abdomen distendido, blando, depresible, con dolor en HD, con ligera defensa por lo que se manda al SUE.

En el SUE donde tras anamnesis y exploración física, junto analítica, valoran avisar al servicio de digestivo que decide su ingreso.

En la analítica a pesar de la persistencia de hipertransaminasemia, se constata un incremento de los marcadores tumorales CA-15.3 y de la alfafetoproteína.

En la Ecografía abdominal: hígado metastásico. Sugerente de neoplasia vesicular. Colelitiasis. No dilatación de vías biliares. Ascitis en cantidad escasa.

TAC abdominal: metástasis hepáticas, posiblemente secundarias a neoplasia de vesícula. Adenopatía portocava de tamaño significativo. Colelitiasis calcificada, en vesícula de pared irregular. Diverticulosis de colon descendentes y sigmoides. Quistes parapiélicos renales bilaterales.

En PET: múltiples lesiones hipermetabólicas alternadas con otras ametabólicas en relación con áreas de necrosis localizadas en prácticamente la totalidad del parénquima hepático.

A nivel vesicular se observa una pequeña área ametabólica con una zona hipermetabólica en su interior, que se corresponde en las imágenes de la TAC con engrosamiento de la pared vesicular, aunque es difícil de precisar debido al hipermetabolismo casi global del parénquima hepático.

Los hallazgos descritos en el parénquima hepático son sugerentes de origen neoplásico posiblemente el tumor primario se encuentre en vesícula biliar.

En el resto del estudio no se evidencian otras lesiones hipermetabólicas sugerentes de afectación tumoral macroscópica.

Informe anatomopatológico de biopsia hepática: metástasis de adenocarcinoma de probable origen biliar.

Ante la buena evolución de la paciente y el buen estado de la misma se procede al alta hospitalaria, con tratamiento con capecitabina.

Acude de nuevo a urgencias por clínica de edematización progresiva de miembro inferior izquierdo, con molestias en dicho miembro de varios días de evolución. Se realiza determinación de dímero D que es positivo y en eco doppler se confirma la existencia de trombosis venosa que afecta a vena femoral común por encima del cayado de la safena, extendiéndose caudalmente hacia vena femoral superficial y territorio poplíteo de MII. Se ingresa con dicho diagnóstico para tratamiento anticoagulante y reposo.

Durante su ingreso la clínica de edema se va reduciendo progresivamente y no aparecen complicaciones respiratorias por lo que se procede al alta para seguimiento en consulta externa.

Tras no tolerancia de quimioterapia por trombosis venosa profunda, se descartó cirugía o CPR. En la analítica como cambio se evidencia aumento de bilirrubina total con 4.3, persiste la elevación de transaminasa y fosfatasa alcalina. Presenta disminución de hemoglobina de 11.5 y hematocrito del 32%, urea 66 y creatinina de 4 resto normal. Oncología procede a derivación a paliativos. Presentando dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda. Con EVA 7. Se prescribe Oxycontin, fortectortín de 8 mg, sutril, enantyum 25, concerta, sevredol de rescate, motillium. No toleró acetato de megestrol. Su actividad física se deterioró a cama-sillón, respecto a la valoración psicológica se encontraba con ánimo triste, come poco con suplemento dietético, no estreñimiento

A nivel digestivo presenta náuseas moderadas, ascitis e ictericia intensa. Respiratorio sin alteraciones, cardiovascular sin alteraciones, neurológico sin alteraciones, renal sin alteraciones.

Se procede a valoración por trabajador social el reevaluar la paciente presenta sequedad de boca con algunos vómitos ocasionales, comenzando con hipo. Barthel de 60, la paciente reconoce que se siente mal que su situación de salud no es favorable y reconoce desanimarse mucho. Presenta tendencia a hipotensión con TA medias de 86 como sistólica y 60 Diastólica

Estrategias diagnósticas

Índice de Barthel (Bartherl y Mahoney, 1965): 100 la paciente es independiente, realizada por la enfermera el 19-10-07, pasando en abril del 2010 a Barthel de 60, realizada por el trabajador social.

Fondos de ojo realizados periódicamente normales.

Índice de Katz (Katz, 1963) dependiente, incapacidad severa y escala Karnofsky 30.

Test de incontinencia urinaria: realizado en los últimos días por la enfermera, incontinencia urinaria con necesidad de pañal.

Entorno socio-familiar

Estructura familiar:

Ha sido una mujer casada y con dos hijos, uno de ellos fallecido lo que le ha influido de modo importante a lo largo de su vida, otro de ellos vive en Córdoba y es médico de familia pero lo han intentado mantener en algunas ocasiones al margen para evitarle sufrimiento, un familiar también allegado es un sobrino de la pareja, oncólogo, que le intenta ayudar en varias ocasiones pero también la pareja nos comenta que no le avisan de todo lo que ocurre para no molestarle. Tras la defunción de la mujer en abril el marido vive solo en la actualidad.

En la estructura familiar no se nos puede olvidar un elemento esencial, la pareja tenía 2 hijos, uno de ellos fallecido tras accidente de tráfico, acontecimiento vital estresante que siempre ha influido a la paciente aunque sólo nos habla de ello de soslayo el marido no quiere hablar del tema para que la mujer no lo recuerde, hasta el punto que aunque si se comentaba en ocasiones por parte de la paciente en la consulta no viene nada al respecto en las historias de salud.

Como autocrítica, referir que aunque bien es cierto que traté a la mujer en los últimos meses de su vida y no tengo claro cuál hubiera sido el momento más oportuno, debería haber tenido una entrevista con ella sobre lo acaecido con su hijo, y haber preguntado por sus miedos y temores para ayudarla al respecto.

Ciclo Vital Familiar:

- Fecha del matrimonio: 15-5-1958.

- Edad de los cónyuges: a los 27 años la mujer y 30 años el marido. Ellos comentaban que se conocieron tarde debido a que se casaron a los pocos meses de conocerse pero que su matrimonio ha sido muy feliz.

- Tiempo transcurrido desde el inicio del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo: 9 meses.

- Edad de los hijos: 53 años y su hijo fallecido a los 25 años.
- Número de hijos que viven en el hogar: el hijo vive independizado.
- Fecha de abandono del hogar por los hijos: el hijo se independizó a los 26 años.
- Fallecimiento de uno de los cónyuges: JLP. Falleció el 12- 4-2010 con 79 años.

Los datos nos indican que JLP y su familia han pasado de la etapa contracción-fin de la contracción a el paso en cuestión de meses a la última etapa del CVF, es decir, en la etapa VI de “Disolución”, ya que su mujer murió y su hijo se encuentra viviendo en otra ciudad.

Función familiar:

J.L.P es una mujer, con su hijo emancipado y un matrimonio satisfactorio. Es por ello que las funciones familiares se pueden considerar realizadas y satisfechas.

A) Funciones psicobiológicas: tales como reproducción, crecimiento y desarrollo de los hijos. El matrimonio ha tenido dos hijos, uno emancipado, y otro fallecido. El hijo vivo se encuentra casado y con dos hijos.

B) Funciones socioculturales y educativas: el nivel sociocultural es medio alto. Han sido educados sus hijos en un buen ambiente familiar y con posibilidades de realizar los estudios que quisieran tanto por la libertad les conferían los padres como por las posibilidades económicas.

C) Funciones económicas: nuestra paciente ha sido profesora de piano y ama de casa. Su marido ha sido militar y profesor de la universidad y en una academia particular.

Discusión

Hay que tener en mente el cáncer de vesícula biliar debido a la poca sintomatología con la que esta cursa y su malignidad y mal pronóstico. El diagnóstico de lesiones tempranas de este tipo de tumor es la clave para obtener largas sobrevividas. Desafortunadamente, los métodos de imágenes tradicionalmente empleados, son capaces de detectar lesiones que en su mayoría representan estados avanzados de la enfermedad. Contribuyen a esta baja sensibilidad, la presencia de litiasis vesicular y de alteraciones inflamatorias crónicas, hechos que dificultan considerablemente la observación meticulosa de la pared vesicular en los estudios de Ramírez (2002).

La presentación clínica puede ser similar a los cólicos biliares y colecistitis crónica, por lo que hay que mantenerlo presente en los diagnósticos diferenciales. El dolor es el síntoma más frecuente en estadios iniciales, aunque en el caso integral, nuestra paciente que sólo tuvo en principio éste síntoma con muy escaso constitucional, se encontraba en últimos estadios. La anorexia, la ictericia, y náuseas son más raros y generalmente implican enfermedad avanzada. También por todo esto la sospecha clínica es muy baja y es frecuente el hallazgo incidental de una neoplasia de vesícula durante la realización de una colecistectomía o bien durante el estudio anatomopatológico de una pieza quirúrgica, según aporta Ramírez (2002).

En el tratamiento si no hay compromiso neoplásico evidente de otros órganos y, además, la propagación linfática se limita a los primeros grupos ganglionares, la infiltración del parénquima hepático no contraindica la intervención quirúrgica. Si, la difusión intrahepática está limitada al lecho de la vesícula e incluso a una zona limítrofe, con la resección hepática se puede eliminar debidamente el tejido neoplásico. El tratamiento quirúrgico ofrece la única posibilidad de curación, aunque ésta es pequeña, descrito por Ricardo (1997) y Sarli (2000).

La lobectomía derecha ampliada está indicada raras veces porque es improbable que el compromiso del hígado sea tan masivo sin que también estén tomados los elementos hiliares o los que transcurren por el epiplón menor.

En estos casos la indicación de intervenciones resectivas es muy discutible porque siempre son muy complejas en la fase reconstructora y porque sus resultados finales no justificarían los riesgos operatorios, según estudios (Ricardo, 1997; Sarli, 2000).

Si el carcinoma es un hallazgo ocasional de la colecistectomía hay que establecer el grado de infiltración parietal en el intraoperatorio realizando un examen histopatológico y si la invasión neoplásica ha superado la pared de la vesícula hay que resecar el parénquima del hígado hasta obtener un margen sano de por lo menos 2,5 a 3 cm en torno del sitio de la infiltración. En principio esta resección comprende el segmento V y porción anterior del segmento IV (Murphy, 1995).

En toda intervención realizada con intención curativa se debe hacer una linfadenectomía regional. Los grupos ganglionares que se deben incluir en la disección son los del hilio y del ligamento hepatoduodenal a lo largo del eje hepatocolédociano, de la arteria hepática y del tronco portal hasta la región duodenopancreática. Las disecciones deberían llevarse hasta el tronco celíaco.

Debe ser también extirpado el ligamento redondo y suspensorio.

Las intervenciones de derivación biliar están indicadas en pacientes con ictericia obstructiva o en caso de riesgo inminente de obstrucción. Conviene delimitar con reparos metálicos la neoplasia para un eventual tratamiento radioterápico (De Aretxabala, 1996; Murphy, 1995).

Sin embargo con este enfoque no ha mejorado la tasa de supervivencia a cinco años, la misma se acerca al 2%. Según estudio de De Aretxabala, (1996) y Murphy (1995).

El 90% de los pacientes fallecen antes del año. En caso de un tumor confinado a la mucosa y la submucosa, se ha notificado una tasa de supervivencia de 64 por ciento. La mediana de supervivencia es de 6 meses.

Los pacientes con enfermedad irreseccable o metastásica presentan una supervivencia global menor de 1 año. El objetivo del tratamiento es conseguir el control de síntomas y mejorar la calidad de vida, junto con aumento de la supervivencia. Un adecuado drenaje de la vía biliar en caso de obstrucción es fundamental para el alivio sintomático, y ha demostrado aumento de la supervivencia al evitar la aparición de colangitis y fallo hepático. La colocación endoscópica de un stent mediante CPRE es el método más empleado, ya que obtiene un éxito (entre el 70-97%) y supervivencia similares al abordaje percutáneo, con menor tasa de complicaciones (De Aretxabala, 1996; Murphy, 1995).

En los pacientes con enfermedad localmente avanzada irreseccable y en aquellos con recidiva local tras resección quirúrgica, la radioterapia (RT), ha demostrado beneficio en control del dolor, descompresión biliar y supervivencia, así se evidencia en Hezel (2008) y Morganti (2000).

La quimioterapia (QT) en la enfermedad avanzada ha demostrado evidencia de seguridad y eficacia, con tasas de respuestas modestas pero confirmadas en distintos estudios. El problema principal es que la mayoría de datos se han obtenido a partir de ensayos clínicos fase II, que incluían escaso número de pacientes y una población muy heterogénea (agrupando tumores pancreáticos, de vesícula biliar y colangiocarcinomas).

La gemcitabina y el 5-fluoruracilo han sido los fármacos que han presentado mayor eficacia como agentes únicos y en combinación con otras drogas. Un reciente meta análisis ha evaluado estudios de los últimos 25 años, concluyendo que la combinación de gemcitabina con platino presenta las mejores tasas de respuesta; y hace escasos meses se ha publicado el primer estudio fase III que demuestra aumento en supervivencia global con la combinación gemcitabina más cisplatino (11,7 meses) frente a gemcitabina sola (8,1 meses), con toxicidad aceptable. Aunque no existe un esquema de quimioterapia estándar en tumores de vías biliares, el tratamiento habitual se basa en la combinación de gemcitabina con platino (cisplatino u oxaliplatino) en pacientes con buen estado general, y la gemcitabina o el 5-fluoruracilo en monoterapia en pacientes con peor situación clínica, es estudios de Eckel (2007), Hezel (2008), Morganti (2000) y Valle (2010).

Aunque se han producido importantes avances en el campo de la epidemiología, clínica, y manejo médico y quirúrgico de los tumores de vías biliares, es necesario continuar las investigaciones que permitan mejorar el pronóstico de estos pacientes (Eckel 2007; Hezel, 2008; Morganti, 2000; Valle 2010).

Otro apartado a tener en cuenta en éste caso clínico es que en las neoplasias malignas hay un mayor riesgo a padecer trombosis venosa profunda y éste a su vez aumenta en pacientes que reciben quimioterapia activa. El tratamiento de la enfermedad tromboembólica en patología neoplásica conocida el tratamiento anticoagulante es HBPM 3 a 6 meses con grado de evidencia (IA), seguido de tratamiento ACO o HBPM de forma indefinida hasta que en cáncer se resuelva evidencia (grado IC). Evidencias según (Pretemed, 2007; Zacharski, 2003).

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM):

-Intervienen disminuyendo el crecimiento tumoral y favoreciendo la supervivencia.

-Estudios realizados en enfermos oncológicos, con HBPM, indican la reducción en la tasa de recurrencias de tromboembolismos venosos, reducción del riesgo de sangrado y un positivo impacto en la calidad de vida de los pacientes en comparación con los ACO.

-Debe administrarse una vez al día, durante seis meses como máximo, tras los cuales se revisará de nuevo el tratamiento (Lee, 2003; Pretemed, 2007; Villalobos, 2009).

Como conclusión en nuestro caso clínico es necesario una serie de puntos fundamentales:

-Evaluar antes de tratar, intentando aclarar el número y la intensidad de dos síntomas, cuáles eran los factores desencadenantes y agravantes, el impacto en la paciente y la respuesta a los tratamientos que tanto en la unidad de cuidados paliativos, como nosotros le habíamos aplicado. -Intentar mantener en la paciente el mayor grado de confort de la paciente.

-Diseñar un plan terapéutico adecuado a la situación, conjunto al paciente, la familia, los enfermeros y los médicos, informándolos en todo momento de la evolución y acciones. En nuestro caso la paciente también jugaba un papel importante ya que estaba informada en todo momento de la evolución, pronóstico y tratamiento. Incluir no solo las medidas farmacológicas si no las no farmacológica. Todo de forma clara para que en todo momento cualquier cuidador pueda tratar sin ningún problema. Evitar medidas agresivas, y atender en todo momento a los efectos adversos y al confort tanto físico, como psíquico de la paciente.

-Revisar frecuentemente y prestar atención a cualquier detalle que tanto la paciente como la familia nos puedan aportar.

-Mantener en todo momento el mayor grado de información y comunicación con el entorno de la enferma, ofrecerle los recursos disponibles y propiciar su apoyo emocional y orientación ante necesidades detectadas y trámites a realizar.

-Importante de modo resumido: mejorar la calidad de vida mediante el control y alivio de los síntomas, apoyo emocional y comunicación, adaptarnos nuestra paciente y a la familia, mejora en la estructura familiar cuidadora intentando que toda la carga no recaiga en el cuidador principal, centrarnos en las necesidades de la paciente y la familia a través de la intervención de equipos multidisciplinares que actúen de manera coordinada con los recursos convencionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria para garantizar en todo momento la continuidad asistencial.

Ahora nos encontramos ante la precaución una vez de la defunción de nuestra paciente, que su marido sufra un duelo patológico, sigue viviendo en su casa sólo, él es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Tendremos hacerle un seguimiento exhaustivo entando atento a todo momento a cualquier síntoma que pueda aparecer para ayudarle en cualquier situación. También tendríamos que facilitar relaciones fraterno filiales, hablando con su hijo para que a ser posible estemos en conjunto atento a todas estar circunstancias que puedan ocasionar cualquier elemento patológico de su padre, e incluso también hablar con el sobrino para que también intervenga en el apoyo emocional de su tío.

Referencias

Bartlett DL, Ramanathan RK, Ben-Josef E. (2008). Cancer of the biliary tree. In: Cancer, principles and practice of Oncology. Philadelphia: DeVita, Hellman, Rosenberg (Ed), 8ª ed. Lippincott Williams and Wilkins. (pp 1156-86).

- De Aretxabala X, Roa I, Burgos L. (1996). Cáncer de la vesícula biliar. Algunas consideraciones. *Rev Méd Chile*, 124, 732-9.
- Del Val Gil JM, Bermejo Zapatero A, González Penabad M, Auré Casanova E, Hidalgo Lerma E. (1990). Cáncer de vesícula biliar. A propósito de 10 casos. *Cir Esp*, 48, 82-6.
- Eckel F, Schmid RM. (2007). Chemotherapy in advanced biliary tract carcinoma: a pooled analysis of clinical trials. *Br J Cancer*, 96, 896-902.
- Gallardo J, Rubio B, Fodor L et al. (2000). Gemcitabina: An active drug in advanced gallbladder cancer. *Proc ASCO*, abstr 1042.
- Guía PRETEMED (2007).
- Hezel AF, Zhu AX. (2008). Systemic therapy for biliary tract cancers. *Oncologist*, 13, 415-23.
- Katz S, et al. (1963). Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Kiran RP, Pokala N, Dudrick SJ. (2007). Incidence pattern and survival for gallbladder cancer over three decades: an analysis of 10,301 patients. *Ann Surg Oncol*, 14, 827
- Lee AY. (2003). Anti-thrombotic therapy in cancer patients. *Expert Opin Pharmacother*, 4(12), 2213-20
- Mahoney FI, Barthel DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*, 14, 61-65.
- Marijuán Martín JL, Rivera Vallejo C, Mata Juberías A, James Bazire P, Díaz Domínguez J, Celdrán Uriarte A. (1992). Carcinoma primario de vesícula biliar. Revisión de 41 casos. *Rev Esp Enf Digest*, 82, 169-71.
- Murphy SE, Chávez ML. (1995). La vesícula biliar: La experiencia de treinta y cuatro años en un laboratorio de patología quirúrgica. *Patología*, 33, 177-78.
- Morganti AG, Trodella L, Valentini V, et al. (2000). Combined modality treatment in unresectable extrahepatic biliary carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 46, 913.
- Ramírez CP, et al. (2002). Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp*, 71(2), 102-11.
- Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. (2006). Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer*, 118, 1591
- Ricardo AE, et al. (1997). Gallbladder cancer and trocar recurrence sites. *Am J Surg*, 174, 619-23
- Rodríguez JL, Casanova D. (1978). Carcinoma de vías biliares. Revisión de 50 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 54, 315-34.
- Sarli L, Contini S, Sansebastiano G, Gobbi S, Costi R, Roncoroni L. (2000). Does laparoscopic cholecystectomy worsen the prognosis of unsuspected gallbladder cancer? *Arch Surg*, 135, 1340-4.
- Valle J et al. (2010). Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. *N Engl J Med*, 362, 1273-81.
- Villalobos L, García Paredes B, Sastre Valera J. (2009). Hepatocarcinoma y tumores de vía biliar. Barcelona: Cortés-Funes H, Colomer R (Ed), Publicaciones Permanyer. (pp. 847-885).
- Zacharski LR, Loynes JT. (2003). Low-molecular-weight heparin in oncology. *Anticancer Res.*, 23(3C), 2789-93.

CAPÍTULO 51

Abordaje de la disfagia en ancianos institucionalizados

Elena García Martínez*, María Moreno Martínez**, Juan Diego Sánchez Pérez**, Carlos Manuel Sánchez García**, Ana Rosa García López**, María Campos Lucas***, Elena Falagán Sama**, Lucía Gallego Martínez**, y Juan Eduardo Andrades Martínez**
Grado en Enfermería y Diplomada en Terapia Ocupacional (España), **Grado en Enfermería (España), *Diplomada en Enfermería (España)*

La deglución se define como la actividad que se realiza para transportar sustancias sólidas o líquidas desde la boca al estómago. La disfagia es un trastorno de la deglución, que se manifiesta con la dificultad para deglutir o tragar alimentos líquidos y/o sólidos por afectación de alguna fase de la deglución. La alteración se puede presentarse en la preparación del bolo alimenticio o en su desplazamiento desde la boca al estómago (Cámpora y Falduti, 2012; López-Liria et al., 2014; Jiménez et al., 2007).

El proceso de deglución se divide en cuatro fases:

- Oral preparatoria.
- Oral.
- Faríngea.
- Esofágica.

Encontramos diferentes grados de disfagia que pueden variar entre una disfagia leve en la que la masticación y la deglución son eficientes, pero ocasionalmente puede presentar dificultad y requiere el uso de ayudas específicas para lograr una deglución satisfactoria, a una disfagia severa, en la que la nutrición se debe realizar mediante un medio alternativo a la cavidad oral, como por ejemplo a través de una SNG (Cámpora y Falduti, 2012).

La disfagia más frecuente en la población anciana suele ser de localización orofaríngea y de causa funcional. En geriatría el 80% de los casos se clasifican como disfagia orofaríngea, frente a un 20% disfagia esofágica (Avilés et al., 2009, Velasco et al., 2007).

A pesar de su alta prevalencia y su gran impacto en la calidad de vida y en la salud del anciano es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos (Clavé et al., 2005; Galán et al., 2015).

Las repercusiones clínicas de la disfagia pueden llegar a ser muy graves pudiendo provocar diversos problemas nutricionales así como complicaciones respiratorias. (Ferrero et al., 2012, Jiménez et al., 2007, Torres et al., 2013). Es por ello por lo que es necesario llevar a cabo un adecuado abordaje de la disfagia por tanto será necesario realizar una valoración exhaustiva mediante diversas pruebas diagnósticas y test de evaluación (Clavé et al, 2007).

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer las diferentes técnicas de valoración y tratamiento de disfagia y así poder asegurar un adecuado abordaje de la misma.

Objetivos específicos:

- Profundizar en la disfagia, sus causas y consecuencias.
- Enumerar los diferentes métodos de valoración y tratamiento de la disfagia.

Metodología

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, de ciencias sociales y de salud como son: Pubmed-Medline, Scielo, Dialnet y Elsevier. Los descriptores utilizados fueron: “disfagia”, “broncoaspiración”, “anciano”, “institucionalizado” “rehabilitación” y “residencia”.

En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas y artículos científicos, limitando la búsqueda a los artículos en español. Por otro lado, se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones: desde 2005 hasta 2015.

Resultados/Estado de la cuestión

Los problemas de disfagia se pueden presentar a cualquier edad, pero es más común en personas de edad avanzada ya que el riesgo de presentar trastornos en la deglución puede incrementa con la edad. La prevalencia de disfagia en ancianos que se encuentran institucionalizados puede oscilar entre un 65-75%. Además es uno de los síntomas más comunes en enfermedades de afectación neurológica y neurodegenerativa, oscilando entre un 52% en enfermos de Parkinson, un 28-73% tras sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) y un 84% en demencias.

En el anciano las repercusiones clínicas pueden ser muy graves, pudiendo provocar diversas complicaciones tales como, deshidratación, desnutrición, aspiraciones, atragantamientos y/o infecciones respiratorias (Ferrero et al., 2012). Las complicaciones de la disfagia en el paciente anciano podríamos agruparlas de la siguiente manera: complicaciones debido a la presencia de materiales extraños en las vías respiratorias, malnutrición y deshidratación, institucionalización y necesidad de utilización de medios de nutrición alternativos, dependencia y mayor carga de cuidados (Jiménez et al., 2007). Hay estudios que nos dicen que la prevalencia de problemas nutricionales en personas con disfagia y con deterioro físico/funcional, con una edad superior a los 65 años, puede aumentar hasta un 75% su probabilidad (Galán et al., 2015).

Actualmente la disfagia es el principal factor para desencadenar neumonía por aspiración. Si nos referimos a ancianos frágiles (aquel que presenta una o más de las siguientes características: mayor de 80 años, vive solo, pérdida reciente de la pareja, patología crónica invalidante, polifarmacia, caídas, deterioro cognitivo, ingresos hospitalarios en el último año, deficiencia económica) encontramos diferentes factores que pueden desencadenar riesgo de aspiración: edad, enfermedades respiratorias de base, sexo masculino, diabetes, delección del genotipo de enzima convertidor de la angiotensina I, mala salud oral, malnutrición, deterioro cognitivo grave, enfermedad de Parkinson, tratamiento con antipsicóticos y la disfagia (Torres et al., 2013).

Según Julia Borroso (2009), hasta un 50% de los pacientes que padecen disfagia que sufren una aspiración desarrollarán una neumonía con un índice de mortalidad que puede alcanzar un 50%. Además destaca el impacto sobre la calidad de vida del paciente, ya que la deshidratación y desnutrición conducen a una aceleración de la pérdida de masa magra y grasa, acelerado la sarcopenia y la inmovilidad. Por tanto, hablamos de que la disfagia es un problema de gran importancia que con frecuencia se infravalora.

Es fundamental lleva a cabo un adecuado abordaje de la disfagia en la persona mayor para evitar complicaciones asociadas como las citadas anteriormente. Para ello en primer lugar, habrá que realizar un adecuado diagnóstico disfagia. Según fuentes bibliográficas, es preciso realizar en primer lugar una valoración y exploración exhaustivas, siguiendo una serie de pasos:

Anamnesis y Evaluación clínica.

En primer lugar es fundamental conocer el estado nutricional, neurológico y respiratorio de la persona que vamos a valorar. Para ello se realizará una entrevista diagnóstica con el paciente y si lo

consideramos necesario también estará presente la familia. Se preguntará sobre los diferentes síntomas, signos y el tiempo de transcurso de las dificultades que presenta en el momento de la ingesta de alimentos y/o líquidos. También se realizará una revisión de informes médicos e historia clínica del paciente (Cámpora y Falduti, 2012).

Es fundamental conocer la forma de inicio de los síntomas y la duración, además valorar si puede haber relación con algún proceso clínico agudo. El paciente y /o la familia deberán hacer una descripción detallada de lo que sucede cuando come o ingiere líquido y si presenta síntomas como tos, sensación de atragantamiento, residuos en la cavidad oral tras la ingesta, babeo, postura que adopta en el momento en que realiza la ingesta, si ha sufrido pérdida de peso últimamente y averiguar si este proceso tiene consecuencias sociales que pueden provocar aislamiento en el momento de la comida.

En el proceso de valoración es fundamental realizar una adecuada exploración física y si el profesional lo considera necesario se llevarán a cabo una serie de estudios complementarios como los que se citan a continuación.

Exploración física.

- Se valorará la movilidad lingual y labial. Para valorar la movilidad labial se le pedirá al paciente que pronuncie las vocales “I” y “U”. Y para valorar la movilidad lingual se darán indicaciones para que intente tocar con la punta de su lengua ambos lados de la boca, comisura derecha e izquierda.
- También se valorará el sello labial, para ello se observará si es capaz de mantener los labios cerrados.
- Se llevarán a cabo pruebas para valorar alteraciones de la sensibilidad oral.
- También se realizará una exploración de los reflejos tusígeno, palatino y nauseoso.

Estudios complementarios.

- Endoscopia.
- Estudio de baritado simple.
- Videoendoscopia.
- Valoración realizada por un especialista de otorrinolaringología.
- Estudio videofluoscópico mediante el cual se realiza una valoración dinámica de la deglución tanto en la fase oral, faríngea como esofágica (Jiménez et al., 2007).
- Además se pueden emplear una serie de test que a lo largo del tiempo se han descrito para valorar la disfagia y que consisten en administrar pequeñas cantidades de alimento y/o líquido en la cavidad oral variando la textura y la cantidad del alimento. Los test más utilizados para valorar la disfagia son el Test del agua y el Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

- o Test del agua.

Es un test sencillo y práctico validado y desarrollado por DePippo. Para llevarlo a cabo es necesario tener preparado un aspirador de secreciones por si el paciente sufre una aspiración y fundamental que el paciente mantenga una postura correcta. En primer lugar se administrarán 10 mL de agua con una jeringa de alimentación y a continuación se observará si el paciente presenta tos, babeo, cambio en el tono de voz y el número de degluciones que ha llevado a cabo para tragar el agua. Realizaremos la misma operación cuatro veces con el mismo volumen de agua (10mL) y para terminar la prueba se administrarán 50mL. Si el paciente presenta cualquiera de los síntomas antes citados: babeo, cambios en el tono de voz y/o tos se considerará que la prueba a resultado positiva. Realizaremos el test tres veces al día (mañana, tarde y noche) durante cuatro días consecutivos. Uno de los inconvenientes que presenta el

Test del agua es que para realizarlo se utiliza una viscosidad baja (agua), por lo que es más fácil que el paciente presente problemas de deglución. Además nos podemos encontrar con personas que presenten alteración del reflejo tusígeno, por lo que es posible que obtengamos un resultado negativo siendo positivo con el consecuente riesgo de sufrir una aspiración. Es aconsejable realizar una medición de la saturación de oxígeno mientras se realiza la prueba, considerando que una desaturación de un 2% es un signo de posible aspiración.

○ Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Es un método utilizado para detectar de forma precoz a pacientes con disfagia orofaríngea, la más frecuente en la población anciana. Es un test que ha sido desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo, mediante el cual se puede valorar la seguridad y la eficacia de la alimentación.

Cuando hablamos de eficacia de la alimentación nos referimos a la capacidad de que la persona ingiera los alimentos necesarios para estar bien hidratado y nutrido. Los problemas de eficacia se pueden manifiestan por falta de sello/cierre labial, deglución fraccionada, residuos orales y residuo faríngeo.

La seguridad es la capacidad de que la ingesta se realice sin riesgo de sufrir aspiración, con las consecuentes complicaciones que puede desencadenar. Los problemas de seguridad se pueden manifestar con cambios en el tono de voz, tos y desaturación en el momento de la ingesta del alimento o líquido. Para realizar el MECV-V se utilizan tres viscosidades distintas (líquido, néctar y pudding) y tres volúmenes diferentes (5, 10 y 20 cc.). Para llevarlo a cabo se administrará al paciente 5, 10 y 20 cc. de alimento en diferentes texturas, néctar, pudding y líquido. Se comienza administrando la textura néctar, si la prueba da negativo se pasará a la textura líquida y si continúa dando negativo se realizará con la textura pudding. De esta forma podremos detectar si la persona presenta signos de alteración de seguridad en la fase faríngea y eficacia en las fases oral y faríngea. Además nos ayudará a seleccionar cual es la textura y la cantidad de alimento que debemos administrar, para asegurar una alimentación segura y eficaz.

Es muy importante observar durante la realización de la prueba si el paciente presenta tos, residuos orales, residuos faríngeos, cambios en el tono de voz, sello labial incorrecto y desaturación, ya que si presenta alguno de estos signos la prueba para ese volumen y viscosidad será considerada positiva.

El método de exploración clínica volumen-viscosidad es un método sencillo y seguro y que además ha demostrado ser muy útil en la práctica clínica (Clavé et al., 2007).

Técnicas terapéuticas recomendadas para llevar a cabo un adecuado abordaje de la disfagia:

Técnicas posturales.

- Flexión anterior del cuello. Esta postura ayuda a cerrar la vía aérea, disminuyendo así la probabilidad de aspiraciones.
- Rotación de la cabeza hacia el lado afectado. Al girar la cabeza hacia el lado afectado se deja libre el lado sano y así el bolo de alimentación se irá hacia él, facilitando de esta forma la apertura del esfínter esofágico superior (EES).

Estrategias de incremento sensorial.

- Modificación del volumen viscosidad. Los alimentos pueden ser triturados y así conseguiremos una modificación de la textura, además se pueden utilizar espesantes, gelatinas, etc., en el caso que lo consideremos necesario tras la valoración. Es muy importante que el triturado sea homogéneo, evitando grumos, espinas y hebras (Gómez-Busto et al., 2009).

- Estimulación térmica. Para llevar a cabo esta técnica se proporcionarán alimentos calientes y helados para estimular el mecanismo de la deglución.
- Combinación de sabores. Los alimentos ácidos como el limón son estimulantes para la deglución.
- Se pueden facilitar alimentos que sean apetitosos para el paciente para estimular la salivación.
- Es fundamental proporcionar un ambiente tranquilo a la hora de comer para asegurar una alimentación segura y eficaz, por lo que se evitarán distracciones visuales y auditivas.

Maniobras compensatorias.

Para llevar a cabo las maniobras compensatorias es necesario que la persona se muestre participativa, por lo que no debe haber afectación cognitiva.

- Maniobra supraglótica. La persona tendrá que hacer una apnea voluntaria antes de la deglución y mantenerla durante la misma. Al finalizar la deglución debe de toser para eliminar los residuos que puedan quedar en la faringe.
- Maniobra de Masako. Para llevarla a cabo hay que poner la punta de la lengua en la parte anterior de la boca y hacer la deglución sin mover la lengua. Nos ayuda a cerrar la nasofaringe.
- Maniobra de deglución forzada. Mediante esta maniobra se intenta mejorar la propulsión del bolo alimenticio, para ello hay que aumentar el movimiento de la base de la lengua forzando la deglución.

Las técnicas de intervención van a depender del grado de afectación que tenga el paciente y del tipo de disfagia, teniendo presentes los signos de alteración de eficacia y/o seguridad (Velasco et al., 2007).

Discusión/Conclusiones

Dada la alta prevalencia de ancianos con disfagia orofaríngea, es fundamental llevar a cabo un adecuado abordaje de la misma, de los pacientes institucionalizados hasta el 75% de los casos la sufren (Ferrero et al, 2012). El 80% de los casos diagnosticados suelen ser de causa orofaríngea (Avilés et al, 2009). Además destacar el alto porcentaje de problemas nutricionales que se pueden presentar debido a la disfagia, concretamente hasta un 75% (Galán et al, 2015) y problemas respiratorios, ya que un 50% de los pacientes con disfagia sufren aspiraciones, de las cuales otro 50% desarrollará una neumonía (Borroso, 2009).

Es por ello por lo que es fundamental realizar una correcta valoración y un adecuado tratamiento llevado a cabo por el equipo interdisciplinar. Además es imprescindible que se lleve a cabo una adecuada formación del personal encargado de alimentar a los pacientes ya que serán los que detecten la mayoría de las veces los signos característicos que afecten a la seguridad y eficacia de la alimentación.

Referencias

- Avilés, J.D., Gañan, L. y Martín, S. (2009). *Disfagia orofaríngea en la población Geriátrica*. Murcia: UCAM.
- Barroso, J. (2009). Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Revista Española Geriátria Gerontología*, 44 (S2),22-28.
- Cámpora, H. y Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Rev Am Med Resp*, 3, 98-107.
- Clavé, P., Verdager., A. y Arreola, V. (2005). Disfagia Orofaríngea en el anciano. *Medicina Clínica (Barcelona)*,124(19),742-8.
- Clavé, P., et al. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. *Cirugía Española*, 82 (2), 62-76.
- Ferrero, M.I., García, J.F., Botella, J.J. y Vidal, O. (2012). Detección de la disfagia en mayores institucionalizados. *Revista Española Geriátria Gerontología*, 47(4), 143-147.

Galán, M.J., Santander, C., Cortázar, M., Morena, F., Susi, R. y Martínez, M.C. (2015). Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enfermería Clínica*, 24(3), 183-190.

Gómez-Busto, F., Andia, V., Ruiz de Alegría, L., Francés, I. (2009). Abordaje de la disfagia en demencia avanzada. *Revista Española Geriatria Gerontología*, 44 (S2),29-36.

Jiménez, C., Corregidor, A.I. y Gutiérrez, C. (2007). Tratado de geriatría para residentes. En Abellán, G., et al. (coord.), *Disfagia* (pp. 545-553). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

López-Liria, R., Fernández-Alonso, M., Vega-Ramírez, F.A., Solido-Campos, M.A. y Padilla-Góngora, D. (2014). Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Revista Neurología*, 58(6), 259-267.

Torres, O.H., Gil, E., Pacho, C., Ruiz, D. (2013). Actualización de la neumonía en el anciano. *Revista Española Geriatria Gerontología*, 48 (2),72-78.

Velasco, M.M., Arreola, V., Clavé, P., Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina* ,1 (3), 174-202.

CAPÍTULO 52

Caídas en ancianos institucionalizados: factores asociados, consecuencias y prevención

Ana Alicia Torres Reyes y Natalia Pilar Lanzas Garzón

**Diplomadas Universitarias en Enfermería (España)*

Introducción

El fenómeno del envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social que suscita interés y atención a múltiples niveles: políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas. (Romero et al., 2002), debido a las importantes y enormes consecuencias que ya son notorias en la actualidad, así como aquellas que se acentuarán en años próximos.

Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2008), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. En este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, “En España, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años” en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Este marcado y rápido aceleramiento del envejecimiento en la población mundial pone en evidencia uno de los grandes e importantes problemas de salud pública: las caídas de ancianos. (Zenewton, 2008) Éstas constituyendo uno de los Grandes Síndromes Geriátricos (Castro, 2005).

Aunque en años anteriores se han llevado a cabo numerosos estudios y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de lesiones, deterioro funcional (Carro, y Alfaro, 2005), ingresos precoces en centros residenciales sociosanitarios, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos. (Zenewton, 2008). Son un problema de salud pública importante y son también un reto para todo profesional que atiende a pacientes de edad avanzada.

La OMS define las caídas como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son”. (OMS, 2012)

Todas las personas tienen riesgo de caerse, pero son las personas mayores, las que presentan una mayor probabilidad. Así pues, podemos clasificar a la población anciana, entendiendo como tal a la población mayor de 65 años, en cuatro grupos. (Rodríguez, 2011)

Anciano sano: Persona mayor cuyas características físicas, mentales y sociales están de acuerdo con la edad cronológica. No presenta patología diagnosticada ni problemática funcional, psíquica ni social.

Anciano enfermo: Persona mayor con alguna afección, que puede ser aguda o crónica, así como puede encontrarse en diferente nivel de gravedad. Ésta no le invalida y tampoco cumple los criterios de paciente geriátrico

Anciano frágil o anciano de alto riesgo (AAR): Persona mayor que debido a su situación, ya puede ser física, psíquica y funcional se encuentra en estado inestable. Con muchas posibilidades de convertirse en una persona dependiente e incluso requerir la institucionalización.

Anciano geriátrico: Persona mayor que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad > a 75 años.
- Presentar importantes enfermedades de base
- Enfermedad principal incapacitante
- Tener una patología mental acompañante o predominante.

- Problemática social en relación con su estado de salud

Anualmente se caen un 30% de los mayores de 65 años (la mitad de ellos vuelven a caerse posteriormente), lo que para España representa más de 1.500.000 personas mayores. Estos datos aumentan con la edad (elevándose hasta el 40% en los ancianos mayores de 75 años), en ancianos frágiles y en aquellos que viven fuera del entorno familiar. En la mitad de los casos, estos episodios son múltiples. (Castro, 2005). Las caídas son consideradas y asociadas a la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años y es la quinta causa de muerte en esta población. (Carro, y Alfaro, 2005)

En ocasiones las caídas pueden poner de manifiesto una patología no diagnosticada o incluso ser la evidencia de diversos problemas de salud; pueden ser además indicadores a la hora de clasificar a un mayor frágil. (Carro, y Alfaro, 2005; Castro, 2005). En el caso de ancianos institucionalizados, estas cifras se pueden ver duplicadas, ya que estos ancianos suelen poseer diversos factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las caídas. (Zenewton, 2009)

Con frecuencia la etiología de las caídas es multifactorial; (Manolo et al. 2004) suelen deberse a la interacción y combinación de numerosos factores como pueden ser los intrínsecos o propios de la persona, extrínsecos o ambientales y circunstanciales (Castro, 2005).

Factores intrínsecos

Factores que predisponen a las caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo, dentro de estos, encontramos tanto modificables como no modificables. (Calleja et al., 2010)

Entre los comúnmente asociados a caídas están: Edad, historia de caídas previas, debilidad muscular de miembros inferiores, alteración de los reflejos posturales, uso de fármacos (hipotensores, hipnóticos...), presencia de enfermedades... (Calleja et al. 2010; Estrella 2005; Zenewton, 2007)

Factores extrínsecos

Factores ambientales, arquitectónicos o bien elementos de uso personal

Factores circunstanciales (Gómez et al., 2004)

Relacionados con la actividad cotidiana que está desarrollando la persona.

Factores protectores

Aquellos capaces de reducir eventuales efectos negativos o disfuncionales en presencia de un determinado riesgo. Los factores de protección para caídas en las personas mayores pueden estar relacionados con modificaciones comportamentales y ambientales. Entre los cambios de comportamiento están la práctica de actividades físicas, evitar el consumo de tabaco y alcohol... Las modificaciones ambientales implican la instalación de dispositivos como rejas de protección, barras de apoyo... (Terra et al., 2014)

Consecuencias

Las consecuencias de las caídas pueden llegar a ser fatales para las personas mayores y muy limitadoras en la mayoría de los casos. (Da Silva, y Gómez, 2008)

Clasificación: (Rodríguez, 2011)

Consecuencias físicas

- *Inmediatas:* fracturas, contusiones, TCE, traumatismo torácico...
- *A largo plazo:* upp, trombosis venosa profunda, contracturas...

Consecuencias psicológicas: La más importante es el síndrome post-caída, caracterizado por miedo a volver a caer.

Consecuencias sociales: Cambios hábitos de vida, aumento necesidades...

Consecuencias económicas: Hospitalizaciones, cuidadores...

Un estudio llevado a cabo por Zenewton en 2009 menciona que de los mayores de 64 años que viven en la comunidad, aproximadamente un 20% de los mayores que se caen necesitan asistencia médica, las fracturas óseas oscilan en un 5% , y del 5% al 10% sufren otras lesiones, algunas de ellas son: esguinces, luxaciones, traumatismos graves en la cabeza...

Los datos son más problemáticos y significativos en el ámbito institucional, puesto que la mayoría de las personas institucionalizadas suelen ser personas dependientes, con diversas enfermedades que pueden contribuir a la aparición de las caídas, por ello, en este ámbito los índices de lesión pueden ser más del doble del encontrado en la comunidad. (Zenewton, 2009)

El objetivo general de este estudio es:

- Establecer el número de caídas que acontecieron durante los años 2013-2015, dentro de éste último solo se tuvieron en cuenta aquellas que sucedieron hasta el pasado mes de Marzo.

Los objetivos específicos son:

- Analizar las causas y consecuencias derivadas de cada una de las caídas en la población de estudio.
- Desarrollar medidas preventivas.

Método

Participantes

Ancianos institucionalizados en una Residencia Geriátrica de Jaén que sufrieron alguna caída a lo largo de los años 2013-2015, en éste último año sólo se reflejan las acontecidas hasta el pasado mes de Marzo.

Criterios de inclusión: Hombres y mujeres, mayores de 65 años, usuarios en régimen de residentes y unidad de estancia diurna que sufrieron la caída en este centro y haber presentado una caída dentro del período determinado.

Criterios de exclusión: Caídas que se acontecieron fuera del centro de estudio y residentes que no hayan sufrido una caída en el período de tiempo establecido.

Instrumento

Para evaluar el número de caídas, se utilizaron las historias clínicas de los residentes y los registros de caídas, documentos elaborados por Enfermería, donde se refleja: residente que ha sufrido la caída, persona que presencia dicho episodio, horario, circunstancias, actuación y medidas preventivas.

Procedimiento

Se realizó una revisión de los registros de caídas así como de cada una de las historias de los residentes que habían presentado alguna caída en estos años. Una vez escogidos los datos que consideramos oportunos, los analizamos y llevamos a cabo la evaluación de los mismos.

Análisis de datos

En el mes de Abril, se llevó a cabo la obtención, valoración y análisis de la información proporcionada a través de los documentos citados con anterioridad.

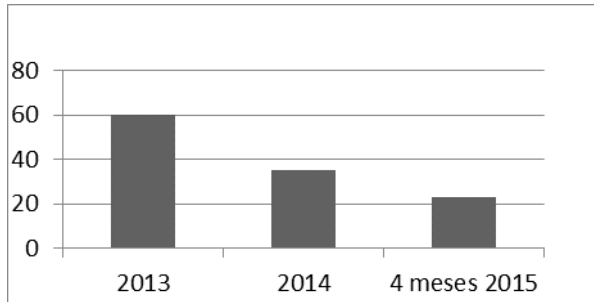
Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se ha efectuado una base de datos en excel, donde recogimos todos los resultados y obtuvimos los porcentajes para la realización de los gráficos.

Resultados

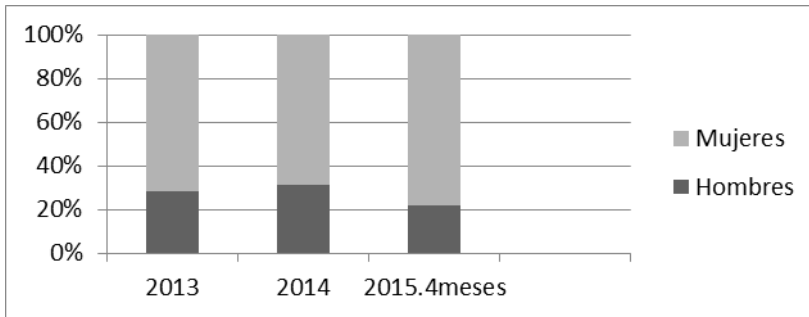
La frecuencia de caídas y las importantes consecuencias que conllevan, crean la necesidad del estudio de estos episodios, así como sus causas y consecuencias.

Del número de caídas totales, podemos observar que en el año 2013 se acontecieron un mayor número de caídas.

Gráfica 1. Número de caídas anuales

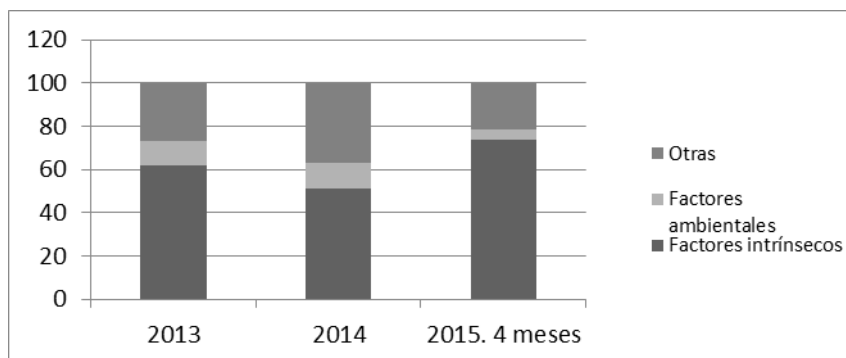


Gráfica 2. Porcentaje de caídas diferenciadas por sexo



En todos los años, las caídas fueron más frecuentes en mujeres que en hombres. Cabe subrayar, que en este centro hay un mayor número de mujeres que de hombres.

Gráfica 3. Causas de las caídas



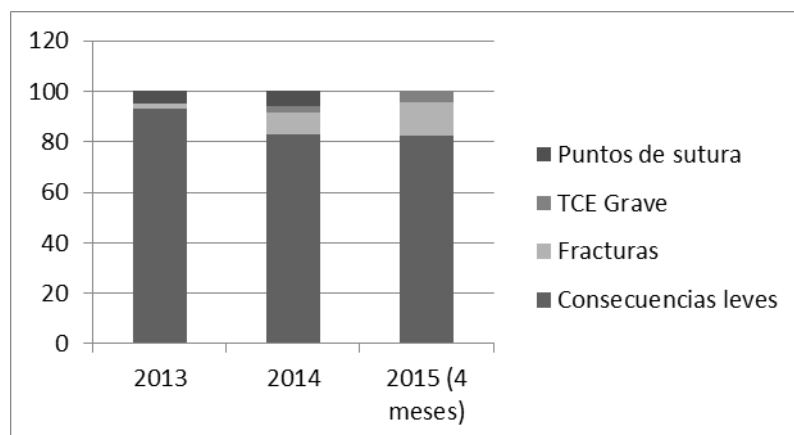
Las causas de las caídas son múltiples y diferentes, siendo los factores intrínsecos la causa predominante. Dentro de este grupo, cabe destacar los problemas osteomusculares (debilidad en MMII, pérdida de equilibrio, cifosis...) y los problemas visuales como los más significativos.

Las caídas cuya causa fueron factores ambientales, fueron en su mayoría debidas al estado del suelo, en ese momento se encontraba mojado.

Dentro del apartado otras, se recogen aquellas caídas en las que la causa se desconocen, pues nadie presencié la caída y los residentes no sabían explicar que sucedió debido a su demencia.

El 100% de los residentes que sufrieron una caída en este período de tiempo, tomaban algún o varios psicofármacos combinados.

Gráfica 4. Consecuencias de las caídas

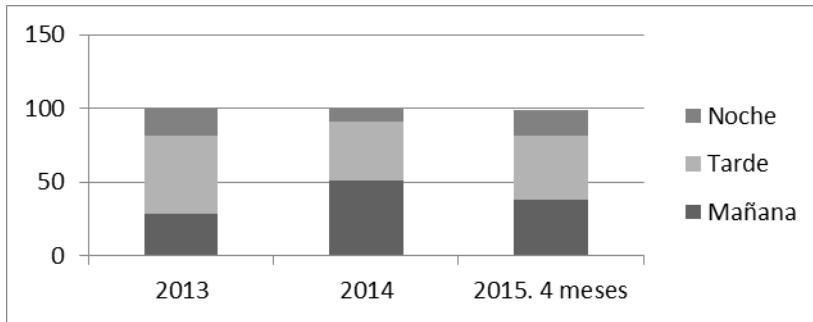


La mayoría de las caídas no tuvieron consecuencias graves: hematomas, contusiones, pequeñas heridas, dolor... Muchas de ellas, posteriormente requirieron valoración médica, sobre todo por la presencia de dolor semanas después de la caída. En ninguno de los casos fue preciso ninguna intervención mayor. Tras administrar tratamiento pautado por facultativo se solventó sin mayor complicación.

En el caso de los TCE Graves y fracturas, fue preciso su derivación al Hospital.

Uno de los pacientes que sufrió la caída en 2014 falleció en el Hospital, al contraer una Neumonía durante la estancia hospitalaria.

Gráfica 5. % de caídas en los diferentes turnos.



El mayor número de caídas se acontecieron durante el día. Aquellas que se acontecieron en este último turno, se produjeron al levantarse para ir a orinar o al intentar salirse por las barandillas de la cama.

Prevención de las caídas (Rodríguez, 2011).

Primaria: Conjunto de medidas encaminadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en la población.

- Educación para la salud.
- Aumento de la seguridad ambiental: Detección precoz de determinadas patologías

Secundaria: Encaminada a prevenir nuevas caídas en los mayores que ya han sufrido alguna con anterioridad. Se trata de intervenir sobre las causas que la han provocado.

Terciaria: Corrección de las causas desencadenantes. Incluye todas las actuaciones que tratan de disminuir la incapacidad desencadenada por las caídas, pudiéndose actuar a distintos niveles.

Actividades encaminadas a prevenir las caídas: (Laguna et al., 2010, Gillespie et al., 2008, Rodríguez, 2011).

- Medidas de protección (luz en pasillos, barandillas en escaleras...)
- Identificación posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída y evaluar la frecuencia de éstas
- Identificar a los pacientes en riesgo
- Analizar los factores extrínsecos que favorecen las caídas. Programa de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio
- Retirada de fármacos psicotrópicos. Revisión de la medicación.
- Llevar a cabo programas de Tai Chi
- Programa de ejercicios: fortalecimiento muscular progresivo, ejercicios de entrenamiento del equilibrio y un plan de caminatas.
- Corrección de los defectos visuales. Intervención cataratas
- Administración de vitamina D a dosis elevadas (700-800 U/día) junto con calcio. Administración fármacos vasoactivos

Discusión

En los últimos cien años se ha producido una revolución silenciosa e inusitada de la longevidad, por lo que conlleva a diversos problemas de salud que alcanzan una nueva dimensión. La longevidad trae como consecuencia importantes alteraciones fisiológicas y patológicas que pueden contribuir a la aparición de ciertos episodios que pueden condicionar, y de forma importante, el estado de salud de nuestros mayores (Gac et al., 2004). Haciendo referencia a este hecho, podemos destacar la presencia de las caídas. Éstas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por su alta incidencia y en especial por las repercusiones tan importantes que van a provocar en la calidad de vida, ya no solo del anciano, sino también del cuidador. (Delgado, 2013).

En este sentido, Talbot et al. (2005) refleja en su estudio que el número de caídas aumenta en un 18% en personas jóvenes (20 – 45 años) a un 21% en personas de media edad (46 – 65 años). Esta incidencia se incrementa de forma notoria en el grupo de las personas mayores de 65 años, donde ésta puede alcanzar hasta un 35%, esta incidencia puede aún ser mayor en mayores institucionalizados, asociada a un peor estado de salud, patologías con mal pronóstico, mayor dependencia.

En nuestro estudio, se observa que la mayoría de las caídas se producen en mujeres, al igual que el estudio llevado a cabo por Homero Gac (2003), sin embargo, existen muchos otros que demuestran que dicho episodio es más frecuente en hombres, como por ejemplo, el llevado a cabo por Lord et al. que encontraron que los varones eran más propensos a caer en residencias geriátricas. Este último hallazgo parece estar relacionado con el proceso de selección de la muestra y ser explicados por el hecho de que en las instituciones suelen estar en mayor medida hombres, dependientes, con mal pronóstico, con pluripatologías... Da Silva y Gómez-Conesa, 2008)

Muchos son los factores que pueden contribuir a la aparición de las caídas, entre ellos los factores intrínsecos son los de mayor prevalencia. Numerosos estudios al igual que éste demuestran este factor como causa principal. (Díaz et al., 2009)

Tal y como observamos en la gráfica 4, la mayoría de las caídas no han tenido consecuencias graves. Según un estudio llevado a cabo por Za da Silva Gama (2008) coincide en afirmar que no todas las caídas producen lesión, aunque cabe destacar que del 20 al 30 % de las caídas pueden llegar a tener consecuencias de moderadas a graves. Éstas reducen el nivel de autonomía de nuestros mayores al influir directamente sobre su movilidad y aumentan el grado de dependencia de los mayores, aumentando también el riesgo de muerte prematura. Y es que las caídas no dejan de ser un hecho muy limitador para las personas mayores y, a menudo, hasta fatal.

En cuanto a las actividades preventivas, existe gran controversia en unos estudios y en otros, sobre qué medidas son las medidas más adecuadas y cuales han demostrado significativamente una reducción de la aparición de las mismas. Sin duda alguna, la identificación de pacientes en riesgo, la evaluación de la frecuencia de caídas y los factores de riesgo que pueden contribuir a su aparición, son citadas y destacadas en todos los estudios.

Referencias

- Calleja, J.A. et al. (2010). Prevención y Atención de las Caídas en la Persona Adulta Mayor. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/V_caidas.pdf
- Carro, T. y Alfaro, A. (2005). Caídas en el anciano. *Rev. Medicina General*, 77, 582-89.
- Castro E. (2005). *Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociado* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- Delgado, J.C et al. (2013). Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano. *Rev Cubana Reumatología*, 15 (1), 18-24.
- Díaz, G.J. et al. (2009). Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44 (6), 301-304.
- Gac, E. et al. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. *Revista médica de Chile*, 131(8), 887-94.

Gama, S. y Zewnton, A. (2009). *Incidencia, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados de la región de Murcia* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.

Gama, S., Zewnton, A., y Gómez, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 946-956.

Gama, S., Zewnton, A., y Gómez, A. (2008). Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Rev. Elsevier*, 30 (3), 4-143.

Gama, S., Zewnton, A., Gómez, A., y Sobral, M. (2007). Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Pública*, 82 (1), 43-55.

Gillespi, L. et al. (2008). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane*, 15 (2), 1-289.

Gómez, J. et al. (2004). Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 20, 5-6

Lázaro, M. (2009). Caídas en el anciano. *Elsevier*, 133 (4), 91-181.

Lagunas, J.M et al. (2010). Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Gerokomos*, 21 (3), 97-107.

Rodríguez, V. (2011). Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad (Tesis Doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.

Romero, L. et al. (2002). El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. Recuperado de www.segg.es/download.asp?file=media/.../TratadoGeriatríaResidentes.pdf

Terra, L. et al. (2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores ¿Cómo hacerlo?. *Rev. Gerokomos*, 25 (1), 13-16.

CAPÍTULO 53

Estudio de la adaptación de personas de edad avanzada en una institución geriátrica de la provincia de Jaén

Natalia Pilar Lanzas Garzón y Ana Alicia Torres Reyes

Diplomada Universitaria en Enfermería (España)

Introducción

En la actualidad, las sociedades más desarrolladas contemplan el fenómeno sociológico del envejecimiento de la población (Casado, Rico y Sabes, 2002), encontrándonos que las personas mayores de 65 años representan entre el 12% y 15 % de la población y se espera que el año 2020 este porcentaje aumente a cifras cercanas al 25% (Monforte et al., 1998).

España no ha sido ajena a este fenómeno, en la segunda mitad del siglo XX, se registró un aumento constante de su población anciana. En el año 1900, la población anciana (mayores de 65 años) equivalía al 5,2%, en el 2001 ascendió al 17 % (Cordero, 2006) y en el 2012, representa el 17, 39% de la población total (Torres, Núñez, Martínez y Suarez, 2007; CSHI, 2013; Pérez y Ram, 2004), de los cuales el 25% del total son mayores de 80 años (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

En el 2050, España contará con 12.800.000 personas que tendrán más de sesenta y cinco años, es decir, el 31,2% de la población total, siendo uno de los países más ancianos de la tierra, según los datos demográficos del INE (CSHI, 2013; Cordero, 2006).

Este futuro envejecimiento en todos los países es debido a la reducción tan evidente de la fecundidad, atribuible fundamentalmente al desarrollo económico, y al descenso de la mortalidad, producida por los avances terapéuticos, mejoras nutricionales y de las condiciones de vida, etc., que ha permitido que las personas cumplan cada vez edades más avanzadas (Casado, Rico y Sabes, 2002; Pérez y Ram, 2004; Monforte et al., 1998).

El aumento de la calidad de vida, por lo tanto de la esperanza de vida, es uno de los logros más importantes de las sociedades modernas, sin embargo, esta mejora de la calidad de vida dará lugar a un mayor número de personas frágiles y dependientes que precisarán ayuda para satisfacer sus necesidades. Por ello, cobra especial importancia en estos casos las residencias geriátricas, como lugar de acogida de todas estas personas necesitadas de ellas, que bien por las características familiares o bien por su propia situación, se ven en la necesidad de irse a estos centros.

Antiguamente, se concebía los centros de atención permanente para personas de edad avanzada como asilos, estructuras que prestaban cuidados paliativos o de alojamiento a personas que por sus años o estado de salud eran excluidos o marginados en la humanidad, esta percepción ha evolucionado hasta ser considerado como lugares que ofrecen servicios comunitarios, y reciben en el nombre de residencias geriátricas (Fernández, 2009).

Según el IMSERSO, "las residencias de ancianos son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal" (IMSERSO, 2012).

Las residencias de la tercera edad son precisas, pues aportan la solución adecuada para hacer frente a los problemas de las personas mayores que viven solas, sin ninguna ayuda familiar, o que voluntariamente se trasladan a un institución, porque quieren convivir en una estructura de esas características (Roja, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006). Por lo tanto, se pueden considerar como un buen recurso social en la etapa del envejecimiento, puesto que son cada vez más los que se han institucionalizado en las últimas décadas (Fernández, 2009).

Hace unos años la idea de vivir en una residencia era considerada como algo desagradable, una pérdida del control de su vida, así como un abandono por parte de sus familiares. Sin embargo, la mentalidad ha ido cambiando a la vez que la esperanza de vida, pues muchos de ellos son conscientes de sus limitaciones, saben y reconocen que necesitan ayuda, que sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos y que sobre todo necesitan a alguien que les dé compañía.

La alternativa más deseada por la mayoría de las personas mayores es residir en su domicilio hasta sus últimos días de vida, o en segundo lugar vivir en casa de sus hijos (IMSERSO, 1998), a pesar de ello cada vez más ancianos accederían a la institucionalización como alternativa de futuro, sobre todo en aquellos caso en que la edad avanzada va asociada a alguna enfermedad que provoca incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, y con ello poder llevar una vida autónoma (Fernández, 2009).

Gran parte de la población anciana continúa residiendo en su hogar, con sus cónyuges, hijos o familiares. Y esta es la manera en que la inmensa mayoría de los ancianos españoles esperan llegar a vivir. La población dispuesta a residir en residencia no alcanza el 10% (Torres, Núñez, Martínez y Suarez, 2007). Sin embargo, más de 270.000 personas viven en residencias de personas mayores, el perfil de usuario es longevo, pues el 66% sobrepasa los 80 años y su edad media se sitúa en torno a los 81 años, y femenino, un 68,6% de los residentes son mujeres (CSHI, 2013; Cordero, 2006; INE, 2013; Cruz, 2013). En cuanto al promedio de edad de ingreso es de 82 años, siendo más elevada entre las mujeres, en torno a los 83 años, mientras que en los hombres está en los 80 años. El 71% son personas en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriátrica (Imsero, 2014).

Las personas que viven en los centros residenciales por diferentes motivos, se ven forzados a compartir su vida con extraños, seguir unos horarios y adaptarse a los nuevos hábitos y menos culinarios y tienen más posibilidades de padecer enfermedades (Imsero, 2012; Calvete, 1991).

El ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés (Fernández, 2009), a consecuencia de la pérdida de amistades de toda la vida, entornos nuevos que no dominan, etc. van a sufrir lo que se denomina "*las pérdidas asociadas a su envejecimiento*". No obstante, no toda la población que ingresa sufre estos riesgos (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006). Por otra parte, el ingreso en una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil. También, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano es un desconocido. (Riquelme, 1991).

En ocasiones, los mayores que ingresan en las residencias "dejan de hacer" las actividades básicas, porque sienten que el apoyo que reciben en los centros son un mecanismo de compensación de ciertas carencias e incluso de aquellas que realizaban en su domicilio, el anciano mayor se "adapta al sistema" (Fernández, 2009). Todo esto conlleva una influencia negativa en su propia percepción de la salud, a corta y largo plazo (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

En trabajos de Ferrari podemos observar, que cuando los ancianos ingresan de forma voluntaria en los centros geriátricos, teóricamente tendrá más facilidad de cambiar de entorno y una mayor motivación para adaptarse a este fenómeno residencial, teniendo así más posibilidad de éxito su ingreso y acomodación (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Existen poco estudios realizados en el ámbito de las instituciones geriátricas, deberían realizarse más asiduamente, con el fin de valorar si realmente proporcionan facilidades para la interacción social y apoyo mutuo entre los residente, siendo estos algunos de los objetivos que presentan las residencias de ancianos (Calvete, 1991).

Sin embargo, encontramos varias críticas negativas hacia las Residencias provenientes de los investigadores sociales; Barenys (1993) piensa opina que las Residencias son "la formalización de la marginación cultural y social que sufre o que recae sobre la ancianidad en nuestra sociedad", y Pujalon y Trincaz (2000), en la línea de los 'Internados' que planteó Goffman (1970), opinan si constituyen "centros especializados o 'guetos', ya que según su percepción, "la concentración de viejos en el seno de

las instituciones, es sin ninguna duda una de las fuentes de ageísmo en nuestra sociedad". (Fernández, 2009).

En definitiva, residir en los centros geriátricos pueden favorecer síntomas depresivos, debido al abandono en una residencia (Rojas, Heras y Reig, 1991), limitación de las posibilidades del uso de dinero (Pérez, González y Moraleda, 1989) alejamiento de la red social habitual, adaptación obligatoria a un reglamento, así como la carga valorativa de carácter negativo que implica residir en estos centros (Monforte et al., 1998), por ello con esta investigación nos planteamos como objetivo principal evaluar la influencia que ejercen las instituciones geriátricas en personas ancianas. Para conseguirlo propusimos como específico conocer las opiniones o experiencias de los residentes en un centro para mayores.

Método

Participantes

Los sujetos de esta investigación fueron 23 personas mayores de 60 años con características heterogéneas que se encuentran institucionalizados en una Residencia de la provincia de Jaén. El residente de mayor estancia lleva unos 7 años y el de menos 1 año. Todos ellos aceptaron voluntariamente y de forma anónima realizar una encuesta de preguntas abiertas.

Criterio de inclusión: personas mayores de 60 años que fueran independientes o tuvieran alguna patología que no requiera atención imprescindible.

Criterios de exclusión: sujetos con patologías graves.

Instrumentos

Para la evaluación del impacto psicosocial que padecen las personas mayores al trasladarse de su hogar a una residencia, se utilizó un cuestionario de nueve preguntas abiertas de nuestra propia elaboración.

Procedimiento

El estudio está compuesto de tres fases: Una primera para la elección de encuesta, se consultaron diferentes bases de datos y al final se optó por elaborar una encuesta propia, que cubriese los principales aspectos en los que queríamos centrarnos. En la segunda, propusimos a los sujetos la finalidad del trabajo y aquellos que quisieron nos realizaron las encuestas. Y por último, en la fase final llevamos a cabo la evaluación de los resultados.

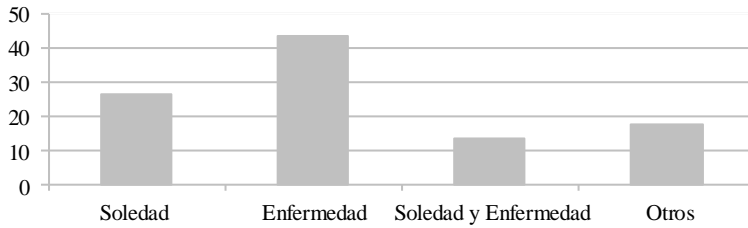
Análisis de datos

En marzo de 2015, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo transversal. Se ha efectuado una base de datos en excel, donde recogimos todos los resultados y obtuvimos los porcentajes necesarios para la realización de los gráficos.

Resultados

Los resultados obtenidos en este trabajo no pretendemos generalizarlos a la población anciana institucionalizada en centros de la tercera edad.

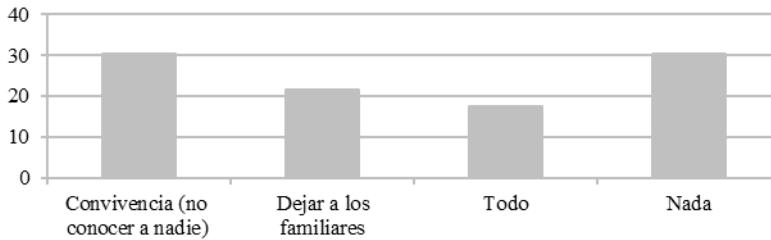
El 23% de los encuestados eran independientes, algunas de las patologías que presentaban eran diabetes e hipertensión.



Gráfica 1. Motivo por el que ingresaron en la residencia

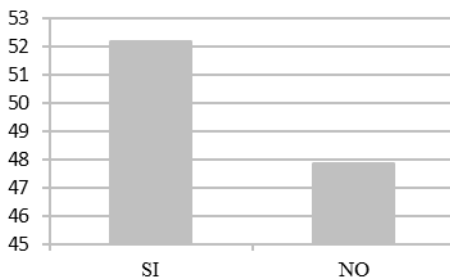
La causa principal de ingreso en una residencia de ancianos de nuestra muestra es la presencia de una enfermedad (43,49%), siguiéndole la soledad con 26,09 %.

Gráfica 2. Dificultades que tuvieron que afrontar al abandonar el hogar



El 30,43% de los residentes no tuvieron ningún problema a la hora de abandonar su hogar. Sin embargo, algunas de las dificultades a las que tuvieron que hacer frente fueron la convivencia (30,43%) y el dejar a los familiares (21,74%).

Gráfico 3. Dificultad a la hora de adaptarse



Como se observa en la gráfica, el 52,17% les costó adaptarse a su nueva situación.

Gráfico 4. Al llegar a la residencia, se sentían

El 60,87% de la muestra se sentía triste al comienzo de su estancia en la residencia, mientras que un 39,13 refiere que se encontró bien.

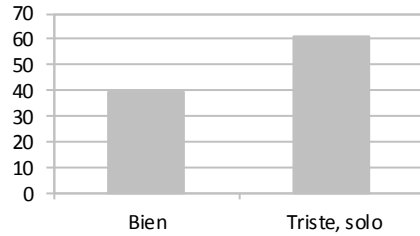
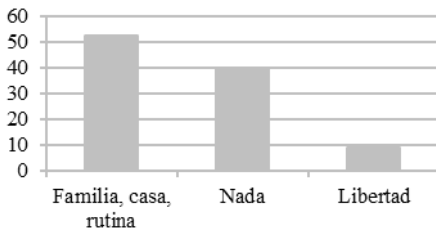


Gráfico 5. ¿Qué echan de menos?



Con respecto que echan de menos, observamos que principalmente el 52,17% a la familia, el 8,69% la libertad y un 39,13% no echa en falta nada.

Gráfico 6. Volver a casa

El 52,17% le gustaría volver a casa frente a un 47,83% que no, es poca la diferencia.

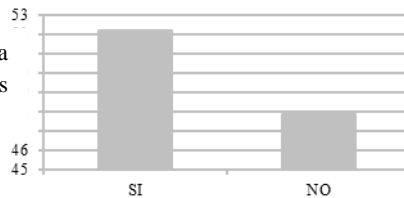
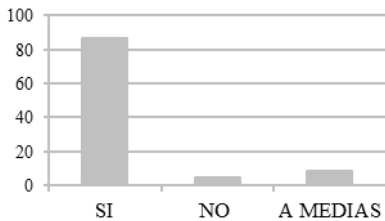


Gráfico 7. ¿Os sentís ahora integrados



En la gráfica, observamos que un 86,96% están ahora integrados, pero el 8,69 no está inmerso del todo. Sólo un 4,35 refiere no sentirse ahora integrado.

Gráfico 8. ¿Estás como en casa?

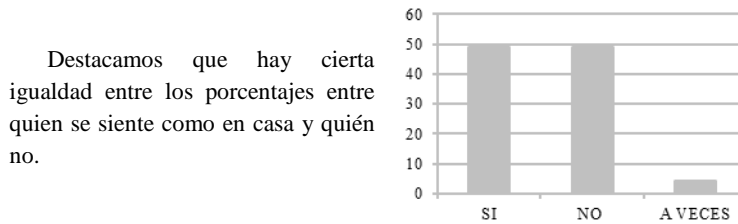
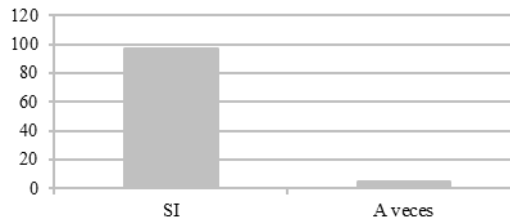


Gráfico 9. Visitas de familiares a los residentes



El 96,65% de los encuestados son visitados por sus familiares, como se ve reflejado en la gráfica.

Discusión

Un estudio sobre la satisfacción de la población anciana afirma que la percepción que presentan sobre las residencias no es negativa (M^o. Asuntos Sociales, 2006), la institucionalización se considera el segundo servicio social más estimado, tras la Ayuda a Domicilio (Fernández, 2009).

Nuestros sujetos tienen la mayoría una percepción positiva de las residencias geriátricas, gran parte ingresaron de forma voluntaria en el centro. Las personas ancianas que tienen una percepción agradable de las residencias, piensan que su estancia en ellas es más cómoda y beneficiosa, puesto que estarán mejor cuidados que en sus casas o en las de su familia y estarán más tranquilos, sin tantas preocupaciones (IMSERSO, 2004). El resto de personas que no entraron voluntariamente no tenían un concepto tan positivo, pero como vemos en la gráfica 7 el 86%, 96% se han integrado con el tiempo, en el estudio de Bazo (1991) encontramos como los propios mayores suelen acceder a los centros de tercera edad con una imagen muy negativa de los mismos, y lo que presupuñan como un asilo plagado de ancianos pobres, enfermos y marginados, tiende a cambiar a positivo al poco de permanecer allí. También, en otro estudio (López, 2000), se demuestra que la percepción negativa que existe antes de ingresar, puede cambiar, cuando los mayores obtienen una opinión más real de la vida en los centros, ya sea a través de un familiar o un trabajador, ofreciéndole una concepción menos drástica del mito popular de que las residencias son la antesala de la muerte (Fernández, 2009).

A pesar de la aceptación de ingreso, encontramos que el 52,17% regresaría a su casa si pudiese, sin embargo en otros estudios (Torres, Núñez, Martínez y Suarez, 2007) reflejan que el grado de adhesión a la residencia es bastante elevado, pues 8 de cada 10 internos no volvería al hogar o la recomendaría a un amigo, y 9 de cada 10 manifiestan querer seguir viviendo en la residencia los próximos años.

Por otro lado, como observamos en la gráfica 1, los motivos de ingreso en una residencia de la tercera edad están relacionados sobre todo con la enfermedad y la soledad, coincidiendo con otros

estudios (Riquelme y Buendía, 1997; Leturia, 1999; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006; Observatorio de Mayores- IMSERSO, 2004) donde también reflejan como causa la percepción de la soledad y la necesidad de ayuda en las tareas domésticas para solicitar su ingreso.

Con respecto a las visitas de familiares, la mayoría manifiestan tener contacto con sus familiares. Aunque como refleja Sheehan (1991), los sentimientos de culpa y la obligación son las causas principales por las que las familia visitan a los residentes, más que por el cariño. En otras ocasiones, es debido al deterioro del bienestar del anciano (Calvete, 1991).

En conclusión, el marcharse a una residencia y dejar atrás su hogar, supone un gran impacto psicosocial en nuestros pacientes. No es simplemente marcharse a otro lugar, es dejar atrás toda una vida. Por ello, es preciso conocer sus opiniones, sentimientos, qué dificultades encontraron... de forma que todo ello nos sirva de guía y nos haga establecer pautas de actuación.

Referencias

- Calvete, E. (1991). Apoyo social y ancianos en residencias. *Instituto foral de Asistencias Social de Bizkaia*, 71-76.
- Casado, D., Rico, A. y Sabes, R. (2002). Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España. *Documentación social*, 127, 247-275.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). (2013). *Un perfil de las personas mayores de España. Indicadores estadísticos básicos. Informes de envejecimiento en red* (1). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
- Cordero, P. (2006). Situación social de las personas mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-195.
- Cruz, J. (2013). Las personas mayores que viven en residencia se triplican la última década. *El mundo*.
- Fernández, J.J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de la tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. *Servicio de publicaciones: Universidad de Valencia*.
- IMSERSO, 2014. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España.
- Instituto Nacional de Estadística (2013).
- Leturia, FJ. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Esp Geriatr Geront*, 34 (2): 105-12
- Monforte, J.A., Fernández, C., Diez, J., Toranzo, J., Alonso, MM., y Franco, M.A. (1998). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Española Geriatria Gerontología*, 33(1): 13- 20.
- Observatorio de Mayores-IMSERSO. (2004). Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores en Residencias.
- Pérez, E., González, M.A. y Moraleda, P. (1989). Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella. *Esp Geriatr Gerontología*, 24 (1), 27-33.
- Pérez, V. y Ram, P. (2004). Ancianidad y envejecimiento: una reflexión sociológica sobre las residencias de ancianos. *Ciencias sociales: Aposta*, 4, 1-8.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Servicio de publicaciones: Universidad de Murcia.
- Riquelme, A. y Buendía, J. (1997). Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas. *Geriátrica*, 13 (10), 441-720.
- Rojas, E., de las Heras, F.J. y Reig, M.J. (1991). Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. *Psicopatología*; 11(1), 20-24.
- Rojas, Mª J., Toronjo, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17 (1), 6-23.
- Torres, M., Núñez, J., Martínez J. y Suárez, JL. (2007). La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores. *IESE Business School- Universidad de Navarra*, 664, 1-25.

CAPÍTULO 54

El anciano en la institución geriátrica, cribado nutricional

Isabel María Molina Martínez*, Margarita Torres Amengual*, Inmaculada González Morales*, Trinidad Luque Vara**, y Casilda Antonia Martínez Fernández***
*Hospital Torrecárnedas (España), **Centro Penitenciario, Melilla (España), ***Distrito Almería (España)

Introducción

La malnutrición es una alteración corporal secundaria al déficit absoluto o relativo de nutrientes (Macías, Guerrero, Prado, Hernández y Muñoz, 2006). En cuanto a las personas de edad avanzada, la desnutrición cobra especial importancia asociándose a un mayor índice de morbimortalidad (Sánchez-Muñoz et al., 2010), siendo factor pronóstico determinante de la evolución según las propias comorbilidades del usuario.

Existen factores de riesgo determinantes de desnutrición, entre éstos encontramos: ingesta inadecuada secundaria a estados depresivos, problemas relacionados con el aislamiento social del usuario, estado socioeconómico deficitario, falta de conocimientos nutricionales, patologías que pueden influir en la ingesta (como las patologías respiratorias y cardíacas), enfermedades digestivas que interfieren en una alimentación efectiva (dolor abdominal, disfagia), deficiencias nutricionales, alteraciones bucales (por falta de piezas dentales), anorexia y factores culturales (Bolet y Socarrás, 2009; Jürschik, Torres, Solá, Nuin y Botigué, 2008; Macías et al., 2006).

Entre la población anciana la predisposición a estados de malnutrición y/o desnutrición vienen determinadas e influenciadas también por los cambios anatómico-fisiológicos secundarios al propio envejecimiento y los propios antecedentes patológicos característicos del propio individuo (Martínez et al., 2002), a estos cambios debemos añadir otros factores como son los psicosociales, económicos y culturales (Jürschik et al., 2008).

Por su importancia en el factor pronóstico se debe determinar el estado nutricional de los usuarios, para ello, existen numerosas herramientas para el cribaje, detección y seguimiento, altamente eficaces y con un coste no necesariamente elevado que nos facilitan el manejo de estas alteraciones favoreciendo una mejor alimentación y con ello aumento de la calidad de vida. Entre los métodos más utilizados encontramos el *Malnutrition Advisory Group* (MAG), *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) y el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), siendo los dos primeros más específicos para la población general hospitalizada y el MNA con mayor especificidad para la población anciana (Ulibarri, et al., 2009).

Según Guigoz (2006), en su revisión sobre el estado nutricional del anciano con el método MNA en tres ámbitos diferentes, determinó que la prevalencia de desnutrición del anciano en el ámbito comunitario fue de $2 \pm 0,1\%$, frente a un $23 \pm 0,5\%$ en el ámbito hospitalario y $21 \pm 0,5\%$ en el institucional; en cuanto al riesgo de desnutrición fue de $24 \pm 0,4\%$, $46 \pm 0,5\%$ y $51 \pm 0,6\%$, respectivamente.

Según la bibliografía revisada podemos observar como la domiciliación del usuario influye en el estado nutricional del mismo. Según Macías et al. (2006), la prevalencia de desnutrición difiere según niveles asistenciales diferentes: entre todos, encontramos una prevalencia de entre el 5-8% en el domicilio, 50% en ancianos enfermos en instituciones mientras que un 2% en ancianos sanos en instituciones.

Sánchez-Muñoz et al. (2010) en su estudio prospectivo del estado nutricional de 106 pacientes hospitalizados pertenecientes a un servicio de medicina interna con edades iguales o superiores a 65

años, determinó una prevalencia en desnutrición del 4,7% y un riesgo nutricional en 36,8%, concluyendo con la necesidad de valoración nutricional de los pacientes al ingreso y durante su estancia para mejorar sus comorbilidades.

Por otro lado, en otro estudio realizado en el contexto hospitalario, de Gómez y González (2005) con una muestra de 200 personas mayores ingresadas, mediante el MNA se determinó que la mitad de la muestra poseía algún grado de desnutrición, este mismo estudio también determinó la existencia de diferencia significativa entre el grado de deterioro, tanto físico como psíquico, y las puntuaciones finales de la escala.

Desde la perspectiva comunitaria, en el estudio realizado por De la Montaña, Areal y Míguez (2009), donde participaron un total de 728 ancianos residentes en domicilio con edades iguales o superiores a 65 años, según el MNA se determinó que el 57,5% de la población estaba en riesgo de desnutrición y un 12,5% con desnutrición real, determinando a su vez la influencia de la edad, donde los mayores de 81 años obtuvieron mayor porcentaje según grupo etario con un 14,1% de usuarios desnutridos. En cuanto a la clasificación por sexo, las mujeres presentaron mayor riesgo de desnutrición en un 66,3% y desnutrición real en un 15,7%.

A nivel institucional, el estudio de Abajo, García, Calabozo, Ausín, Casado y Catalá (2008), donde se aplicó la escala a 50 residentes de una institución geriátrica se determinó que un 6% de ellos poseían desnutrición y, un 12% en riesgo de malnutrición.

Según el estudio de González et al. (2007), en la Habana, donde se evaluó el estado nutricional del anciano en la comunidad, en un servicio hospitalario y en una institución, la desnutrición aconteció mayoritariamente en instituciones y hospitalización, con un 95,3% y 91,6%, respectivamente, frente a un 2,7% de los usuarios que convivían en su domicilio.

Las cifras determinadas según los estudios revisados, fluctúan de un estudio a otro pero ofrecen en común que la malnutrición en el usuario institucionalizado es mayor que el residente en el domicilio. El estudio de Ramon y Subirá (2001) donde se estudió a 3.460 ancianos se determinaron unas prevalencias de malnutrición del 3,3% en el usuario que vive en su domicilio frente al 7,7% del residente en institución.

Por otro lado cabe determinar que en el caso de demencia, el riesgo de malnutrición aumenta junto con la evolución de la enfermedad (Camina, Barrera, Domínguez, Couceiro, De Mateo y Redondo, 2012).

El presente estudio pretende determinar la prevalencia de desnutrición entre los usuarios pertenecientes a una institución geriátrica, puesto que, con ello, se pretende evaluar el perfil nutricional del usuario, determinándolo como inicio del cambio. Para ello, se han determinado los siguientes objetivos:

- Identificar la prevalencia de usuarios que se encuentran en desnutrición y/o riesgo de desnutrición según la escala Mini Nutritional Assessment (MNA) en una institución geriátrica.
- Determinar si las variables sexo, escala de Barthel y/o edad tienen relación con los resultados de la escala MNA.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio la conformó un total de 29 usuarios pertenecientes a una institución geriátrica residencial ubicada en Almería.

Se incluyeron a todos los usuarios y/o tutores legales del centro que, voluntariamente, ofertaran su consentimiento para la participación en el estudio, participando el 100% de los residentes.

Instrumentos

Para la evaluación del nivel de dependencia del usuario institucionalizado, se utilizó el *Índice de Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965). La fiabilidad del constructo viene determinada por Loewen y Anderson (1988), con una fiabilidad intraobservador con índices Kappa entre 0,47 y 1,00; y, una fiabilidad interobservador con índices Kappa 0,84 y 0,97; una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,86 a 0,92; y, una validez correlacional de 0,73 y 0,77. Dicho cuestionario mide el nivel de autonomía para las actividades de la vida diaria mediante 10 ítems o capacidades: comer, lavarse-bañarse, vestirse, arreglarse, nivel de continencia fecal y urinaria, capacidad de ir al retrete, traslado sillón-cama, deambulación y, subir y bajar escaleras. Es un cuestionario heteroadministrado, con una puntuación total que oscila de 0 a 100, considerándose 0 el nivel de dependencia mayor y 100 como completamente independiente. Tras la obtención de puntuación total de cada caso, se reconvirtió en variable categórica, clasificándola según puntuación en (Leno, Fernández, Leno y Lozano, 2008):

Para puntuaciones de 0 a 20: Dependencia Total.

Puntuación de 21 a 60: Dependencia severa.

Puntuación de 61 a 90: Dependencia moderada.

Puntuación de 91 a 99: Dependencia escasa.

Puntuación de 100: Independencia.

Para determinar el estado nutricional se utilizó el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) como método de evaluación del estado nutricional del anciano, con una correlación interclase para usuarios institucionalizados índice Kappa de 0,78 una fiabilidad de 0,89 (correlación intraclase) (Bleda, Bolibar, Pares y Salva, 2002), con una sensibilidad del 96% y especificidad del 98% (Guigoz, Vellas y Garry, 1996). El cuestionario se basa en la valoración de parámetros antropométricos, valoración global del estado, historia dietética, autopercepción de salud y estado nutricional. Consta de dos partes, una primera en la que se realizó un cribado inicial de 6 preguntas, ante la evaluación positiva de riesgo de desnutrición se aplicó la segunda fase que constó de 12 preguntas, siendo la puntuación mínima de 0 puntos y 30 puntos de máxima. Tras la obtención de la puntuación final, se clasificó según los puntos de corte determinados (Bleda, et al., 2002):

Puntuación \geq 24: correcto estado nutricional.

Entre 17 a 23,5: paciente en riesgo de desnutrición.

E inferior a 17: malnutrición/desnutrición calórico-proteica.

Procedimiento

En primer lugar para la obtención de la muestra del estudio se contactó con una institución geriátrica ubicada en Almería. En Septiembre de 2014; hubo una reunión donde se expusieron los objetivos del trabajo y se solicitó su participación y colaboración en el mismo.

Una vez el centro aceptó la participación, en Octubre, se entrenó a un profesional del centro, el enfermero, para la obtención de los datos solicitados, realización del Índice de Barthel y la aplicación de la encuesta Mini Nutricional Assesment.

En el mes de Diciembre se obtuvieron todos los datos solicitados, tras la obtención del consentimiento informado de los participantes.

Se recogieron los datos demográficos tales como: edad, sexo, número de patologías y cantidad de fármacos que los usuarios consumían al día; junto con los resultados del Índice de Barthel, y del MNA.

Análisis de datos

El Estudio fue observacional, descriptivo trasversal.

Se utilizó para el análisis de las variables el programa estadístico SPSS 20.0.

Para el análisis descriptivo se utilizó media, rango, desviación típica, y frecuencia en porcentajes.

Los datos resultantes de los resultados finales se expresaron mediante gráfico para facilitar su lectura y comprensión.

Se utilizó la prueba paramétrica T student para muestras independientes para las diferencias significativas entre el sexo de los encuestados y la puntuación final del MNA.

Se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson para determinar la relación lineal entre la variable puntuación Índice de Barthel y puntuación MNA, para determinar la concordancia entre nivel de dependencia y desnutrición; y, para la relación de edad y puntuación final, con el objetivo de determinar la correlación entre ambas.

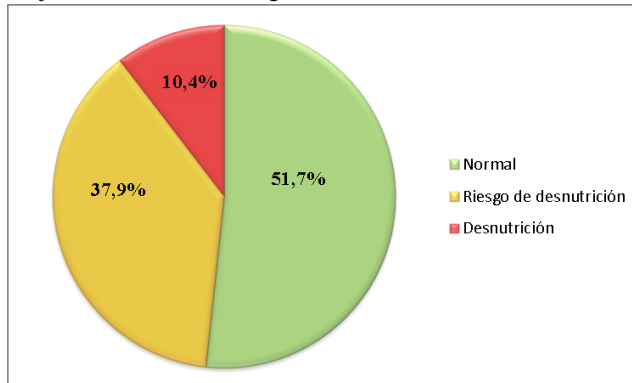
Resultados

La media de edad de los participantes fue de $83,82 \pm 6,59$ DE, con un rango de 62 a 100 años. El 75,9% eran mujeres. El 93,1% de los usuarios eran pluripatológicos y el 75,9% estaban polimedcados.

La media de puntuación del Índice de Barthel fue de $64,13 \pm 32,57$ DE. El 17,2% de la muestra poseía una dependencia total, 27,6% dependencia severa, 31% moderada, 13,8% escasa y el 10,3% eran independientes.

La media de puntuación de toda la muestra en el MNA fue de 17,42 puntos $\pm 3,55$ DE. El 51,7% de los usuarios superó el cribado, considerándose que poseían un correcto estado nutricional, mientras que al 48,3% restante se les aplicó la escala completa por posibilidades de desnutrición en el cribado.

Gráfica 1. Porcentaje de los resultados categorizados del MNA de los usuarios institucionalizados.



Los resultados finales del MNA (GRÁFICA 1) determinaron que, el 51,7% obtuvo valores adecuados, el 37,9% riesgo de desnutrición con una media de $19,04 \pm 1,72$ DE; mientras que el 10,4% estaba en desnutrición real, con un media de puntuación en el MNA de $11,5 \pm 0,5$ DE.

La media de puntuación según sexo fue, para los hombres de $16,62 \pm 1,74$ DE mientras que, para las mujeres de $17,75 \pm 1,17$ DE, se aplicó la prueba T student para muestras independientes para determinar si existieron diferencias significativas entre ambos sexos, determinándose que no existió influencia del sexo sobre el resultado de la escala ($p 0,613 > 0,05$).

Para determinar si el nivel de autonomía influyó sobre las puntuaciones finales de la escala se aplicó en el estadístico la Correlación de Pearson, determinándose que no existió correlación ($p 0,846 > 0,05$); en cuanto a la edad, se determinó que tampoco existió correlación estadística ($p 0,217 > 0,05$).

Discusión

La escala MNA es útil para la detección de casos susceptibles de modificaciones nutricionales. En la institución estudiada se determinó que el 10,4% de los usuarios estaban en desnutrición calórico-proteica, por debajo del estudio de Guigoz (2006) y superiores al estudio de Abajo et al. (2008)

El riesgo nutricional fue similar al estudio de Sánchez-Muñoz et al. (2010) en el medio hospitalario, encontrándose en tal estudio de 36,8%; mientras que la desnutrición fue muy inferior al nuestro, de 4,7%; inferior también al nuestro fue el estudio de Abajo et al. (2008) con un 12%. Sin embargo, para el artículo de Guigoz (2006), los datos del presente trabajo son muy inferiores al mismo.

Según el estudio de Gómez y González (2005) un 50% de los participantes presentó desnutrición y un 37,5% estaban en riesgo de la misma; determinando así mismo, la influencia del grado de deterioro y el grado de desnutrición; en el presente estudio no se pudo identificar la existencia de diferencia según índice de Barthel, probablemente debido a que ante el aumento de la dependencia del usuario, se toman las medidas oportunas para determinar que los mismos se encuentren en un correcto estado nutricional, pese a ello, la prevalencia de riesgo nutricional y nutrición es elevada y debemos continuar trabajando para reducirla.

En comparación con el estudio de González et al. (2007), realizado en Cuba, los datos de nuestro estudio son muy inferiores, encontrándose en dicho estudio una desnutrición en ancianos institucionalizados del 50% y un 45,3% en riesgo de desnutrición.

Valorando los resultados dentro de la propia institución, la muestra obtuvo un porcentaje elevado de riesgo y/o en desnutrición, lo que nos advierte de la necesidad de modificar, individualmente, cada dieta.

No existió relación de las variables sexo y edad con el resultado de la escala, indicador de que las características de nuestros usuarios no influyen en el resultado final en comparación con el estudio de De la Montaña et al. (2009), donde la edad y sexo obtuvieron influencia en los resultados del mismo.

La MNA es un método objetivo y útil para la evaluación y seguimiento de nuestros usuarios institucionalizados pero debe ser utilizada como herramienta de evaluación continua, para determinar la prevalencia de desnutrición en nuestro medio.

Referencias

Abajo, D. A. C., García, R. S., Calabozo, F. B., Ausín, P.L., Casado, P.J., Catalá, P.M.A. (2008). Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. *Nutr. Hosp.*, 23(2), 100-104.

Bleda, M. J., Bolibar, I., Pares, R., Salva, A. (2002). Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging*, 6, 134-137.

Bolet, A. M., Socarrás, S. M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*, 8(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020&Ing=es&nrm=iso.

Camina, M. M. A., Barrera, O. S., Domínguez, R. L., Couceiro, M. C., De Mateo, S. B., Redondo, D. R. M. P. (2012). Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutr. Hosp.*, 27(2), 434-440.

De la Montaña, M. J., Areal, S. C., Míguez, B. M. (2009). Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *ALAN*, 59 (4), 390-395.

Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr. Rev.*, 54, 59-65.

Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature-what does it tell us? *Journal of Nutrition Health and Aging*, 10 (6), 466-487.

Gómez, R. M. J., González, V. F. M. (2005). Alta prevalencia de la desnutrición en ancianos españoles ingresados en un hospital general y factores asociados. *ALAN*, 55(1), 71-76.

González, H. A., Cuyá, L. M., González, E. H., Sánchez, G.R, Cortina, M.R., Barreto, P.J., Santana, P.S., Rojas, P.A. (2007) Estado nutricional de ancianos cubanos atendidos en 3 escenarios diferentes: Comunidad, servicio de geriatría, hogar de ancianos. *ALAN*, 57(3) ,266-271.

Jürschik, G. P., Torres, P. J., Solá, M. R., Nuin, Ó. C., Botigué, S. T. (2008). Factores asociados a desnutrición en las personas mayores que acuden a centros sanitarios y sociosanitarios. *Nutr. Hosp.*, 23(6), 619-629.

Leno, G.D, Fernández, M.M., Leno, G.J.L., Lozano, G.M.J. (2008). Índice de Barthel: ¿Adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? *Enfermería Global*, 7(3), 1-9. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/24327>.

Loewen, S. C., Anderson, B.A. (1988). Reliability of the modified motor assessment scale and the Barthel Index. *Phys Ther.*, 68, 1077-1081.

Macías, M. M. C., Guerrero, D. M. T., Prado, E. F., Hernández, J. M. V., Muñoz, P. A. (2006). Malnutrición. En Sociedad Española de geriatría y gerontología. (Eds.) *Tratado de geriatría para residentes* (pp227-242), Madrid: M&C.

Mahoney, F.I, Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Martínez, O. M. A., Martínez, V. M. J., López, S. A., Morales, G. M. J., Cal, B. S., Castro, N. I., Del Campo, V., Peña, G.E. (2002). *Nutr. Hosp.*, 17(1), 22-27.

Ramón, J. M., Subirà, C. (2001). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Medicina clínica*, 117(20), 766-770.

Sánchez-Muñoz, L. A., Calvo-Reyes, M. C., Majo-Carbajo, Y., Barbado-Ajo, J., Aragón, D. L. F. M. M., Artero-Ruiz, E. C., Municio-Saldaña, M. I., Jimeno-Carruez, A. (2010). Cribado nutricional mini nutricional assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes. *Rev. Clín. Esp.*, 210 (9), 429-437.

Ulibarri, J. I., Burgos, R., Lobo, G., Martínez, M. A., Planas, M., Pérez de la Cruz, A., Villalobos, J. L. (2009). Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 467-472.

CAPÍTULO 55

Estrategias terapéuticas para la mejora del equilibrio estático en adultos mayores institucionalizados

Luis Espejo-Antúnez*, Juan Rodríguez-Mansilla*, José Vicente Toledo-Marhuenda**,
Berta Caro-Puértolas*, y M^a Dolores Apolo-Arenas*

*Universidad de Extremadura (España), **Universidad Miguel Hernández (España)

Introducción

El incremento del envejecimiento poblacional y el importante aumento de los costes sociosanitarios derivados fundamentalmente de una mayor predisposición a la dependencia, ha promovido la necesidad de fomentar estrategias dirigidas a la mejora de la calidad de vida en personas mayores (Everard, 1999). En España, la población de tercera edad ha sido estimada en 7.869.759, de las cuales el 21,94% corresponde a la franja de edad de 65-69 años, un 44,66% corresponde a edades de 70-79 años y un 27,92% la población mayor a edades comprendidas entre 80-89 años según las últimas encuestas nacionales de Salud (Encuesta Nacional de Salud, 2009). Superando ya este rango de edad, el número de supervivientes baja, considerando un 5,39% de la población mayor con edades comprendidas entre los 90-99 años y un 0,07% mayores que superan los 99 años. En la evolución por sexo, en los últimos años ha sido apreciado un aumento del conjunto de mayores varones de 65 años, mientras que en el grupo de las mujeres, la franja de edad que se ha incrementado es la de 80-89 años con un 12,37%.

Ante este incremento de la población envejecida, el riesgo de caídas representa un importante problema de salud pública que tiende a agravarse con la pérdida de capacidades físicas y mentales. En este sentido, la pérdida de equilibrio y un deficitario control postural en personas de edad avanzada constituyen factores en el riesgo de caídas, siendo la valoración del equilibrio un parámetro de interés clínico en la elección de intervenciones terapéuticas.

El aumento por lo tanto de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, hace que los problemas de salud relacionados con la edad sean cada vez más frecuentes (Inouye, Studenski, Tinetti y Kchel, 2007).

Este acelerado envejecimiento de la población española sitúa a la atención sociosanitaria ante uno de sus mayores retos: la prevención de las caídas. A pesar del incremento exponencial del número de estudios que concluyen en la necesidad de un análisis de los factores de riesgo que conllevan a las caídas así como la implementación de estrategias y modelos predictivos de caídas (Stalenhoef, Diedericks, Knottnerus, Kester y Crebolder, 2002), la frecuencia anual en los mayores es del 30 % en la comunidad y del 50 % en centros institucionalizados (Da Silva Gama y Gómez Conesa, 2008), siendo aún un problema subestimado en algunos países (Czerwiński, Bialoszewski, Borowy, Kumorek y Bialoszewski, 2008). Esta cuestión, es frecuentemente atribuible a causas multifactoriales, resultando las caídas por la interacción entre factores intrínsecos y extrínsecos (Lord, Sherrington y Menz, 2001; Lord, Ward, Williams y Anstey, 1993). No obstante, la forma en la que interactúan estos factores para provocar la caída son en la actualidad desconocidos (Martín, Calvo, Sánchez, Méndez y Barbero, 2013). La evidencia científica arroja datos demoledores en relación a los costes sociales y económicos que suponen las caídas y por ende las consecuencias de éstas (Kannus, Parkkari, Niemi y Palvanen, 2005; Weir y Culmer, 2004) pudiendo ser limitadoras para las personas mayores y, a menudo fatales (Sattin, 1992).

Según la base de datos europea sobre mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muertes causadas directamente por caídas accidentales se incrementan cada año.

Teniendo en cuenta todo ello, se ha promovido el desarrollo de estrategias terapéuticas que analicen la eficacia del ejercicio físico terapéutico en el adulto mayor, algo que está permitiendo conocer los beneficios clínicos que aporta este tipo de intervenciones de manera pautada sobre parámetros como la salud física y mental, pudiendo reducir la discapacidad que causa en ocasiones la enfermedad crónica (Skelton, 2001). No obstante, aún se desconoce los efectos de un programa de ejercicio físico terapéutico en adultos mayores institucionalizados. Ante esto, el objetivo principal de este estudio fue conocer los efectos de un programa de ejercicio propioceptivo sobre el equilibrio estático en adultos mayores institucionalizados.

Método

Participantes

Partimos de una muestra potencialmente elegible de 180 residentes de un centro de atención sociosanitario. Los criterios de inclusión y exclusión establecidos que permitieron la selección de los participantes fueron los siguientes. Criterios de inclusión: Personas mayores de 65 años institucionalizadas en un centro socio-sanitario que de manera voluntaria quisieran acceder para formar parte del estudio de forma voluntaria. Quedaron excluidos aquellos que padecieran algún tipo de deterioro cognitivo que impidiera el entendimiento y realización de las pruebas así como aquellos con enfermedad cardiovascular y/o respiratoria en proceso agudo o cualquier otro proceso que contraindique la realización de la intervención planteada. Por último, también fueron excluidos aquellos que no completaran el 90% de sesiones del programa de ejercicio propioceptivo establecido y aquellos que no fueron evaluados al inicio y a la finalización de la intervención por cualquier motivo.

Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de treinta y siete adultos mayores residentes en un centro sociosanitario. Fueron aleatorizados y asignados al grupo 1 ($n=19$) (realizaron: fase 1: programa de revitalización geriátrica y al finalizar cada sesión, fase 2: programa de ejercicios propioceptivos) y grupo 2 ($n=18$) (realizaron la misma fase 1 que el grupo 1, sin realizar ejercicio propioceptivo).

Instrumentos

Para la evaluación (valoración inicial y valoración final tras la intervención) del equilibrio estático se emplearon las variables de Apoyo Bipodal (AB), el Rango de Equilibrio Máximo Anterior (REM_Ant) y el Rango de Equilibrio Máximo Posterior (REM_Post). El AB se realizó mediante desestabilizaciones con los ojos abiertos y ojos cerrados. La medición del Rango de equilibrio máximo se realizó mediante el modelo del péndulo invertido. De forma general lo que se le pide al paciente es que sin mover los tobillos, desplace el tronco hacia delante y hacia atrás lo que pueda sin caerse. Se debe medir mediante una regla el desplazamiento de los dedos cuando el paciente parte con los brazos en flexión de 90° y los codos extendidos (Ducan, Sludenski, Chandler y Prescott, 1992).

Procedimiento

Ensayo clínico experimental, prospectivo y simple ciego. En relación al objetivo planteado, se propuso como hipótesis nula que las personas mayores institucionalizadas en un centro socio-sanitario que reciben intervención en el grupo experimental (programa de ejercicio propioceptivo), no presentan mejor evolución tras el tratamiento en variables de equilibrio estático frente a la intervención que recibe el grupo control. La hipótesis de investigación hizo referencia a que aquellos sujetos que participaban en el grupo experimental, sí presentaban mejor evolución tras el tratamiento frente a la intervención del grupo control.

Se realizó una búsqueda bibliográfica bases de datos científicas (PubMed, Scopus y PEDro) empleando las palabras claves “aging”, “elderly”, “Accidental fall”, “preventing of falls”, “fall risk model”, “physiotherapy”, “proprioceptive exercise”, aplicando el operador booleano AND.

La estrategia terapéutica de intervención para la mejora del equilibrio estático fue de elaboración propia, basada en los programas propuestos por otros autores (Rose, 2005; Martín Noguerras, 2007; Saíz-Llamosas; Casado-Vicente, y Martos-Álvarez, 2014). El programa de ejercicio propioceptivo fue realizado dentro de un programa de revitalización geriátrica que es realizado periódicamente en el centro, constando de ejercicios de movilidad general, ejercicios respiratorios, estiramientos musculares realizados de forma activa y ejercicios de coordinación mediante juegos. La intervención se desarrolló en sesiones de 50-55 minutos de duración. La frecuencia de la intervención fue de dos sesiones/semana durante 12 semanas para ambos grupos (24 sesiones). Cada una de las sesiones del programa se

distribuye en 3 fases, una previa de calentamiento, un núcleo principal donde se realizan los ejercicios propioceptivos para el trabajo del equilibrio y de la marcha, más una última fase de vuelta a la calma. El grupo control, continuó realizando sus actividades diarias rutinarias en el centro.

Análisis de datos

Se analizaron los datos mediante el programa SPSS para Windows en su versión 19.0. Para determinar si la muestra seguía una distribución normal y existía equivalencia estadística entre ambos grupos, se realizó el test de Shapiro-Wilks y la comparación mediante ANOVA de una vía. Las hipótesis de investigación se contrastaron mediante el test de Student para muestras relacionadas o bien mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, según correspondiera en función de supuestos asumidos. En todo caso se usa un nivel de significación de 0.05 a un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

No se observaron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos para las variables AB (grupo 1: $p=0,08$; grupo 2: $p=0,63$); REM_Ant (grupo 1: $p=0,24$; grupo 2: $p=0,14$) y REM_Post (grupo 1: $p=0,61$; grupo 2: $p=0,12$) (Tabla 1). No obstante, se observó una ligera mejoría en grupo 1 para la variable AB (pretest: 2,42 puntos; posttest: 2,74 puntos), la variable REM_Ant, pasando de 4,74 cm (pretest) a 5,24 cm (posttest) y la variable REM_Post, que aumentó de 4,32 cm (pretest) a 4,68 cm (posttest), reflejándose un descenso en las puntuaciones para el grupo 2.

Tabla 1. Resultados entre el pre-posttest para ambos grupos

| Variables | Tratamiento | | | | | | | |
|-------------------|-------------------|-------|-------|------|------------------------|-------|------|------|
| | Grupo 2 (Control) | | | P | Grupo 1 (Experimental) | | | |
| | Media (DT) | IC95% | | | Media (DT) | IC95% | | P |
| | Min | Max | | Min | Max | | | |
| Pre_AB | 2,56(0,62) | 2,27 | 2,91 | 0,63 | 2,42(0,84) | 2,02 | 2,82 | 0,08 |
| Post_AB | 2,50(0,79) | 2,10 | 2,89 | | 2,74(0,56) | 2,46 | 3,0 | |
| Pre_REM_Ant (cm) | 8,62(6,23) | 5,41 | 11,82 | 0,14 | 4,74(2,56) | 3,50 | 5,97 | 0,24 |
| Post_REM_Ant (cm) | 5,64(2,90) | 4,10 | 7,08 | | 5,24(1,86) | 4,34 | 6,13 | |
| Pre_REM_Post(cm) | 5,38(4,74) | 2,94 | 7,82 | 0,12 | 4,32(3,20) | 2,77 | 5,86 | 0,61 |
| Post_REM_Post(cm) | 4,0(2,62) | 2,69 | 5,30 | | 4,68(2,84) | 3,31 | 6,05 | |

Pre: Pretest; Post: Posttest; AB: Apoyo Bipodal; REM: Rango de Equilibrio Máximo; IC: Intervalo de Confianza; DT: Desviación Típica; cm: centímetros.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue conocer los efectos de un programa de ejercicio propioceptivo sobre el equilibrio estático en adultos mayores institucionalizados. Los resultados indican la falta de mejoras estadísticamente significativas sobre las variables de equilibrio estático (AB, REM_Ant y REM_Post). A pesar de ello, sí que puede observarse cómo tras la duración de la intervención, la pérdida de las aptitudes físicas relacionadas con el equilibrio estático son ralentizadas en el grupo experimental, siendo el descenso en la puntuación de estas dos variables ligeramente inferior a la mostrada en el grupo control.

La falta de significatividad estadística en estas variables puede deberse a determinados factores que no fueron tenidos en cuenta en el presente estudio, como los indicados por Martín-Nogueras (2007) en su tesis doctoral referente a la necesidad de emplear instrumentos de medida más sofisticados que permitan llevar a cabo una valoración lo más objetiva posible, como por ejemplo mediante el empleo de plataformas de fuerza para dicha variable o los mostrados por Lord, Castell, Corocoran, Dayhew, Matters, Shan y cols (2003), centrados en monitorizar y controlar la intensidad de los ejercicios realizados en cada individuo objeto de estudio.

En cuanto a los resultados de REM, no se han encontrado cambios estadísticamente significativos en REM_Ant y REM_Post ($p=0,24$ y $p=0,61$), pero si comparamos las medias entre ambos grupos, se establece una mejoría para el grupo que realiza el programa de ejercicio físico propioceptivo. Dicha mejoría puede ser atribuida como indica Lord, Castell, Corocoran, Dayhew, Matters, Shan y cols (2003) a la mejora en la fuerza del miembro inferior y en el tiempo de reacción (Lord y cols, 2003). El control del equilibrio y la estabilidad postural dependen de un correcto funcionamiento del sistema propioceptivo, visual y vestibular (Martín Nogueras, Calvo Arenillas, Sánchez Sánchez,

Méndez Sánchez y Barbero Iglesias, 2013). Todos ellos se ven afectados con el envejecimiento. El entretimiento observado sobre la pérdida de aptitudes relacionadas con el equilibrio estático evaluadas en el presente trabajo, permite indicar que los ejercicios propuestos podrían influir sobre estos tres sistemas.

A pesar de la falta de conocimiento actual respecto a la comprensión exacta de los mecanismos de control del equilibrio (Martín Noguera, Calvo Arenillas, Sánchez Sánchez, Méndez Sánchez y Barbero Iglesias, 2013), con nuestro estudio pretendemos concienciar que la práctica de un programa de ejercicio físico propioceptivo tiene mejoras en la valoración del equilibrio estático de mayores institucionalizadas. Nuestros resultados son consistentes con las afirmaciones de Corzo, Hernández-Mocholí, Triviño-Amigo, Delgado, Olivares y Adsuar-Sala (2013) sobre la importancia de establecer este tipo de intervenciones en personas mayores institucionalizadas, cuya probabilidad de sufrir caídas es de 3 veces mayor (Corzo, Hernández-Mocholí, Triviño-Amigo, Delgado, Olivares y Adsuar-Sala, 2013). En este sentido, el conocimiento sobre los beneficios aportados por diferentes intervenciones está marcando el proceso histórico de desarrollo social que están experimentando las sociedades modernas. Este hecho está contribuyendo a los continuos cambios y transformaciones que se están produciendo en materia de Sanidad para hacer frente a las nuevas características, realidades y necesidades de las diversas etapas de los procesos vitales (Saíz-Llamas; Casado-Vicente, y Martos-Álvarez, 2014). Teniendo en cuenta que el 21,3% de las personas de 65 años o más años no institucionalizadas tienen también problemas de movilidad (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abadanes, García y Álvarez, 2003), consideramos de interés el fomento de dichas estrategias en diferentes niveles asistenciales de atención sanitaria, estableciendo periodos de seguimiento sobre su eficacia a medio y largo plazo. Por otro lado, la elevada incidencia de repercusiones en la calidad de vida tanto de la persona mayor que cae como del cuidador y del entorno comunitario exige estudios futuros que aborden esta cuestión desde este enfoque (Hall, Williams, Senior, Goldswain y Criddle, 2000; Gates, Fisher, Cooke, Carter y Lamb, 2008).

En definitiva, la inclusión de ejercicios propioceptivos en sesiones de revitalización geriátrica de mayores institucionalizados no muestra mejoras estadísticamente significativas en variables relacionadas con el equilibrio estático, si bien, puede constituir una intervención eficaz para el control de la condición física frente al envejecimiento.

Referencias

- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abadanes, J.C., García, N. y Álvarez, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*, 31:285-94
- Corzo, H., Hernández-Mocholí, M.A., Triviño-Amigo, N., Delgado, S., Olivares, P.R. y Adsuar-Sala, J.C. (2013) Fiabilidad de la prueba fall risk de la plataforma Biodex Balance System® en las personas mayores institucionalizadas con miedo a caerse mediante test-retest de 12 semanas. *Rehabilitacion*, 47(2): 64-70.
- Czerwinski, E., Bialoszewski, D., Borowy, P., Kumorek, A. y Bialoszewski, A. (2008). Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 10 (5):419-28.
- Da Silva Gama, Z.A. y Gómez Conesa, A. (2008). Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*, 30 (3):142-151.
- Ducan, P.W., Sludenski, S., Chandler, J. y Prescott, B. (1992). Functional reach predictive validity in a sample of elderly male veterans. *J Gerontol Med Sci*, 47: 93-98.
- Encuesta Europea de Salud en España. (2009). Avance de resultados del segundo y tercer trimestre del 2009. [Fecha de acceso: 10 de junio del 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np582.pdf>.
- Everard, K.M. (1999). The relationship between reasons for activity and older adult well-being. *J Appl Gerontol*, 18:325-340.
- Gates, S., Fisher, J.D., Cooke, M.W., Carter, Y.H. y Lamb, S.E. (2008). Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care setting: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 336:130-133.
- Hall, S.E., Williams, J.A., Senior, J.A., Goldswain, P.R., Criddle, R.A. (2000). Hip fracture outcomes: quality of life and functional status in older adults living in the community. *J Med*, 30:327-332.
- Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. y Kchel, G.A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*, 55:780-791.
- Kannus, P., Parkkari, J., Niemi, S. y Palvanen, M. (2005). Fall-induced deaths among elderly people. *Am J Public Health*, 95:422-4.
- Lord, S.R., Ward, J.A., Williams, P. y Anstey, K.J. (1993). An epidemiological study of falls in older community-dwelling women: the Randwick falls and fractures study. *Aust J Public Health*, 25:292-299.

Lord, S.R., Sherrington, C. y Menz, H.B. (2001). *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lord, S.R., Castell, S., Corcoran, J., Dayhew, J., Matters, B., Shan, A. y cols. (2003). The effect of group exercise on physical functioning and fall in frail older people living in retirement villages: a randomized controlled trial. *J Am Geriatric Soc*, 51:1685-1692.

Martin Nogueras, A.N. (2007). *Prevención de las caídas en personas mayores a partir del tratamiento fisioterápico del desequilibrio postural*. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Martín Nogueras, A.M., Calvo Arenillas, J.I., Sánchez Sánchez, M.C., Méndez Sánchez, M.C. y Barbero Iglesias, F.J. (2013). Incidencia de caídas en mujeres que participan periódicamente en un programa de revitalización geriátrica. Estudio con seguimiento de 5 años. *Fisioterapia*, 35(4):139-145.

Rose DJ. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Barcelona: Paidotribo.

Saiz-LLamosas, J.R., Casado-Vicente, V. y Martos-Álvarez, H.C. (2014). Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Fisioterapia*, 36(3):103-109.

Sattin, R.W. (1992). Falls among older persons: A public health perspective. *Annu Rev Publ Health*, 13:489-508.

Skelton, D.A. (2001). Effects of physical activity on postural stability. *Age Ageing*, 30(4):33-39.

Stalenhoef, P.A., Diedericks, J.P.M., Knottnerus, J.A., Kester, A.D.M. y Crebolder, H.F.J.M. (2002). A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: A prospective cohort study. *J Clin Epidemiol*, 55:1088-1094.

Weir, E. y Culmer, L. (2004). Fall prevention in the elderly population. *Can Med Assoc J*, 171:724.

WHO/Europe, European mortality database (MBD). [Acceso: 20 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://data.euro.who.int>.

Actividad física y dependencia

CAPÍTULO 56

Ejercicio pasivo: una movilidad beneficiosa

Ana Torres Conde, Esther Vicente Montes, y Inmaculada Concepción Cortés Hernández
Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan, Ciudad Real (España)

Introducción

El envejecimiento humano es un ineludible y universal. En el último siglo, la esperanza media de vida ha mejorado entorno al 7% de la población mundial es mayor de sesenta y cinco años, en los países desarrollados este porcentaje es del 15%. (Landinez y Contrera, 2012)

El envejecimiento se relaciona con una pérdida de rendimiento y de la función neuromuscular, lo que conlleva una reducción de la fuerza y la potencia muscular. Esto provoca un aumento en el gasto de recursos económicos en el área de la salud (Casajús y Vicente-Rodriguez, 2011).

El aumento de la esperanza de vida, debido fundamentalmente por la prevención y disminución de las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y perinatal, así como el desarrollo de programas de promoción de salud, sin olvidarnos de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles nos llevan a una sociedad más longeva (Torres y Castillo, 2011).

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular por envejecimiento, la cual favorece la pérdida de independencia del anciano, fue Irwin H. Rosenberg quien la definió por primera vez en 1989. La definición actual de sarcopenia añade al término la pérdida de fuerza muscular y los cambios cualitativos del tejido muscular (Roland, 2008). En su etiopatogenia se incluyen mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La inactividad física acelera la pérdida de la masa muscular (Burgos, 2006).

Describiremos los beneficios de la actividad física en el anciano, centrándonos en ejercicios y movimientos pasivos. Es un tema de interés social actual que está íntimamente relacionado con la autonomía y calidad de vida, y como no, de un envejecimiento saludable (Passanante, 2005).

Los mayores son el grupo de población que más se beneficia del ejercicio y la principal diferencia con los programas de los jóvenes es la forma de cómo se aplica, trabajar en grupos o en familia mejorará el apego y permanencia en los programas, así como el estado de ánimo y calidad de vida del mayor (Ávila-Funes y García-Mayo, 2004).

Un porcentaje alto de personas mayores son sedentarias, lo que hace necesario una intervención por parte de enfermería y el equipo sanitario de trabajar en este ámbito de la salud y promover la actividad física (Boraita, 2008).

Para aquellos pacientes geriátricos que no pueden realizar ejercicios activos, se llevará a cabo unos movimientos o ejercicios terapéuticos pasivos, los cuales son producidos por una fuerza externa sin que el paciente ayude ni ofrezca resistencia (relajación máxima de los músculos). Dicha fuerza será ejercida tanto por el profesional sanitario como por el cuidador, por medios mecánicos o por la acción de la gravedad. (Pancorbo y Pancorbo, 2011). Dado que dichos movimientos se aplican independientemente de la voluntad del paciente y de su capacidad de resistencia, requieren indicaciones muy concretas.

Con la práctica habitual de actividad física se podría reducir las limitaciones funcionales que se relacionan con la edad, además de ayudar a prevenir enfermedades crónicas y complicaciones (Méndez y Fernández, 2005). Además el ejercicio físico es una de las formas de mejorar la masa ósea, evitar el riesgo de caídas y fracturas (Gómez, 2012)

Objetivo

Describir los beneficios de la actividad física en el anciano, centrándonos en la ejercicios y movimientos pasivos.

Material y método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistémica de la literatura en las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus, Scielo. Usando descriptores como “ejercicio anciano”, “prevención discapacidades”, “gimnasia pasiva”, “fuerza muscular” “sarcopenia”. Las fuentes seleccionadas fueron revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español y en inglés. La fecha de las publicaciones desde 2000 hasta 2015.

Resultados

El envejecimiento humano es un ineludible y universal. En el último siglo, la esperanza media de vida ha mejorado entorno al 7% de la población mundial es mayor de sesenta y cinco años, en los países desarrollados este porcentaje es del 15%. (Landinez y Contrera, 2012).

El envejecimiento se debe a múltiples factores entre los cuales encontramos los biológico, psicoespiritual, social pero fundamentalmente biológico. La genética influye alrededor del 35% mientras que los factores medioambientales son responsables del 65% restante. (Gómez, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento “Hombres, Envejecimiento y Salud” considera que el envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. De esta forma, no todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas.

Clasificación del anciano según la OMS:

| | |
|---------------------|----------------|
| TERCERA EDAD | 60-74 Años |
| SENILES | 75-89 Años |
| LONGEVOS | >90 Años |
| CENTENARIOS | 100 Años y más |

El envejecimiento presenta características propias y bien definidas en todos los seres vivos:

- Universal: propio de todos los seres vivos.
- Progresivo
- Irreversible.
- Heterogéneo
- Pérdida progresiva de función.
- Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables.

A partir de la tercera década de la vida, existen múltiples cambios en la composición corporal, la pérdida progresiva del músculo esquelético y su fuerza forman parte del envejecimiento. La disminución de la funcionalidad motriz repercute en la capacidad funcional de la población geriátrica y en su calidad de vida, provocando un aumento en el gasto de recursos económicos en el área de la salud. (Landinez y Contreras, 2012).

Existen múltiples estrategias para preservar y aumentar la masa muscular y la fuerza, lo que nos lleva a un camino importante para conservar y restituir la independencia funcional de los ancianos, disminuyendo la prevalencia de muchas enfermedades crónicas, por lo que el ejercicio físico es la única medida eficaz y segura para restaurar y mantener la función en los ancianos. (García y Salazar, 2014).

De manera específica la actividad física mantiene y mejora distintas funciones como la osteoarticular, muscular, respiratoria, cardiocirculatoria, metabólica, endocrino, inmunológica y psiconeurológica, retrasando las consecuencias del envejecimiento y fomentando la salud. (Mental, 2002).

Los efectos beneficiosos del ejercicio físico en el anciano abarcan tanto la esfera psicológica, social y fisiológica. Muchos de los beneficios son percibidos por el propio anciano y otros son la consecuencia de controles antropométricos o fisiológicos. Entre estos beneficios podemos mencionar el incremento de la flexibilidad y arcos articulares, disminuye la obesidad y la tasa de colesterol, evita la descalcificación ósea, reduce el peligro de infarto y de trombos, ayuda al control de la diabetes y proporciona más agilidad entre otros. (Barrios y Borges, 2003; Rodríguez, 2009; Bayego y Vila 2012).

Tendremos que tener en cuenta que existen factores que dificultan llevar a cabo un programa rehabilitador, como es un déficit de visión y audición, enfermedades crónicas y trastornos cognoscitivos, la polimedicación, falta de iniciativa y miedo, las barreras arquitectónicas y una familia poco colaboradora en la cual existan pérdidas de los roles sociales. (Rodríguez Díaz, 2009). Cuando se produce una disminución de la función cognitiva requieren una mayor supervisión, utilizan un mayor número de recursos y no suelen colaborar con su rehabilitación. (Landinez y Contreras, 2012).

La capacidad de los ancianos para responder a la actividad física progresiva con mejoría en la capacidad aeróbica y fuerza, depende de la frecuencia, intensidad y duración del programa de ejercicio. (Ávila y García- Mayo, 2009).

Los movimientos o ejercicios terapéuticos se realizan con el fin de restaurar la función articular, potencia muscular o ambas. Los ejercicios son de dos tipos: activos y pasivos. (Delgado y García, 2.015).

Los *ejercicios activos* se realizan voluntariamente sin ayuda u oposición de alguna fuerza externa.

Los *ejercicios pasivos* son producidos por una fuerza externa, sin que el paciente ayude ni ofrezca resistencia voluntaria. El anciano no interviene en absoluto en la realización de los ejercicios. Deben realizarse después de haber obtenido una relajación muscular; un exceso de fuerza para vencer una rigidez articular desencadena una contracción defensiva refleja que impide el movimiento y puede llegar a empeorar la rigidez. (Rodríguez Díaz, 2009).

Se usarán técnicas como movilizaciones (pasiva asistida, autopasiva, pasiva instrumental), posturas (manual, autopasiva, mediante instrumentos), tracciones articulares (respetando la amplitud de la articulación), estiramientos músculo-tendinosos y manipulaciones. (Waymel y Choque, 2007).

Recurriremos a los ejercicios pasivos previo a terapéutica a de otro tipos de movilizaciones, en casos de parálisis flácidas; por su efecto relajante, en contracturas de origen central, para mantener la movilidad e impedir rigideces articulares y limitaciones. Debemos evitar retracciones manteniendo la longitud muscular y evitar anquilosis en posiciones viciosas. También practicaremos gimnasia pasiva en caso de afecciones traumáticas, ortopédicas que cursen con bloqueos articulares, trastornos mecánico raquídeos o articulares, rigidez articular, retracción de partes blandas, desviaciones de la columna vertebral, así como en procesos vasculares periféricos y respiratorios. (Beltrán, 2009).

Existen algunas contraindicaciones de los ejercicios pasivos como son los casos de procesos inflamatorios o infecciosos agudos, fracturas en periodo de consolidación, articulaciones dolorosas, derrames articulares, rigidez articular postraumática, tumores en la zona de tratamiento e hiperlaxitud articular. (Abreu, 2010). No deben de realizar en la articulación del codo ni pequeñas articulaciones de los dedos.

Ejercicios pasivos: (Beltrán, 2009)

| | |
|-------------------------------------|---|
| Ejercicio mano-dedo | <ul style="list-style-type: none">• Doblar los dedos• Extender los dedos• Toques del dedo al pulgar• Rotaciones de dedo |
| Ejercicios cadera-rodilla | <ul style="list-style-type: none">• Doblar la cadera y la rodilla• Movimiento de las piernas, de lado a lado• Rotación de la pierna, dentro y fuera |
| Ejercicios tobillo -pie | <ul style="list-style-type: none">• Doblar el tobillo• Rotación del tobillo• Movimiento del tobillo, de lado a lado |
| Ejercicios cuello | <ul style="list-style-type: none">• Giro de cabeza• Cabeza inclinada• Barbilla al pecho |
| Ejercicios hombro- codo | <ul style="list-style-type: none">• Movimiento de hombro, de arriba a bajo• Movimiento de hombro, de lado a lado.• Doblar el codo |
| Ejercicios antebrazo- muñeca | <ul style="list-style-type: none">• Doblar la muñeca• Rotación de la muñeca• Palma arriba y a bajo |

Discusión/conclusión

Según la OMS entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores pasará de 400 millones en 2000 al 1,7 millones en 2050. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad.

Una de las Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención del SNS 2.015 es velar por la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer mediante el ejercicio pasivo y activo.

El ejercicio regular ha mostrado ser eficaz en el aumento de la densidad mineral ósea y del equilibrio con la consecuente disminución de caídas que en la vejez que pueden acabar en desgaste de la funcionalidad física, de la independencia en actividades básicas de la vida diaria y ser causa de invalidez e incluso llevar a la muerte. (Panrcoorbo y Panrcoorbo, 2011).

Los mayores son el grupo de población que más se beneficia del ejercicio. La principal diferencia con los programas de los jóvenes es la forma de cómo se aplica, trabajar en grupos o en familia mejorará el apego y permanencia en los programas, así como el estado de ánimo y calidad de vida del mayor.

Para aquellos pacientes geriátricos que no pueden realizar ejercicios activos, se llevará a cabo unos movimientos o ejercicios terapéuticos pasivos.

Se debe reflexionar sobre lo que supone la inversión en los programas actividad física de calidad enfocadas a la población anciana que deberán ser llevadas a cabo por expertos con amplio conocimiento de estos temas, lo que puede suponer un ahorro para la sanidad del país, al disminuir costes por accidentes cerebrovasculares, enfermedades crónicas propias del anciano y caídas. (Contreras, 2012).

En el ámbito de la rehabilitación queda mucho por hacer para lograr la calidad de vida y satisfacción que merecen las personas mayores, debemos hacer que la comunidad se convierta en proveedor de cuidados de calidad como son los ejercicios pasivos que llevados a cabo con regularidad aportan beneficios.

REFERENCIAS:

Landinez Parra Nancy Stella, Contreras Valencia Katherine, Castro Villamil Ángel. (2012) Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev. Cubana Salud Pública. 38(4): 562-580.

Gómez Montes, JF (2002) valoración integral de la salud del anciano, ED Manizales: artes gráficas Tizan.

Rodríguez Díaz, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5), 0-0.

Herr K et al (2006) Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* 7;2: 44-52

Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de Enero de 2015

Pancorbo, A., & Pancorbo, E. (2011). Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. *La dosis del ejercicio cardiosaludable*. [Internet]. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

Casajús, J. A., & Vicente-Rodríguez, G. (2011). Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet.

Ávila-Funes, José Alberto, & García-Mayo, Emilio José. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta médica de México*, 140(4), 431-436.

Boraita Pérez, A (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61 (5), 514-528.

Méndez Villanueva, A; Fernández Fernández, J (2005). Prescripción de la actividad física en personas mayores: Recomendaciones actuales. *Revista Española de Educación física y Deportes*, 3, 19-28.

Passanante, M (2005). El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy. *Cuestiones Sociales y Económicas*, 3(&), 7-14.

Gómez, A; Ara, I; Gonzalez, A; Casajús, J.A y Vicente, G (2012). Effects of Training on Bone Mass in Older Adults. A Systematic Review. *Sports Med*, 42 (4), 301-324.

Reyes Torres Igdany, Castillo Herrera José A.(2011) El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd* 30(3): 454-459.

Burgos Peláez, Rosa;(2006) Sarcopenia en ancianos Vol. 52. Núm. 05.

Barrios Duarte, R., Borges Mojaiber, R., & Cardoso Pérez, L. D. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 0-0.

Delgado Macías, M.T ; García Miranda, A (2.015) Cinesterapia. InfoMed Red de Salud de Cuba.

Bayego, E. S., Vila, G. S., & Martínez, I. S. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina clínica*, 138(1), 18-24.

Waymel, T.; Choque, J. (2007). *Doscientos 50 Ejercicios de Estiramiento y Tonificación Muscular*. Editorial Paidotribo.

Beltrán Silva, J. N., & Beltrán Silva, J. N. (2009). *Técnica de movimiento articular de miembros superiores e inferiores en un paciente en reposo absoluto* (Doctoral dissertation).

Abreu, M. R. (2010) Consideraciones teórico-prácticas sobre la actividad física y la salud en mayores. *Revista Digital Buenos Aires*, nº 144

Alvarado García, A.M; Salazar Maya A.M (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*; 25(2): 57-62.

Ejercicio pasivo: una movilidad beneficiosa

Transmisibles, G. O. D. E. N., Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.

CAPÍTULO 57

Relación osteoporosis-caídas: Una realidad

Inmaculada Concepción Cortés Hernández, Ana Pilar Torres Conde, y Esther Vicente Montes
Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan, Ciudad Real (España)

Introducción

La osteoporosis se define como una enfermedad generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida de masa ósea y por el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que compromete la resistencia ósea y que condiciona como consecuencia una mayor fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a las fracturas (Hermoso de Mendoza, 2015).

La osteoporosis afecta principalmente a las mujeres (74% mujeres vs 26% hombres) de forma crónica y progresiva. En la osteoporosis senil además de la carencia estrogénica (menopausia) el metabolismo óseo está afectado por la aparición de hiperparatiroidismo (déficit de calcio y vitamina D) (Valdés y Abianza, 2007).

Estudios epidemiológicos refieren que cerca de una tercera parte de las personas mayores de 65 años tienen como mínimo una caída al año, proporción que aumenta con la edad, y es más elevada en mujeres que en hombres (Pérez y Pérez, 2014).

La osteoporosis conlleva una fragilidad ósea y riesgo de fracturas lo que produce una reducción e inmovilidad en los ancianos, aumentando su dependencia e institucionalización, con un aumento de la mortalidad y de los costes sanitarios. Múltiples factores hacen que haya un aumento de los casos de caídas relacionadas con la osteoporosis que repercuten en la calidad de vida de nuestros ancianos, por lo que la enfermería juega un papel primordial en este campo, promoviendo actividades educativas, fomentando las prácticas saludables e implicando a las familias en este proceso (Castro, 2006).

En la osteoporosis los factores que afectan negativamente son la genética, la alimentación durante la infancia y adolescencia, consumo de alimentos pobres en calcio y el mal manejo de las situaciones con alto requerimiento de calcio, como el embarazo y lactancia, menopausia, antecedentes familiares de osteoporosis, hipoestrogenismo temprano, sedentarismo, hábitos tóxicos y consumo de medicamentos (Delgado y García, 2013).

Las caídas en la población mayor son uno de los principales síndromes geriátricos y, dada su alta prevalencia, un importante problema de salud por su elevado número de complicaciones, incapacidad e incluso fallecimiento (Duaso y Casas, 2011).

La osteoporosis es una enfermedad que ha existido siempre pero que ahora se ha incrementado debido al envejecimiento de la población. Su desarrollo es directamente proporcional a la edad, afecta al 35% de las mujeres españolas mayores de 50 años, porcentaje que se eleva un 52% en el caso de las mayores de 70 años, sin obviar que existe un porcentaje de hombres que la sufren, que debido a que hay menos osteoblastos y éstos son menos activos, a diferencia de la mujer que la formación sigue su ritmo pero la destrucción se acelera. En España hasta 3 millones de personas la padecen, de las cuales 2,5 millones son mujeres, de éstas sólo unos 18% diagnosticadas, un 80% de las afectadas no es consciente de los factores de riesgo de que se le diagnostique la enfermedad y sólo el 10% recibe tratamiento (Valverde, 2014).

Su prevalencia real es difícil de determinar ya que la mayoría de las veces es asintomática hasta que se produce una primera fractura que es la consecuencia de la osteoporosis (Díaz, García, Carrasco y Honorato, 2001).

Según Cameron y Marray (2013) “la prescripción de vitamina D redujo el número de caídas, probablemente porque los residentes tienen niveles bajos de vitamina D. Los resultados de 13 ensayos

que probaron intervenciones con ejercicios en los centros de atención no fueron consistentes y en general no mostraron un efecto beneficioso. Puede haber ocurrido que los programas de ejercicio incrementaran las caídas en los residentes frágiles y redujeran las caídas en los residentes menos frágiles. Las intervenciones dirigidas a factores de riesgo múltiples pueden ser efectivas para reducir el número de caídas”. La fisioterapia adicional redujo el número de pacientes que tuvieron caídas en las salas de rehabilitación de los hospitales y las intervenciones dirigidas a factores de riesgo múltiples redujeron las caídas en el hospital (Cameron y Murray, 2013).

La osteoporosis es una enfermedad que necesita para su prevención una mayor educación sanitaria y conciencialización de la población para así obtener el beneficio de una mejor calidad de vida, menos gastos en salud y una mayor productividad que repercutirá en el beneficio de la salud y de la economía de la comunidad (Hobecker, Ariel, Mango y Giménez, 2005).

Objetivos

Identificar los factores de riesgo de la osteoporosis para disminuir la prevalencia de caídas en la población geriátrica.

Describir la relación osteoporosis con las caídas en los ancianos.

Material y método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática de la literatura en las bases de datos Cochrane Plus, Science Direct, Pubmed, Scielo de los años 2000-2014. Usando como descriptores: osteoporosis, caídas, envejecimiento, fracturas, prevención osteoporosis.

Resultados

La osteoporosis se clasifica en primaria y secundaria. Dentro de la osteoporosis primaria se encuentran la osteoporosis idiopática juvenil y del adulto joven, la osteoporosis postmenopáusica tipo I y la osteoporosis senil tipo II (Hermoso de Mendoza, 2014).

El diagnóstico de osteoporosis según la OMS basado en la densidad de la masa ósea (DMO) y T-Score utilizando la absorciometría de rayos y de energía dual o densimetría ósea.

| <i>Diagnóstico</i> | <i>T-Score</i> |
|--------------------|---|
| Normal | DMO no mayor de 1DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-Score \geq -1,0 DE) |
| Osteopenia | DMO entre 1 y 2,5 DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-Score $<$ -1 y $>$ -2,5 DE) |
| Osteoporosis | DMO de 2,5 o más DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-Score \leq - 2,5 DE) |
| Osteoporosis grave | DMO de 2,5 o más DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-Score \leq - 2,5 DE) junto con la presencia de una o más fracturas. |

Elaboración propia. Fuente: Cymet y Cisneros, 2011.

Clínica osteoporosis

Es un trastorno generalizado del esqueleto que por sí mismo no produce síntomas y que, puede ofrecer una exploración física rigurosamente normal. Las manifestaciones clínicas se asocian exclusivamente a la presencia de fracturas osteoporóticas que pueden originarse en cualquier localización, surgen de manera espontánea o por un traumatismo mínimo. (SEMFYC 2002).

Factores de riesgo de osteoporosis

Los estudios epidemiológicos han identificado múltiples factores de riesgo que conllevan una mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis: factores genéticos, estilos de vida y nutrición, déficit de hormonas sexuales, tratamiento farmacológico crónico y patologías que afectan al metabolismo óseo. Identificándolos podremos abordar la prevención, el diagnóstico y su tratamiento. De cualquier modo, no disponemos de ningún cuestionario validado para uso clínico, aunque sin duda sabemos ciertos factores con mayor peso como son una historia familiar de osteoporosis, la edad, antecedentes de fractura previa y más de diez años de menopausia (Hermoso de Mendoza, 2014).

Caídas

Las caídas componen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en la población anciana y por las repercusiones en su calidad de vida y en la del cuidador. Un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída anual, elevándose esta frecuencia hasta el 40% de los ancianos mayores de 75 años. En los ancianos institucionalizados, dadas las características de este grupo, la incidencia alcanza el 50% anual (Delgado y García, 2013).

Los factores de riesgo para sufrir una caída se clasifican en intrínsecos y extrínsecos o ambientales.

| <i>Intrínsecos</i> | <i>Extrínsecos</i> |
|---|---|
| Edad avanzada | Domicilio: suelos irregulares, alfombras, cables, elementos no fijos, calzado inadecuado, iluminación insuficiente, escalera sin pasamanos... |
| Inestabilidad, equilibrio | Calle: aceras estrechas, desniveles, obstáculos, pavimento defectuoso, semáforos de breve duración, bancos excesivamente altos o bajos. |
| Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares. | Medios de transporte: escaleras excesivamente altas, movimientos bruscos del vehículo, tiempos cortos para entrar y salir. |
| Patologías crónicas | Institucionalización, vestimenta, etc. |
| Enfermedades agudas (deshidratación, anemias, cuadros febriles) | |
| Fármacos | |

Elaboración propia. Fuente: Delgado y García, 2013.

| RIESGO DE CAÍDAS POR FACTORES EXTRINSECOS | | |
|---|--|---|
| VIVIENDA | PROBLEMA | SOLUCIÓN |
| Iluminación | Luz escasa o demasiado brillante, interruptores poco accesibles | Poner lámparas de mayor potencia y que no deslumbré, evitar interruptores muy bajos |
| Suelos | Resbaladizos, alfombras, cables | Evitar muebles en lugares de paso, retirar alfombras |
| Escaleras | En mal estado, sin barandillas, escalones muy altos | Colocar barandillas, mejorar el estado de las escaleras |
| Cuartos de baño | Inodora de altura inadecuada, bañera sin apoyo para salir, suelo resbaladizo | Ducha con barandilla, inodoros más altos. |
| Dormitorio | Cama de altura inadecuada, alfombras deslizantes | Cama alta, evitar alfombras |

Elaboración propia. Fuente: Gómez y Conill, 2004.

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que posiblemente la forma más habitual de disminuir las caídas sea la evaluación multifactorial de riesgo y las intervenciones individualizadas, dirigidas contra los factores de riesgo anteriormente mencionados.

La prevención de la enfermedad de la osteoporosis y de las caídas la realizaremos a 3 niveles:

- 1) Prevención Primaria: todo aquello dirigido a disminuir la probabilidad de que ocurra la enfermedad, disminuyendo así su incidencia. Lo llevaremos a cabo mediante Educación Sanitaria, con el fin de implantar hábitos y estilos de vida que eviten la aparición de osteoporosis y las caídas. La promoción de la salud en personas mayores tiene como objetivo

último prolongar el periodo de vida independiente, potenciar la calidad y mantener al individuo en su entorno el mayor tiempo posible. Para ello recomendaremos la realización de ejercicio físico ya que mejora la composición corporal, disminuye las caídas, incrementa la fuerza, mejora el dolor artrósico, reduce el riesgo de diabetes e incrementa la masa ósea por estímulo mecánico del esqueleto, mejora el equilibrio y disminuye la tendencia a las caídas. Ejercicio como caminar, Taichí, bailar, aeróbic debe de ser practicado de forma regular y prescrito de forma individual. Trataremos medidas higiénico-dietéticas: es reconocido que el calcio y la vitamina D participan en el mantenimiento y formación del hueso. Las recomendaciones nutricionales para la prevención de la osteoporosis se basan en un aporte adecuado de estos dos elementos y en seguir una dieta equilibrada. Una alimentación adecuada no sólo es un consumo suficiente de determinados nutrientes, sino también a la limitación de otros que tienen un efecto negativo para el hueso. Una abundante ingesta de proteínas y/o de sodio puede alterar el balance de calcio, al igual ocurre cuando nos excedemos de fosfatos. Debe evitarse dietas estrictas vegetarianas ricas en fitos y oxalatos que hacen que precipite el calcio. Eliminar los hábitos tóxicos como el tabaco y alcohol que tienen influencia demostrada sobre la masa ósea del individuo, por lo tanto su eliminación es beneficiosa para el organismo y para el estado óseo.

| RIESGO DE CAIDA POR FACTORES INTRINSECOS | | |
|--|--|---|
| INDIVIDUO | PROBLEMA | SOLUCIÓN |
| Vestimenta | Andar con calzado que no resbale, bien ajustado. Andar sin zapatos. | Usar zapato cerrado, no andar descalzos. |
| Bastones | Aparatos de ayuda para la deambulación mal prescritos | Bastón de altura adecuada y en el brazo adecuado. |
| Visión | Déficit visuales: cataratas, gafas mal graduadas, no percepción de profundidad. | Cirugía de cataratas, graduación de gafas. |
| Oído | Déficit auditivos | Usar prótesis |
| Equilibrio | Artrosis, disminución de equilibrio,.. | Evitar hipotensiones, gimnasia adecuada |
| Agilidad | Disminución de la agilidad, arrastrar los pies, dificultar para levantarse de la silla, no aguantarse bien de pie. | Gimnasia adecuada, ejercicio para potenciar la agilidad |

Elaboración propia. Fuente: Carro y Alfaro, 2005.

- 2) Prevención Secundaria: diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento, disminuyendo su prevalencia. Realizaremos cribados basados en la búsqueda activa de casos mediante densitometrías en personas con factores de riesgo de osteoporosis así como prevenir nuevas caídas en personas mayores.
- 3) Prevención Terciaria: consiste en disminuir las secuelas de la enfermedad. Las fracturas producen en gran cantidad de casos incapacidades e importantes deterioros de la calidad de vida. La rehabilitación será individualizada para promover su independencia y minimizar el riesgo futuro de caídas, además de mejorar su función física y psicológica (Diosdado, 2014; Villar y Mesa, 2014).

Las observaciones realizadas en esta revisión bibliográfica nos muestran que la edad promedio de mayor riesgo de sufrir caídas a causa de la osteoporosis está alrededor de los 80 años, siendo el sexo femenino dentro de este grupo de edad el que tiene mayor riesgo, sobre todo por la alta prevalencia de osteoporosis primaria que poseen.

Un anciano con más de tres factores de riesgo posee el 50% de posibilidades de sufrir una caída. Siendo conscientes de esta realidad, la mayoría de los autores revisados coinciden en la importancia de la prevención y de las intervenciones para prevenir dichas caídas.

Diferentes estudios nos muestran que seguir esta línea conduce a reducciones significativas en la tasa de caídas.

Discusión/ Conclusión

Múltiples factores hacen que haya un aumento de los casos de caídas relacionadas con la osteoporosis que repercuten en la calidad de vida de nuestros ancianos, por lo que la enfermería juega un papel primordial en este campo, promoviendo actividades educativas, fomentando las prácticas saludables (ejercicio, alimentación, evitar hábitos tóxicos) e implicando a las familias en este proceso (Castro, 2006).

La osteoporosis es una enfermedad a tratar en los centros de atención primaria, que necesita para su prevención una mayor educación en hábitos higiénico-dietéticos saludables (dieta rica en calcio, exposición solar, ejercicios de fuerza, evitar caídas...) y concienciación de la población para obtener el beneficio de una mejor calidad de vida, menos gastos en salud y una mayor productividad que potenciará la salud y la economía de la comunidad (Valverde, 2014).

Reducir el número de caídas relacionado con las osteoporosis es un reto difícil, para ello se debe llevar a cabo una serie de intervenciones que han demostrado ser beneficiosas para su prevención (Duaso y Casas, 2013).

| <i>Intervenciones posiblemente beneficiosas sobre prevención de caídas y osteoporosis</i> | <i>Intervenciones de efectividad desconocida sobre prevención de caídas y osteoporosis</i> |
|--|---|
| Programas de screening multidisciplinares y multifactoriales de los factores de riesgo de: Ancianos con antecedentes de caídas o con factores de riesgo desconocidos Centros de atención residencial o geriátricos. Programas de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, individualmente en el hogar por un profesional sanitario. Evaluación y modificación de los riesgos en el hogar. Retirada de fármacos psicótrpos. Estimulación cardíaca. Tratamiento de vitamina D en caso de déficit. | Ejercicios grupales (grupos no homogéneos) Entrenamiento para el fortalecimiento de las extremidades inferiores Administración de suplementación nutricional. Administración generalizada de suplemento de vitamina D con o sin calcio. Modificación de riesgos en el hogar relacionados con la recomendación de optimizar la medicación o en relación con un módulo educativo sobre ejercicios y reducción del riesgo de caída Tratamiento farmacológico Intervenciones que utilizan un abordaje cognitivo-conductual únicamente. Terapia de reemplazo hormonal y la corrección de los defectos en la visión. |

Elaboración propia. Fuente: Duaso y Casas, 2011.

Aunque se está haciendo cosas queda mucho por hacer, por lo que es necesario reforzar la formación de los profesionales enfermeros en osteoporosis, sobre todo incidir en los factores de riesgo, ya que, si no los identifican no pueden intervenir en su prevención y poder realizar educación sanitaria en las consultas para una detección y diagnóstico precoz.

Referencias

- Delgado Morales., J.C. y García Estiven, A. (2013) Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano. Revista Cubana de Reumatología, Vol XV nº1 (pp 41-46).
- Duaso, E. y Casas, A. (2011) Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Revista Española de Geriátría y Gerontología, Vol.47, Issue 4 (página 185)
- Valverde Diez, C.N. (2014) Osteoporosis: conocimientos de los profesionales de enfermería. Revista Enfermería Cy L, Volumen 6- Nº1.
- Hermoso de Mendoza M.T. (2014) Clasificación de la osteoporosis: Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. Anales Sis San Navarra [revista en Internet].
- Grupo de osteoporosis de la SEMFYC. Guía práctica para el abordaje de la osteoporosis 2002. Recomendaciones SEMFYC

Villar San Pio, T., Mesa Lampré, M.P. y Esteban Gimeno, A.B. (2006) Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Capítulo 19 Síndrome Geriátrico. Tratado de geriatría para residentes

Díaz Curiel, M., García, J.J., Carrasco J.L., Honorato J., Pérez Cano R. y Rapado A. (2001) Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. *Med. Clin. (Barc)*; 116: (86-88).

Valdés Llorca, C. y Abizanda González, C. (2007) Documentos clínicos SEMERGEN. Área aparato locomotor: Osteoporosis. Grupo de Trabajo de Osteoporosis de SEMERGEN.

Edoa, L.P., y García, C.P. (2014) La osteoporosis del anciano: prevención de caídas.

Cameron, I.D., Murray, G.R., Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Hill, K.D., Cumming, R.G., y Kerse, N. (2013). Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes de edad avanzada que se encuentran en centros de cuidado y hospitales. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Castro Martín, E. (2006). Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad: factores asociados.

Hobecker, O., Ariel, V., Mango, N.P. y Giménez, L. (2005) Impacto de la osteoporosis sobre la población. *Revista de postgrado de la Vía Cátedra de Medicina* n° 144.

Gómez Juanola, M. y Conill Godoy, J.L. (2004). Factores de riesgo de accidentes en la edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Carro García, T. y Alfaro Hacha, A. (2005) Caídas en el anciano. Residentes de Geriatría. Hospital Virgen de Valle, Toledo.

Cymet Ramírez, J. y Cisneros Dreinhofer, F.A (2011) Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. Posición del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología.

CAPÍTULO 58

Genética y envejecimiento: el efecto de ACTN3 y ACE en el deterioro físico

Cristina Romero Blanco y Susana Aznar Laín
Universidad de Castilla –La Mancha (España)

Introducción

La población española presenta cada vez más sobrepeso y obesidad, debido, entre otros factores, a los cambios en los hábitos de vida (Houston, Nicklas, & Zizza, 2009). Existe una relación entre la medida de grasa corporal y el sedentarismo (Gomez-Cabello et al., 2011).

La práctica de ejercicio regular en edades avanzadas (un mínimo de 30 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada 5 días a la semana o 20 minutos de actividad vigorosa aeróbica 3 días a la semana) confiere una serie de beneficios a nivel físico y resulta muy favorable la continuidad en el tiempo (Cadore & Izquierdo, 2013) (Gremeaux et al., 2012).

Incluso la práctica regular de 15 minutos diarios de ejercicio físico o 90 minutos a lo largo de la semana resulta beneficioso a nivel cardiovascular y alarga la esperanza de vida (Wen et al., 2011).

Al mismo tiempo que se estudian los efectos positivos de la práctica de ejercicio físico en los colectivos de mayores, otros grupos investigan si esta práctica puede estar condicionada por la dotación genética de los individuos (Garatachea & Lucía, 2013).

Hay diversos polimorfismos genéticos que se han estudiado en personas mayores en relación con el envejecimiento y la condición física: ACTN3 (α -Actinin-3 gene), ACE (angiotensin-converting enzyme), MSTN (myostatin), PPARA (Peroxisome Proliferator-Activated Receptor Alpha), IL6 (interleukin-6 gene). (Garatachea & Lucía, 2013).

La deficiencia de α -actinina-3 (ACTN3) parece asociarse en la población en general con una disminución de la masa y la fuerza muscular con la edad (Garton et al., 2014). Aunque estos datos son aún contradictorios. Algunos estudios no muestran ningún tipo de relación entre la pérdida de capacidad física y el genotipo en población envejecida caucásica, mientras que otros sí encuentran una asociación sobre todo en mujeres pero no coinciden en cuál sería el alelo favorable (Garatachea et al., 2012) (Pereira, Costa, Leitao, et al., 2013) (Delmonico et al., 2007) (Bustamante-Ara et al., 2010; McCauley, Mastana, & Folland, 2010) (Clarkson et al., 2005; Judson et al., 2011; Walsh, Liu, Metter, Ferrucci, & Roth, 2008).

Por otro lado, el polimorfismo del gen ACE también ha sido objeto de numerosos estudios. Hasta el momento, el polimorfismo genético mejor caracterizado en relación al ejercicio es la presencia o ausencia (inserción/delección; I/D) de un fragmento de 287 pb en el intrón 16 de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) (Rigat et al., 1990).

El alelo I se asocia con una menor actividad de ACE sistémico y un aumento de la vida media de la bradiquinina, mientras que el alelo D se asocia con una mayor actividad de ACE, mayores concentraciones de angiotensina 2 y menores de bradiquinina (Buford et al., 2014; Murphey, Gainer, Vaughan, & Brown, 2000). Estas respuestas diferentes en cuanto a la modulación de RAS según el genotipo tienen implicaciones en la respuesta a la adaptación al ejercicio. Se han realizado estudios en deportistas de élite que han demostrado asociación del alelo I en el desarrollo de la resistencia, mientras que el alelo D está más relacionado con el entrenamiento de la fuerza y la potencia (Guth & Roth, 2013; Puthuchery et al., 2011).

A pesar de ser un gen ampliamente estudiado en el ámbito del deporte profesional, son pocos los estudios en los que se relaciona el genotipo de ACE con la condición física en personas mayores (Garatachea & Lucía, 2013).

Por lo tanto, el objetivo de esta revisión narrativa fue analizar el diseño, las características de la muestra y los resultados más relevantes de los artículos científicos que analizan la relación entre los genotipos de ACE y ACTN3 separada y conjuntamente con la condición física en personas mayores.

Método

La selección de estudios científicos estuvo basada en los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios analíticos transversales y longitudinales, experimentales y cuasi-experimentales; (b) las pruebas de relación con el genotipo (variable independiente) debían estar basadas en ejercicios de fácil realización por parte de cualquier persona; y (c) la media de edad de los participantes debían ser de al menos 60 años.

Por otro lado, como criterios de exclusión se establecieron: (a) estudios científicos publicados en forma de resumen, comunicaciones cortas y/o cuyos datos no estuviesen publicados; (b) redactados en idioma distinto al inglés o español; (c) estudios que no estuviesen realizados en humanos; (d) cuyos participantes presentasen cualquier tipo de enfermedad y en los que la investigación se centrara en determinar la relación entre dicha enfermedad y el genotipo; y (e) en donde los sujetos fueran deportistas de alto nivel.

La localización de artículos se realizó en las bases de datos informatizadas on-line más importantes en el ámbito de las Ciencias de la Salud:

- PubMed
- LILACS
- IBECs
- La Biblioteca Cochrane
- SciELO

La palabra “aged” fue siempre utilizada como criterio de búsqueda, de tal forma que, en las diversas exploraciones bibliográficas efectuadas, este término siempre estuvo presente en uno de los campos de búsqueda, quedando el resto de campos subordinados con la preposición “AND”, “OR” o “NOR” y completos por una de las siguientes palabras clave: ace polymorphism, ACTN3, strength, endurance, spring, speed, balance, flexibility o power. No fue aplicada limitación en el año de publicación. La búsqueda finalizó en abril de 2015.

Una vez seleccionados todos los artículos cuyos títulos y resúmenes potencialmente cumplieran los criterios de inclusión y exclusión se procedió a su obtención en versión electrónica como artículos completos.

Resultados

Selección de estudios

La estrategia de búsqueda y selección de artículos empleada en esta revisión obtuvo un total de 75 artículos cuyos parámetros de búsqueda cumplieran nuestros requisitos. Se dividió la búsqueda en tres bloques: cada gen por separado y una búsqueda conjunta para el análisis de artículos que hubieran incluido ambos genes en su estudio. Para el gen ACE se obtuvieron 36 artículos. Esta búsqueda tuvo que emplear todas las palabras clave expuestas anteriormente puesto que este polimorfismo ha sido muy estudiado en diversos campos. Tras el análisis de los resúmenes y después de descartar aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión se seleccionaron finalmente 8 artículos. La mayor parte de los artículos descartados se debió a que el estudio se centraba en la enfermedad de Alzheimer, diabetes, infarto cerebral o enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su relación con el genotipo.

En cuanto a ACTN3, se obtuvieron 29 artículos de los que finalmente se seleccionaron 8. Los motivos de descarte en este caso fueron principalmente porque los sujetos estudiados eran deportistas profesionales aunque también se descartaron estudios realizados en pacientes con el síndrome de McArdle.

En las búsquedas de ambos genes se descartaron también aquellos que pertenecían al tercer bloque de búsqueda.

Respecto a este último bloque, se recabaron 10 artículos de los que finalmente se seleccionaron 6. Los motivos que suscitaron la no inclusión de los cuatro restantes fueron los mismos que para ACTN3.

Las características y principales conclusiones de los estudios seleccionados se encuentran en la tabla 1 (final del texto).

Un total de 17296 personas fueron incluidas en los diversos estudios analizados. En 7 de los artículos utilizaron como muestras objeto de estudio solo a mujeres; y en un único estudio se incluyeron solo hombres. El resto, (14 artículos) incluyeron tanto a hombres como a mujeres en su estudio aunque en uno de los artículos uno de los grupos de control estuvo compuesto solo por hombres y en otro se analizaron dos cohortes y en una de ellas solo había hombres.

A pesar de haber un mayor número de estudios realizados en mujeres la relación entre sexos es bastante similar; siendo 9220 mujeres (53%) frente a 8076 hombres (47%). Esto se debe a que algunos estudios emplean una muestra muy pequeña de mujeres mientras que otros tienen unas grandes cohortes de hombres.

La media de edad de los participantes en los estudios seleccionados no pudo ser establecida porque ciertos estudios proporcionaron un rango de edad, sin informar de la media global de los participantes.

Respecto a las pruebas físicas realizadas hay una gran variabilidad y todos los artículos revisados incluyen medidas antropométricas de peso e índice de masa corporal. Todos los estudios realizados con el genotipo de ACE, solo o en combinación con ACTN3, incluyen la variable fuerza.

En total se han analizado 9 estudios transversales y 13 longitudinales; de los cuales, a 9 de ellos se les realizó un entrenamiento de duración variable (semanas o meses) y se determinó el efecto de la intervención. Los 4 estudios longitudinales restantes son de tipo observacional de varios años de evolución.

Gran parte de los artículos que estudiaron la combinación de ambos genes centraron su análisis por sexos; tres de ellos valoraron el efecto solo en mujeres y uno en hombres. Los dos restantes se centraron en la edad de los sujetos: octogenarios y nonagenarios.

Discusión

De los tres bloques de estudios analizados (ACE, ACTN3 y ACE+ACTN3) se han encontrado varios de ellos en los que no existen diferencias significativas entre el fenotipo y el genotipo. Todos estos estudios en los que no se encontraron diferencias significativas corresponden a aquellos en los que menor número de sujetos participantes incluyeron dentro de los bloques estudiados. En el caso del genotipo de ACE, los estudios de Okamoto et al. y de Frederiksen et al. (Frederiksen, Bathum, Worm, Christensen, & Puggaard, 2003; Okamoto, et al., 2010) con 174 y 203 sujetos participantes respectivamente. En el caso de ACTN3, San Juan et al. (San Juan, et al., 2006) estudió 23 mujeres y no obtuvo relación entre las pruebas realizadas y el genotipo.

Por último, en el análisis del tercer bloque, al combinar el estudio de ambos genes (ACE+ACTN3) y poder valorar su efecto conjuntamente se deberían establecer nueve grupos posibles por lo que en estudios con número pequeño de muestra sería muy complicado establecer alguna significación. Los artículos analizados catalogan en dos grupos la combinación de ambos genes denominando “power” a la unión de los genotipos ACE DD y ACTN3 RR+RX; y “non power” los genotipos ACE DI+II y ACTN3 XX. A pesar de esta catalogación, que permite agrupar los sujetos y obtener una mayor muestra en cada

subgrupo, los artículos que contaron con menor número de sujetos no obtuvieron resultados significativos (Bustamante-Ara, et al., 2010; Garatachea, et al., 2012; McCauley, et al., 2010).

Las conclusiones principales de los autores respecto a ACE establecieron un papel favorable del alelo D (una o dos copias) en cuanto a la fuerza (Giaccaglia et al., 2008; Yoshihara, et al., 2009), la velocidad (Buford, et al., 2014), la masa muscular (Charbonneau et al., 2008), el mantenimiento de la movilidad (Kritchevsky et al., 2005), la masa libre de grasa (Lima, et al., 2011) y la esperanza de vida (Frederiksen et al., 2003).

El alelo X de ACTN3, por su parte, en mujeres favoreció el riesgo de caídas (Judson, et al., 2011), el menor porcentaje de masa libre de grasa (Walsh, et al., 2008) y menor contorno de muslo (Zempo, et al., 2010, 2011). En hombres, el genotipo XX presentó mejores resultados en las pruebas de 400 metros de marcha (Delmonico, et al., 2008).

En cuanto a los resultados del efecto combinado, las mujeres con genotipo “power” obtuvieron mejores resultados en las pruebas físicas de fuerza, potencia, funcionalidad y velocidad (Pereira, Costa, Izquierdo, et al., 2013; Pereira, Costa, Leitaó, et al., 2013) tras un programa de entrenamiento.

Los resultados en cuanto a la potencia de miembro inferior en ACTN3 es controvertida ya que Walsh et al. (Walsh, et al., 2008) en su estudio obtuvo valores peores para el genotipo XX y Delmonico et al. (Delmonico, et al., 2007) en cambio encontró los mejores resultados en este genotipo. Creemos que hay dos posibles explicaciones para esta diferencia de resultados. En primer lugar, se puede deber a un número escaso de participantes por parte del estudio de Delmonico et al. ya que la muestra de Walsh et al. fue cinco veces mayor. Y en segundo lugar, el estudio de Delmonico et al. valoró el efecto del genotipo tras un entrenamiento por lo que sus resultados pueden ser debidos a ese efecto.

Parece que hay un efecto positivo en cuanto a los resultados del alelo D de ACE tras el entrenamiento prolongado; los trabajos de Buford et al (Buford, et al., 2014) y Giaccaglia et al. (Giaccaglia, et al., 2008) en los que se realizaron entrenamientos de 12 y 18 meses respectivamente obtuvieron resultados en cuanto a la fuerza tras el entrenamiento. Del mismo modo, Kritchevsky et al. (Kritchevsky, et al., 2005) aunque no realiza entrenamiento, sí diferencia por grupos a aquellos que son físicamente activos y obtiene diferencias con los inactivos. Esto nos hace pensar que la funcionalidad de la proteína codificada por ACE se manifiesta en respuesta a un entrenamiento prolongado en el tiempo, o bien, a un estilo de vida saludable en cuanto a actividad física.

Esto explicaría los resultados de Charbonneau et al. (Charbonneau, et al., 2008) en los que no obtiene resultados porque realiza un entrenamiento muy corto en el tiempo y dirigido a personas inactivas.

Las conclusiones principales tras la revisión de estos estudios son:

- Existe una relación favorable para los mayores portadores del alelo D del gen ACE.
- Las mujeres con genotipo XX presentaron unos resultados peores en los fenotipos estudiados.
- El entrenamiento prolongado en el tiempo y/o los hábitos saludables condicionan los resultados del efecto de los genotipos estudiados.

La mayoría de los estudios combinados cuentan con un escaso número de tamaño muestral y principalmente dirigidos a mujeres o personas de edades avanzadas por lo que no se pueden establecer conclusiones generalizadas.

Como limitaciones y futuros estudios podemos destacar la importancia del número de sujetos participantes, el sexo de los mismos y la necesidad de verificar el efecto del entrenamiento prolongado en ambos genotipos. Por lo tanto, sería interesante valorar la relación de ACE y ACTN3 por separado y combinado en un conjunto de pruebas físicas dirigidas a mayores de ambos sexos tras un entrenamiento prolongado en el tiempo.

Referencias

Buford, T. W., Hsu, F. C., Brinkley, T. E., Carter, C. S., Church, T. S., Dodson, J. A., et al. (2014). Genetic influence on exercise-induced changes in physical function among mobility-limited older adults. *Physiol Genomics*, 46(5), 149-158.

Bustamante-Ara, N., Santiago, C., Verde, Z., Yvert, T., Gomez-Gallego, F., Rodriguez-Romo, G., et al. (2010). ACE and ACTN3 genes and muscle phenotypes in nonagenarians. *Int J Sports Med*, 31(4), 221-224.

Cadore, E. L., & Izquierdo, M. (2013). How to simultaneously optimize muscle strength, power, functional capacity, and cardiovascular gains in the elderly: an update. *Age (Dordr)*, 35(6), 2329-2344.

Charbonneau, D. E., Hanson, E. D., Ludlow, A. T., Delmonico, M. J., Hurley, B. F., & Roth, S. M. (2008). ACE genotype and the muscle hypertrophic and strength responses to strength training. *Med Sci Sports Exerc*, 40(4), 677-683.

Clarkson, P. M., Devaney, J. M., Gordish-Dressman, H., Thompson, P. D., Hubal, M. J., Urso, M., et al. (2005). ACTN3 genotype is associated with increases in muscle strength in response to resistance training in women. *J Appl Physiol (1985)*, 99(1), 154-163.

Delmonico, M. J., Kostek, M. C., Doldo, N. A., Hand, B. D., Walsh, S., Conway, J. M., et al. (2007). Alpha-actinin-3 (ACTN3) R577X polymorphism influences knee extensor peak power response to strength training in older men and women *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (Vol. 62, pp. 206-212). United States.

Delmonico, M. J., Zmuda, J. M., Taylor, B. C., Cauley, J. A., Harris, T. B., Manini, T. M., et al. (2008). Association of the ACTN3 genotype and physical functioning with age in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(11), 1227-1234.

Fiuza-Luces, C., Ruiz, J. R., Rodriguez-Romo, G., Santiago, C., Gomez-Gallego, F., Yvert, T., et al. (2011). Are 'endurance' alleles 'survival' alleles? Insights from the ACTN3 R577X polymorphism. *PLoS One*, 6(3), e17558.

Frederiksen, H., Bathum, L., Worm, C., Christensen, K., & Puggaard, L. (2003). ACE genotype and physical training effects: a randomized study among elderly Danes. *Aging Clin Exp Res*, 15(4), 284-291.

Frederiksen, H., Gaist, D., Bathum, L., Andersen, K., McGue, M., Vaupel, J. W., et al. (2003). Angiotensin I-converting enzyme (ACE) gene polymorphism in relation to physical performance, cognition and survival--a follow-up study of elderly Danish twins. *Ann Epidemiol*, 13(1), 57-65.

Garatachea, N., Fiuza-Luces, C., Torres-Luque, G., Yvert, T., Santiago, C., Gómez-Gallego, F., et al. (2012). Single and combined influence of ACE and ACTN3 genotypes on muscle phenotypes in octogenarians. *Eur J Appl Physiol*, 112(7), 2409-2420.

Garatachea, N., & Lucia, A. (2013). Genes, physical fitness and ageing. *Ageing Res Rev*, 12(1), 90-102.

Garatachea, N., & Lucía, A. (2013). Genes and the ageing muscle: a review on genetic association studies. *Age (Dordr)*, 35(1), 207-233.

Garton, F. C., Seto, J. T., Quinlan, K. G., Yang, N., Houweling, P. J., & North, K. N. (2014). alpha-Actinin-3 deficiency alters muscle adaptation in response to denervation and immobilization *Hum Mol Genet* (Vol. 23, pp. 1879-1893). England.

Giaccaglia, V., Nicklas, B., Kritchevsky, S., Mychalecky, J., Messier, S., Bleecker, E., et al. (2008). Interaction between angiotensin converting enzyme insertion/deletion genotype and exercise training on knee extensor strength in older individuals. *Int J Sports Med*, 29(1), 40-44.

Gomez-Cabello, A., Pedrero-Chamizo, R., Olivares, P. R., Luzardo, L., Juez-Bengoechea, A., Mata, E., et al. (2011). Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the elderly EXERNET multi-centre study. *Obes Rev*, 12(8), 583-592.

Gomez-Cabello, A., Vicente Rodriguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajus, J. A., & Ara, I. (2012). [Aging and body composition: the sarcopenic obesity in Spain]. *Nutr Hosp*, 27(1), 22-30.

Gremeaux, V., Gayda, M., Lepers, R., Sosner, P., Juneau, M., & Nigam, A. (2012). Exercise and longevity. *Maturitas*, 73(4), 312-317.

Guth, L. M., & Roth, S. M. (2013). Genetic influence on athletic performance. *Curr Opin Pediatr*, 25(6), 653-658.

Houston, D. K., Nicklas, B. J., & Zizza, C. A. (2009). Weighty concerns: the growing prevalence of obesity among older adults *J Am Diet Assoc* (Vol. 109, pp. 1886-1895). United States.

Judson, R. N., Wackerhage, H., Hughes, A., Mavroei, A., Barr, R. J., Macdonald, H. M., et al. (2011). The functional ACTN3 577X variant increases the risk of falling in older females: results from two large independent cohort studies *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (Vol. 66, pp. 130-135). United States.

Kritchevsky, S. B., Nicklas, B. J., Visser, M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Harris, T. B., et al. (2005). Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion genotype, exercise, and physical decline. *Jama*, 294(6), 691-698.

- Lima, R. M., Leite, T. K., Pereira, R. W., Rabelo, H. T., Roth, S. M., & Oliveira, R. J. (2011). ACE and ACTN3 genotypes in older women: muscular phenotypes. *Int J Sports Med*, 32(1), 66-72.
- McCaughey, T., Mastana, S. S., & Folland, J. P. (2010). ACE I/D and ACTN3 R/X polymorphisms and muscle function and muscularity of older Caucasian men. *Eur J Appl Physiol*, 109(2), 269-277.
- Mills, M., Yang, N., Weinberger, R., Vander Woude, D. L., Beggs, A. H., Eastal, S., et al. (2001). Differential expression of the actin-binding proteins, alpha-actinin-2 and -3, in different species: implications for the evolution of functional redundancy. *Hum Mol Genet*, 10(13), 1335-1346.
- Murphey, L. J., Gainer, J. V., Vaughan, D. E., & Brown, N. J. (2000). Angiotensin-converting enzyme insertion/deletion polymorphism modulates the human in vivo metabolism of bradykinin. *Circulation*, 102(8), 829-832.
- North, K. N., & Beggs, A. H. (1996). Deficiency of a skeletal muscle isoform of alpha-actinin (alpha-actinin-3) in merosin-positive congenital muscular dystrophy *Neuromuscul Disord* (Vol. 6, pp. 229-235). England.
- Okamoto, N., Nakatani, T., Okamoto, Y., Iwamoto, J., Saeki, K., & Kurumatani, N. (2010). Increasing the number of steps walked each day improves physical fitness in Japanese community-dwelling adults. *Int J Sports Med*, 31(4), 277-282.
- Pereira, A., Costa, A. M., Izquierdo, M., Silva, A. J., Bastos, E., & Marques, M. C. (2013). ACE I/D and ACTN3 R/X polymorphisms as potential factors in modulating exercise-related phenotypes in older women in response to a muscle power training stimuli. *Age (Dordr)*, 35(5), 1949-1959.
- Pereira, A., Costa, A. M., Leitao, J. C., Monteiro, A. M., Izquierdo, M., Silva, A. J., et al. (2013). The influence of ACE ID and ACTN3 R577X polymorphisms on lower-extremity function in older women in response to high-speed power training *BMC Geriatr* (Vol. 13, pp. 131). England.
- Puthuchery, Z., Skipworth, J. R., Rawal, J., Loosemore, M., Van Someren, K., & Montgomery, H. E. (2011). The ACE gene and human performance: 12 years on. *Sports Med*, 41(6), 433-448.
- Rigat, B., Hubert, C., Alhenc-Gelas, F., Cambien, F., Corvol, P., & Soubrier, F. (1990). An insertion/deletion polymorphism in the angiotensin I-converting enzyme gene accounting for half the variance of serum enzyme levels. *J Clin Invest*, 86(4), 1343-1346.
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2013). Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years *Gerontologist* (Vol. 53, pp. 255-267). United States.
- San Juan, A. F., Gomez-Gallego, F., Canete, S., Santiago, C., Perez, M., & Lucia, A. (2006). Does complete deficiency of muscle alpha actinin 3 alter functional capacity in elderly women? A preliminary report *Br J Sports Med* (Vol. 40, pp. e1). England.
- van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., & Bouter, L. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28(12), 1290-1299.
- Walsh, S., Liu, D., Metter, E. J., Ferrucci, L., & Roth, S. M. (2008). ACTN3 genotype is associated with muscle phenotypes in women across the adult age span. *J Appl Physiol* (1985), 105(5), 1486-1491.
- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M. C., et al. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*, 378(9798), 1244-1253.
- Wilkin, L. D., & Haddock, B. L. (2010). Health-related variables and functional fitness among older adults. *Int J Aging Hum Dev*, 70(2), 107-118.
- Yoshihara, A., Tobina, T., Yamaga, T., Ayabe, M., Yoshitake, Y., Kimura, Y., et al. (2009). Physical function is weakly associated with angiotensin-converting enzyme gene I/D polymorphism in elderly Japanese subjects. *Gerontology*, 55(4), 387-392.
- Zempo, H., Tanabe, K., Murakami, H., Iemitsu, M., Maeda, S., & Kuno, S. (2010). ACTN3 polymorphism affects thigh muscle area. *Int J Sports Med*, 31(2), 138-142.
- Zempo, H., Tanabe, K., Murakami, H., Iemitsu, M., Maeda, S., & Kuno, S. (2011). Age differences in the relation between ACTN3 R577X polymorphism and thigh-muscle cross-sectional area in women. *Genet Test Mol Biomarkers*, 15(9), 639-643.

Tabla 1. Cuadro resumen de los estudios analizados

| AUTOR | TIPO DE ESTUDIO | N | SEXO (MUJERES-HOMBRES) | EDAD ± DS | GEN | FENOTIPO | CONCLUSIONES PRINCIPALES |
|--------------------------|---|-----|------------------------|------------|-----|--|---|
| Buford et al. (2014) | longitudinal de 12 meses con grupo control | 283 | 186-97 | 77.2 ±4.3 | ACE | Batería corta de rendimiento físico: marcha, fuerza, flexibilidad y equilibrio. | El alelo D es favorable tras un entrenamiento de 12 meses en la velocidad de marcha y en una batería corta de rendimiento físico. |
| Okamoto et al. (2010) | longitudinal (24 semanas con grupo control) | 174 | 117-57 | 40-71 | ACE | Distancia recorrida al caminar durante 3 min, test de elevación de la silla en 30 seg y número de pasos caminados al día medido con acelerómetro. | Aumentar el número de pasos en 1500 o más mejora la condición física. No se observaron relaciones significativas entre el cambio en la condición física y los genotipos de ACE. |
| Yoshihara et al. (2009) | transversal | 431 | 203-228 | 76 | ACE | Máxima fuerza de prensión manual, uerza isométrica máxima de los extensores de la rodilla , tasa de intensificación máxima para 10 s, tiempo de pie sobre una pierna con los ojos abiertos y máxima velocidad al caminar 10 metros | Existen relaciones significativas entre ACE y la fuerza de prensión y la velocidad al andar 10 metros. Hay una relación significativa entre la fuerza en miembros superiores y el genotipo DD. |
| Charbonneau et al (2008) | longitudinal (10 semanas) | 225 | 139-86 | 50-85 años | ACE | Fuerza máxima de extensor de rodilla y volumen del cuadriceps | El genotipo DD tiene mayores valores de masa muscular comparado con los portadores II al inicio del entrenamiento. Posteriormente no se encuentran diferencias significativas relacionadas con hipertrofia muscular tras entrenamiento de |

fuerza.

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|-------|--|---|
| Giacaglia et al. (2008) | longitudinal (18 meses) | 213 | 150-63 | ≥ 60 años | ACE | Marcha, levantamiento ligero de peso 3 veces a la semana y cuestionario de discapacidad. | Tras un entrenamiento de 18 meses los individuos con genotipo DD tienen mejores resultados en fuerza de piernas comparado con el genotipo II. |
| Kritchevsky et al (2005) | longitudinal (4 años con 2 grupos: activos e inactivos) | 2966 | 1527-1439 | 70-79 años | ACE | Fuerza muscular de extensión de rodilla, masa muscular, composición corporal y cuestionario de actividad física. | El alelo D es favorable en cuanto a la pérdida de movilidad. DD y DI son menos propensos a desarrollar limitación de la movilidad. |
| Frederiksen et al. (2003)a | longitudinal (8 meses con 4 grupos de edad y controles) | 203 | 130-73 | ≥ 65 años | ACE | Autoinforme, consumo máximo de oxígeno, fuerza muscular, velocidad al caminar, y composición corporal. | No hay diferencias significativas entre los grupos estudiados en relación al genotipo y la fuerza, la velocidad y la composición corporal. |
| Frederiksen et al. (2003)b | longitudinal (2 años) | 684 | 450-234 | 78.2±4.4 | ACE | Autoinforme y fuerza muscular | No se encuentran diferencias significativas pero el alelo D parece tener una esperanza de vida mayor. |
| Zempo et al. (2011) | transversal | 162 mujeres (dos grupos: mediana edad y ancianas) | 162-0 | 58.6 ± 0.8 year | ACTN3 | Tamaño de musculatura del muslo medido con resonancia magnética. | Las mujeres ancianas XX presentan un menor contorno de muslo comparadas con un grupo de mujeres de mediana edad. |
| Fiuza-Luces et al. (2011) | transversal | Casos: 64; Controles: 283; Atletas de resistencia: 50; Atletas de resistencia: 67 | Casos: 57-7; Controles: 67-216; Atletas de resistencia: 0-50; Atletas de fuerza: 0-67 | Casos: 102±1; Controles: 21±2; Atletas de resistencia: 26±3; Atletas de fuerza: 27±3 | ACTN3 | | El genotipo XX es más frecuente en individuos centenarios, asemejándose al de los atletas de resistencia. |

| | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|--|---------------------------------------|--|-------|--|--|
| Judson et al. (2011) | longitudinal (7 años) | 4163: Dos cohortes: mujeres postmenopausicas (NOSOS) 1245; y grupo de estudio de osteoporosis (APOSS): 2918. | 4163-0 | Mean age (NOSOS) 69.6±5.5; APOSS 54.8±2.2) | ACTN3 | Informe de caídas en el último año. | El alelo X supone un factor de riesgo de caídas en mujeres mayores. |
| Zempo et al. (2010) | transversal | 109 mujeres pstmenopausicas | 109-0 | 50–78 years (mean=64.1±6.0 years) | ACTN3 | Acelerometría | El genotipo XX presentó un menor contorno de muslo comparado con RR y RX. |
| Delmonico et al (2008) | longitudinal (5 años) | Cohorte 1: 1367; Cohorte 2: 1152 | Cohorte 1: 641-726; Cohorte 2: 0-1152 | Cohorte 2: 70-79 años; Cohorte 2: ≥65 años | ACTN3 | 1ª cohorte: fuerza de extensión de rodilla, contorno de muslo, marcha 400m; 2ª cohorte: fuerza de empuñadura, potencia de pierna, marcha 6m, test de elevación de la silla. Medidas antropométricas en ambas cohortes. | Los hombres con genotipo XX presentan valores más altos en la prueba de marcha de 400 metros. |
| Walsh et al. (2008) | transversal | 848 | 394-454 | 22-90 años | ACTN3 | Medidas antropométricas y potencia de extensión de rodilla. | Las mujeres XX presentan menores valores de extensión de rodilla y de masa libre de grasa. En hombres no se observan diferencias significativas. |
| Delmonico et al (2007) | longitudinal (10 semanas) | 157 | 86-71 | 65±8 (hombres); 64±9 (mujeres) | ACTN3 | Medidas antropométricas y fuerza y potencia de rodilla. | Las mujeres XX presentan mejores resultados de potencia de piernas que los genotipos RR y RX. En hombres no se observan diferencias. |
| San Juan et al. (2006) | transversal | 23 | 23-0 | 61-80 años | ACTN3 | Medidas antropométricas, test de elevación de la silla, marcha de 1 milla, press de banca. | No existen diferencias significativas entre genotipos. |

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|-----|-------|------------|-------------|---|---|
| Pereira et al. (2013)a | longitudinal (12 semanas) | 139 | 139-0 | 65.5 ± 8.2 | ACTN3 y ACE | Medidas antropométricas, velocidad de marcha y test de movilidad. Programa de entrenamiento de fuerza y flexibilidad | ACE y ACTN3 (solo o combinados) muestran diferencias significativas tras el entrenamiento en el test de velocidad de marcha. El genotipo "power" (ACE DD & ACTN3 RR+RX) obtiene mejores resultados. |
| Pereira et al. (2013)b | longitudinal (12 semanas) | 139 | 139-0 | 65.5 ± 8.2 | ACTN3 y ACE | Medidas antropométricas, Fuerza y potencia muscular y capacidad funcional. Programa de entrenamiento de fuerza y flexibilidad | Tras el entrenamiento se obtienen diferencias significativas entre el genotipo "power" frente al "non power" en cuanto fuerza máxima, potencia y capacidad funcional. |
| Garatachea et al. (2012) | transversal | 89 | 59-30 | 82.8 ± 4.8 | ACE, ACTN3 | Índice de Barthel, densitometría, contorno muscular de muslo y fuerza. | No se observan diferencias significativas asociadas al genotipo. |
| Lima et al. (2011) | longitudinal (24 semanas con grupo control) | 246 | 246-0 | 66.7±5.5 | ACTN3 y ACE | Medidas antropométricas, cuestionario de actividad física y fuerza muscular | En la fuerza no se observan diferencias entre genotipos; sin embargo, en cuanto a la masa libre de grasa el alelo D de ACE y el alelo X de ACTN3 presentan mayores valores. |
| Bustamante-Ara et al. (2010) | transversal | 41 | 33-8 | 92±2 | ACTN3 y ACE | Fuerza muscular y test de rendimiento físico (caminar 8 m y subir escaleras) | Los genotipos de ACE y ACTN3 solos o analizados conjuntamente no muestran relación con el fenotipo estudiado. |
| McCauley et al. (2010) | transversal | 100 | 0-100 | 65±3 | ACTN3 y ACE | Composición corporal, fuerza muscular y capacidad de contracción. | Los genotipos de ACE y ACTN3 no se asocian con el fenotipo muscular en hombres. |

CAPÍTULO 59

Respuesta del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isométricas del tobillo a distintas intensidades: una comparación entre jóvenes y mayores sanos

Manuel González-Sánchez*, María Ruiz-Muñoz**, Jaime Martín-Martín ***, y Antonio I. Cuesta-Vargas**

*Universidad de Jaén, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga (España),

**Universidad de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga (España),

***Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago de Chile (Chile), Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)

Introducción

La flexión dorsal del pie posee una función muy importante tanto en el mantenimiento del equilibrio como en el ciclo normal del paso (Ivanenko y col. 2005; Neptune y col. 2009). Desde un punto de vista biomecánico, el análisis en profundidad de los principales músculos que permiten el desplazamiento de las articulaciones y, por tanto el movimiento, facilita la adquisición de información del cómo se desarrolla el movimiento a partir de las estructuras activas (de Oliveira y Menegaldo 2010). Dentro de la flexión dorsal del tobillo, el tibial anterior es el músculo que más contribuye a la ejecución del gesto (Ruiz-Muñoz y Cuesta-Vargas 2014). Durante la marcha, posee una participación fundamental en dos fases concretas del ciclo del paso: el apoyo del talón y el balanceo (Ivanenko y col. 2005; Neptune y col. 2009).

En el análisis biomecánico de un gesto, la variables de resultado que de forma habitual se analiza para el estudio de la fuerza que se desarrolla durante un gesto concreto es el momento de fuerza, cuya magnitud depende tanto de la fuerza generada como de la medida del brazo de palanca que dista desde el punto de aplicación de la fuerza, hasta el eje de giro (Tsaopoulos y col. 2006). Para medir el torque, el instrumento que mayor frecuencia de uso posee, tanto en un laboratorio como en la práctica clínica es la célula de carga o dinamómetro (Al-Mulla y col. 2011).

Además del momento de fuerza, el análisis más común de la función muscular suele tener una doble perspectiva: electromiográfica y arquitectónica (Al-Mulla y col. 2011; Larivière y col. 2010). Dentro de las variables arquitectónicas, el ángulo de penetración, entendido como el ángulo que se genera entre el eje central del músculo y las fibras musculares (Bland y col. 2011), y el grosor muscular, definido como la distancia más corta que separa a la aponeurosis superficial y profunda de un músculo (Bland y col. 2011), han sido utilizadas en estudios previos (Cuesta-Vargas y González-Sánchez 2014; Manal y col. 2010). Por otro lado, la electromiografía es la herramienta por excelencia utilizada tanto en el laboratorio como en la práctica clínica (Stepp 2012).

El envejecimiento es un proceso natural que se caracteriza por una serie de cambios biológicos que tienen como resultado la reducción de la masa muscular y la fuerza, la pérdida de movilidad y/o la inestabilidad postural, afectando tanto al equilibrio estático como dinámico(1–7). El control óptimo máximo del balanceo postural se logra en la adolescencia y se mantiene hasta los 60 años(7). Cada año, un tercio de las personas mayores de 65 años o más sufren al menos una caída, siendo este uno de los mayores riesgos para esta población (De Vries y col. 2014; Rogan y col. 2011).

No se ha encontrado ningún estudio que analice el comportamiento del principal músculo flexor dorsal del tobillo (músculo tibial anterior), desde una perspectiva simultánea de arquitectura y función muscular, durante flexiones dorsales isométricas de tobillo máxima y relativas, comparando, dicho comportamiento, entre personas mayores y jóvenes sanas.

El objeto de este estudio es analizar el comportamiento del músculo tibial anterior durante contracciones isométricas máximas y relativas, desde una perspectiva arquitectónica y funcional, comparando dicho comportamiento entre personas mayores sanas y personas jóvenes sanas.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron un total de 16 personas divididas de la siguiente manera: 8 (4 hombres y 4 mujeres) en el grupo de mayores sanos y 8 (4 hombres y 4 mujeres), en el grupo de jóvenes. Una descripción detallada de la muestra se puede observar en la tabla 1.

Instrumentos

Tres han sido los tipos de variables de resultado utilizadas en el presente estudio: Momento de fuerza, variables electromiográficas y variables arquitectónicas. Para la obtención de cada una de ellas se han utilizado instrumentos diferentes.

Para el registro del momento de fuerza, fue utilizada una célula de carga que perpendicularmente se disponía entre el suelo y la plataforma de apoyo del pie donde se realizaba la flexión dorsal. Esta célula de carga bloqueaba el gesto (flexión dorsal), haciendo que la contracción del músculo tibial anterior se transformara de isotónica a isométrica. Esta célula de carga estaba conectada a un ordenador que informaba en todo momento del registro que se producía durante la flexión dorsal.

Por otro lado, la electromiografía fue obtenida mediante el uso del electromiógrafo Biomonitor ME 6000 (Mega Electronics Ltd, Kuopio, Finlandia). La posición de los electrodos se realizó siguiendo las recomendaciones de SENIAM (de Surface ElectroMyoGraphy for the Non-Invasive Assessment of Muscles), donde, además hacían unas recomendaciones para preparar la piel de cara a minimizar los efectos propios del uso de la electromiografía, como son la impedancia entre la piel y el electrodo (para lo cual se rasuró la piel para eliminar todos los pelos existentes en la zona, y se limpió la piel con alcohol para eliminar todas las células muertas que pudiesen alterar el registro. Además, para evitar el cross-talk, se realizó una palpación exhaustiva del músculo y los electrodos fueron colocados en el tercio proximal del músculo además, fueron utilizados electrodos de menor tamaño. Para eliminar el posible ruido de alta frecuencia, fue utilizado un filtro de paso bajo a 20Hz. La frecuencia de registro fue de 1000Hz.

Para la obtención de las imágenes ecográficas, que con posterioridad serían usadas para la extracción de las variables arquitectónicas (ángulo de penetración, grosor muscular y área del corte transversal), fue utilizado un ecógrafo (Esaote My Lab25 Gold), utilizándose un cabezal de 5 cm de ancho a una frecuencia de 12 Hz, consiguiendo una imagen de 5 cm de profundidad. Posteriormente, offline, cada variable arquitectónica fue extraída desde las imágenes tomadas durante la ejecución del gesto.

Procedimiento

Cada participante se sentaba en una silla especialmente diseñada para esta prueba. Esta silla costaba estructura compuesta por dos plataformas perpendiculares donde el sujeto podía apoyar el pie manteniendo la flexión de cadera, rodilla y tobillo a 90 grados. Esto era posible gracias a que dicha plataforma se podía desplazar verticalmente, lo que facilitaba la perfecta colocación de cada voluntario. Una vez que se encontraba en la posición indicada, se fijaba tanto la pierna como el pie a la estructura mediante velcro, lo que facilitaba que el pie no se desplazara durante la prueba. Antes de colocar los electrodos de electromiografía y el cabezal de ecografía, el sujeto podía hacer cuantas repeticiones desease hasta que tanto él como el investigador se cerciorasen de la perfecta ejecución de los movimientos, ya que, al estar bloqueada la flexión dorsal por la célula de carga, es importante que el participante no compense con otras partes del cuerpo.

Una vez situado, con los electrodos y cabezal colocados, cada participante realizó tres flexiones dorsales de tobillo, isométricas máximas. De estas tres repeticiones, fué extraído el valor maximo del torque. Este registro fue muy importante porque se utilizó de referencia para el cálculo de las intensidades al 75% - 50% - 25%. Todas las medidas tanto ecográficas como electromiográficas estaban supeditadas a que el músculo generase el momento de fuerza relativo a dichas intensidades. Esto pudo ser posible gracias a la sincronización de las tres señales, la cual se consiguió mediante un disparador que integraba el registro de las tres señales.

Análisis de datos

Un análisis descriptivo de la muestra, en la que se incluyeron variables antropométricas fue realizado al inicio del análisis estadístico. Además, se realizó una comparativa de todas las variables de resultado (arquitectónicas y funcionales) para cada una de las intensidades de contracción (25% - 50% - 75% 100% de la contracción máxima voluntaria) entre los dos grupos analizados (mayores sanos y jóvenes sanos). El análisis se realizó utilizando la prueba T-Student o el test de Wilcoxon en función de la distribución de la muestra, usando el primer método de análisis para las variables paramétricas y el segundo método de análisis para las variables no paramétricas, respectivamente. La distribución de la muestra fue analizada utilizando el Kolmogorov-Smirnov test.

El nivel de significación se estableció con un valor de p estadísticamente significativo menor de 0,05. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra.

| | Mayores sanos (DE) | Jóvenes Sanos (DE) | Sig. |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Edad (años) | 74.37 (±4.11) | 22.09 (±1.94) | ≤0.001 |
| Peso (kg) | 73.29 (±17.21) | 74.61 (±13.79) | 0.617 |
| Altura (m) | 162.33 (±5.28) | 164.07 (±4.13) | 0.484 |
| ÍMC (Kg/m ²) | 27.81 (±2.59) | 27.71 (±2.19) | 0.521 |
| Torque máximo | 42.76 (±2.27) | 58.76 (±4.28) | ≤0.001 |
| N (Hombres / Mujeres) | 8 (4/4) | 8 (4/4) | |

DE: Desviación Estándar.

ÍMC: índice de masa corporal.

Resultados

La tabla 1 muestra los datos medios de las distintas variables antropométricas utilizadas en el presente estudio para analizar la muestra. Se puede observar como no existen diferencias significativas en ninguna de las variables utilizadas salvo la edad donde el grupo de mayores sanos presenta un valor medio de 74.37 (±4.11) años, mientras que el valor medio del grupo de jóvenes fue de 22.09 (±1.94) años. Además se ha introducido el valor del torque máximo registrado durante la flexión dorsal isométrica máxima. En esta variable existen diferencias significativas entre ambos grupos. Además, fue utilizada para calcular el valor relativo de contracción del resto de variables (75% - 50% - 25%).

En la tabla 2 se presentan los resultados de las variables arquitectónicas del músculo tibial anterior utilizadas en el presente estudio (Ángulo de penación, grosor muscular y área del corte transversal del músculo). Estas variables se presentan para cada una de las cuatro intensidades analizadas así como una comparativa entre ambos grupos. En los resultados se puede observar cómo existen diferencias significativas en todas las variables analizadas para todas las intensidades de contracción. Sin embargo, no todas las variables mostraron una distribución normal, por lo que el método de análisis varió entre las distintas variables. El ángulo de penación y el grosor muscular mostraron una distribución normal para todas las intensidades de contracción así como el área de corte transversal para las dos intensidades más leves (25% - 50% MVC), sin embargo, el área de corte transversal para las dos intensidades más elevadas (75% - 100%) mostraron una distribución no normal. Por tanto, todas las variables de resultado fueron comparadas utilizando la prueba T-Student, salvo en el área del corte transversal obtenida en las intensidades del 75% y 100%, que fueron analizadas con el test de Wilconxon.

Tabla 2. Diferencias entre los dos grupos analizados (mayores sanos y jóvenes sanos) de las variables de arquitectura muscular extraídas del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isométricas del pie a distintas intensidades: 25% - 50% - 75% - 100% de la contracción máxima voluntaria.

| | Intensidad | Mayores sanos (DE) | Jóvenes Sanos (DE) | Diferencia | Sig. |
|---|------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| Ángulo de penación (grados) | 25% | 8.83 (±0.92) | 11.94 (±1.76) | 3.11 (±0.24) | 0.037 |
| | 50% | 11.37 (±1.25) | 14.22 (±2.03) | 2.85 (±0.58) | 0.018 |
| | 75% | 14.97 (±1.34) | 16.88 (±2.24) | 1.91 (±0.61) | 0.021 |
| | 100% | 16.48 (±1.96) | 19.37 (±2.46) | 2.89 (±0.61) | 0.002 |
| Grosor muscular (mm) | 25% | 17.65 (±1.97) | 21.48 (±2.09) | 3.83 (±0.96) | 0.029 |
| | 50% | 20.76 (±2.48) | 24.97 (±2.18) | 4.21 (±0.76) | 0.008 |
| | 75% | 24.88 (±2.77) | 28.43 (±2.96) | 3.55 (±1.01) | 0.043 |
| | 100% | 26.10 (±3.17) | 30.27 (±3.79) | 4.17 (±1.14) | 0.004 |
| Área del corte transversal (mm ²) | 25% | 252.42 (±34.09) | 302.38 (±33.52) | 49.96 (±5.12) | 0.009 |
| | 50% | 277.39 (±37.83) | 337.19 (±36.30) | 59.8 (±5.88) | 0.027 |
| | 75% | 309.21 (±39.43) | 386.44 (±40.06) | 77.23 (±7.08) | 0.004 |
| | 100% | 355.93 (±40.38) | 416.49 (±44.22) | 60.56 (±7.94) | 0.016 |

DE: Desviación Estándar.

La tabla 3 presenta los resultados de los registros de las variables electromiográficas analizadas en el presente estudio. Se puede observar cómo en todas las variables existen diferencias significativas entre los dos grupos analizados (mayores sanos contra jóvenes sanos). Esta diferencia no sólo es significativa en cuanto al nivel de activación medido mediante el pico máximo de activación y el área bajo la curva, sino que, además, en el tiempo de activación también existen diferencias significativas entre los dos grupos, siendo mayor el tiempo necesario en el grupo de mayores que el grupo de jóvenes sanos. Además, en esta ocasión, todas las variables mostraron una distribución normal, por lo que la diferencia entre grupos fue analizada mediante la prueba T-Student.

Tabla 3: Diferencias entre los dos grupos analizados (mayores sanos y jóvenes sanos) de las variables electromiográficas extraídas del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isométricas del pie a distintas intensidades: 25% - 50% - 75% - 100% de la contracción máxima voluntaria.

| | Intensidad | Mayores sanos (DE) | Jóvenes Sanos (DE) | Diferencia | Sig. |
|--|------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Pico máximo activación muscular (μ V) | 25% | 327.15 (\pm 42.47) | 399.40 (\pm 42.84) | 72.25 (\pm 6.43) | \leq 0.001 |
| | 50% | 387.24 (\pm 46.14) | 464.18 (\pm 54.14) | 76.94 (\pm 7.97) | \leq 0.001 |
| | 75% | 457.12 (\pm 52.11) | 537.48 (\pm 58.34) | 80.36 (\pm 7.42) | 0.003 |
| | 100% | 501.36 (\pm 67.38) | 697.43 (\pm 76.35) | 196.07 (\pm 10.77) | \leq 0.001 |
| Tiempo al PMA (segundos) | 25% | 0.28 (\pm 0.04) | 0.19 (\pm 0.03) | -0.09 (\pm 0.01) | \leq 0.001 |
| | 50% | 0.29 (\pm 0.05) | 0.21 (\pm 0.04) | -0.08 (\pm 0.02) | 0.004 |
| | 75% | 0.25 (\pm 0.03) | 0.17 (\pm 0.02) | -0.08 (\pm 0.01) | \leq 0.001 |
| | 100% | 0.27 (\pm 0.03) | 0.19 (\pm 0.02) | -0.08 (\pm 0.02) | \leq 0.001 |
| Área bajo la curva (μ V) | 25% | 418.48 (\pm 51.24) | 681.72 (\pm 79.37) | 263.24 (\pm 21.79) | 0.003 |
| | 50% | 573.87 (\pm 61.48) | 798.30 (\pm 86.40) | 224.43 (\pm 26.99) | \leq 0.001 |
| | 75% | 768.11 (\pm 89.24) | 1059.62 (\pm 97.48) | 291.51 (\pm 28.43) | \leq 0.001 |
| | 100% | 969.37 (\pm 114.86) | 1268.47 (\pm 116.58) | 299.1 (\pm 29.47) | \leq 0.001 |

DE: Desviación Estándar.

Discusión

El principal objetivo de este estudio era comparar, entre un grupo de mayores sanos y un grupo de jóvenes sanos, las variables arquitectónicas (área del corte transversal, grosor muscular y ángulo de penación) y funcionales (variables electromiográficas y momento de fuerza) del músculo tibial anterior cuando éste se contrae durante flexiones dorsales isométricas máximas a distintas intensidades: 100% - 75% - 50% - 25%. Ante los resultados obtenidos una vez derrollado el protocolo de medición y analizados los registros de las distintas variables de resultado para cada una de las intensidades dentro de cada grupo, se puede afirmar que el objetivo del presente estudio se ha alcanzado.

En los resultados de este estudio, se observa cómo los jóvenes poseen un mayor rendimiento muscular que el grupo de mayores sanos. Este mayor rendimiento se puede asociar a unos registros mayores en todas y cada una de las variables de resultado salvo en el tiempo para alcanzar el pico máximo de activación muscular, donde se observa cómo los jóvenes requieren de menor tiempo para alcanzar el pico máximo de activación en cada una de las flexiones dorsales isométricas del pie a distintas intensidades. Este menor rendimiento físico puede ser una de las causas por las que los mayores sufren un deterioro de la independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (De Vries y col. 2014; Rogan y col. 2011), lo que se podría traducir en un aumento a medio plazo de la fragilidad de este grupo poblacional (De Vries y col. 2014; Rogan y col. 2011), y en una mayor probabilidad de muerte a largo plazo (De Vries y col. 2014; Rogan y col. 2011).

Así, la identificación de esta alteración del rendimiento de músculo tan importante para el equilibrio y deambulación de la persona, puede ser utilizado para favorecer el desarrollo de estrategias de intervención que permitan ralentizar la involución propia del ser humano, pidiéndose traducir, a corto

plazo en una mejora del equilibrio, a medio plazo en una reducción del riesgo de caída y un aumento de la independencia de la persona y, a largo plazo, en una reducción de la probabilidad de muerte.

Referencias

- Al-Mulla MR, Sepulveda F, Colley M: A review of non-invasive techniques to detect and predict localised muscle fatigue. *Sensors (Basel)*. 2011, 11(4):3545-3594. doi: 10.3390/s110403545
- Bland DC, Prosser LA, Bellini LA, Alter KE, Damiano DL: Tibialis anterior architecture, strength, and gait in individuals with cerebral palsy. *Muscle Nerve* 2011, 44(4):509-517.
- Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Ability to discriminate between healthy and low back pain sufferers using ultrasound during maximum lumbar extension. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Jun;95(6):1093-9. doi: 10.1016/j.apmr.2014.01.023.
- de Oliveira LF, Menegaldo LL: Individual-specific muscle maximum force estimation using ultrasound for ankle joint torque prediction using an EMG-driven Hill-type model. *J Biomech* 2010, 43(14): 2816-2821.
- De Vries EA, Caljouw SR, Coppens MJM, Postema K, Verkerke GJ, Lamoth CJC. Differences between Young and Older Adults in the Control of Weight Shifting within the Surface of Support. *PLoS ONE*. 3 de junio de 2014;9(6):e98494.
- Ivanenko YP, Cappellini G, Dominici N, Poppele RE, Lacquaniti F. Coordination of locomotion with voluntary movements in humans. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 3 de agosto de 2005;25(31):7238-53.
- Larivière, C., DA Silva, R.A., Arsénault, A.B., Nadeau, S., Plamondon, A., Vadeboncoeur, R. (2010) Specificity of a back muscle exercise machine in healthy and low back pain subjects. *Med Sci Sports Exerc*. Mar;42(3):592-9.
- Manal K, Roberts DP, Buchanan TS: Can pennation angles be predicted from EMGs for the primary ankle plantar and dorsiflexors during isometric contractions? *J Biomech* 2008, 41(11):2492-7
- Neptune RR, Clark DJ, Kautz SA. Modular control of human walking: a simulation study. *J Biomech*. 19 de junio de 2009;42(9):1282-7.
- Ruiz-Muñoz M, Cuesta-Vargas AI. Electromyography and sonomyography analysis of the tibialis anterior: a cross sectional study. *J Foot Ankle Res*. 2014 Feb 8;7(1):11. doi: 10.1186/1757-1146-7-11.
- Rogan S, Hilfiker R, Herren K, Radlinger L, Bruin ED de. Effects of whole-body vibration on postural control in elderly: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 3 de noviembre de 2011;11(1):72.
- Stapp CE: Surface electromyography for speech and swallowing systems: measurement, analysis, and interpretation. *J Speech Lang Hear Res*. 2012, 55(4): 1232-1246. doi:10.1044/1092-4388.
- Tsaopoulos DE, Baltzopoulos V, Maganaris CN. Human patellar tendon moment arm length: measurement considerations and clinical implications for joint loading assessment. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2006 Aug;21(7):657-67.

CAPÍTULO 60

Osteoporosis: prevención y factores de riesgo

Soledad Escavy Marsilla, Blanca Minguez López, Elena López Molina, Antonio Marín Yago,
y Ana Bernal Belmonte

Diplomatura en Enfermería (España)

Introducción

El *National Institute of Health* definió la osteoporosis en 1991 como “una enfermedad generalizada del sistema esquelético caracterizada por la pérdida de masa ósea y por el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que compromete la resistencia ósea y que condiciona como consecuencia una mayor fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a las fracturas” (Hermoso de Mendoza, 2003). En 2002 la definición se modificó puesto que se había demostrado que no era sólo una cuestión de la masa ósea, sino que influían otra serie de factores como la “calidad” del hueso. En la actualidad la osteoporosis se considera “un trastorno generalizado del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a la persona a un mayor riesgo de fractura” (Corral, Del Pino, Díaz, Díaz & Diez, 2002).

La osteoporosis es una de las enfermedades más comunes en la tercera edad. En España más de 2,5 millones de personas padecen algún problema de osteoporosis. Aunque es una enfermedad presente en ambos sexos tiene mayor incidencia en las mujeres. El 25% de enfermos de osteoporosis son hombres, frente al 75% restante, que son mujeres. Se calcula que una de cada cuatro mujeres mayores de 50 años la padece.

En nuestro país se producen cada año más de 100.000 fracturas vertebrales y más de 40.000 fracturas de cadera a causa de esta enfermedad. Aproximadamente la mitad de las mujeres mayores de 50 años sufren alguna fractura a causa de la osteoporosis.

Dentro de las fracturas osteoporóticas cabe destacar los siguientes tipos de fracturas *Fractura de cadera*: Las fracturas de cadera, aunque no son las más frecuentes en los pacientes con osteoporosis, ya que solo en un 1% de las caídas se producen este tipo de fracturas, representan uno de los mayores problemas relacionados con esta enfermedad. En todos los casos incluyen el ingreso hospitalario y en la mayoría de ocasiones precisan de tratamiento quirúrgico, lo que aumenta considerablemente la morbimortalidad relacionada con la osteoporosis. Las fracturas de cadera son el doble en la mujer que en el varón y su incidencia va aumentando con la edad (Kanis et al., 2002). Aproximadamente el 80% de las fracturas de cadera que se producen en la tercera edad ocurren a las mujeres. Esta mayor incidencia se debe a que en la tercera edad el número de mujeres que hay es mayor que el de hombres.

Fractura vertebral: La prevalencia de las fracturas vertebrales es difícil de cuantificar ya que más de dos tercios son asintomáticas. Las mujeres mayores de 65 años que sufren una fractura vertebral, multiplican por entre 7 y 10 veces las posibilidades de volver a padecer otra fractura en los 5 años siguientes. Este tipo de fracturas no son frecuentes antes de los 50 años y el riesgo de padecerlas aumenta con la edad. Según datos europeos entre un 20 y un 25% mujeres mayores de 50 años sufrirán una fractura vertebral secundaria a osteoporosis. El estudio prospectivo “European Prospective Osteoporosis Study” (EPOS) sitúa la incidencia en un 1% en mujeres de 65 años, 2% en las de 75 años y 3% en las mayores de 85 años (Muñoz-Torres, Varsavsky & Avilés, 2010). En varones mayores de 50 años la incidencia es aproximadamente la mitad que en mujeres.

Fracturas de muñeca: En el caso de las fracturas de muñeca los datos que hay son bastante más escasos que los datos relacionados con fractura de cadera y vertebral. Aun así, al igual que en los casos anteriores, son más frecuentes en mujeres mayores de 65 años (Muñoz-Torres et al., 2010).

Uno de los problemas de esta enfermedad es que los pacientes no saben que la padecen hasta que sufren una fractura, incluso tampoco en esos casos, puesto que dos de cada tres fracturas vertebrales pasan inadvertidas. Algunos estudios han comprobado que el 95% de los pacientes que presentan una fractura por fragilidad no presentaba un diagnóstico previo de osteoporosis (Muñoz-Torres et al., 2010)

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de tomar conciencia de dicha enfermedad para poder adoptar las medidas adecuadas de prevención de la enfermedad, o en el caso de sufrir la enfermedad, llevar a cabo medidas eficaces para evitar o retrasar la aparición de fracturas óseas.

Objetivos

Analizar los principales factores de riesgo de sufrir osteoporosis para poder establecer las medidas de prevención más eficaces y concienciar de la importancia de adoptar estas medidas de prevención en la tercera edad.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de las bases de datos SciELO, PubMed, Elsevier, Dialnet y en el buscador Google para recuperar las revisiones existentes relacionadas con la osteoporosis de forma general y con la osteoporosis en la tercera edad de forma específica. Los descriptores que se han usado han sido: “osteoporosis”, “vejez”, “factores de riesgo”, “prevención fracturas”, “old age”, “risk factor” y “fractures prevention”.

Los criterios de selección fueron todo tipo de artículos científicos limitando la búsqueda a artículos en español e inglés.

Discusión

Para poder clasificar la osteoporosis (OP), en 1994, la OMS estableció las categorías o criterios diagnósticos. Para hacerlo se basó en la incidencia y prevalencia de fracturas en mujeres de raza blanca posmenopáusicas y en la densidad de masa ósea en función de la edad. El resultado de esta clasificación es el siguiente (Sanz, 2007):

Clasificación de la densidad de masa ósea según la OMS (1994)

| | |
|--------------------|---|
| Normal | DMO superior a - 1 DE (T-score \geq - 1,0 DE) |
| Osteopenia | DMO entre -1 y -2,5 DE (T-score $<$ -1 y $>$ -2,5 DE) |
| Osteoporosis | DMO inferior a -2,5 DE (T-score \leq -2,5 DE) |
| Osteoporosis grave | DMO inferior a -2,5 DE y presencia de alguna fractura por fragilidad. |

Una vez se ha establecido el diagnóstico de OP podemos clasificarla en primaria y secundaria. Dentro de la primaria encontramos la idiopática juvenil y del adulto joven, la postmenopáusica o tipo I y la senil o tipo II (Hermosos de Mendoza, 2003). Estas dos últimas son las características de las personas mayores, por tanto, las más relevantes en este estudio. La tipo I se da en mujeres postmenopáusicas de entre 51 y 75 años y en ella se produce una pérdida desproporcionada y más rápida de lo normal de hueso. La tipo II se da en personas mayores de 70 años, tanto hombres como mujeres. Se produce por un

déficit de la función de los osteoblastos (bajo remodelado óseo). Otros factores etiopatogénicos son la peor absorción del calcio a nivel intestinal, sedentarismo, disminución del tiempo de exposición al sol y trastornos nutricionales que pueden producir hiperparatiroidismo secundario y déficit de vitamina D.

Factores de riesgo

Es importante establecer los factores de riesgo para poder establecer unas medidas de prevención eficaces para la OP.

Tras la realización de diversos estudios epidemiológicos se han podido establecer diversos criterios que son indicativos de una mayor probabilidad de padecer OP (Sosa, Gómez de Tejada & Hernández, 2001). Muchos de estos criterios no son muy específicos, pero son importantes para poder establecer medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Estos son algunos de los factores más específicos: la edad, fracturas previas, antecedentes familiares de OP y menopausia desde hace al menos 10 años. Aunque no son los únicos, estos son algunos de los factores de riesgo más importantes para padecer OP.

Menopausia: es uno de los factores de riesgo más importante para padecer esta enfermedad. La edad de aparición del climaterio es a los 49 años aproximadamente y la esperanza de vida se sitúa por encima de los 80 años, lo que implica que, como media, las mujeres pasen más de un tercio de su vida con la menopausia. El riesgo de sufrir OP es mayor cuanto más precoz sea la edad de la menopausia (Hermosos de Mendoza, 2003).

Edad: Debido a la menopausia la edad es un factor más importante para la mujer hasta los 75 años. A esa edad la proporción entre mujeres y hombres tiende a igualarse y pasa a ser de 2 mujeres que la padecen por cada hombre, mientras que a edades más tempranas la proporción es distinta, la padecen 8 mujeres por cada hombre (Hermosos de Mendoza, 2003).

Genética: No se puede demostrar que haya una causa genética ni hereditaria para padecer OP, pero lo que sí es está demostrado es que las hijas de mujeres con OP tienen mayor probabilidad tener dicha patología.

Masa corporal: Las pacientes con un IMC < 19 Kg/m² tienen más riesgo de padecer OP porque su densidad de masa ósea es menor, como en el caso de las personas con anorexia.

Ingesta de calcio: para un metabolismo óseo normal es necesario la ingesta de calcio en la dieta. Varios estudios han demostrado una mayor incidencia de fracturas en zonas geográficas donde la ingesta de calcio en la dieta es menor. La ingesta recomendada depende de la edad y de las circunstancias individuales de cada persona, pero oscila entre 1.000 -1.200 mg /día (Quesada & Sosa, 2011).

Vitamina D: la vitamina es D es necesaria para absorber el calcio, de ahí su importancia en la OP. En un entorno normal, manteniendo una dieta equilibrada y una exposición a la luz solar de forma moderada no sería necesario el aporte de suplementos de vitamina D. La cantidad de vitamina D que necesita nuestro organismo al día oscila entre 400-800 UI (Quesada & Sosa, 2011).

Tabaco: Con relación al tabaco hay 2 posturas. Por un lado hay estudios que han objetivado la relación entre el consumo de tabaco y una menor DMO. Se considera que el tabaco produce una disminución de la actividad osteoblástica del hueso además de disminuir la absorción de calcio a nivel intestinal. Pero, según esta postura, el aspecto más negativo del tabaco es su efecto antiestrogénico. Por otro lado están los estudios que refieren que no existe esa relación entre el tabaco y los trastornos del metabolismo óseo.

Alcohol: El consumo de alcohol de forma crónica tiene un efecto directo sobre la formación del hueso y también se relaciona con alteraciones del metabolismo mineral óseo del calcio. Además de esto el consumo de alcohol tiene efectos negativos a nivel nutricional y endocrino.

Ejercicio físico: tener una vida activa y realizar ejercicio físico acorde con la edad de cada persona desarrolla un importante papel para el crecimiento y la remodelación del hueso. Los estilos de vida sedentarios implican la ausencia de estos estímulos y, por lo tanto, la posibilidad de desarrollar o agravar una OP se ve incrementada.

Es importante dividir los factores de riesgo en modificables y no modificables para saber sobre cuales podemos trabajar para establecer unas medidas de prevención contra la OP y en caso de que esta ya esté presente para reducir las posibilidades de padecer fracturas (Sosa & Díez, 2009).

| Factores de riesgo para la baja DMO | |
|--|--|
| No modificables | Modificables |
| Edad | Actividad física escasa: sedentarismo |
| Sexo (mujer) | Escasa ingestión de calcio |
| Genética | Dieta hiperproteica |
| Menopausia | Tabaco |
| Hipogonadismo | Abuso de alcohol |
| Enfermedades: | Abuso de café |
| Endocrinas: Cushing, hiperparatiroidismo primario, hipertiroidismo | Delgadez (IMC < 19 kg/m ²) |
| Reumatológicas: artritis reumatoide | Corticoides |
| Nutricionales: malnutrición, anorexia | Inmunosupresores |
| Digestivas: celiaquía, hepatopatías graves | Anticoagulantes |
| Neoplásicas: mieloma múltiple | Heparina |

Prevención

La prevención de la OP puede resultar muy difícil puesto que la mayoría de las personas que la padecen no lo saben. Por eso, conociendo los factores de riesgo, hay que establecer medidas de prevención efectivas desde edades tempranas.

Las medidas de prevención se pueden dividir en función del riesgo de padecer la enfermedad, si está presente o si esta avanzada.

Prevención primaria

El objetivo es, conociendo los principales factores de riesgo de padecer OP, establecer medidas específicas para evitar la aparición de la enfermedad. Las medidas preventivas de esta fase deberían empezar a edades tempranas y mantenerse durante toda la vida.

Dieta equilibrada: se debe tener una dieta equilibrada en cantidad y composición. Las dietas escasas en calorías favorecen la aparición de la OP puesto que se produce una alteración en la formación de estructuras del cuerpo. En los ancianos, por múltiples causas como la dificultad en la masticación o los cambios propios de la edad en el aparato digestivo, la dieta suele ser insuficiente en cantidad y, por lo tanto, en calorías.

Los principales nutrientes para la formación de hueso son las proteínas, calcio y vitamina D, pero también intervienen otros como fósforo, magnesio y vitaminas a, c y b6. Se deben tomar 3 raciones diarias de alimentos ricos en calcio, preferiblemente con poca grasa y 2 raciones diarias de proteínas (Servicio de promoción y educación para la salud, 2004).

En personas sanas las cantidades normales que ingerimos en la dieta de calcio y vitamina d suelen ser suficientes, de ahí que los suplementos de vitamina D o de calcio deben ser prescritos por un médico.

Ejercicio físico: se recomienda hacer ejercicio moderado y adecuado a la edad y condición física de cada persona, pero por lo general se recomienda hacer ejercicio 3 o 4 veces por semana y de 30 a 60 minutos de duración.

Eliminar hábitos tóxicos como tabaco y alcohol: el tabaco provoca una disminución del depósito de calcio en el hueso. El alcohol, se debe tomar en muy poca cantidad y con moderación puesto que además de ser perjudicial para el organismo, la ingesta excesiva de alcohol aumenta el riesgo de sufrir caídas

Tomar el sol para favorecer la formación de vitamina D: se recomienda pasear al sol evitando las horas de calor excesivo.

Pruebas radiológicas y otras exploraciones médicas: se deben hacer pruebas para confirmar o descartar la enfermedad en pacientes con altos factores de riesgo; como densitometrías óseas periódicas en mujeres postmenopáusicas

Prevención secundaria

En este caso el objetivo es diagnosticar y tratar la enfermedad de forma precoz para evitar el avance. Las medidas de esta fase se centrarían en continuar con las medidas mencionadas anteriormente, pero además complementarlo con medidas terapéuticas farmacológicas. Los fármacos usados para el tratamiento de la OP se dividen en inhibidores de la resorción ósea y estimuladores de la formación ósea (Lugones, 2001).

Dentro de los inhibidores de la resorción ósea están los estrógenos, la calcitonina y los bifosfonatos.

Los estrógenos estabilizan la masa ósea en los primeros años de la posmenopausia, reducen la remodelación ósea a niveles premenopáusicos, por lo cual disminuyen el rango de pérdida ósea y, por tanto, el riesgo de fractura.

El uso de la calcitonina está indicado cuando no es aconsejable la terapéutica hormonal sustitutiva. Entre sus efectos están el aumento de masa ósea y reducción del riesgo de fracturas. Se recomienda la realización de densitometría ósea después de haber seguido el tratamiento durante 2 años para considerar la necesidad de reiniciar el tratamiento.

Los bifosfonatos son compuestos sintéticos que se absorben de manera rápida y tienen preferencia por la estructura ósea, también suprimen la reabsorción ósea mediada por osteoclastos. Son fármacos con una antigüedad de 20 años, pero su uso ha sido cuestionado porque algunos pacientes desarrollaban osteomalacia, hiperfosfatemia y trastornos de la mineralización. Hoy se conocen nuevas formas que, usadas de forma cíclica y en dosis no elevadas, no producen alteración de la mineralización ósea y tienen efectos beneficiosos.

Prevención terciaria

El objetivo más importante es la reducción del riesgo de las complicaciones propias de la enfermedad, considerando un daño basal ya establecido. Las caídas en personas con OP son el factor de riesgo más importante para padecer fracturas. Por lo tanto, las medidas en esta fase se centrarán en la prevención de las caídas y reducir la incidencia de fracturas.

Es importante adecuar el domicilio de las personas a su situación física y a su enfermedad. Estas son algunas medidas importantes:

- Retirar los objetos que puedan provocar caídas como cables y alfombras
- Tener una cama baja de manera que los pies toquen el suelo al bajarse de la cama.
- Procurar evitar que haya distintas alturas en el domicilio. En caso de no ser posible, poner barandillas u otro tipo de ayudas para que los escalones no supongan un riesgo.
- Tener una buena iluminación.
- Poner sujeciones y antideslizantes en el baño.

Por otro lado, para evitar las fracturas también se debe regular y limitar el uso de medicación que puede afectar a la movilidad y a los reflejos del anciano como puede ser el uso de benzodiazepinas.

Conclusion

La osteoporosis es una enfermedad propia de las personas en la tercera edad que puede producir fracturas serias e incapacitantes a largo plazo.

Es importante concienciar a la población de que, llevando a cabo determinadas medidas de prevención a lo largo de la vida y, en especial, en la tercera edad, se pueden reducir los factores riesgo de padecer OP.

Hay muchos casos en los que la enfermedad evoluciona hasta producir una de las complicaciones más graves, como son las fracturas, porque no está diagnosticada. Esto refleja la imperiosa necesidad de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que es decisivo para evitar el avance de la enfermedad.

La clave para reducir los factores de riesgo de padecer OP y las fracturas son las medidas de prevención. Realizar un abordaje multidisciplinar y establecer medias de prevención eficaces sobre el anciano con OP o con riesgo de padecerla puede prevenir el avance de la enfermedad y la aparición de complicaciones graves.

Bibliografía

Carranza-Lira, S., Rosas, M., Murillo, A., Martínez, N. & Santos, J. (2002). Osteoporosis in postmenopausal women (Mexico City): Risk factors. *International journal of fertility and women's medicine*, 47, 22-25.

Corral, L., Del Pino, J., Díaz, M., Díaz, B. y Diez, A. (2002). *Protocolos Osteoporosis*. Sociedad Española Medicina Interna. Recuperado de <http://www.fesemi.org/grupos/osteoporosis/publicaciones?page=1>

Gómez de Tejada, M.J. y Sosa, M. (2006). El diagnóstico de la osteoporosis. *Medicine*, 9, 19-26.

Hermosos de Mendoza, M.T. (2003). Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (3), 29-52

Instituto Nacional de la Salud USA, (2000). Conferencia de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Oseas*, 9, 231-239.

Ismail, A. A., O'Neill, T.W., Cooper, C., Finn, J.D., Bhalla, K., Cannata, J.B., Delmas, P., Falch, J.A., Felsch, B., Hoszowski, K., Johnell, O., Diaz-Lopez, J.B., Lopes, A., Marchand, F., Raspe, H., Reid, D.M., Todd, C., Weber, K., Woolf, A., Reeve, J., Silman, A.J. on behalf of the EPOS Study Group. (2008). Mortality Associated with Vertebral Deformity in Men and Women: Results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *Osteoporosis international*, 8, 291-297.

Johnell, O. y Kanis. J. (2005). Epidemiology of osteoporotic fractures. *Osteoporosis International*, 16, 3-7.

Kanis, J.A., Johnell, O., De Laet, C., Jonsson, B., Oden, A. & Ogelsby, A.K., (2002). International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *Journal of Bone and Mineral Research*, 17, 1237-1244.

Lugones, M. (2001). Osteoporosis en la menopausia. Prevención y estrategias terapéuticas actuales. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 27, 199-204.

Muñoz-Torres, M., Varsavsky, M. y Avilés, M.D. (2010). Osteoporosis. Definición. Epidemiología. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 2, 85-87.

Peña, A. (2001). Ejercicio y hueso. Revisión bibliográfica. *Revista española de enfermedades metabólicas*, 10, 119-131.

Quesada, J.M. y Sosa, M. (2011). Nutrición y osteoporosis. Calcio y vitamina D. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 3(4), 165-182.

Riancho, J.A. & González, J. (2004). Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Mineral*. Recuperado de <http://www.unican.es/NR/rdonlyres/EB68B8BC-3AF3-46BC-96FF-AA2CC84834F4/47174/LIBRO.pdf>

Sanz, A., (2007). Intervención en cribado de osteoporosis. *OFFARM*, 26, 142-143.

Serra, J.A., Garrido, G., Vidán, M., Marañón, E., Brañas, F. y Ortiz, J. (2002). Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *Anales de Medicina Interna*, 19, 389-395.

Servicio de promoción y educación para la salud, (2004). *Prevención de la osteoporosis y las fracturas*. Murciasalud. Recuperado de <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/62117-osteoporosis.pdf>

Sosa, M., Gómez de Tejada, M. J. y Hernández, D. (2001). Prevención de la osteoporosis. Concepto, clasificación, factores de riesgo y clínica de la osteoporosis. *Revista española de enfermedades metabólicas óseas*, 10 (supl. A), 7-11.

Sosa, M. y Díez, A. (2009). Osteoporosis. Concepto. Etiopatogenia. Clínica. *Revista clínica española*, 209, 3-9.

Sosa, M. (2004). *Protocolos osteoporosis*. Sociedad Española Medicina Interna Recuperado de <http://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/protocolos-osteoporosis.pdf>

Sosa, H. & Jódar, E. (2003). *Bifosfonatos y osteoporosis posmenopáusica*. Barcelona: Calaf i Alsina J.

Suárez, M.M. y Sosa, M. (2006). Diagnóstico diferencial de osteoporosis. *Medicine*, 9, 27-34.

CAPÍTULO 61

Respuesta del músculo tibial anterior durante contracciones isotónicas máximas: Una comparación entre mayores sanos y supervivientes a un ictus

María Ruiz-Muñoz*, Jaime Martín-Martín**, y Manuel González-Sánchez***

**Universidad de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga (España),*

***Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago de Chile (Chile), Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA),*

****Universidad de Jaén, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga (España)*

Introducción

En las personas que sobreviven a un accidente cerebro vascular (ACV) o ictus cerebral, el signo más frecuente que afecta a la independencia de la persona que lo sufre es la hemiparesia o la debilidad muscular en las extremidades del lado contralateral al de la lesión cerebral (Li et al, 2014). Esta paresia, provoca una disminución de la capacidad funcional, limitando su autonomía para el desarrollo de actividades de la vida diaria y, por tanto, incrementando el riesgo de sufrir discapacidad (Burke et al. 2014).

Durante la deambulación, el tobillo realiza un movimiento cuyo rango oscila entre los 35 y los 45 grados (Weir & Chockalingam, 2007). De ellos al menos 15 grados de movimiento se deben a la flexión dorsal del pie (FD) (Gatt & Chockalingam, 2011).

Este movimiento, donde la parte anterior del pie se acerca a la parte anterior de la pierna pretende facilitar el contacto del talón con el suelo en la fase de apoyo, absorbiendo la energía que se genera al transformar un sistema cinético abierto (báscula de la pierna), en un sistema cinético cerrado (contacto talón - suelo) (Lee et al. 2013; Weir and Chockalingam 2007).

Gracias al mayor conocimiento de la sintomatología y causa que provoca el ictus, cada vez son más el número de personas que sobreviven a un ACV (Hankey 2014). Este incremento en el número de supervivientes, obliga a buscar estrategias para favorecer el mantenimiento y desarrollo de la fuerza y función muscular, minimizando los efectos negativos que el ACV provoca sobre la autonomía de la persona (Hankey 2014). Los hallazgos sugieren que el mantenimiento de la fuerza y mejora de la coordinación muscular puede reducir la prevalencia de limitaciones funcionales del paciente que sobrevive a un ACV (Li et al. 2014).

Para el estudio del comportamiento y la coordinación muscular, la electromiografía (EMG) y la ecografía (ECO) es una herramienta ampliamente utilizada (Cuesta-Vargas and Cano-Herrera 2014).

El principal objetivo del presente estudio es analizar la respuesta del músculo tibial anterior durante contracciones isotónicas máximas desde una perspectiva arquitectónica y funcional. Como objetivo secundario, este estudio persigue comparar los resultados entre un grupo de mayores sanos y un grupo de mayores supervivientes a un ictus (MSI).

Método

Participantes

En total catorce adultos mayores fueron reclutados. Un grupo lo formaban siete mayores sanos (4 hombres y 3 mujeres) de edades $70,81 \pm 6,96$ años; $1,63 \pm 4,70$ metros de altura y $74,69 \pm 12,13$ kg de peso. Los otros siete participantes eran mayores supervivientes a un ictus (4 hombres y 3 mujeres) de edades $72,8 \pm 5,91$ años, $1,63 \pm 3,82$ metros de altura y $73,69 \pm 13,12$ kg de peso.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: edad mayor de 65 años, capacidad de caminar de forma independiente más de 6 minutos a la velocidad deseada sin ninguna ayuda. Además, en el caso de

sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares se utilizó el siguiente criterio: haber sufrido un derrame cerebral por lo menos seis meses antes de la fecha de inicio del estudio.

Cada uno de los participantes otorgó su consentimiento siendo informado previamente y por escrito de todos los detalles del estudio. La aprobación ética para el estudio fue concedida por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

Instrumentos

La activación del músculo tibial anterior se midió utilizando el electromiógrafo Biomonitor ME60 00 (Mega Electronics Ltd, Kuopio, Finlandia), con una frecuencia de muestreo de 2000 Hz.

Para la adquisición de las imágenes de ultrasonido se utilizó el sistema de ultrasonido Esaote MyLab25 Gold con un modelo de sonda LA523 Esaote con una frecuencia de 12 Hz y 5 cm de profundidad.

El registro electromiográfico y las imágenes ecográficas fueron sincronizados, para ello se utilizó la consola ME6000 Biomonitor Megawin (a la que iban conectados los tres instrumentos) con el Software 3.0.1.

Procedimiento

Los participantes se sentaron en una silla especialmente diseñada para el experimento (Figura 1). La cadera y la rodilla quedaban a 90°. Se diseñó un dispositivo ajustable en altura ajustable y formado por dos plataformas, una vertical y una horizontal, éstas quedaban colocadas a un ángulo de 90°, de tal manera que el diseño del dispositivo permitía realizar una FD máxima del pie al mismo tiempo que impedía la flexión plantar del pie. La mitad posterior inferior de la pierna estaba en contacto con la plataforma vertical y la planta del pie se colocó sobre la plataforma horizontal, formando un ángulo máximo de 90° entre el pie y la pierna. Para evitar cambios de posición durante la prueba, el pie y la mitad inferior de la pierna se fijaban al dispositivo con cinchas de velcro ajustables al tamaño del participante.

Tanto la colocación de los electrodos como la preparación de la piel se realizaron según las recomendaciones europeas (SENIAM) para la electromiografía de superficie (sEMG). La distancia interelectrodos fue de 20 mm, después de la palpación del vientre del músculo TA durante la realización de una FD del pie.

La sonda fue colocada en la pierna correspondiente según el tipo de participante (mayor sano o superviviente a un ictus), en el primer tercio de la pierna, paralelo al eje mayor del músculo TA, utilizando la tuberosidad tibial como referencia (la sonda quedaba colocada debajo).

Cada participante realizó tres contracciones isotónicas máximas del músculo TA con un descanso entre cada repetición de 90 segundos. En el grupo de MSI fue analizado el TA del lado afecto, mientras que en el grupo de mayores sanos fue analizado el TA del lado no dominante.

Cada contracción isotónica máxima, incluyendo las fases concéntricas y excéntricas, se realizó sin ningún tipo de resistencia con el pie correspondiente según el tipo de participante. El test consistía en una prueba dinámica en la que la posición de partida del pie era una posición neutra de 90° con respecto a la pierna. El participante tenía que alcanzar la contracción isotónica máxima lo más rápidamente posible (a la máxima velocidad posible para cada sujeto). Cada participante realizó tres FDIMT (con un descanso de 90 segundos entre cada una de ellas).

Un sonido artificial marcaba el comienzo de la prueba. Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones iniciales en relación a la ejecución del test y la misma retroalimentación durante la ejecución de la prueba completa.

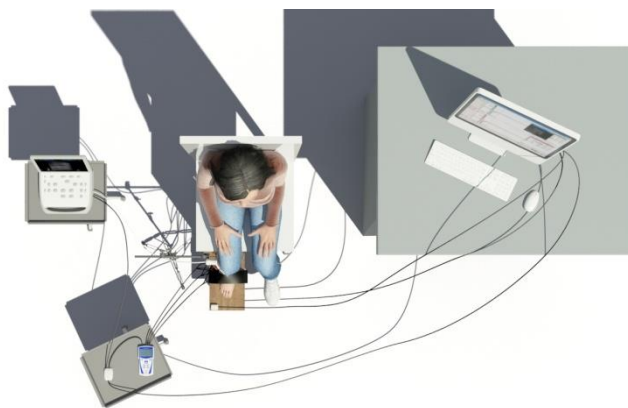
Antes de comenzar, cada participante pudo realizar el número de repeticiones del gesto que necesitase hasta familiarizarse con la prueba.

Cada contracción isotónica máxima se monitorizó mediante un sensor inercial y se registró la activación eléctrica del músculo TA.

Las variables de resultado obtenidas mediante ecografía fueron las enumeradas a continuación: grosor muscular, ángulo de penación, área del corte transversal.

Las variables de resultado obtenidas mediante electromiografía fueron las enumeradas a continuación: pico máximo de activación muscular (PMAM), activación muscular media (AMM), área bajo la curva (ABC).

Figura 1. Esquema del experimento



Análisis de datos

El diseño seleccionado para este estudio fue transversal analítico.

El análisis estadístico del presente estudio comenzó con un análisis descriptivo de la muestra, dividiendo los resultados en función del grupo al que pertenecía cada uno de los participantes. Seguidamente se realizó una comparación entre grupos (mayores sanos y supervivientes a un ictus) de todas las variables de resultado.

Previo a dicha comparación, se analizó la distribución de la muestra utilizando el Kolmogorov-Smirnov test.

Aquellas variables cuya distribución era normal fueron analizadas mediante la prueba T-Student, mientras que aquellas variables que no tenían una distribución normal, fueron analizadas mediante el test de Wilcoxon.

El nivel de significación se estableció con un valor de p estadísticamente significativo menor de 0,05.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra.

| | Mayores sanos (DE) | Supervivientes Ictus (DE) | Sig. |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------|
| Edad (años) | 73.18 (±4.74) | 71.96 (±4.33) | 0.617 |
| Peso (kg) | 74.55 (±16.34) | 75.07 (±13.79) | 0.487 |
| Altura (m) | 161.89 (±8.03) | 163.02 (± 7.44) | 0.521 |
| ÍMC (Kg/m ²) | 27.91 (±3.11) | 27.16 (± 4.42) | 0.433 |
| Días desde el ictus | - | 395.15 (±17.26) | |
| N (Hombres / Mujeres) | 7 (4/3) | 7 (4/3) | |

DE: Desviación Estándar.

Resultados

En la tabla 1 aparecen los datos descriptivos de la muestra. En ella se puede apreciar cómo en ninguna de las variables presentadas existen diferencias significativas entre los grupos. Además también se puede apreciar cuantos días han transcurrido de media, desde que los supervivientes a un ictus sufrieron el episodio hasta el día del estudio, concretamente 395.15 (±17.26).

Por otro lado, en la tabla 2 se presenta la comparación de las medias de las variables de arquitectura muscular del tibial anterior durante las flexiones dorsales isotónicas máximas del pie. De las tres variables analizadas, dos mostraban una distribución normal (paramétrica) (ángulo de penación y grosor muscular), mientras que el área del corte transversal del músculo presentó una distribución no normal (no paramétrica). Ante estos resultados, la comparación entre grupos del ángulo de penación y grosor muscular fue realizado mediante la prueba T-Student, mientras que el área del corte transversal del músculo fue realizada a través del test de Wilcoxon.

Tabla 2. Diferencias entre los dos grupos analizados (mayores sanos y supervivientes a un ictus) de las variables de arquitectura muscular extraídas del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isotónicas máximas del pie. .

| | Mayores sanos (DE) | Supervivientes Ictus (DE) | Diferencia | Sig. |
|--|---------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------|
| Ángulo de penación (grados) | 17.0 (±2.14) | 13.1 (±1.57) | 3.9 (±1.1) | 0.007 |
| Grosor muscular (mm) | 28.34 (±2.44) | 18.6 (±2.84) | 9.74 (±8.61) | 0.002 |
| Área del corte transversal (mm ²) | 389.33 (±29.05) | 288.03 (± 23.43) | 101.3 (±19.0) | 0.019 |

DE: Desviación Estándar.

Finalmente en la tabla 3 se pueden observar los registros y diferencias de las variables electromiográficas extraídas del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isotónicas máximas.

En las tres variables se observan diferencias significativas entre ambos grupos. Además, todas las variables de resultado electromiográficas mostraban una distribución normal, por lo que dichas comparaciones han sido realizadas utilizando la prueba T-Student.

Tabla 3. Diferencias entre los dos grupos analizados (mayores sanos y supervivientes a un ictus) de las variables electromiográficas extraídas del músculo tibial anterior durante flexiones dorsales isotónicas máximas del pie. .

| | Mayores sanos (DE) | Supervivientes Ictus (DE) | Diferencia | Sig. |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Pico máximo activación muscular (μ V) | 501.36 (\pm 76.28) | 286.39 (\pm 39.11) | 214.97 (\pm 34.27) | \leq0.001 |
| Activación Muscular Media (μ V) | 359.31 (\pm 40.08) | 236.88 (\pm 29.42) | 122.43 (\pm 27.70) | \leq0.001 |
| Área bajo la curva (μ V) | 957.20 (\pm 120.59) | 750.29 (\pm 100.04) | 206.91 (\pm 58.35) | \leq0.001 |

DE: Desviación Estándar.

Discusión

A pesar de no haber encontrado un estudio que compare el movimiento de FD del pie entre supervivientes a un ictus y mayores sanos, los resultados observados en este estudio fueron consistentes con otros estudios que han examinado los patrones de movimiento entre supervivientes a un ictus y mayores sanos (Li et al, 2014; Hall, 2010; Higginson, 2006; Raja, Neptune and Kautz, 2012). El ciclo de la marcha es un movimiento automático, coordinado y continuo (Neptune and McGowan, 2011) en el que la FD del pie es uno de los movimientos más importantes tanto en la fase de vuelo como al inicio de la fase de apoyo (Ivanenko, 2005). La alteración en el patrón de activación muscular observada en el presente estudio puede ser uno de los factores que determinan negativamente la deambulación de los supervivientes a un ictus.

Si se analizan los resultados entre los dos grupos durante la FD isotónica del pie, se observa que existen diferencias significativas entre los dos grupos comparados, tanto en las variables electromiográficas como en las variables de arquitectura muscular (Tablas 2 y 3). Los estudios han demostrado que un menor rendimiento en la FD del pie tiene una gran influencia en el ciclo de la marcha y el equilibrio (Martinelli et al. 2013; Stanhope et al. 2014). Chisholm y colaboradores (2013) llegaron a la conclusión de que los que tienen los pies caídos o “drooped foot” muestran una disminución de la amplitud de movimiento del tobillo, de la respuesta sensitivo-motora y de la fuerza muscular en comparación con los que tienen un ciclo de la marcha normal. Además, otros dos estudios concluyen que una disminución en la fuerza y la movilidad del tobillo tiene un impacto negativo en el ciclo de la marcha y el equilibrio (Martinelli et al. 2013; Stanhope et al. 2014), obligando a la persona a buscar estrategias compensatorias que son mecánicamente ineficiente y costosas energéticamente.

Desde una perspectiva arquitectónica y funcional, la respuesta que ofrece el músculo tibial anterior durante contracciones isotónicas máximas es distinta cuando se comparan mayores sanos y mayores supervivientes a un ictus. Estos resultados pueden ser de gran utilidad a la hora de planificar un programa terapéutico para este tipo de pacientes.

Referencias

- Burke E, Dodakian L, See J, McKenzie A, Riley JD, Le V, Cramer SC. A multimodal approach to understanding motor impairment and disability after stroke. *J Neurol*. 2014 Apr 12. [Epub ahead of print]
- Chisholm AE, Perry SD, McIlroy WE. Correlations between ankle-foot impairments and dropped foot gait deviations among stroke survivors. *Clin Biomech* (Bristol, Avon). Nov-Dec;28(9-10):1049-54. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2013.09.007
- Cuesta-Vargas AI, Cano-Herrera CL. Surface electromyography during physical exercise in water: a systematic review. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2014 Apr 15;6(1):15.
- Gatt A, Chockalingam N. Clinical assessment of ankle joint dorsiflexion: a review of measurement techniques. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2011 Jan-Feb;101(1):59-69. Review.
- Hall, LH. *Understanding changes in post-stroke walking ability through simulation and experimental analyses*. Austin: University of Texas; 2010.
- Hankey GJ. *Secondary stroke prevention*. *Lancet Neurol*. 2014 Feb;13(2):178-94. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70255-2.
- Higginson JS, Zajac FE, Neptune RR, Kautz SA, Delp SL. Muscle contributions to support during gait in an individual with post-stroke hemiparesis. *J Biomech*. 39:1769–1777.
- Ivanenko YP, Cappellini G, Dominici N, Poppele RE, Lacquaniti F. (2005) Coordination of locomotion with voluntary movements in humans. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 25(31):7238-53.
- Lee H, Ho P, Rastgaar M, Krebs H, Hogan N. Multivariable Static Ankle Mechanical Impedance With Active Muscles. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2013 Sep 20.
- Li H, Zhao G, Zhou Y1, Chen X, Ji Z, Wang L. Relationship of EMG/SMG features and muscle strength level: an exploratory study on tibialis anterior muscles during plantar-flexion among hemiplegia patients. *Biomed Eng Online*. 2014 Jan 27;13:5. doi: 10.1186/1475-925X-13-5.
- Martinelli AR, Mantovani AM, Nozabiel AJ, Ferreira DM, Barela JA, Camargo MR, et al. *Muscle strength and ankle mobility for the gait parameters in diabetic neuropathies*. *Foot (Edinb)*. 2013 Mar;23(1):17-21. doi: 10.1016/j.foot.2012.11.001. Epub 2012 Dec 27.
- Neptune RR, McGowan CP. Muscle contributions to whole-body sagittal plane angular momentum during walking. *J Biomech*. 44(1):6-12.
- Raja B, Neptune RR, Kautz SA. Coordination of the non-paretic leg during hemiparetic gait: expected and novel compensatory patterns. *Clin Biomech* (Bristol, Avon). Dec;27(10):1023-30. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2012.08.005.
- Stanhope VA, Knarr BA, Reisman DS, Higginson JS. (2014) Frontal plane compensatory strategies associated with self-selected walking speed in individuals post-stroke. *Clin Biomech* (Bristol, Avon). 2014 Apr 13. pii: S0268-0033(14)00066-7. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2014.03.013.
- Weir J, Chockalingam N. Ankle joint dorsiflexion: Assessment of true values necessary for normal gait. *Int J Ther Rehabil*. 2007; 14 (2): 76–82.

CAPÍTULO 62

Porcentajes de participación de los músculos tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor largo del dedo gordo durante flexiones dorsales isotónicas máximas del tobillo

Jaime Martín-Martín*, María Ruiz-Muñoz**, y Manuel González-Sánchez***

Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago de Chile (Chile), Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), **Universidad de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España * Universidad de Jaén, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, (España)*

Introducción

Tanto para el mantenimiento del equilibrio como para la deambulación, la flexión dorsal (FD) del pie juega un importante papel en el complejo proceso que implica la ejecución de ambas características que hacen tan distintivo al ser humano (MannyHagy,1980; Cornwally McPoil, 1994; Daubney y Culham,1999). El correcto funcionamiento de este movimiento durante contracciones isotónicas concéntricas y excéntricas es esencial para caminar y realizar otras actividades de la vida diaria (AVD) (Nilsson, Thorstensson y Halbertsma,1985). Los principales músculos implicados en la FD del pie son el tibial anterior (TA), extensor común de los dedos (ECD)y extensor propio del 1º(EP1º), se sabe que el mantenimiento y la mejora de la fuerza y el equilibrio de este grupo muscular, reducen el riesgo de caídas (Legerlotz, Smith y Hing, 2010), por lo que su evaluación durante el envejecimiento disminuye la prevalencia de limitaciones funcionales durante esta etapa de la vida.

La Electromiografía de superficie (sEMG) proporcionan información sobre aspectos de la función muscular, como la fatiga muscular (Masuda y colaboradores,1999; Fukunaga y colaboradores, 2007) o la patología muscular (Hogre, 2005; Shi, Zheng, Chen y Huang, 2007). La relación entre la actividad y la función muscular incluye el estudio de parámetros cinemáticos como la aceleración o la velocidad del movimiento (Zwarts y Stegeman, 2003).

La grabación sincronizada de parámetros que definen músculos, movimientos y gestos es ya utilizada en el diagnóstico y evaluación de intervenciones (Guo, Zheng, Kenney y Xie, 2009; Shi, Chang yZheng, 2010).

El objetivo del presente trabajo es analizar, mediante electromiografía, la participación de los tres principales flexores dorsales del tobillo durante flexiones dorsales isotónicas máximas de tobillo (FDIMT), en distintos rangos del movimiento, y comparar los resultados entre jóvenes y mayores sanos.

Método

Participantes

Veinte adultos jóvenes sanos (10 hombres y 10 mujeres) de edades $27,8 \pm 5,9$ años, $1,72 \pm 0,11$ metros de altura y $69,69 \pm 13,12$ kg de peso fueron reclutados para este estudio. El grupo de mayores lo formaban veinte mayores sanos (10 hombres y 10 mujeres) de edades $71,96 (\pm 4,33)$ años, $1,63 (\pm 7,44)$ metros de altura y $75,07 (\pm 13,79)$ kg de peso.

Los criterios de exclusión fueron: deterioro cognitivo por cualquier causa que impidiese la correcta ejecución del protocolo, limitaciones neuro-músculo-esquelético para completar el protocolo, afasia grave, $IMC \geq 35$ kg / m² y la edad comprendida entre 20-40 años para el grupo de jóvenes y menor de 65 años para el grupo de mayores.

Cada uno de los participantes otorgó su consentimiento siendo informado previamente y por escrito de todos los detalles del estudio y que la revocación del consentimiento podían realizarla en cualquier

momento sin que ello conllevara ninguna repercusión. Se respetaron todos los preceptos de la Declaración de Helsinki y la Ley orgánica de protección de datos (LO 15/1999 de 13 de diciembre). La aprobación ética para el estudio fue concedida por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

Instrumentos

Para registrar la activación eléctrica de los músculos TA, ECD y EP1° se usó electromiógrafo Biomonitor ME6000 (Mega Electronics Ltd, Kuopio, Finlandia) (Mega Electronics Ltd, Kuopio, Finlandia) con una frecuencia de muestreo de 1000 Hz. Se registraron los datos crudos y fueron procesados por el software MegaWin 3.0.1. y filtrados utilizando un filtro de paso bajo a 20HZ.

Los datos cinemáticos se registraron utilizando un acelerómetro (InertiaCube3™ de InterSense Inc. (Bedford, Massachusetts, EE.UU.)) con una frecuencia de muestreo de 180Hz, que se situó sobre la plataforma horizontal que formaba parte del dispositivo fabricado para este experimento y que se describe con más detalle a continuación.

Procedimiento

Los participantes se sentaron en una silla que había sido especialmente adaptada (FIGURA1). La cadera y la rodilla se colocaron a 90°. Un dispositivo especial de altura ajustable formado por dos plataformas, una vertical y una horizontal, fue diseñado para este experimento. Las plataformas formaron un ángulo de 90°, permitiendo la máxima FD al mismo tiempo que se evitaba la flexión plantar del pie. La planta del pie derecho se colocó sobre la plataforma horizontal, mientras que la mitad posterior inferior de la pierna estaba en contacto con la plataforma vertical, formando un ángulo máximo de 90° entre el pie y la pierna. El pie y la mitad inferior de la pierna se fijaban al dispositivo con cinchas de velcro con el fin de evitar cualquier cambio de posición durante la prueba.

Los electrodos se colocaron y la preparación de la piel se realizó de acuerdo con las recomendaciones europeas (SENIAM) para la electromiografía de superficie (sEMG). Los electrodos se colocaron, con una distancia interelectrodos de 20 mm, después de la palpación del vientre del músculo de la TA, EA y EH durante la realización de un pie DF.

Cada FDIMT incluyendo las fases concéntricas y excéntricas, se llevó a cabo sin ningún tipo de resistencia con el pie derecho de todos los participantes. Esto consistió en una prueba dinámica en la que el pie comenzaba situado en una posición neutra de 90° con respecto a la pierna, el participante tenía que alcanzar la máxima FDIMT lo más rápidamente posible (a la máxima velocidad). Cada participante realizó tres FDIMT (con un descanso de 90 segundos entre cada una de ellas).

Un claxon artificial sonó para marcar el inicio de cada contracción. Todos los participantes recibieron las mismas instrucciones iniciales en relación al gesto y los mismos estímulos verbales como retroalimentación durante cada contracción.

Antes de comenzar con el protocolo de la prueba, cada participante realizó el número de repeticiones del gesto que se considerase necesarias con el fin de familiarizarse con él.

Se monitorizó cinemáticamente cada FDIMT (mediante un sensor inercial) y se registró la activación eléctrica de los tres principales flexores dorsales del tobillo (ECD, EP1° y TA).

La participación muscular fue analizada en tres momentos de cada FDIMT: inicio, rango medio, rango máximo del movimiento.

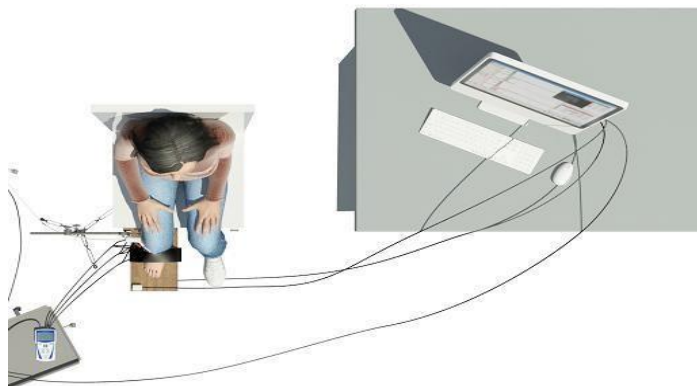
Las variables de resultado para cada uno de los tres momentos se enumeran a continuación:

activación muscular

porcentaje (%) de participación

amplitud máxima de movimiento de la FD

Figura 1



Análisis de datos

Antes de comenzar con el análisis de las variables de resultado, se realizó un análisis descriptivo de la muestra donde se incluyeron variables antropométricas así como la amplitud máxima. Seguidamente se realizaron dos análisis estadísticos distintos. Por un lado, se analizó el nivel de activación muscular de cada uno de los flexores dorsales del tobillo para cada uno de los momentos del gesto seleccionados para su análisis (inicio del movimiento, rango medio de la flexión dorsal del pie y rango máximo de la flexión isotónica máxima del tobillo). Esta comparativa se realizó tras analizar la distribución de la muestra y, a partir de la misma se realizó el análisis con la prueba T (para variables paramétricas) y mediante el Test de Wilconxon para las variables no paramétricas. Finalmente se realizó un análisis de la participación relativa de cada músculo al gesto completo, realizándose dicho análisis para cada una de las tres etapas de la flexión dorsal indicadas. El nivel de significación se estableció con un valor de p estadísticamente significativo menor de 0,05. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 19,0 para Windows.

Tabla 1: Variables descriptivas de la muestra

| | JÓVENES (DE) | MAYORES (DE) | Sig. |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|
| Edad (años) | 23.45 (±3.11) | 74.30 (±4.04) | ≤ 0.001 |
| Peso (kg) | 72.12 (±23.45) | 71.27 (±14.04) | 0.876 |
| Altura (m) | 168.91 (±19.52) | 165.62 (±5.81) | 0.746 |
| ÍMC (Kg/m²) | 25.23 (±1.59) | 25.88 (±2.87) | 0.610 |
| Rango Máximo F | 18.34 (±1.92) | 15.27 (±1.78) | ≤ 0.001 |

DE: Desviación Estándar.

FDIMT: flexión dorsales isotónicas máximas de tobillo

IMC: índice de masa corporal.

Resultados

En la tabla 1 se pueden apreciar los valores de las variables antropométricas para cada uno de los grupos. Efectivamente se pueden observar diferencias significativas en la variable edad, siendo el valor medio del grupo de jóvenes de 23.45 (± 3.11) años y el del grupo de mayores de 74.30 (± 4.07) años. Además, también se incluyen los valores medios del rango o amplitud la flexión dorsal isotónica conseguida por cada grupo siendo mayor el valor obtenido en el grupo de sujetos jóvenes que en el de mayores. En esta variable también se puede observar el valor medio del rango de movimiento conseguido por cada grupo. En esta variable descriptiva también existen diferencias significativas. El resto de variables se pueden analizar en la tabla 1.

Por su lado, en la tabla 2 se incluyen los valores de activación de cada músculo comparándose cada una de las tres etapas de la flexión dorsal analizadas. Se puede observar como existen diferencias significativas al inicio del gesto en la activación de los tres músculos. Asimismo, existen diferencias significativas en la activación muscular media de cada músculo para el rango medio, siendo el que más se activa el Tibial anterior en ambos casos pero el nivel de activación es mayor en el grupo de mayores que en el de Jóvenes.

Tabla 2. Resultados de la activación muscular media de cada flexor dorsal de tobillo para cada uno de los rangos analizados en el presente estudio

| | Músculos | JÓVENES (DE) | MAYORES (DE) | Sig. |
|---------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Inicio de la FDIMT | TA | 436.1 (± 52.35) | 215.10 (± 23.87) | ≤ 0.001 |
| | ECD | 549.49 (± 57.11) | 144.50 (± 19.48) | ≤ 0.001 |
| | ELDG | 260.41 (± 27.88) | 461.40 (± 34.80) | ≤ 0.001 |
| Rango medio de la FDIMT | TA | 608.22 (± 37.25) | 530.86 (± 47.36) | ≤ 0.001 |
| | ECD | 358.39 (± 20.59) | 219.96 (± 17.68) | ≤ 0.001 |
| | ELDG | 341.39 (± 19.46) | 115.18 (± 13.50) | ≤ 0.001 |
| Rango máximo de la FDIMT | TA | 748.58 (± 68.34) | 580.83 (± 51.07) | ≤ 0.001 |
| | ECD | 337.35 (± 32.94) | 171.97 (± 15.33) | ≤ 0.001 |
| ELDG | | 308.07 (± 27.36) | 90.20 (± 8.11) | ≤ 0.001 |

DE: Desviación Estándar.

FDIMT: flexión dorsales isotónicas máximas de tobillo

Finalmente, en la tabla 3 se puede observar el grado de contribución de cada uno de los flexores dorsales del pie para cada uno de los momentos seleccionados para ser analizados. En él se puede observar cómo en el grupo de jóvenes, los músculos que mayor participación presentan en cada una de las tres fases son el ECD (44.1%), TA (46.5%) y TA (53.7%) mientras que en los mayores, los músculos principales fueron ELDG (56.2%), TA (61.3%) y (68.9%) al inicio, rango medio y final del movimiento

respectivamente. Además, también se puede observar cómo existen diferencias significativas en la participación relativa de cada uno de los músculos en todas las etapas del gesto analizadas.

Tabla 3. Participación relativa de cada músculo a la ejecución de una FDIMT para cada uno de los rangos analizados en el presente estudio.

| | Inicio de la FDIMT | | | Rango medio de la FDIMT | | | Rango máximo de la FDIMT | | | Total |
|--------------|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| | TA | ECD | ELDG | TA | ECD | ELDG | TA | ECD | ELDG | |
| Jóvenes (DE) | 35.0 (±1.37) | 44.1 (±2.34) | 20.9 (±1.26) | 46.5 (±2.03) | 27.4 (±1.69) | 26.1 (±1.12) | 53.7 (±1.54) | 24.2 (±1.33) | 22.1 (±1.28) | 100% |
| Mayores (DE) | 26.2 (±1.51) | 17.6 (±1.44) | 56.2 (±2.19) | 61.3 (±2.76) | 25.4 (±1.25) | 13.3 (±0.94) | 68.9 (±3.20) | 20.4 (±2.02) | 10.7 (±0.74) | 100% |
| Diferencia | 8.8 | 26.5 | -35.3 | -14.8 | 2.0 | 12.8 | -15.2 | 1.8 | 11.4 | |
| Signific. | 0.027 | 0.011 | 0.007 | ≤0.001 | ≤0.001 | ≤0.001 | ≤0.001 | ≤0.001 | ≤0.001 | |

DE: Desviación Estándar.

ECD: Extensor común de los dedos.

ELDG: Extensor largo del dedo gordo.

FDIMT: flexión dorsales isotónicas máximas de tobillo.

TA: Tibial anterior.

Discusión

La participación relativa de los músculos ECD, ELG y TA es diferente en jóvenes y mayores durante FDIMT. Además la participación relativa también varía en los tres puntos del rango de movimiento analizados durante las FDIMT intragrupo e intergrupo.

Si se analiza detalladamente el gesto de inicio a fin según la activación de cada músculo, en personas jóvenes sanas, el flexor dorsal con mayor activación es el ECD seguido muy de cerca del TA lo cual significa que los dos principales flexores realizan su función correctamente, además este binomio se mantiene también en el rango medio y máximo aunque el músculo con mayor activación pasa a ser el TA en vez del ECD (TABLA 2); sin embargo, en sujetos de edad avanzada, el flexor dorsal con mayor activación que inicia el movimiento es el ELDG seguido de lejos por el TA y muy de lejos por el ECD, lo cual significa que se da una sustitución del ELDG en lugar de los dos principales flexores dorsales. En las fases media y máxima, el TA entra en juego siendo el músculo con mayor activación seguido del ECD aunque este no consigue niveles suficientes, al igual ocurre con el ELDG que muestra la fatiga muscular resultado del esfuerzo que hace al inicio del movimiento. Todo ello está en consonancia con otros trabajos donde se estudia el comportamiento de este gesto (Legerlotz, Smith y Hing, 2010).

El mismo comportamiento muscular se aprecia al observar con detalle el gesto de inicio a fin según la participación relativa de cada músculo analizado (TABLA 3).

Nuestros hallazgos sugieren que los presentes métodos pueden ser clínicamente relevante porque se trata de un procedimiento reproducible que permite monitorizar la función y la estructura del pie durante el movimiento de FD.

El uso de este método de grabación sincronizada se puede extender no sólo para el diagnóstico, sino también para la evaluación de terapias, como se ha hecho para otros músculos, los movimientos y gestos (Guo, Zheng, Kenney y Xie, 2009; Shi, Chang y Zheng, 2010).

Por otra parte, la viabilidad del método se puede ampliar en un sentido más amplio no solo envejecimiento como la rehabilitación o la fisiopatología, etc.

La presente metodología puede ser clínicamente relevante porque se trata de un procedimiento reproducible que proporcionar una manera segura y no invasiva para determinar la función muscular.

Sin embargo, los estudios futuros podrían aumentar el número de participantes para dar mayor consistencia a los resultados. Además, también podrían analizar el comportamiento de la pierna no dominante con el fin de comparar el rendimiento con la pierna dominante.

Referencias

- Cornwall MW, McPoil TG: The influence of tibial is anterior muscle activity on rear foot motion during walking. *FootAnkleInt.Am.Orthop.FootAnkleSoc.SwissFootAnkleSoc.*1994,15:75–79.
- Daubney ME, Culham EG: Lower-extremity muscle force and balance performance in adults aged 65 years and older. *Phys. Ther.* 1999,79:1177–1185.
- Fukunaga T, Kawakami Y, Kuno S, Funato K, Fukashiro S: Muscular architecture and function in humans. *J. Biomech.* 2007,30:457–463.
- Guo J- Y, Zheng Y-P, Kenney LP, Xie H-B: Evaluation of sonomyography (SMG) for control compared with electromyography (EMG) in a discrete target tracking task. *Conf. Proc. Annu. Int. Conf. Ieee Eng. Med. Biol. Soc. Ieee Eng. Med. Biol. Soc. Conf.*2009,2009:1549–1552.
- Hogrel J-Y: Clinical applications of surface electromyography in neuromuscular disorders. *Neurophysiol. Clin. Clin. Neurophysiol.* 2005,35:59–71.
- Legerlotz K, Smith HK, Hing WA: Variation and reliability of ultrasonographic quantification of the architecture of the medial gastrocnemius muscle in young children. *Clin. Physiol. Funct. Imaging*2010,30:198–205.
- Mann RA, Hagy J: Biomechanics of walking, running, and sprinting. *Am. J. Sports Med.*1980,8:345–350.
- Masuda K, Masuda T, Sadoyama T, Inaki M, Katsuta S: Changes in surface EMG parameters during static and dynamic fatiguing contractions. *J. Electromyogr. Kinesiol. Off. J. Int. Soc. Electrophysiol. Kinesiol.*1999,9:39–46.
- Mega Electronics Ltd | Pioneers in Biosignal Monitoring Technology [Internet]. [cited 6 jun. 2015]. From: <http://www.megaemg.com/>.
- Nilsson J, Thorstensson A, Halbertsma J: Changes in leg movements and muscle activity with speed of locomotion and mode of progression in humans. *Acta Physiol. Scand.*1985,123:457–475
- SENIAM [Internet]. [cited 6 jun 2015]. From: <http://www.seniam.org/>
- Shi J, Chang Q, Zheng Y-P: Feasibility of controlling prosthetic hand using sonomyography signal in realtime: preliminary study. *J. Rehabil. Res. Dev.*2010,47:87–98
- Shi J, Zheng YP, Chen X, Huang QH: Assessment of muscle fatigue using sonomyography: muscle thickness change detected from ultrasound images. *Med. Eng. Phys.*2007,29:472–479.
- Zwarts MJ, Stegeman DF: Multichannel surface EMG: basic aspects and clinical utility. *Muscle Nerve*2003, 28:1–17.

CAPÍTULO 63

Influencia del deterioro cognitivo en la rehabilitación funcional de la fractura de cadera en el anciano

Priscilla Almeida Souza y Laura López Pingarrón
Universidad de Zaragoza (España)

Introducción

El envejecimiento es “*el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos, generalmente, personas mayores de 65 años*”. La Geriátrica es “*la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos*”, siendo su principal objetivo “*prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles*” (Sánchez, 2005, p.26). Con el paso del tiempo, tiene lugar un deterioro progresivo de las funciones del organismo, y aparecen cambios estructurales y funcionales propios de la edad que afectan a todos los sistemas, entre ellos, al sistema óseo, el cual está afectado por una mayor presencia de osteoporosis que incrementa la posibilidad de sufrir fracturas debido a una mayor fragilidad ósea (Olmos, Martínez y Gonzáles, 2007).

La fractura de cadera es una patología muy frecuente entre la población anciana, siendo la edad el principal factor de riesgo. En España, se producen unas 36.000 fracturas de cadera al año, de las cuales el 90% suceden en personas mayores de 65 años (Vidán y Gonzáles, 2008), siendo más notable la incidencia en mujeres que en hombres (a razón de 3:1), debido a la mayor presencia de osteoporosis y longevidad en el sexo femenino (Prado, 2010). Después del ictus, insuficiencia cardiaca, cáncer y neumonía, es considerada la quinta causa de desarrollo de incapacidad funcional en varones mayores de 65 años, y la primera causa entre las mujeres (Montalbán, García y Moreno, 2012).

La etiología de la fractura de cadera suele ser multifactorial. Por un lado, puede ser debida a aspectos relacionados con la resistencia ósea, siendo el más frecuente la presencia de osteoporosis; y, por otro, aspectos relacionados con las caídas traumáticas, como las alteraciones del equilibrio, pérdida de visión, debilidad muscular o iatrogenia (Cruz, 1992). Tras una fractura de cadera, existe un incremento del riesgo de desarrollar incapacidad funcional, institucionalización y mortalidad a medio plazo (Baztán, Fernández, Aguado y Socorro, 2004). No obstante, con los avances en las técnicas quirúrgicas, ha disminuido la prevalencia de la mortalidad (5-8%) entre los pacientes intervenidos de fractura de cadera; aunque los niveles de morbilidad siguen siendo altos, ya que un tercio de los pacientes serán dependientes de forma total o parcialmente para las actividades de la vida diaria (Cruz, 1992; Montalbán et al., 2012).

El deterioro cognitivo es “*aquel proceso que cursa con el deterioro de una o más funciones cognitivas superiores, entre las se incluyen la memoria, orientación, percepción, lenguaje, pensamiento, cálculo y capacidad para resolver problemas*”, siendo la pérdida de memoria la más frecuente, que afecta al 70% de la población anciana (López y Paramés, 2008, p.557). Con el envejecimiento, los procesos mentales sufren un deterioro progresivo (Prado, 2010), por lo que es necesario conocer si las funciones cognitivas se encuentran dentro de los parámetros considerados como fisiológicos del envejecimiento, o si se encuadran dentro de un proceso patológico, que puede variar desde un estado de deterioro cognitivo leve hasta un estado de demencia (López y Paramés, 2008). La involución del estado cognitivo es considerado como un factor de riesgo para sufrir una caída con resultado traumático (Rodríguez, 2007).

La prevalencia del deterioro cognitivo leve entre la población mayor de 65 años es aproximadamente del 18%, de la cual, alrededor del 10-15% evoluciona a una demencia, siendo la más frecuente la de tipo Alzheimer. Por otra parte, una causa posible de deterioro cognitivo en el anciano puede ser el síndrome

confusional agudo (SCA) (López y Paramés, 2008). Su aparición puede estar originada, precisamente tras una intervención quirúrgica como la de la fractura de cadera, por el propio proceso de hospitalización, la toma de múltiples fármacos, incluso por el dolor (Varela, Chávez, Galvéz y Méndes, 2004; Serra, Isaac, Vallés, 2007). Éste cursa con disminución de la conciencia y atención, trastorno cognoscitivo global, psicomotor, del ciclo del sueño y vigilia y emocional; sin embargo, a diferencia del deterioro cognitivo, este síndrome presenta un inicio brusco, es de curso fluctuante, y, en principio, reversible (López y Paramés, 2008).

El índice de Barthel (1955), es un instrumento de medida para la valoración del paciente geriátrico que evalúa las alteraciones funcionales derivadas de un proceso patológico, con afectación principal a nivel neuromuscular y musculoesquelético.

El mantenimiento funcional es la capacidad de desempeño en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), siendo éste uno de los objetivos esenciales de la terapia ocupacional en geriatría (Polonio, 2004; De la Torre, Hernández, Moreno, Luis, Deive y Rodríguez, 2011).

La Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupaciones define la Terapia Ocupacional como *“la profesión sociosanitaria ligada al campo de la Rehabilitación y la Integración, que se centra en prevenir y/o disminuir las consecuencias de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales; capacitando a la persona, con un adecuado tratamiento, para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad”*. (Alegre, 2010, p.11). Los objetivos que se plantean en la rehabilitación funcional en geriatría son: prevención de la dependencia en la atención a personas autónomas; tratamiento de la discapacidad; compensación de la dependencia; mantenimiento de la funcionalidad (González, 2010).

La valoración funcional permite evaluar el grado de independencia que presenta un individuo al realizar las ABVD. El índice de Barthel es considerado útil para precisar el estado funcional, y valorar los cambios producidos a nivel de la capacidad funcional en un momento inicial, permitiendo compararlo con el final de la rehabilitación (Formiga, Ortega, Cabot, Porras, Mascaro y Pujol, 2006; Corregidor, 2010).

Por otra parte, el test de Pfeiffer y mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC) son dos escalas utilizadas para la valoración del estado cognitivo en pacientes ancianos. El test de Pfeiffer es un cuestionario breve y de rápida ejecución que permite detectar la presencia de deterioro cognitivo, mientras que la escala MEC permite realizar un estudio más detallado de las diferentes áreas cognitivas (Polonio, 2004).

El deterioro funcional sufrido tras una fractura de cadera hace que adquiera importancia la aplicación de un programa de rehabilitación precoz, dirigido a potenciar, restablecer y mantener aquellas capacidades que han sido afectadas.

La función del terapeuta ocupacional, en la intervención con los pacientes afectados de fractura de cadera, consiste en contribuir a la mejora de los niveles de funcionalidad para alcanzar un adecuado estado de independencia y autonomía en el desempeño de las ocupaciones y participación en las ABVD (Montalbán et al., 2012).

El tratamiento rehabilitador aplicado a la fractura de cadera debe constar de actividades dirigidas a incrementar la movilidad articular de la extremidad afectada, fortalecer la musculatura de los miembros superior y especialmente inferior, ya que está implicada en la deambulación, y a reeducar el patrón de la marcha (Serra et al., 2007).

Además, el grado de recuperación funcional tras una fractura de cadera puede verse influido por factores tales como la presencia de un deterioro cognitivo. Diversos estudios demuestran la relación entre el estado de la función cognitiva y la evolución en la rehabilitación funcional de la fractura de cadera, poniendo de manifiesto que un buen estado cognitivo propicia que el proceso de rehabilitación sea satisfactorio, así como éste se puede ver afectado cuando el paciente padece algún grado de deterioro

cognitivo (Moreno, García, Serra, Nuñez, Bellón y Álvarez, 2006; Hershkovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss y Brill 2007; Cary, Baernholdt, Anderson y Mervin, 2015).

El objetivo principal del estudio es analizar la influencia del estado cognitivo en la recuperación funcional de la fractura de cadera en el paciente anciano, a través de un programa de rehabilitación desarrollado por el Departamento de Terapia Ocupacional.

Método

El programa se realizó en el Hospital de Día Geriátrico de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Su duración fue de dos meses. En la primera semana (etapa I) se hizo una primera valoración y división de dos grupos de estudio. Las 6 semanas siguientes (etapa II) fueron para el desarrollo del programa. En la última semana (etapa III) se volvió a valorar y se analizaron los datos.

Participantes

15 pacientes, 2 hombres y 13 mujeres, de edades comprendidas entre 77 y 91 años, con diagnóstico principal de fractura de cadera.

Instrumentos

El método empleado para la realización de la valoración funcional de los pacientes fue el *índice de Barthel*: descrito por Mahoney y Barthel (1965). Se trata de un instrumento de valoración funcional que evalúa el nivel de dependencia e independencia en la realización de las ABVD (Casado, 2007). Consta de 10 ítems: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, traslado sillón-cama, deambulación y subir/bajar escaleras. La puntuación total oscila entre 0 puntos (dependencia total) y 100 (independencia total), con unos puntos de corte que clasifican el grado de dependencia. Entre 0-20 equivale a dependencia total; entre 21-60, severa; entre 61-90, moderada; y entre 91-99, escasa (Cid y Damián, 1997).

La valoración cognitiva de los pacientes se lleva a cabo a través de la utilización de los siguientes métodos: 1) *Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)*: descrito por Pfeiffer (1975). Es un cuestionario de *screening* para evaluar el estado cognitivo de personas mayores. Explora distintas áreas cognitivas como la memoria a corto y largo plazo, la orientación y el cálculo. La puntuación se establece en base a los errores que se comenten en la respuesta, pudiendo clasificarse el grado de deterioro cognitivo en función de los mismos. Un resultado de 0-2 errores indica ausencia de deterioro cognitivo; entre 3-4 errores, leve; entre 5-7, moderado; y entre 8-10 errores, grave (Martínez, Dueñas, Onís, Aguado, Albert y Luque, 2001; Macías, Guerrero y Hernández, 2008). 2) *Mini-examen cognoscitivo (MEC)*: descrito por Lobo (1979). Es una versión adaptada del Mini-mental state examination, descrito por Folstein, Folstein y McHugh (1975). Las áreas cognitivas que evalúa son orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción. La puntuación máxima que se puede obtener son 35 puntos, con un punto de corte en 24, de manera que por debajo de 24 puntos indica presencia de deterioro cognitivo (Gaspar, 2006; Macías et al., 2008). Se evaluó con el MEC a aquellos pacientes que obtuvieron un resultado en el Pfeiffer de tres errores o más.

Procedimiento

Etapas I: Primera valoración y división de dos grupos de estudio

Se elaboró una historia clínica en la que se recogieron datos personales (edad, sexo, estado civil, domicilio); situación familiar y social (apoyo social), pluripatología (presencia de tres o más enfermedades), polimedicación (toma de tres o más fármacos) y si recibían rehabilitación por parte del equipo de fisioterapia y terapia ocupacional. Asimismo, se registraron aspectos referentes a la entrevista o anamnesis, exploración física, diagnóstico, evolución clínica y tratamiento (Martínez, 2006).

En base a las valoraciones funcionales y cognitivas, se establecieron dos grupos de estudio. El grupo 1, integrado por pacientes con diagnóstico principal de fractura de cadera y sin deterioro cognitivo, es decir, con una puntuación de menos de dos errores en el test de Pfeiffer; y el grupo 2, que lo constituyeron aquellos pacientes con diagnóstico de fractura de cadera y deterioro cognitivo, habiendo obtenido en el Pfeiffer una puntuación mayor de tres errores, y en la puntuación del MEC, menor de 24 puntos.

Etapa II. Descripción del programa

El programa de rehabilitación desarrollado en el Departamento de Terapia Ocupacional, conjuntamente con el Servicio de Rehabilitación, ha tenido lugar de lunes a viernes en horario de mañana, y la planificación de los talleres se ha regido mediante un calendario constante en tiempo y espacio a lo largo de la semana (Catanzariti, Gaudefroy y Pollez, 1994). La frecuencia de asistencia de los pacientes fue de 2 días/semana, con una participación de forma grupal, tanto para el grupo 1 como para el 2.

Las actividades que se llevaron a cabo fueron de estimulación cognitiva, básicas de la vida diaria y ejercicio físico. Las primeras consistieron en: 1) *Terapia de orientación a la realidad (TOR)*, descrita por Folsom (1958). Es una técnica dedicada a la estimulación del área cognitiva, especialmente de procesos de orientación, ayudando a disminuir la desorientación y confusión mental (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2008; Díaz y Madeline, 2010). 2) *Reminiscencia*: consiste en evocar a la memoria sucesos pasados mediante imágenes, historias o experiencias vividas. A través de este mecanismo, no sólo se trabajan aspectos como la memoria, orientación e interacción social, sino que también permite recuperar emociones pasadas y proyectarlas al presente, mejorando la autoestima e identidad (Pérez, Mancebo, Barroso y Ricarte, 2008). 3) *Áreas cognitivas específicas*: el deterioro de las funciones cognitivas provoca una disminución ocupacional que impide al anciano adaptarse a las demandas de la vida diaria. A través de sesiones dedicadas a estimular y entrenar las funciones cognitivas se intenta lograr una recuperación y conservación de las capacidades, habilidades y destrezas que posibilitan la independencia ocupacional. Las ABVD están destinadas al cuidado del propio cuerpo y permiten al individuo alcanzar la independencia personal en el entorno. Éstas incluyen actividades relacionadas con la alimentación, aseo, baño, vestido, movilidad personal y continencia. En concreto, los pacientes trabajaron en las actividades de vestido, deambulación, escaleras y transferencias (Romero, 2007). La actividad física consistió en una movilización precoz mediante un programa de ejercicios de potenciación muscular, aeróbicos, equilibrio y de flexibilidad, ya que el ejercicio físico posee efectos beneficiosos en personas mayores, minimizando la progresión del deterioro funcional y otorgando mayor esperanza y calidad de vida (Serra y Barrera, 2008).

Etapa III. Segunda valoración

Al finalizar el programa, se reevaluó el estado funcional mediante el índice de Barthel, con objetivo de analizar los resultados obtenidos.

Análisis de datos

Se realizó un estudio descriptivo analítico en comparación con los resultados de la primera evaluación. Para este estudio se ha utilizado el programa estadístico StatView para Windows 5.0.1. De esta manera, se pretende analizar si la presencia o no de deterioro cognitivo ha influido en la recuperación funcional de la fractura de cadera de los pacientes ancianos.

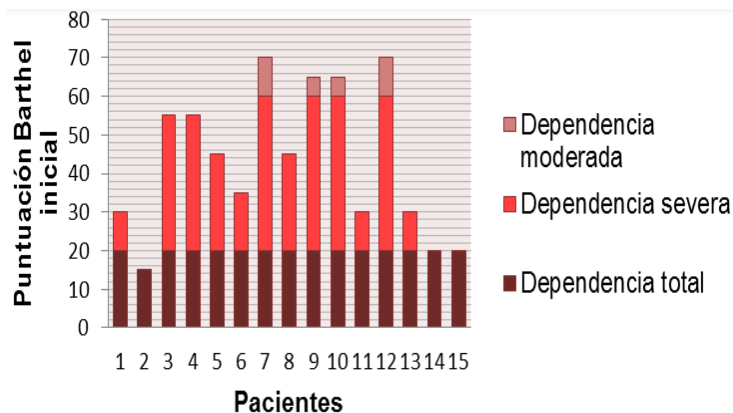
Resultados

Valoración funcional inicial:

Los resultados iniciales de la evaluación funcional medidos con el índice de Barthel reflejaron que de un total de 15 pacientes, 3 pacientes obtuvieron una dependencia total (puntuación 0-20); 8 pacientes,

severa (puntuación 21-60); y 4 pacientes, una dependencia moderada (puntuación 61-90). Éstos quedan representados en la gráfica 1.

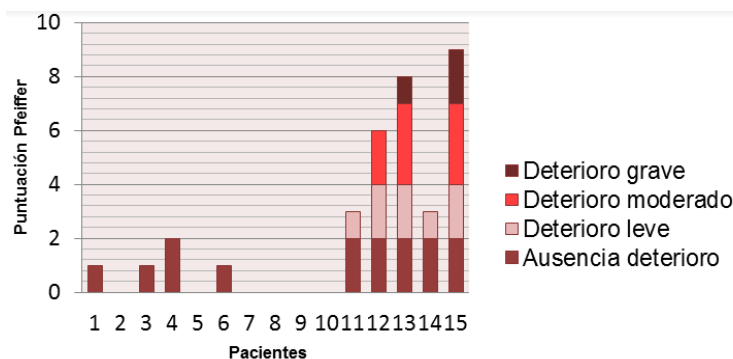
Gráfica 1. Diagrama de barras que representa el número de pacientes según el grado de dependencia y la puntuación obtenida en el índice de Barthel



Valoración cognitiva

Los resultados hallados mediante el cuestionario de Pfeiffer, en función de los errores cometidos, fueron los siguientes: 10 pacientes sin deterioro cognitivo (0-2 errores); 2 pacientes con deterioro cognitivo leve (3-4 errores); 1 paciente con deterioro cognitivo moderado (5-7 errores); y 2 pacientes presentaron deterioro cognitivo grave (8-10 errores). Éstos se representan en la gráfica 2.

Gráfica 2. Diagrama de barras que representa el número de pacientes según el grado de deterioro cognitivo y la puntuación obtenida en el cuestionario de Pfeiffer



En función de la puntuación obtenida en el cuestionario Pfeiffer, se establecieron dos grupos de estudio: Grupo 1: pacientes con fractura de cadera sin deterioro cognitivo, los pacientes n° 1 al 10; grupo 2: pacientes con fractura de cadera y con deterioro cognitivo (más de 3 errores en el cuestionario de Pfeiffer), pacientes n° 11 al 15. Posteriormente, y sólo al grupo 2, se le realizó una segunda valoración cognitiva, mediante el Mini-examen cognoscitivo (MEC), obteniéndose una puntuación inferior a 24 puntos, lo que confirma la presencia de deterioro cognitivo en estos pacientes. La gráfica 3 y la tabla 1 ilustran estos resultados.

Gráfica 3. Diagrama de barras que representa el número de pacientes y la puntuación obtenida en el MEC

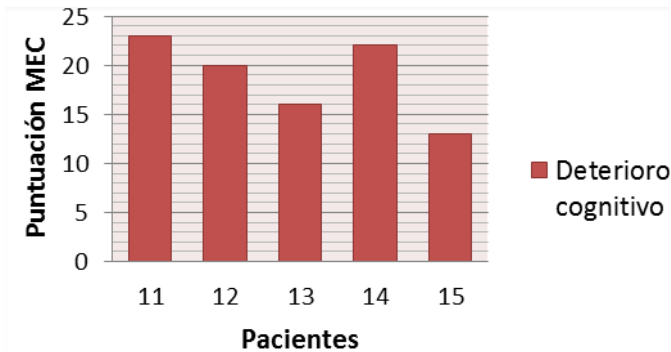


Tabla 1: Pacientes con puntuaciones de Barthel inicial y Pfeiffer (de grupo 1 y 2) y MEC (de grupo 2)

| Paciente | Grupo | Barthel inicial | Pfeiffer | MEC |
|----------|-------|-----------------|----------|-------|
| 1 | 1 | 30/100 | 1 | - |
| 2 | 1 | 15/100 | 0 | - |
| 3 | 1 | 55/100 | 1 | - |
| 4 | 1 | 55/100 | 2 | - |
| 5 | 1 | 45/100 | 0 | - |
| 6 | 1 | 35/100 | 1 | - |
| 7 | 1 | 70/100 | 0 | - |
| 8 | 1 | 45/100 | 0 | - |
| 9 | 1 | 65/100 | 0 | - |
| 10 | 1 | 65/100 | 0 | - |
| 11 | 2 | 50/100 | 3 | 23/35 |
| 12 | 2 | 70/100 | 6 | 20/35 |
| 13 | 2 | 30/100 | 8 | 16/35 |
| 14 | 2 | 20/100 | 3 | 22/35 |
| 15 | 2 | 20/100 | 9 | 13/35 |

Valoración funcional final:

Los resultados finales de la evaluación funcional medidos con el índice de Barthel se detallan, a continuación: todos los pacientes han recuperado un grado de dependencia, a excepción del paciente nº 2 que ha recuperado dos grados, y el paciente nº 12 que no ha evolucionado ninguno; los pacientes del 1 al 10 (sin deterioro cognitivo), han logrado incrementar su puntuación en el índice de Barthel una media de 32 puntos, mientras que los pacientes del 11 al 15 (con deterioro cognitivo) han incrementado su puntuación una media de 17,5 puntos. El paciente nº 11 abandonó el estudio debido a un evento médico posterior ajeno a la fractura de cadera. Además, se observa que los pacientes de edad menor o igual a 84 años aumentaron una media de 27,85 puntos en el índice de Barthel, mientras que aquellos de edad mayor o igual a 85 años, mejoraron una media de 25 puntos. Estos resultados se representan en la tabla 2.

Tabla 2. Puntuación inicial y final obtenida en el índice de Barthel en los dos grupos

| Paciente | Grupo | Edad | Barthel inicial | Barthel final |
|----------|-------|------|-----------------|---------------|
| 1 | 1 | 83 | 30/100 | 70/100 |
| 2 | 1 | 82 | 15/100 | 65/100 |
| 3 | 1 | 91 | 55/100 | 70/100 |
| 4 | 1 | 90 | 55/100 | 70/100 |
| 5 | 1 | 85 | 45/100 | 90/100 |
| 6 | 1 | 87 | 35/100 | 70/100 |
| 7 | 1 | 81 | 70/100 | 95/100 |
| 8 | 1 | 77 | 45/100 | 80/100 |
| 9 | 1 | 83 | 65/100 | 95/100 |
| 10 | 1 | 80 | 65/100 | 95/100 |
| 11 | 2 | 87 | 30/100 | - |
| 12 | 2 | 79 | 70/100 | 80/100 |
| 13 | 2 | 78 | 30/100 | 65/100 |
| 14 | 2 | 82 | 20/100 | 30/100 |
| 15 | 2 | 89 | 20/100 | 35/100 |

Discusión

Los resultados obtenidos al finalizar el estudio han cumplido las expectativas de éxito de un programa rehabilitador por parte de terapia ocupacional. Todos los pacientes han conseguido mejorar su capacidad funcional, tanto aquellos que no tenían deterioro cognitivo, como los que sí lo presentaban inicialmente. Este es uno de los objetivos de mejora de un programa que trabaja el área física y la cognitiva, y cuyo fin es disminuir el grado de dependencia para contribuir a una mayor autonomía en la vida diaria de los pacientes. Sin embargo, a pesar de la evolución positiva de todos los pacientes hacia un grado de dependencia menor, se ha demostrado que la progresión es inferior en el grupo de pacientes que presentaban deterioro cognitivo.

Baztán, Fernández, Aguado y Socorro (2004), llevaron a cabo un estudio basado en un programa de rehabilitación de pacientes ancianos con fractura de cadera, para analizar el grado de evolución en función de factores como la edad, situación clínica, funcional y mental. Al igual que se ha manifestado en los resultados de este trabajo, una de sus conclusiones fue que la presencia de deterioro cognitivo fue un factor indicativo de mal pronóstico en el proceso de recuperación funcional del anciano afecto de fractura de cadera. Asimismo, demostraron que aquellos ancianos de menor edad, evolucionaron hacia una recuperación funcional más satisfactoria. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en nuestro estudio, en el que los pacientes con edad menor o igual a 84 años han evolucionado mejor que aquellos de edad superior o igual a 85, obteniéndose de media una diferencia de 2,85 puntos en el índice de Barthel. Montalbán, García y Moreno (2012); Bravo, Méndez, Cuellar, Collado, Jódar y Villanueva (2011) también analizaron las variables que influyen en la recuperación funcional en el paciente anciano afecto de fractura de cadera. Estos factores eran principalmente la edad y el estado de las funciones cognitivas, lo que apoya nuestros resultados, evidenciando, por tanto, la relación entre edad y estado cognitivo y la evolución posterior tras un tratamiento de rehabilitación.

En base a los resultados obtenidos, y en concordancia con la bibliografía consultada, se concluye que existe una influencia del deterioro cognitivo en la rehabilitación funcional de la fractura de cadera. Debido a que el número de pacientes que recibían rehabilitación por parte del Departamento de Terapia

Ocupacional en el momento de iniciar el estudio era escaso, sería preciso ampliar la muestra de estudio para poder obtener unos resultados más concluyentes.

Conclusiones

Primera: Un programa de rehabilitación basado en talleres de estimulación cognitiva, entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria y actividad física, incrementa los niveles de funcionalidad y disminuye el grado de dependencia en pacientes afectados de fractura de cadera.

Segunda: El nivel de recuperación funcional puede limitarse por la edad, de manera que, a medida que incrementa la edad, la progresión de mejoría funcional podría disminuir.

Tercera: El deterioro cognitivo puede ser considerado como un factor que dificulta la recuperación funcional de la fractura de cadera en el paciente anciano.

Referencias

- Alegre, J. (2010). Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. En: A.I. Corregidor (Ed.), *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas* (pp. 11-18). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Baztán, J.J., Fernández, M., Aguado, R., Socorro, A. (2004). Resultados al año de la rehabilitación tras fractura de fémur proximal en mayores de 84 años. *Anales de Medicina Interna*, 21(9), 433-440.
- Bentosela, M., Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Bravo, M.F., Méndez, L.I., Cuellar, E., Collado, F., Jódar, C.M., Villanueva, F. (2011). Factores pronósticos de incapacidad funcional en pacientes con fractura de cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 55(5), 334-339.
- Cary, M., Baernholdt, M., Anderson, R., Merwin, E. (2015). Performance-Based Outcomes of Inpatient Rehabilitation Facilities Treating Hip Fracture Patients in the United States. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(5), 790-8.
- Casado D. (2007). *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*. Barcelona: Masson.
- Catanzariti, J.F., Gaudefroy, C., Pollez, B. (1994). Terapia ocupacional. En: A. Thévenon y B. Pollez (Eds.), *Rehabilitación en geriatría* (pp. 71-79). Barcelona: MASSON.
- Cid, J., Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Corregidor, A.I. (2010). Valoración de Terapia Ocupacional en Geriatría: ¿La virtud de medir el defecto? *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 7(3), 32-50.
- Cruz, A.J. (1992). Fractura de cadera. En: J.M. Ribera y A.J. Cruz (Eds.), *Geriatría* (pp. 127-132). Madrid: IDEPSA.
- De la Torre, M., Hernández, A., Moreno, N., Luis, R., Deive, J.C., Rodríguez, J.C. (2011). Use of the Barthel Index to measure functional recovery in an elderly population after hip fracture. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 55(4), 263-269.
- Díaz, E., Madeline, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia leve. *Medisan*, 14(6), 838-849.
- Formiga, F., Ortega, C., Cabot, C., Porras, F., Mascaro, J., Pujol, R. (2006). Concordancia interobservador en la valoración funcional mediante el índice de Barthel. *Revista Clínica Española*, 206(5), 230-232.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., Moreno, L. (2008). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(3), 405-422.
- González, L. (2010). Terapia ocupacional en recursos sanitarios y sociosanitarios. En: P. Durante y P. Pedro (Eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 295-311). Barcelona: Elsevier.
- Hershkovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R., Brill, S. (2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(7), 916-921.
- López, P., Paramés, J. (2008). Deterioro cognitivo. En: F. Guillén, J. Pérez y R. Petidier (Eds.), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 557-569). Barcelona: Elsevier.

- Macías, M.C., Guerrero, M.T., Hernández, V. (2008). Valoración mental. En: F. Guillén, J. Pérez y R. Petidier (Eds.), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 245-260). Barcelona: Elsevier.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M.C., Aguado, C., Albert, C., Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-43.
- Martínez, J. (2006). Historia clínica. *Cuadernos de bioética*, 17(59), 57-68.
- Montalbán, S., García, I., Moreno, C. (2012). Functional evolution in elderly individuals with hip fracture surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de Sao Paulo*, 46(5), 1095-1100.
- Moreno, J.A., García, I., Serra, J.A., Núñez, C., Bellón, J.M., Álvarez, A. (2006). Estudio comparativo de dos modelos de rehabilitación en las fracturas de cadera. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 40(3), 123-131.
- Olmos, J.M., Martínez, J., González, J. (2007). Envejecimiento músculo-esquelético. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas*, 16(1), 1-7.
- Pérez, J., Mancebo, M.A., Barroso, Y., Ricarte, M. (2008). Terapias no farmacológicas en personas con demencia. En: F. Guillén, K. Pérez y R. Petidier (Eds.), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 349-363). Barcelona: Elsevier.
- Polonio, B. (2004). Valoración geriátrica integral: papel de la terapia ocupacional. En: P. Durante y P. Pedro (Eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 29-51). Barcelona: Elsevier.
- Prado Rodríguez-Barbero, M. (2010). Aproximación a la fractura de cadera. *Revista de enfermería*, 4(1), 27-33.
- Gaspar Escayola J.I. (2006). *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo.
- Anguita Sánchez, M., Crespo Leiro M.G., De Teresa Galván, E., Jiménez Navarro, M., Alonso-Pulpón, L., Muñoz García, J., Robles Raya, M.J., Miralles Basseda, R., Llorach Gaspar, I., Cervera Alemany, A.M. (2005). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 25-32). Madrid: IM&C.
- Rodríguez, J. (2007). Epidemiología de las fracturas de cadera. En: J.A. Avellana y L. Ferrández (Eds.), *Guía de la buena práctica clínica en geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera* (pp. 11-19). Madrid: Elsevier.
- Romero, D.M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 23(2), 264-271.
- Serra, J.A., Isaac, M., Vallés, J.A. (2007). Recuperación funcional y continuidad de los cuidados en la fractura de cadera. En: J.A. Avellana y L. Ferrández (Eds.), *Guía de la buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera* (pp. 75-83). Madrid: Elsevier.
- Serra, J.A., Barrera, R. (2008). Ejercicio. En: J.M. Ribera y A.J. Cruz (Eds.), *Geriatría en atención primaria* (pp. 89-95). Madrid: Aula Médica.
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M., Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17(2), 37-42.
- Vidán, M.T., González, C. (2008). Fractura de cadera. En: J.M. Ribera y A.J. Cruz (Eds.), *Geriatría en atención primaria* (pp. 255-261). Madrid: Aula Médica.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14:61-65.

CAPÍTULO 64

Las caídas en personas mayores

María Teresa Oller Parra, María Mercedes Díaz López, y María Ángeles Pintor Cano
Hospital La Inmaculada, Almería (España)

Introducción

Evidentemente el gran aumento del envejecimiento de la población ha hecho que cada vez sea más destacado el gran problema que conlleva en este grupo de personas el riesgo de caídas en los ancianos. En los últimos veinte años se han realizado un gran número de publicaciones y de investigaciones sobre el tema de las caídas en los anciano, pudiendo comprobarse de este modo que las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos e ingresos precoces en residencias sociosanitarias (Gill, Allore, Holford, Guo, 2004). Las caídas están consideradas una de las causas más importantes de las fracturas y de disminución de la calidad de vida en las personas de edad avanzada. Los factores causantes de una caída pueden ser intrínsecos (relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivados de la actividad o del entorno) (Lázaro, 2001.) Entre los factores de riesgo de caídas se encuentran las alteraciones del equilibrio y una historia previa de caídas. (Vera, Campillo, 2003) y Díaz, Barrera, Pacheco, 1999). La etiología de los trastornos del equilibrio y la marcha es multifactorial. Existen pruebas sencillas y rápidas que permiten examinar el estado del paciente de edad avanzada, como por ejemplo las pruebas de Romberg (Navarro, Lázaro, Cuesta, Vilorio, Roiz, 2001). Además, su incidencia puede incrementarse si se trata de pacientes con demencia (afectación cognitiva, alteración del movimiento y equilibrio) (Franch. O). Existe numerosos estudios en los que se demuestra que los ancianos son quienes tiene un mayor riesgo de lesiones graves o de muerte por caídas, aumentando este riesgo con la edad.

Las caídas representan el primer lugar en cuanto a causa de mortalidad en la vejez, enfermedad y accidente (Castro, 2006); a consecuencia de las caídas mueren 5 de cada 10.000 personas mayores, en edades superiores a los 75 años mueren 15 de cada 10.000 y al rebasar los 85 años de edad hay un ascenso vertiginoso y mueren entre 52 y 55 personas.

En un periodo de tiempo no superior a seis meses de las personas que han sufrido caídas volverán a caer, sin saber cuál ha sido la causa real que ha provocado la caída o tener una certeza médica. El volver a caerse de nuevo es algo que ocasiona miedo en las personas mayores que han sufrido caídas con anterioridad (Villar, Mesa, Gimeno, San Joaquín, Fernández, 2006), por este motivo el anciano puede sentirse inseguro, tener ansiedad y presentar una tendencia excesiva a tomar medidas de precaución, dando lugar a que afecte a la movilización del anciano llegando incluso a inmovilizarlo.

La mayor parte de los accidentes, según recogen varios estudios (Lázaro, González, Palomo, 2005), tiene como escenario el propio hogar del paciente. Un dato curioso: aproximadamente un tercio de estos incidentes resulta inexplicable para el paciente y el observador, aun realizando un análisis exhaustivo de los factores implicados en el mismo.

Al menos una vez al año el 50% de las personas mayores de 85 años se caen y de los mayores de 65 años la tercera parte de ellos. Normalmente las caídas suelen producir fracturas en un 6% de estas pero en los mayores de 85 años las fracturas ascienden al 25% (Instituto gerontológico).

Tanto el acortamiento de las estancias hospitalarias como el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades han dado lugar a un importante aumento en el número de personas que son atendidas en sus domicilios.

Los sistemas sanitarios públicos y privados deberían favorecer que éste tipo de personas permanezcan en su domicilio en las mejores condiciones posibles, evitando la aparición de caídas y aumentando la seguridad del paciente. Ante la prevalencia de este problema, decidimos realizar un estudio del mismo.

Objetivos

Principal: Detectar a las personas mayores que pueden presentar un mayor riesgo de caídas, y su relación con la edad y sexo y la demencia.

Secundario: Poder realizar una detección precoz y garantizar la seguridad del paciente.

Metodología

Participantes:

La población de estudio son noventa personas mayores pertenecientes a los centros de salud de los tres pueblos de Almería donde se ha llevado a cabo el estudio durante el periodo de tiempo comprendido de Septiembre a Enero 2014/2015.

Criterios de inclusión

Pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 95 años de edad y que previa explicación de los objetivos de la investigación, consintieron ser estudiados y participar en la misma.

No padecer ningún trastorno grave que pueda suponer la presencia de síntomas claros y frecuentes.

Criterios de exclusión:

Pacientes en edad de estudio que tras la explicación de los objetivos no aceptaron participar en la investigación.

Pacientes con presencia de Historia psiquiátrica con incapacidad para ser entrevistados.

Instrumentos

Para la realización del estudio se llevó a cabo un tipo de encuesta confeccionada al efecto a la que serán sometidos cada uno de los pacientes a nivel individual, en la que se tendrán en cuenta las variables de: sexo, edad, demencia y caídas con atención médica o no.

Se consultaron los datos recogidos en la historia clínica de cada uno de los pacientes.

Para dar información a los pacientes y sus familiares se realizaron unos folletos con recomendaciones para evitar en la mayor medida posible las caídas, en ellos se da información de cuáles son los principales factores de riesgo y las medidas preventivas que se podrán utilizar.

Procedimiento

El trabajo fue realizado por tres enfermeros de los pueblos donde se llevó a cabo el estudio, en él se realizó una valoración continuada de cada paciente así como identificando actividades asociadas con un alto riesgo de caídas, para de esta manera los enfermeros poder educar a los pacientes y a la familia, dándoles información para que puedan ser conscientes de que factores pueden aumentar el riesgo de caídas e intentar minimizar éste.

Análisis de datos

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal llevado a cabo en tres pueblos de la provincia de Almería de Septiembre a Enero de 2014/2015, en el que se analizaron los datos referentes a las variables anteriormente citada, es decir: el sexo de los pacientes, la edad, la presencia de demencia y caídas con atención médica o no. En nuestro estudio así como en otros muchos estudios realizados con anterioridad al nuestro, obtuvimos como resultados que: la elevada edad es un riesgo predisponente para sufrir caídas en la tercera edad, que el sexo femenino es más susceptible a sufrir caídas y que además también se le suma una mayor incidencia en las personas que padecen demencia.

Resultados

- El gráfico 1 representa el número de pacientes sometidos al estudio por grupos de edad; representando el grupo de edad comprendido entre los 60-69 el 26,66% (24 de los pacientes encuestados); el grupo de edad de 70-79 años el 34,44% (31 pacientes de los pacientes encuestados, siendo este el grupo de mayor relevancia en nuestro estudio); el grupo de edad de 80-89 años el 31,11% (28 de los pacientes encuestados) y el grupo de edad de 90-95 años el 7,77% (7 de los pacientes encuestados sometidos al estudio).

- La edad supone un riesgo predisponente para sufrir caídas en la tercera edad. En nuestro estudio, tal y como se muestra en el gráfico 3, la frecuencia relativa de caídas en la personas mayores va aumentando claramente en relación a la edad de los pacientes sometidos al estudio ya que a mayor edad de estos mayor es la frecuencia relativa de caídas. La incidencia de caídas en el grupo de 60 a 69 años es del 16,66 % (de ellos 3 son mujeres y 1 hombre); la frecuencia relativa de caídas en el grupo de 70 a 79 años de edad es del 29,03 % (de ellos 4 son mujeres y 5 son hombres); en el grupo de 80-89 años de edad la frecuencia relativa de caídas es del 46,42 % (de ellos 7 son mujeres y 6 hombres); y en el grupo de 90-95 años de edad la frecuencia relativa de caídas es del 57,14 % (de ellos 3 son mujeres y 1 hombre, siendo en este intervalo de edad en el que hemos encontrado una frecuencia relativa de caídas mayor).

- En el gráfico 4 queda reflejado como el sexo femenino presenta mayor riesgo de caídas ya que de los pacientes sometidos al estudio la frecuencia relativa de caídas presentada en mujeres ha sido mayor que la presentada en hombres. De los 90 pacientes sometidos al estudio el 54,44% (49 pacientes) son mujeres y de ellas el 34,69% (17 pacientes) han presentado una frecuencia relativa, frente al 43,33% (39 pacientes de las pacientes encuestadas) que representa el porcentaje de hombres sometidos al estudio y en el que la frecuencia relativa de caídas es del 33,33% (13 de los pacientes encuestados).

- En nuestro estudio realizado hay un mayor riesgo de presentar caídas en los pacientes que sufren demencias frente a los que no, debido a que el 63,33% de los pacientes sometidos al estudio que sufren una frecuencia relativa de caídas presentan demencia y el 36,636% de los pacientes sometidos al estudio que sufren una frecuencia relativa de caídas no presentan demencia, siendo esto reflejado en el gráfico número 5.

Gráfico 1. Distribución de pacientes por grupos de edad

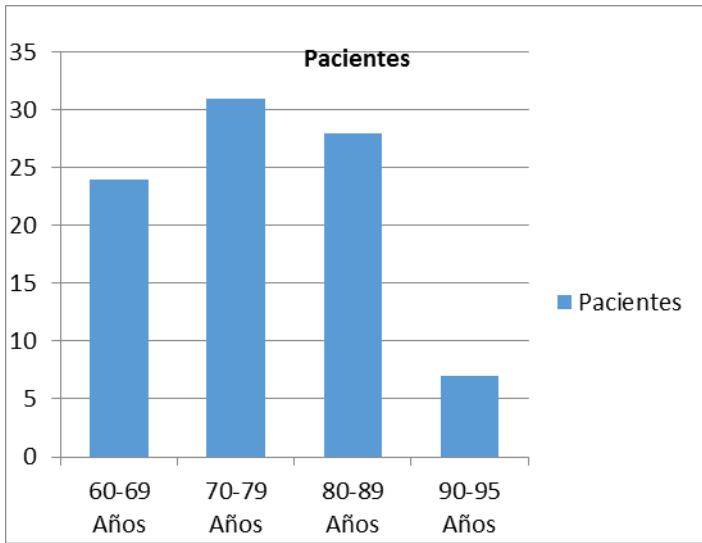


Gráfico 2. Distribución por edad y sexo de los pacientes encuestados.

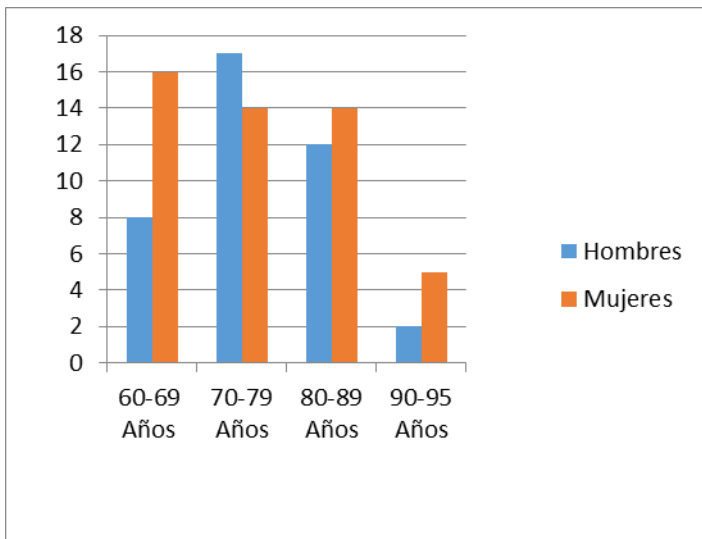


Gráfico 3. Frecuencia relativa de caídas distribuida por edad y sexo

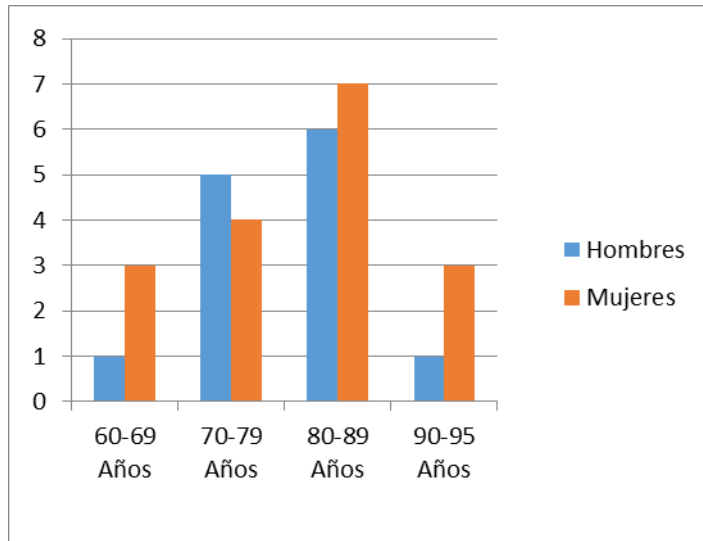


Gráfico 4. Frecuencia relativa de caídas en relación al sexo.

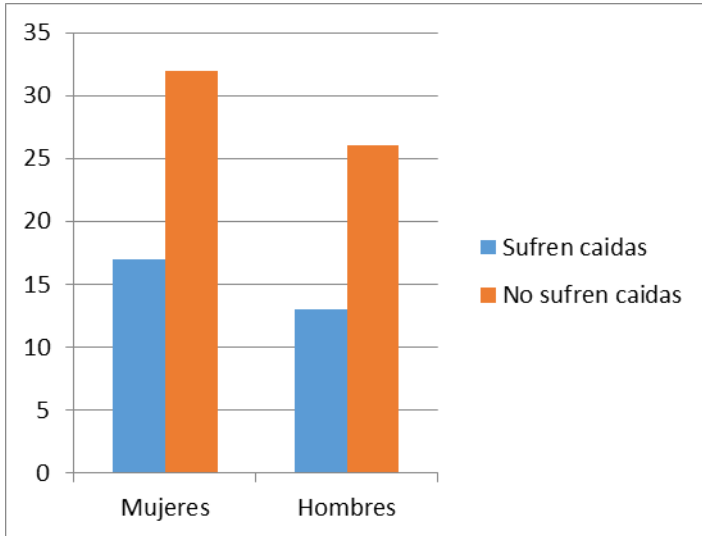
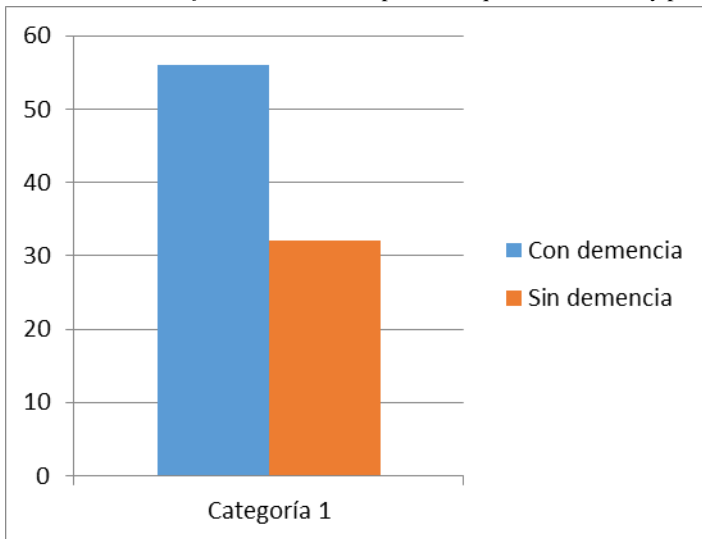


Gráfico 5. Relación de pacientes que sufren caídas y presentan demencia.



Discusión

- 1) En nuestro estudio tal y como ocurre en muchos otros anteriores al nuestro (por ejemplo: Castro E, 2005) la edad supone un riesgo predisponente para sufrir caídas en la tercera edad.
- 2) Mantener una calidad de vida adecuada durante la vejez, es uno de los problemas más graves con que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social del mundo, siendo las alteraciones del equilibrio uno de los factores de riesgo de caídas más importantes, tal y como indican Vera y

Campillo, 2003. El intervalo de edad en el que hemos encontrado más riesgo corresponde con el comprendido entre los 89 y 95 años de edad, tal y como lo indica el Instituto Gerontológico.

- 3) El sexo femenino se presenta como el más susceptible a presentar riesgo de caídas.
- 4) Hay un mayor riesgo de presentar caídas en los pacientes con demencias.
- 5) Los profesionales sanitarios debemos estar preparados para educar tanto a los pacientes como a los familiares (utilizando un lenguaje comprensible y asegurándonos de que entienden lo que le explicamos. Enseñar ejercicios que aumenten el nivel de independencia. Educar a los pacientes para que sean autosuficientes dentro de sus posibilidades. Enseñar a la familia como disminuir los riesgos de caídas, para ello debemos de enseñar una serie de medidas preventivas (Casas, Cerro, Martínez, Velasco, 2012) como son:

Medidas generales:

Mantener siempre ordenada la habitación y el aseo del paciente, retirando todo el material que pueda producir caídas (mobiliario, cables....)

La persona mayor siempre tiene que utilizar un tipo de zapato cerrado con suela antideslizante.

Evitar deambular cuando el suelo esté mojado. Siempre que sea posible facilitar que el aseo esté accesible y con asideros.

Comprobar que la silla de ruedas tenga el freno puesto durante los traslados si es que el paciente la utiliza.

Se debe de aguantar al paciente durante unos minutos incorporado en la cama antes de levantarlo para evitar de esta manera que sufra una hipotensión ortostática.

En todo momento mantener una iluminación adecuada tanto diurna como nocturna.

Asegurarnos que los dispositivos de ayuda si es que los precisa estén al alcance del paciente (andador, bastones, audífonos, gafas...).

A nivel domiciliario también es muy importante llevar a cabo el mayor número de medidas preventivas ya que hay estudios que demuestran que el mayor número de caídas en los ancianos ocurren en su domicilio, es por ello que se deben de tomar entre otras las siguientes medidas:

Intentar en todo momento que la iluminación del domicilio sea la adecuada.

Colocar superficies antideslizantes así como barras de sujeción en las duchas y bañeras.

Tener libres de obstáculos las zonas de paso, es decir libres de alfombras, cables eléctricos, zapatos o cualquier objeto que pueda provocar la caída.

Colocar interruptores en ambos extremos y En las escaleras utilizar barras de apoyo.

Utilizar un zapato adecuado (cerrado, tacones bajos y suela de goma antideslizante)

Mantener las zonas de paso libres de obstáculos.

Tener siempre a mano los números de teléfono de emergencias y pedir información sobre la ayuda prestada por la Cruz Roja.

Hacer siempre uso de los dispositivos para caminar que le hayan prescrito (bastón, andador, etc).

Vigilar la salud de sus huesos (prevención y tratamiento de la osteoporosis). Evitar la obesidad.

Tomar una dieta variada que incluya alimentos ricos en calcio (queso, leche, y yogures).

Utilizar bastón o andador si tiene problemas para deambular.

Mantener siempre que sea posible una iluminación adecuada en la habitación tanto diurna como nocturna.

Recordar diariamente el lugar y día donde se encuentra el paciente para mantenerle orientado.

A nivel hospitalario se deben de llevar a cabo también una serie de medidas como son:

Si necesita ayuda para levantarse, ir al baño o está mareado, llamar al timbre.

Comprobar que la cama esté en posición baja y frenada, para evitar que se pueda apoyar en ella y se desplace cayendo el paciente al suelo.

Procurar que no le arrastre el pantalón y/o cinturón.

Al incorporarse de la cama, sentarse al borde unos minutos antes de ponerse en pie, para evitar movimientos bruscos y mareos inesperados.

Cada vez que ocurra una caída o incidente, aunque sea sin consecuencias, comuníquese al personal de enfermería.

Verificar el bloqueo de sillas de ruedas y sillones.

Dejar subidas las barandillas de la cama si es que las tiene así, es por su seguridad.

Utilizar calzados cerrados y con suela de goma. No caminar sólo con calcetines o descalzo.

Si el suelo está mojado, avisar.

Bibliografía

Gill, TM; Llore, HG; Holford, TR; Guo, Z. (2004). Hospitalización, actividad restringida y el desarrollo de la discapacidad entre las personas mayores. *JAMA*, 292 (17); 2115 – 24. DOI: 10.1001/jama.292.17.2115

Lázaro del Nogal, M. (2001). Evaluación del anciano con caídas.

Vera Sánchez, M; Campillo Motilva, R. (2003). Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. *Rev. Cubana Med Gen Integr* .19.

Díaz, OD; Barrera, GA; Pacheco Infante, AP. (1999). Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Rev. Cubana Enferme (serie en Internet)*.ene-abr 15(1):34-8. Disponible en : <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Navarro, C; Lázaro, M; Cuesta, F; Viloria, A; Roiz, H. (2001). Métodos clínicos de evaluación de los trastornos del equilibrio y la marcha. En: Lázaro, M. Editor. *Evaluación del anciano con caídas de repetición*. P. 10122. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

Franch, O. Trastornos del movimiento: Alteraciones de la marcha en el anciano. Conferencias (serie en Internet). Hospital Universitario de Getafe. Servicio de neurología, Hospital Ruber. Madrid. Disponible en: neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/t_movimiento.html

Castro Martín, E.(2005). Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. Universidad de Córdoba.

Villar San Pio, T; Mesa Lampré, MP; Esteban Gimeno, AB; San Joaquín Romero, AC; Fernández Arín, E. (2006). Síndromes geriátricos. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En: Abellán, VG; Abisanda, SP; Alastuey, GC; Albó, PA; Alfaro, AA; Alonso, AM. *Tratado de geriatría para residentes (monografía en internet)* p.192-210. Madrid: SEGG.

Lázaro del Nogal, M; González Ramírez, A; Palomo-Lloro, A. (2005) Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica, Elsevier. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Vol.40. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evaluacion-del-riesgo-caidas-protocolos.

Instituto gerontológico, <http://www.igerontologico.com/>

Casas Oñate, M.L; Cerro Serrano, Cristina; Martínez Terol, Francisca; Velasco Sánchez, E.M. (2012). Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Protocolo consensuado. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

CAPÍTULO 65

Fisioterapia tras intervención quirúrgica de cadera (girdlestone). Caso clínico

María Luisa Peral Rodríguez*, Encarnación Bermúdez Millán*, y Josefa María Segura García**

**Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente (España),*

***Servicio Andaluz de Salud (España)*

Introducción

El aumento de esperanza de vida en los últimos años como consecuencia de mejoras en los campos de higiene, alimentación y asistencia médica crea la necesidad de hacer frente a las incapacidades que surgen en los últimos años de la vida (García,1999). El número de intervenciones de artroplastia de cadera se ha incrementado en consecuencia, pudiendo ser parciales en fracturas subcapitales de fémur o totales en las coxartrosis. Esta cirugía mejora la calidad de vida de los pacientes, pero no está exenta de que se produzcan complicaciones, entre las que se encuentra la infección de cadera tras artroplastia (Manjón-Cabeza,2007).

El tratamiento convencional tras la infección consiste en desbridamiento adecuado y antibioterapia; sin embargo, un porcentaje de estas infecciones no se resuelve con estos métodos. La técnica de artroplastia de resección Girdlestone es la opción más utilizada en aquellos pacientes con infecciones recidivantes profundas (Petty, 1980; Sharma, 2005). Consiste en la resección de la prótesis infectada con o sin interposición de partes blandas. Dicha resección consigue normalmente controlar la infección y reducir el dolor, sin embargo también provoca una gran disimetría (acortamientos de 4-6 cm), alteración de la marcha (marcha en tredelemburg), inestabilidad y pérdida de fuerza, por lo que va a repercutir en la capacidad funcional en el anciano (Manjón-Cabeza, 2008; Masterson,1997).

En un principio esta técnica quirúrgica era considerada como una cirugía definitiva, pero los avances en cuanto a prótesis articulares y manejo de procesos infecciosos hacen que sea el primer paso para la reconstrucción en dos tiempos, sin importar la causa inicial (artritis sépticas, pseudoartrosis de fracturas de cuello femoral, alteraciones espásticas severas, inestabilidad crónica de cadera, tumores y otros) o tiempo transcurrido desde la cirugía de resección (Del Rio-Alonso, 2006).

No encontramos en las bases de datos consultadas estudios similares que muestren el tratamiento de fisioterapia realizado, tiempos de evolución o consecución de resultados. Si hay estudios de casos sobre el comportamiento o control del dolor (Castellanos, 1998; Scalvi,1995; Stoklas,2004) o sobre los resultados obtenidos al pasar la Escala de Harris (López, 1995; Helwig,1996).

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 77 años de edad intervenido de Artroplastia de cadera izquierda en 20/07/11. Ingresa al mes de la intervención por mala evolución de la herida quirúrgica, con fístula exudado purulento y síndrome febril. Sufre una infección por E. Aureus que no remite después de lavados quirúrgicos con recambio de componentes, tratamiento antibióticos... se procede la retirada de la prótesis según **Técnica de Girdlestone** en Marzo del 2012.

• Antecedentes de interés:

- Hernia discal L4-L5 intervenida.
- Lesión del CPE derecho. EMG-axonotmesis parcial sensitivo-motora del CPE.
- PTC derecha.
- HTC.

- Epoc.
- Osteoartrosis.
- Gastritis crónica.
- Cervicalgias (mareos)

Exploración y pruebas complementarias

Comienza la Rehabilitación tres veces por semana. Se le hace una valoración inicial en la cual pasamos diferentes escalas con el objeto de conocer el estado basal del paciente, determinar el impacto de la cirugía, transmitir información objetiva y valorar cambios para poder establecer tratamientos específicos dependiendo de los resultados. Pasamos los cuestionarios de valoración validados para la patología de cadera Harris Hip Score (Harris, 1969) y capacidad de la marcha-FAC (Holden, 1984), valoramos la Capacidad Funcional para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) con el índice de Barthel (Mahoney, 1965), Escala numérica para valoración del dolor (Kremer, 1981), Escala de riesgo de caídas de J.H.Downton (Downton, 1991), valoramos el deterioro cognitivo del paciente con el cuestionario de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975), así como adaptaciones en el hogar, el entorno familiar-social y predisposición del paciente al tratamiento. Realizamos la exploración física del paciente: valoración de la cicatriz, adherencias, balance muscular,... y hacemos un seguimiento mensual de dichas valoraciones.

Escalas de valoración

Harris Hip Score (Harris, 1969): Consta de una primera parte de 8 preguntas de respuesta múltiple en relación al I. Dolor(0-44 puntos), II. Función(0-47 puntos):ayudas para caminar (0-11 puntos), distancia andada(0-11 puntos), cojera(0-11 puntos), sentarse(0-5 puntos), subir escaleras(0-4 puntos), calzarse(0-4 puntos) y usar transportes públicos(1 punto), y una segunda parte que son puntuaciones otorgadas a III. Ausencia de deformidades(0-4 puntos) y la exploración física sobre la IV. Movilidad de la cadera(0-5 puntos).Puede tener variaciones interobservador debido al peso de la exploración física; sin embargo, ha demostrado ser válido y fiable para la valoración de resultados en artroplastia de cadera.

En esta escala evaluamos el dolor y la capacidad funcional. Para los resultados: 81-100: se considera excelente; 71-80: bueno, y menos de 70: pobre. En pacientes con Girdlestone para no alterar el valor final se considera dar el mismo valor a todos los pacientes siendo 5 puntos (0 por la deformidad y 5 por la movilidad) ya que estos pacientes presentan el inconveniente de valorar el rango articular y la deformidad características de esta operación que suelen ser extremas.

Escala Funcional Ambulatory Classification (FAC) para valorar la capacidad de marcha (Holden, 1984), puntuación de 0 a 5 de la forma que sigue:

- 0: incapacidad para caminar.
- 1: necesita la ayuda de dos personas.
- 2: necesita la ayuda de una persona.
- 3: bajo supervisión.
- 4: independiente excepto para subir escaleras.
- 5: independiente.

Escala de riesgo de caídas J.H.Downton (Downton, 1991). Dicha escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales.

- Caídas previas
- Uso de medicamentos
- Déficit sensoriales
- Estado mental

– Deambulaci3n

Puntuaci3n (0/14). El punto de corte en la escala de J.H.Downton se sitúa en 3 o m3s, que indica alto riesgo de caídas.

Índice de Barthel (Mahoney y Barthel , 1965): Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades b3sicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuaci3n oscila entre 0

(completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en funci3n del tiempo empleado en su realizaci3n y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situaci3n funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia segun la puntuaci3n obtenida siendo los puntos de corte m3s frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa) (4). Algunos autores han propuesto el punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia.

Escala de Evaluaci3n Numérica del Dolor (Kremer, 1981): La “Escala Numérica”, introducida por Downie , es una de las m3s comunmente empleadas. El paciente debe darle un valor numérico al dolor entre dos puntos extremos (0 a 10). Se le pide al paciente que indique su nivel de dolor con un valor numérico, se le dan instrucciones previas as3 como palabras claves para que le sea m3s f3cil conceptualizar su dolor en t3rminos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide s3lo segun su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar an3lisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Nos sirve como medida para valorar la respuesta al tratamiento realizado.

Cuestionario de Valoraci3n del Deterioro Cognitivo de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975): se basa en la realizaci3n de 11 preguntas de las cuales se señalan los errores.

¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año), ¿Qué día de la semana es hoy?, ¿D3nde estamos ahora?, ¿Cuál es su n3mero de tel3fono? o ¿cuál es su direcci3n? (si no tiene tlf) ¿Cuántos años tiene? , ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año) ¿Quién es el actual presidente del Gobierno?, ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?, ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?, Restar 20 menos 3 y al resultado que te de volver a restar 3

• Para su interpretaci3n se utiliza la siguiente estratificaci3n:

• 0-2 errores: normal

• 3-4 errores: leve deterioro cognitivo

• 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patol3gico

• 8-10 errores: severo deterioro cognitivo. Si el paciente no tiene estudios primarios se le permite 1 error de m3s y en el caso de haber recibido estudios superiores se le permite 1 error de menos.

• Tratamiento de fisioterapia en la fase inicial:

• Ejercicios activos de miembros sanos

• Ejercicios respiratorios

• Contracciones isométricas (cuadríceps, glúteos, isquiotibiales)

• Movilizaci3n pasiva o activa-asistida de miembro afecto.

• Trabajo de la cicatriz.

• Electroterapia:

EMS (estimulaci3n muscular de la musculatura atrófica) y

Corrientes Triangulares (para la estimulación de la musculatura denervada, previa realización de la curva I/T) y
TENS (corriente analgésica).

- Mejora de las transferencias, trabajo en sedestación, verticalización y marcha con andador.

- Tratamiento de fisioterapia en fase final:
 - Ejercicios activos y activos resistidos de miembros sanos
 - Ejercicios respiratorios
 - Contracciones isométricas (cuadríceps, glúteos, isquios)
 - Movilización activa o activa-asistida de miembro afecto.
 - Electroterapia: EMS, Corrientes Triangulares y TENS.
 - Reeducación de la marcha con muletas, subir y bajar escaleras.

Resultados

Realizamos la valoración del paciente en diferentes etapas del tratamiento y pasamos cada una de las escalas anteriormente citadas para ver su evolución. Destacamos la valoración inicial, a los diez meses de tratamiento y la valoración final.

En la **Valoración inicial** realizada en **Mayo del 2012**, el paciente presentaba dolor exacerbado de cadera que puntuamos con la Escala de Evaluación Numérica Dolor (0-10):10. Lleva una vida silla-cama con el consecuente deterioro físico aunque ayuda en las transferencias y colabora en la medida de lo posible durante el aseo y la alimentación. Buen control de esfínteres. Tiene muy buena predisposición o adherencia al tratamiento, es muy colaborador y con apoyo dentro del entorno familiar. Las adaptaciones en el hogar ya han sido realizadas en otras cirugías anteriores. Al pasar las diferentes escalas obtenemos los siguientes resultados: Escala de Harris Hip Score: 15/100, Escala de riesgo de caídas (J.H.Downton): 5/14, Escala Funcional Ambulatory Classification (FAC):0/5, Escala de valoración funcional (índice de Barthel): 40/100 y Cuestionario de Pfeiffer: 0. Al realizar la valoración física nos llama la atención la cicatriz adherida (queloides), una parálisis del ciático poplíteo externo del pie derecho, disminución considerable de masa muscular en miembros inferiores y en un principio no se observa ningún movimiento de forma activa en el miembro afecto. Al realizar la RX telemétrica se observa una disimetría de 5cm, por lo que se adaptará el calzado con un alza para el momento en que comience a realizar la marcha.

En la valoración realizada a los **10 meses** observamos importante mejoría. Los resultados de las diferentes escalas son los siguientes: Escala de evaluación numérica dolor (0-10):8, Escala de Harris Hip Score: 35/100, Escala de riesgo de caídas (J.H.Downton): 5/14, Escala Funcional Ambulatory Classification (FAC):3/5 y Escala de valoración funcional (índice de Barthel): 75/100. Mejoría en cuanto a movilidad, estado de la cicatriz y balance muscular en miembros inferiores. Se evidencia ligero movimiento de flexión dorsal en pie derecho. El paciente realiza la marcha con dos bastones, sube y baja escaleras con cierta dificultad. Realiza una marcha en Trendelemburg propia de estas intervenciones.

La valoración final se realiza en **enero del 2014** donde se le da el alta al paciente por estabilización. Los resultados obtenidos al pasar las escalas son: Escala de evaluación numérica dolor (0-10):5, Escala de Harris Hip Score: 41/100, Escala de riesgo de caídas (J.H.Downton): 5/14, Escala Funcional Ambulatory Classification (FAC):4/5 y Escala de valoración funcional(índice de Barthel): 80/100.

Mejoría del balance muscular de cadera izquierda (4-/5) cuando realiza los movimientos de flexión-extensión. Presenta muy leve actividad en tibial anterior derecho y flexor común de los dedos. Realiza la marcha con dos bastones en el domicilio y fuera de este utiliza el andador o silla de ruedas. Sube y baja las escaleras con cierta dificultad. Mejora marcha en Trendelemburg. Ayudas ortopédicas que precisa: alza de 5cm en pie izq. y férula rancho de amigós en el derecho.

Conclusiones

- Es importante el inicio precoz en pacientes de mayor edad del tratamiento de fisioterapia en las artroplastias de cadera (Girdlestone) para obtener unos mejores resultados: mejora de la movilidad, fuerza muscular, estabilidad y autoestima a la hora de desenvolverse en las actividades de la vida diaria debido al gran deterioro funcional que sufren dichos pacientes con esta intervención y a las patologías previas concomitantes.

Referencias

- Navarro, M.J., Peiró, S., Ruiz, L., Payá, A., Hervás, M.T. y López, P. (2005). Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. *Rehabilitación*, 39, 147-54.
- López, I., Ascanio, M.L., Suárez, J.C., López, M.L., Arechaga, C., Peláez, J.L., et al. (1995). Integración social de pacientes a los que se ha practicado una intervención de Girdlestone tras una artroplastia de cadera previa. *Rehabilitación*, 29, 243-7.
- Castellet, E., Vidal, N. y Conesa, X. (2010). Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. *Revista Trauma-Mapfre*, 21 (Supl. 1), 34-43.
- Manjón-Cabeza, J.M., Moreno, J.A., Mozo, A.P., Cátedra, E., Sancho, R. y Úbeda, A. (2008). Situación funcional de los pacientes tras resección de artroplastia de cadera (Girdlestone). *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 43(1), 13-8.
- Comité Operativo para la Seguridad del Paciente Consejería de Salud. (2009). Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. y Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16.
- Serrano-Atero, M.S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P.L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 94-108.
- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1993). Evaluación de las necesidades en los ancianos. *Fundación Caja Madrid* (pp.39-67). SG Editores.
- Sharma, H., De Leeuw, J. y Rowley, D.I. (2005). Girdlestone resection arthroplasty following failed surgical procedures. *International Orthopaedics (SICOT)*, 29, 92-95.
- Scalvi, A., Campacci, A., Marcer, M., Cassini, M., Guerra, C., Ferraresi, M. y Ghasemi, M.R. (1995). Girdlestone arthroplasty for loosening of the total hip prosthesis: evaluation and results. *Chir Organi Mov*, 80(3), 279-85.
- Castellanos, J., Flores, X., Llusá, M., Chiriboga, C. y Navarro, A. (1998). The Girdlestone pseudoarthrosis in the treatment of infected hip replacements. *International Orthopaedics (SICOT)*, 22, 178-181.
- Rio-Alonso, J., Valentí-Azcárate, A., Duart-Clemente, J. y Valentín-Nin, J.R. (2006). Prótesis total de cadera tras artroplastia de resección. *Revista de cirugía Ortopédica y Traumatología*, 50, 414-8.
- Masterson, E.L., Masri, B.A. y Duncan, C.P. (1997). Treatment of Infection at the Site of Total Hip Replacement. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 79-A, 1740-1749.
- Petty, W. y Goldsmith, S. (1980). Resection arthroplasty following infected total hip arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery (Am)*, 62, 889.
- Helwig, U., Bretschneider, W. y Kotz, R. (1996). Femoral cortical sleeve in revision arthroplasty. 24 patients followed 2-10 years. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, Oct 67(5), 424-30.
- Stoklas, J. y Rozkydal, Z. (2004). Resection of head and neck of the femoral bone according to Girdlestone. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Cech*, 71(3), 147-51.
- Downton, J.H. y Andrews, K. (1991). Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. *Aging (Milano)*, Sep 3(3), 219-28.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, Oct 23(10), 433-41.
- Harris, W. (1969). Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by hold arthroplasty, an end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg*, 51-A, 737-55.
- Kremer, E., Atkinson, J.H. y Ignelzi, R.J. (1981). Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, 10, 241-8.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*, 14, 61-65.

Holden, M.K., Gill, K.M., Magliozzi, M.R., Nathan, J. y Piehl-Baker, L. (1984). Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther*, 64, 35-40.

García, B. y Martínez, J. (1999). Demografía de la vejez. En: *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. SEGG. Ed. Panamericana, 17-45.

CAPÍTULO 66

Atención de enfermería en el paciente geriátrico intervenido de artroplastia de rodilla

Noemí Gil Fernández*, María Luisa Ballesta Fernández*, Minerva Hernández Sánchez**,
y Patricia Pastor Muñoz***

Empresa Pública Hospital de Poniente, Almería (España), *Hospital Jules Bordet, Bruselas (Bélgica), ** Hospital Universitario de Móstoles, Madrid (España), *Hospital Jules Bordet, Bruselas (Bélgica)*

Introducción

La artrosis u osteoartritis es una enfermedad degenerativa del aparato locomotor caracterizada por la degeneración y pérdida del cartílago articular, junto a la proliferación de osteofitos cartilaginosos en la zona subcondral y en los márgenes articulares. Es una de las enfermedades reumatológicas más frecuentes en los países de occidente y respecto a las enfermedades crónicas del adulto es la principal responsable de incapacidad y/o invalidez. La articulación de la rodilla es la principal gran articulación afectada por la artrosis (Morgado, Pérez, Moguel, Pérez-Bustamante & Torres, 2005). Según el estudio EPISER la prevalencia de la gonartrosis sintomática en España supera el 33,7% en individuos mayores de 70 años (Trujillo, Rodríguez, Sampedro & Carmona 2000).

La artroplastia de rodilla es el tratamiento quirúrgico definitivo para la gonartrosis avanzada y otras enfermedades reumáticas inflamatorias que afectan a la articulación de la rodilla. Consiste en la implantación de una prótesis parcial o total, que sustituye a los componentes articulares fisiológicos. Ha demostrado ser una técnica quirúrgica eficaz, reduciendo la incapacidad funcional resultante del dolor y la limitación de la movilidad, favoreciendo la marcha, aumentando la independencia para las actividades de la vida diaria y mejorando por tanto, la calidad de vida del paciente (Criado & Medina, 2004; Morgado et al. 2005). Todo ello unido al alto índice de senectud en la población actual, hace que la artroplastia de rodilla sea una intervención quirúrgica realizada a diario por los servicios de cirugía ortopédica. Oscila entre 2,5 y 13,49 intervenciones por 10.00 habitantes año en España (AETSA, 2013).

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta la industria sanitaria en éste siglo es prestar una atención sanitaria de calidad a la vez que se minimiza al máximo el coste de dicha atención. Tarea difícil de conjugar pero necesaria, especialmente frente a la cirugía de artroplastia de rodilla, ya que se trata de un tratamiento costoso para el servicio sanitario. La implementación de programas de trabajo que cumplan dichos requisitos es un objetivo fundamental en la actualidad para los gestores de las unidades sanitarias (Trebón, Medina & Jurado, 2001; Yáñez, 2014).

Como hemos referido anteriormente la mayoría de las intervenciones de artroplastia de rodilla se realizan en el adulto mayor y/o anciano. Se trata de una cirugía complicada y agresiva de forma que los cuidados de enfermería a éstos pacientes durante su hospitalización son de elevada importancia por los cambios que se producen en su estado de salud y por la alteración de las necesidades que presentan, debiendo ir encaminados a la prevención de complicaciones y al fomento de la autonomía del adulto mayor en el menor tiempo posible (Villar & Iglesias, 2007; Criado & Medina, 2004).

Objetivo

El objetivo de éste trabajo es analizar las diferentes actuaciones desde la enfermería ante la artroplastia de rodilla en el paciente geriátrico.

Metodología

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como son: Scielo, Dialnet y Cinahl. Los descriptores utilizados fueron: “atención de enfermería”, “salud del anciano”, “prótesis de rodilla”, “cuidados preoperatorios” y “cuidados posoperatorios”. El tipo de fuente seleccionada fueron principalmente revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español e inglés. Por otro lado, se introdujo un filtro para las fechas de las publicaciones: desde 2000 hasta 2015.

Resultados/Estado de la cuestión

La realización de una valoración enfermera pre-quirúrgica a los pacientes ancianos candidatos a ser intervenidos de artroplastia de rodilla supone una herramienta interesante a tener en cuenta. En ésta misma línea, Pou et al. (2006) realizaron una valoración enfermera a los pacientes geriátricos que iban a ser intervenidos de artroplastia total de rodilla. En dicha valoración, analizaron las siguientes variables: edad, sexo, Índice de Barthel pre-quirúrgico, Índice de comorbilidad de Charlson, Escala de valoración cognitiva de Pfeifer, Escala de depresión geriátrica, número de consultas a Trabajador social, estancia media de ingreso y destino al alta. Con la información obtenida averiguaron el perfil sanitario de la población que iba a ser intervenida, pudiendo realizar una detección y tratamiento precoz de posibles problemas relacionados con el momento al alta.

En la actualidad, existen numerosas guías de recomendaciones para el paciente que va a ser intervenido de artroplastia de rodilla. La mayoría de ellas son elaboradas por unidades hospitalarias pertenecientes a los Servicios de Salud Pública de las diferentes Comunidades Autónomas Españolas. En ellas, se pretende ofrecer un servicio informativo a los pacientes, explicando en qué consiste la intervención, generalidades del proceso y consideraciones a tener en cuenta antes y después de la cirugía. El personal enfermero puede utilizarlas como herramienta de apoyo para el proceso de educación sanitaria del paciente que va a ser intervenido y su familia. Se realizarán las aclaraciones y adaptaciones oportunas para la correcta comprensión del proceso ya que se tendrá en cuenta las características del paciente geriátrico (Manrique, Bellón & Guerrero, 2011).

La metodología de trabajo utilizada por la enfermería es el Proceso Enfermero, un método dinámico y sistematizado que ayuda y facilita la resolución de problemas, dirigiendo las intervenciones hacia la consecución de unos resultados específicos (Pérez, 2013). Los planes de cuidados enfermeros estandarizados son una herramienta útil y eficaz. Como objetivos presentan establecer una metodología de trabajo en cuanto a los cuidados asistenciales de los pacientes, ahorrar tiempo en la planificación de los cuidados y asegurar la continuidad de los cuidados en los diferentes turnos de trabajo. (Villar & Iglesias, 2007).

Compartimos la perspectiva de Criado y Medina (2004) cuando refieren que “los cuidados de enfermería ante el paciente intervenido de artroplastia de rodilla deben ir principalmente encaminados a la ayuda de movilización articular, la prevención de complicaciones, la disminución del dolor, el cuidado de la herida quirúrgica, la ayuda a la deambulación, la prevención de caídas y la ayuda al paciente respecto a la educación sanitaria relacionada con su estado de salud”.

Para tratar el dolor postoperatorio se dispone de dos opciones terapéuticas, los métodos farmacológicos y los no farmacológicos. Respecto a los farmacológicos, se utilizarán los analgésicos disponibles según prescripción médica, atendiendo al estado previo del paciente y al umbral del dolor de forma individualizada. En ocasiones, para éste tipo de intervenciones se precisa de analgésicos potentes tipo opioides. Respecto a los no farmacológicos, nos resulta interesante destacar las técnicas de relajación que han demostrado su utilidad para reducir el dolor postoperatorio, la musicoterapia o las técnicas de distracción, ya que el nivel de ansiedad influye sobre la percepción del dolor en el periodo postoperatorio. La visita enfermera prequirúrgica es analizada en diferentes estudios como efecto

positivo para disminuir la ansiedad del paciente y la familia (Sánchez, Alonso, Sanz, Ordoqui, Gutiérrez & Ceruelo, 2009).

Como es de entender, todos los planes de cuidados enfermeros revisados en la bibliografía hacen referencia al diagnóstico de enfermería de deterioro de la movilidad física y deterioro de la deambulación tras la intervención quirúrgica. Es importante establecer unos objetivos a largo y corto plazo para restablecer lo antes posible el estado de salud. Criado y Medina (2004) establecen unas intervenciones de enfermería respecto a éstos diagnósticos, de forma que se realiza una terapia de ejercicios progresiva para la movilidad articular, el fomento de ejercicios de extensión de la propia articulación y ejercicios respecto a la deambulación, con dispositivos de apoyo inicialmente hasta su retirada posterior, animando al paciente en su realización para una recuperación precoz y fomentando la participación familiar. En ésta línea, nos resulta interesante destacar la figura del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinar. Trebón, Medina y Criado (2001), describen el STJEP, un programa de enfoque multidisciplinar puesto en marcha en 1990 en California y dirigido principalmente a pacientes que reciben prótesis totales de cadera y rodilla. En éste programa, el fisioterapeuta se encarga del programa de movilidad, de forma que el día de la cirugía se realiza una valoración precoz, sedestación en el borde de la cama y bipedestación. El primer día postoperatorio el paciente debe caminar 7 u 8 metros dos veces al día con andador o muletas, realizar una transferencia de carga con ayuda moderada y ejercicios terapéuticos. Progresivamente se camina tercer y cuarto día, 15 y 30 metros, transferencia de carga con ayuda mínima y de forma independiente y ascenso y descenso de escalón. Éste programa multidisciplinar ha sido sometido a estudio en diferentes ocasiones y demostró un descenso significativo (35%) del coste asistencial por paciente, desde los cuidados preoperatorios hasta la rehabilitación postquirúrgica, disminuyendo la estancia hospitalaria de 7.9 días en 1989 hasta 2.8 días en 1999 y mejorando el estado médico y funcional.

En relación a la prevención de complicaciones, se instauraron en los últimos años la utilización de dispositivos de recogida de sangre postoperatoria para la posterior reinfusión en el paciente, llamados comúnmente, redón-recuperador. La cirugía ortopédica con utilización de prótesis de grandes articulaciones suele precisar transfusiones sanguíneas por el volumen de sangre perdida durante la intervención. Estos dispositivos pretenden cubrir éstas necesidades con un fácil manejo. La sangre del paciente drenada en el redón desde la zona intervenida pasa a ser filtrada doblemente con un dispositivo específico sin necesidad de ser lavada en el laboratorio. La conexión del sistema es realizada por la enfermera/o instrumentista en quirófano bajo máximas condiciones de esterilidad y en las posteriores 6 horas puede ser utilizada para reinfusión, por lo que debe ser registrada la hora de inicio de la conexión del dispositivo. El volumen a infundir no debe superar los 1000 ml para evitar situaciones de coagulopatías y la aspiración del redón debe ser inferior a 100 mmHg (Moreno, Ramírez & Díaz, 2009).

Respecto a las infecciones nosocomiales, Vaqué & Rosselló (2009), nos habla de los resultados del estudio EPINE de 2012 en España, donde el 30,89% del total de los casos pertenecen a infección de la herida quirúrgica. La aparición de infección de prótesis de rodilla es una de las complicaciones posquirúrgicas más temidas por el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, suponiendo un coste económico estimado de entre 15.000 y 30.000 euros por caso y una mortalidad de hasta un 18% (Leone & Hansen, 2005). En ésta misma línea, Yáñez (2014) reflexiona sobre la importancia de la actuación enfermera ante la prevención de infecciones nosocomiales. Propone en su estudio unas nuevas medidas para la prevención de infecciones de la herida quirúrgica en artroplastia de rodilla que incluyen visitas de enfermería en el preoperatorio, actuación enfermera intraoperatorio, detección precoz de la infección de herida quirúrgica y seguimiento de la misma. El control del Índice de Masa Corporal, niveles de glucemia, uso cemento antimicrobiano para la implantación de la prótesis y portar redón recuperador, son por ejemplo, parte de las intervenciones enfermeras propuestas.

Dadas las características del paciente anciano, otra de las alteraciones que puede presentar tras la intervención será la aparición de úlceras por presión (UPP). Según Martínez et al. (2015) los cuatro

primeros días tras la intervención serán críticos ya que el 50% de los casos de aparición de las UPP son en ésta franja de tiempo. Refieren además que el número de UPP es mayor en fracturas de cadera que en artroplastia de rodilla.

Discusión/Conclusiones

La artroplastia de rodilla se ha desarrollado en la actualidad como procedimiento quirúrgico eficaz y reproducible en sus resultados. El incremento de esperanza de vida poblacional unido a la alta incidencia de patología de rodilla en el adulto mayor, hacen que la artroplastia de rodilla sea una intervención quirúrgica realizada a diario en nuestros hospitales y a nuestros ancianos.

Según el informe AETSA (2013) que ofrece una guía a los profesionales implicados en el manejo de la artroplastia de rodilla, cabe destacar que respecto a las variables analizadas (dolor, rigidez, limitación funcional, calidad de vida, complicaciones, necesidad de revisión y supervivencia de la prótesis) el 100% de los documentos revisados (223 en una primera fase, 613 en una segunda fase) presentaban calidad científica baja o muy baja según el sistema utilizado para la clasificación de la calidad de la evidencia científica y la fuerza de las recomendaciones (sistema del grupo internacional GRADE).

La atención de enfermería en el proceso peroperatorio es crucial. Para que la persona se adapte de forma adecuada a su nueva situación de salud, precisará recibir unos cuidados de enfermería en las diferentes fases del proceso: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria. En consonancia, los cuidados estarán orientados a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones y se adaptarán a la individualidad del anciano.

Los planes de cuidados enfermeros suponen una herramienta útil para el desarrollo de una metodología de trabajo en equipo, aplicando el método científico a los cuidados, asignando la responsabilidad del cuidado y garantizando la continuidad de cuidados.

El conocer el estado actual de los últimos estudios referentes a la atención de enfermería en el paciente geriátrico intervenido de artroplastia de rodilla implica la actualización de los cuidados enfermeros y mejora la calidad asistencial que dichos pacientes precisan.

Referencias

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). (2013). Guía para el uso apropiado de artroplastia de rodilla en pacientes con artrosis en el SSPA. Recuperado de: http://Guiasalud.es/GPC/GPC_529_Artroplastia_Rodilla_compl.pdf
- Criado, V. S., Medina, I. M. L. (2004). Plan de cuidados estandarizado para el paciente intervenido de artroplastia total de rodilla. *Enfermería Clínica*, 14(3), 177-183.
- Leone, J. M., Hanssen, A. D. (2005). Management of infection at the site of a total knee arthroplasty. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 87(10), 2335-2348.
- Martínez, J. M. D., López-Donaire, P., Molina-Mercado, P., Peláez-Panadero, M., Torres-Aguilar, J. C., & Hidalgo, P. L. P. (2009). Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 20(2), 102-109.
- Manrique, F.A., Bellón, J.A., Guerrero, I. S. (2011). Guía de recomendaciones del paciente intervenido de prótesis de rodilla mediante metodología de guía práctica clínica. *Evidentia: Revista de Enfermería basada en la evidencia*, 8(36): 15.
- Moreno, V., Ramírez, T., Díaz, H. (2009). Protocolo de cuidados de enfermería en el paciente con recuperador sanguíneo postoperatorio. Recuperado el 8 de enero de 2015, de <http://acceda.ulpgc.es>
- Morgado, I, Pérez, A.C., Moguel, M., Pérez-Bustamante, F.J., Torres, L.M. (2005). Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12(5): 289-302.
- Pérez Sánchez, I. (2013). Plan de cuidados al paciente intervenido de artroplastia de rodilla. Universidad de Almería. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10835/2442>
- Pou, M.I, Muniesa, J.M., Subiela, M., Boza, M., Roser, T., Torres, S. et al. (2006). Valoración pre-quirúrgica en pacientes ancianos candidatos a artroplastia total de rodilla. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 16(1): 12-15.

Sánchez, T.F., Alonso, M. P. G., Sanz, M. R. L., Ordoqui, A. N., Gutiérrez, M. T. U., & Ceruelo, P. U. (2009). Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intraoperatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio. 39.

Trebón, S. G., Porqueres, I. M., Bueno, A. J. (2001). Enfoque multidisciplinar en las endoprótesis de cadera y rodilla: un nuevo concepto. *Fisioterapia*, 23(3), 113-120.

Trujillo, E., Rodríguez, R. P., Sampedro, J., Carmona, L. (2000). Informe EPISER. *Revista Española de Reumatología*. 27:181.

Vaqué, J., Rosselló, J. (2009). Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales españoles: estudio EPINE. Recuperado de: <http://www.vhebron.net/preventiva/epine>

Villar, A.P., Iglesias, L.E. (2007). Plan de cuidados estándar en post-operados de artroplastia de rodilla (proyecto Gacela). *Enfermería Global*, 11: 1-8.

Yáñez, F.O. (2014). Gestión enfermera del riesgo de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla. Escola Superior D'Infermeria del Mar. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10230/22674>

CAPÍTULO 67

Efectividad de la Fisioterapia con Biofeedback en la Incontinencia Urinaria

Yésica Carrión Amorós*, Isabel María Rodríguez García*, María Amparo Morales García*,
Silvia Rosa Ruiz*, Francisco Javier Gonzalez Oller*, y Yolanda García Fortes**

*Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente y Hospital de
Toyo (España); *Servicio Andaluz de Salud (España)

La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society [ICS]) define desde 2002 la incontinencia urinaria (IU) como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina, recogiendo así la verdadera prevalencia de la enfermedad, que difiere de la definición anterior donde el escape tenía que ser demostrable y de magnitud para causar un problema higiénico o social.

El término incontinencia hace siempre referencia a: un síntoma, porque implica que la paciente refiere pérdida de orina de forma involuntaria, un signo, demostrable objetivamente mediante la pérdida de orina y una condición patológica, porque se puede demostrar mediante estudios urodinámicos.

La incontinencia urinaria es una queja clínica común, sobre todo en mujeres post-menopáusicas (Capelini, 2006).

La prevalencia de este trastorno, o número de personas que en un momento dado refieren el escape involuntario de orina, se cifra en un 25% de la población femenina. Existiendo una relación entre la prevalencia y la edad, siendo el trastorno más frecuente en los dos grupos de edad: 5ª década de la vida (45 a 54 años) y 8ª década de la vida (75 a 84 años).

La incontinencia urinaria (IU) afecta a un 10-30% de las mujeres entre 15 a 64 años (Terlikowski, 2013).

La IU sigue siendo una enfermedad infra diagnosticada, por atribuirse a la edad, vergüenza o falta de información. Posee un gran impacto económico, social y psicológico. Se estima que existen 2 millones de incontinentes en España, con una prevalencia entre el 10-50%, afectando a ambos sexos (Geanini-Yagüez, 2013).

Clasificación

Incontinencia urinaria de esfuerzo o estrés:

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el tipo más común de incontinencia urinaria y se define como cualquier pérdida involuntaria de orina asociada con cualquier esfuerzo abdominal como toser o estornudar. (Capelini, 2006). Se presenta durante el incremento de la presión abdominal (con esfuerzo físico, la tos, los estornudos) en ausencia de contracción del músculo detrusor. Puede ser producida por fallo en el cierre uretral, por la pérdida de soporte anatómico de la uretra y de la unión uretrovesical, por hiperpresiones abdominales, etc. No está asociada a deseo miccional ni se nota sensación previa de escape. Se produce o bien cuando fallan los mecanismos de sujeción de la uretra originando un descenso de su posición con el esfuerzo, lo que se denomina hipermovilidad uretral. O bien, por un defecto a nivel de las paredes uretrales, la uretra carece de su capacidad de cierre y mantiene su luz permanentemente abierta.

Incontinencia urinaria de urgencia:

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar. Se debe a una contractilidad aumentada de la vejiga y viene precedida de una sensación de urgencia, consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor. Su origen puede ser neurológico o idiopático y su prevalencia aumenta con la edad. Se caracteriza por un deseo irresistible y repentino de orinar que es difícil de diferir. (Imamura, 2010). El paciente generalmente tiene conciencia previa pues siente que tiene ganas de orinar y no puede

evitarlo. Suele asociarse a contracciones involuntarias del músculo detrusor por defectos neurológicos o inestabilidad vesical.

Incontinencia urinaria mixta:

Es la asociación de los síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos, con síntomas de incontinencia urinaria de urgencia. Combina urgencia y la emisión de orina al realizar esfuerzos, ejercicio, estornudar, toser o reír.

Por rebosamiento:

Asociada a una sobredistensión de la vejiga cuando la presión intravesical excede a la presión uretral máxima debido a una elevación de la primera asociada a sobredistensión vesical con o sin actividad del detrusor. Se manifiesta en forma de goteo, gota a gota o en chorro fino sin fuerza y breve y está asociada a una retención de orina continua. Se da en ausencia de deseo miccional.

Neurógena:

Toda alteración de la dinámica miccional cuyo origen está en el sistema nervioso (excluyendo las causas psicógenas) que puede dividirse en tres niveles: Cerebral, medular (alta o baja), de los nervios periféricos y mixta. La primera de ellas se manifiesta como incontinencia urinaria de urgencia con fuerte deseo miccional y se presenta en AVC, Parkinson, esclerosis múltiple, etc. La segunda se puede clasificar bien en lesión alta o suprasacra produciendo una descoordinación entre la vejiga y la uretra o bien, en lesión baja o sacra donde la vejiga y la uretra quedan desconectadas del sistema nervioso.

La Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es responsable de aproximadamente el 50% de los síntomas de la incontinencia urinaria en las mujeres entre 25 y 49 años de edad (Rett, 2008). La incontinencia urinaria interfiere en los aspectos sociales, físicos, psicológicos y sexuales, que afectan negativamente a la autoestima y la calidad de vida. (Capelini, 2006)

Factores desencadenantes

Los factores que pueden tener un posible efecto sobre urinaria incontinencia, son tales como fumar, tos crónica, condiciones alérgicas, enfermedades del corazón, problemas con la presión arterial, estreñimiento o diurético el consumo de drogas (Demirtürk, 2008). Entre los factores hallados en la bibliografía, que se asocian a su aparición son en la mujer las causas obstétricas (embarazo, parto), cirugía uro-ginecológica y la menopausia. En el varón el factor de influencia más prevalente es el cáncer de próstata y sus tratamientos, que junto a la impotencia sexual son los síntomas secundarios más frecuentes. La prostatectomía se asocia a IUE o IUM, mientras la radioterapia a IUU. La prevalencia de la IU aumenta con la edad como indican distintos estudios, hecho coincidente con nuestro trabajo respecto a la IUU e IUM, mientras la IUE aumenta progresivamente también con la edad con un pico máximo entre 40-60 años, para descender luego levemente. (Geanini-Yagüez, 2013).

Tratamiento

En el tratamiento de la IU se emplean técnicas conservadoras, quirúrgicas, y como técnica mixta la neuromodulación periférica (conservadora) y central (quirúrgica). Dentro de las modalidades terapéuticas del tratamiento conservador se encuentran: el tratamiento farmacológico, la terapia conductual, la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, el EMSP activo, el Biofeedback y la electroestimulación, obteniendo mejores resultados con las técnicas que produzcan contracciones activas (Geanini-Yagüez, 2013).

La mayoría de publicaciones, resaltan que los ejercicios clásicos del suelo pélvico y sus distintas modalidades de realización, son los que aportan mayor evidencia científica en cuanto a resultado respecto al desarrollo de una contracción perineal útil y eficaz. En éstos caso el biofeedback actuaría como una técnica de refuerzo en el aprendizaje y entrenamiento muscular.

El tratamiento conservador basado en ejercicios de los músculos del suelo pélvico para restaurar el apoyo de los órganos de la pelvis y el mecanismo de cierre uretral se está convirtiendo en una importante

opción terapéutica para el tratamiento de la IUE. Un recurso adicional es el biofeedback, que utiliza la electromiografía de superficie (EMG) para el monitoreo simultáneo, ayudar a los pacientes a identificar los músculos correctos para la contracción (Capelini, 2006).

Biofeedback

El BFB es una técnica mediante la cual un proceso fisiológico normalmente inconsciente se presenta al paciente y al terapeuta con una señal visual, auditiva o ambas, usando posteriormente esta señal para enseñar y corregir el proceso fisiológico consiguiendo un efecto terapéutico. Esta técnica de EMSP facilita el aprendizaje, permite la auto-evaluación, crea fuerte motivación y permite un control y trabajo personalizado (Geanini-Yagüez, 2013). El Biofeedback es útil para promover el control de la contracción correcta y la visualización de la actividad muscular, porque muchas mujeres no son conscientes de cómo contraer los músculos del piso pélvico y necesitan alguna motivación (Retz, 2008). Este método es capaz de detectar las contracciones del músculo del suelo pélvico, incluso cuando están muy débiles, y demuestra simultáneamente su ejecución. Además, las contracciones no deseadas de otros grupos musculares sinérgicos tales como los glúteos, aductores o los músculos abdominales también son monitoreados, lo que permite el aislamiento y la selección de los músculos del suelo pélvico. (Capelini, 2006). Para la mayoría de las mujeres no es fácil contraer el suelo pélvico, la mayoría de los autores piensan que el 30% de las mujeres, incluso jóvenes, son incapaces de hacerlo espontáneamente. Biofeedback es útil para promover el correcto control de la contracción y la visualización, ya que muchas mujeres no pueden contraer los músculos del suelo pélvico y requieren algún tipo de motivación. Tratamientos de Biofeedback son intervenciones seguras y eficaces que deberían ser más fácilmente disponibles para los pacientes como tratamiento de primera línea para la disfunción miccional (Terlikowski, 2013).

El desconocimiento y la ignorancia de esta musculatura hacen de la toma de conciencia una etapa obligatoria para toda la fisioterapia del suelo pélvico. Y aquí es donde entra el cometido del fisioterapeuta, creando las bases para la toma de conciencia sobre la contracción voluntaria de esa zona, es decir, la propiocepción adecuada. Y una vez esto suceda, reforzar dicha contractilidad para incrementar la fuerza y resistencia de dicha musculatura.

Dependiendo del resultado de la valoración del testing vaginal, y la determinación de la capacidad contráctil de la musculatura pélvica, se decidirá la conducta a seguir en la reeducación. En aquellos casos cuya valoración del test vaginal sea **inferior a 3**, aplicaremos: electroestimulación y biofeedback. La estimulación eléctrica tiene como objetivo mejorar la presión de cierre uretral por la restauración de la activación refleja de los músculos del suelo pélvico, el mantenimiento de la contracción sincronizada de estos músculos en adición al efecto de fortalecimiento (Demirtürk, 2008). En los casos que resulte un test vaginal **igual o superior a 3**, se realizará: biofeedback y cinesiterapia.

BF ofrece al paciente la oportunidad de manipular respuestas electro-físicas de su musculatura pélvica de acuerdo con las señales visuales y auditivas. La mayoría de las mujeres no son conscientes de cómo sus músculos del suelo pélvico funcionan. BF se utiliza especialmente para enseñar a las funciones musculares y para comprobar si los ejercicios se realizan correctamente (Demirtürk, 2008). Su objetivo es modificar una respuesta fisiológica inadaptada, o ayudar a adquirir una nueva respuesta fisiológica. Por medio del biofeedback el aprendizaje se realiza en tres etapas:

1. Primera detección o amplificación de una función mediante el equipo y traducción en una señal visual y/o sonora para el paciente.
2. Segunda etapa, consistente en demostrar a la paciente que se puede actuar sobre la función que se le muestra, es la etapa de toma de conciencia.
3. En la tercera etapa, la automatización de esta función de contracción del periné mediante el esfuerzo.

Tipos de biofeedback: cistomanométrico, manométrico, de video y Biofeedback EMG. Este último es el sistema más utilizado. Se realiza mediante electrodos que detectan la señal eléctrica procedente de la actividad muscular, denominándose electrodos de detección. Estos electrodos pueden situarse en el periné; adheridos a la piel o en las cavidades anal o vaginal. La actividad registrada puede escucharse y/o visualizarse. El sistema dispone de, al menos, dos canales que permiten registros en dos grupos musculares diferentes, pudiendo servir una canal para activar la musculatura pélvica y el otro para detectar la aparición de actividad no deseada en un músculo sinergista. La ventaja de usar el feedback EMG es la de poder controlar las contracciones de los músculos deseados. Como los ejercicios del suelo pélvico se realizan sin este control suelen asociarse a contracciones sinérgicas de los músculos no deseados (abdominales, glúteos, abductores) que provocan fatiga y aumentan la presión vesical provocando mayor incontinencia. Cuando la paciente es capaz de activar los músculos del suelo pélvico con absoluta relajación abdominal, se usa un solo canal. En este caso para poder valorar los tiempos de trabajo y reposo durante el tratamiento y evitar la fatiga muscular, se debe hacer una valoración previa, con el electrodo endocavitario indicando una contracción máxima a la paciente, que debe mantener todo el tiempo posible. Se mide la intensidad de la misma en microvoltios y el tiempo que es capaz de mantenerla. Una vez conocidos estos datos, se comienza con ciclos de trabajo de intensidad igual al valor medio y de tiempo inferior al determinado, estableciendo el tiempo de descanso del triple al de actividad. A menor resistencia a la fatiga mayor será el periodo de descanso. Cuando en los estadios iniciales de tratamiento, se detecta mucha dificultad para activar la contracción voluntaria del suelo pélvico, se recurre a la estimulación eléctrica asociada a biofeedback EMG. De esta forma reforzaremos la contracción muscular y aumentaremos las sensaciones propioceptivas del paciente. Cuando veamos que activa correctamente la musculatura deseada, dejamos el feedback EMG y realizaremos el tratamiento sin él.

El papel del biofeedback reside en la adquisición rápida, precisa y segura de la participación del paciente en su rehabilitación. El biofeedback no es un tratamiento en sí, actúa como coadyuvante con la cinesiterapia en la reeducación de la musculatura pélvica, en aquellas pacientes con contracción evidente pero con dificultad para mantenerla.

Objetivos

Analizar la importancia de la fisioterapia en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con disfunciones del suelo pélvico.

Analizar el uso de la terapia de Biofeedback utilizada como método diagnóstico del grado de afectación del suelo pélvico, así como su utilización terapéutica para obtener un vaciamiento vesical efectivo, obteniendo una continencia adecuada.

Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión bibliográfica de literatura científica buscando en las bases de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público, Pubmed y Medline. Consulta de diferentes libros de la biblioteca del Hospital del Poniente, así como los encontrados en internet como los de la editorial Elsevier en la revista de Fisioterapia. Realizando una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed y Medline mediante las palabras clave: biofeedback, urinary incontinence, physical therapy, floor pelvic se han encontrado un total de 218, acotando a los últimos 10 años se ha reducido a 102 artículos, se han estudiado solo los artículos realizados a humanos y se reduce a 100, se han acotado a los textos encontrados de forma gratuita quedando un total de 9 artículos y al acotarlo a 5 años solo quedan 5 artículos (pero ninguno de ellos hace referencia a la terapia con biofeedback) y si a la recuperación general del suelo pélvico. Si el camino a seguir solo incluye las palabras clave biofeedback, urinary incontinence, y physical therapy se encuentran 312 artículos, si lo acotamos con los realizados a humanos encontramos 308, de ellos al acotarlo a los estudios de los últimos 10 años quedan 128, pero si

lo reducimos a los 5 años últimos 56 artículos, nos hemos centrado en los textos gratuitos quedando un total de 9 artículos., de los cuales solo uno hace referencia al biofeedback. Si ponemos las palabras Biofeedback, urinary incontinence, treatment y physical therapy obtenemos 312 si lo acotamos a 10 años 131 a texto libre 16 y con humanos 13, de ellos hemos seleccionado solo 5, entre ellos el incluido en la búsqueda anterior, por lo que hemos trabajado con 5 artículos y uno del *elservier*. Hemos cogido estudios que habla de la efectividad del biofeedback como terapia única o asociado a otras terapias, además de los estudios que muestran la efectividad del biofeedback comparado con otras terapias.

Resultados

Los resultados que hemos obtenido en este trabajo de revisión bibliográfica haciendo referencia a los artículos seleccionados son: los resultados que hacen referencia a la mejora de la calidad de vida del paciente, los que muestran la efectividad del biofeedback asociado a otras terapias, los resultados que muestran la mejora en la fuerza de contracción muscular y otros estudios cuyos resultados no muestran una efectividad concluyente del biofeedback.

Calidad de vida

La IU se asocia de forma estadísticamente significativa con el embarazo, parto, menopausia, cirugía ginecológica, urológica y abdominal, así como a prostatectomía. La IU es más frecuente en las mujeres y aumenta con la edad. Tras la bibliografía revisada concluimos que la EMG-BFB para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mejora la incontinencia y la calidad de vida en los 3 tipos de IU. (Geanini-Yagüez, 2013). Otro estudio demuestra que, los ejercicios del suelo pélvico asociados con biofeedback aplicados de acuerdo con un protocolo descrito promueve cambios significativos en el diario de la vejiga, la prueba de la almohadilla y los parámetros urodinámicos. Por otra parte, causó cambios significativos en el índice de calidad de vida evaluada por un instrumento validado que fue adaptado culturalmente a la lengua del paciente. El proceso de aprendizaje ofrecido por la biorretroalimentación y la formación, seguido por el mantenimiento de los ejercicios, incluso sin supervisión, puede haber mantenido los buenos resultados observados 3 meses después del programa supervisado de ejercicios se interrumpió. (Capelini, 2006).

Terapias asociadas con Biofeedback

Además los estudios demuestran que es más eficaz cualquier terapia del suelo pélvico si está asociada a la terapia con Biofeedback. Modalidades conservadoras de tratamiento incluyen ejercicios del suelo pélvico muscular (EMSP), conos vaginales, la estimulación eléctrica, y el biofeedback. Desde que Kegel presentó por primera vez sus resultados, algunos ensayos controlados aleatorios han demostrado que la EMSP es más eficaz que ningún tratamiento, bajo costo y la falta de efectos secundarios son características que hacen que la biorretroalimentación y EMSP los métodos generalmente preferidos de tratamiento (Rett, 2008). Uno de los artículos compararon los efectos de EMSP con biorretroalimentación y EMSP sin biorretroalimentación utilizando un protocolo de tratamiento intensivo de 5 tratamientos cada semana durante 4 semanas, seguido de un programa de ejercicios en casa sin supervisión durante 2 meses . Ambos grupos mostraron mejoras en la frecuencia urinaria nocturna, pero sólo el grupo con EMSP solo mejoraron en términos de la frecuencia urinaria diurna. Sin embargo, el grupo con EMSP con biofeedback demostró mejores resultados de auto-reporte y mayores contracciones de presión de los músculos del piso pélvico.(Rett, 2008).

La estimulación puede ayudar a fortalecer los músculos y aliviar la IUE y también puede ayudar a controlar la urgencia de actuar sobre los nervios y la disminución de la irritabilidad de la vejiga (Terlikowski, 2013).

Fuerza de contracción musculatura pélvica

La Terapia con Biofeedback aumenta la fuerza de contracción del suelo pélvico según la escala modificada de Oxford.

En cuanto a la fuerza muscular del suelo pélvico, después de la intervención, casi todas las mujeres tuvieron contracciones clasificados como de grado 2 ("moderado") o 3 ("fuerte"), lo que demuestra una mejora de al menos 1 grado después de EMSP con biofeedback asistida.(Reet, 2008).

Varios estudios han demostrado la eficacia de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y otros han demostrado que estos ejercicios en asociación con la biorretroalimentación son seguros y eficaces (Capelini, 2006).

Estudios no concluyentes

El efecto complementario de la biorretroalimentación en el programa de rehabilitación del suelo pélvico sigue siendo un tema controvertido (Capelini, 2006).

Muchos autores informan que los síntomas regresaron o se incrementaron después que la terapia había terminado y concluyeron que la disminución de los niveles de adherencia fueron probablemente la causa más importante para la disminución de las tasas de efectos a largo plazo (Terlikowski, 2013).

No existen muchos estudios científicos que demuestren la superioridad del biofeedback a la cinesiterapia guiadas por el fisioterapeuta. Aunque no existen evidencias científicas que el tratamiento del suelo pélvico mediante ejercicios y combinado con biofeedback sea más efectivo que la terapia de ejercicios única, pero se demuestra que el biofeedback ayuda a mejorar la propiocepción y toma de conciencia del esquema corporal del suelo pélvico porque sirve de motivación al paciente.

Conclusión y discusión

Se llega a la conclusión tras la bibliografía revisada y los artículos vistos, que el EMG- biofeedback en el tratamiento de la incontinencia, mejora la musculatura del suelo pélvico y la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto, después de la revisión, podemos afirmar que el BFB es un método de tratamiento de la IU que, en ningún caso es perjudicial ni tiene efectos indeseables, que es efectivo en un porcentaje de casos aceptable, pero que es necesario seguir estudiando en más profundidad para determinar su grado de efectividad y demostrar si ofrece alguna ventaja adicional sobre otras terapias utilizadas en el tratamiento de la IU.

Bibliografía

Capelini, M.V., Riccetto, C.L., Dambros, M., Tamanini, J.T., Herrmann, V. y Muller, V. (2006). Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol*, Jul-Aug; 32(4):462-8.

Demirtür, F., Akbayrak, T., Karakaya, I., Yüksel, I., Kirdi, N., Demirtürk, F., Kaya, S., Ergen, A. y Beksac, S. (2008). Interferential current versus biofeedback results in urinary stress incontinence. *Swiss Med Wkly*, May 31; 138(21-22):317-21.

Geanini-Yagüez, A., Fernández-Cuadros, M., Nieto-Blasco, J., Ciprian-Nieto, D., Oliveros-Escudero, B. y Lorenzo-Gómez, M. (2013). EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación (Madrid)*. Ed Elsevier.

Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., Cook, J., Eustice, S., Glazener, C., Grant, A., Hay-Smith, J., Hislop, J., Jenkinson, D., Kilonzo, M., Nabi, G., Dow, J., Pickard, R., Ternent, L., Wallace, S., Wardle, J., Zhu, S. y Vale, L.(2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*, Aug; 14(40):1-188.

Rett, M., Simoes, J., Herrmann, V., Pinto, C., Marques, A. y Morais, S. (2007). Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. *Phys Ther*, Feb; 87(2):136-42.

Terlikowski, R., Dobrzycka, B., Kinalski, M., Kuryliszyn-Moskal, A. y Terlikowski, S.J. (2013). Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of premenopausal age: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*, Oct; 24(10):1631-8.

CAPÍTULO 68

Beneficios del ejercicio físico en adultos mayores institucionalizados

María Isabel Tomas-Sánchez, Esther Quiles-Carrillo, Pilar Tomas-Pellicer, Cristina Serrano-Escudero, Marta Muñoz-Escudero, y Francisco Esquivá-Ferrández
Servicio Murciano de Salud, Murcia (España)

Introducción

La vejez podríamos definirla como un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano. El envejecimiento es un fenómeno altamente diferencial y asincrónico en sus manifestaciones. Existe una gran variación entre individuos, pues cada persona envejece de manera diferente. El envejecimiento se ha percibido más como un proceso de degradación que como sinónimo de sabiduría y experiencia que nos beneficia. Existen diferentes teorías sobre el envejecimiento que tienen en común una visión negativa, basada en el déficit, deterioro y desmotivación que se producen en las personas con el paso del tiempo (Fernández, 2000).

Evolución demográfica y envejecimiento

El aumento generalizado de la población que se prevé en la mayoría de los países, se debe a la disminución de las tasas de natalidad y el retraso de la mortalidad en los mayores. La mayor esperanza de vida se debe entre otros factores, a una mejor salud, originada a su vez por el mayor nivel de educación y de información. En España, el número de personas mayores tiende a incrementarse, se doblará en los próximos decenios, según se desprende de las tendencias estadísticas (Portal, Arias y Lirio, 2014).

La esperanza de vida, a escala planetaria, ha aumentado en más de veinte años desde 1950, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Al mismo tiempo se da una diferencia entre sexos, la media en la esperanza de vida de los hombres es de 80 años frente a los 85 de las mujeres, contraste que tiende a ser cada vez mayor (Bazo, 2006).

Diversas circunstancias facilitan que el incremento de los años de edad permita vivir, en una gran mayoría de casos, en unas mejores condiciones de vida durante mucho más tiempo (García y Llopis, 2011).

Institucionalización de los adultos mayores

Existen varios tipos de residencias (Duocastella, 1980; Martínez, 2010):

a) Las residencias que dependen de administraciones públicas diversas (locales, autonómicas, provinciales). En estos establecimientos se cobra un porcentaje de la jubilación/pensión del anciano y el acceso puede llegar a ser gratuito.

b) Los hogares /residencias dependientes de órdenes religiosas o que están regentados por religiosos. Acogen habitualmente a ancianos de nivel económico bajo o medio. Tanto en esta tipología de residencia como en la anterior, se incluyen a veces servicios hospitalarios propios en las que son ingresados ancianos seniles en avanzado proceso de deterioro, o incapacitados para su autocuidado.

c) Las residencias reservadas a ancianos de nivel económico medio-alto o alto. Están situadas en lugares más o menos privilegiados, cerca de las grandes ciudades o dentro de ellas, disponen de una habitación por anciano o pareja, reciben notables atenciones y en general todo está en relación con la cotización. En estos hogares existe un servicio médico exclusivo para la residencia o muy próximo a ella, y el trato entre los residentes pretende ser distinguido.

d) Los hogares privados de bajo precio. Se trata de pisos arreglados para ser explotados como pensiones baratas y que, con el tiempo, se han transformado en hogares de ancianos.

Envejecimiento activo. Beneficios de la actividad física para los adultos mayores

La investigación en la población mayor durante las últimas décadas ha dejado claro que la actividad física y el entrenamiento físico mejoran el nivel de condición física y la calidad de vida de los mayores. Estos resultados han ayudado a cambiar la visión clásica o tradicional que apoyaba la idea de que la mejoría que se puede obtener a través del ejercicio físico disminuía a medida que aumentaba la edad. Las actitudes hacia el envejecimiento están cambiando, y la nueva perspectiva sostiene la idea de que muchos de los cambios fisiológicos que se aprecian con el envejecimiento son debidos a la falta de uso en lugar de al proceso de envejecer por sí solo (Fericgla, 1992).

En la actualidad, se ha producido un cambio apreciable en los hábitos deportivos de la población de edad avanzada en comparación con las dos últimas décadas, donde las personas mayores de 65 años han evolucionado de una práctica deportiva inexistente a una práctica regular cercana al 20% (García y Llopis, 2010).

En la medida que disminuye la práctica de actividad física diaria disminuye la fuerza y la masa muscular. Al llegar a la frontera de los 60 años comienza una etapa caracterizada por la reducción gradual de la fuerza máxima. La disminución de la fuerza permanece constante hasta la octava década de vida y a partir de esta edad se produce una mayor aceleración en la disminución (Bermejo, 2010).

En la actualidad, tiene una especial consideración el conservar unos niveles adecuados de fuerza y resistencia muscular, necesarios para evitar que aparezcan problemas, como los dolores de espalda, la osteoporosis o la imposibilidad futura de realizar actividades tan habituales como levantarse de una silla o caminar de manera independiente (Millán-Callenti, 2011).

Los beneficios del ejercicio físico se traducen en una mejora de las capacidades motoras básicas como son la flexibilidad, la fuerza y la resistencia. Su práctica regular va a mejorar la condición física de la persona, mejora el equilibrio, la flexibilidad y la agilidad y aumenta el tono muscular que de manera indirecta favorece la creación de masa ósea produciendo beneficiosos sobre (Rubens y Geraldo da Silva, 2005):

1. La circulación hacia el músculo cardíaco
2. La mejor competencia del proceso de contracciones cardíacas
3. Los niveles de grasas en sangre
4. El desarrollo de las lesiones arterioscleróticas
5. Los mecanismos de coagulación de la sangre
6. La obesidad
7. La hipertensión
8. La estabilidad psicológica

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer los efectos del ejercicio físico en adultos mayores institucionalizados.

Objetivos específicos:

- Describir los tipos de programas de ejercicio físico aplicados a los mayores con respecto al tipo de ejercicio, la duración, intensidad y frecuencia de las sesiones.
- Conocer las variables que han sido estudiadas para valorar los efectos de los programas de ejercicios y describir los efectos alcanzados en cada una de ellas.

Método

Diseño del estudio

El presente estudio es una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre los efectos del ejercicio físico en mayores institucionalizados.

Estrategias de búsqueda

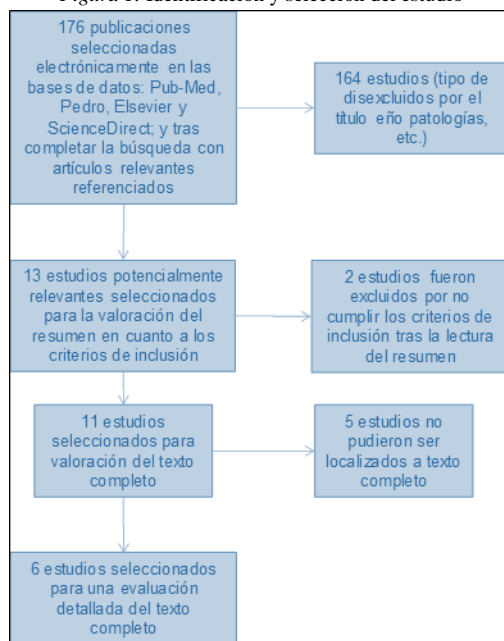
La búsqueda bibliográfica se realizó en el periodo comprendido de enero a marzo de 2014, en las siguientes bases de datos: Medline a través de Pubmed, ScienceDirect, Elsevier y Scielo. Los términos empleados para la búsqueda fueron: *exercise, exercise movement techniques, exercise therapy, nursing home, physical well-being, geriatric hospitalizad, quality of life* y *functional assessment*, combinados con los operadores lógicos AND y OR. Se aplicaron los siguientes límites:

- Idioma: inglés, portugués, y español.
- Tipo de estudio: ensayo clínico controlado y aleatorizado
- Año de publicación: los últimos diez años.

Criterios de selección

Como criterio establecido para la selección de los artículos de fue: estudios que incluyesen personas mayores institucionalizadas en residencias de ancianos. Como criterio de exclusión: artículos que hacían referencia a una patología específica o residentes con fragilidad, o bien residentes con un único objetivo como por ejemplo, evitar fractura de cadera.

Figura 1. Identificación y selección del estudio



Resultados

Identificación y selección de estudios

Fueron valorados los resúmenes de los estudios seleccionados en base a los criterios de inclusión. Se obtuvieron y se examinaron los estudios completos de los artículos restantes. Finalmente 6 artículos fueron seleccionados para formar parte de esta revisión bibliográfica. Los resultados de esta búsqueda se indican en la Figura 1.

Descripción de los estudios

El periodo de publicación de estos artículos fue desde 2007 hasta 2012, siendo la mayoría de los artículos publicados en el 2011. Los estudios se llevaron a cabo en distintos países, de los siete estudios dos de ellos se hicieron en España. Las muestras incluidas fueron muy distintas, se evaluaron desde 17 participantes hasta 149, se han agrupado quedando cuatro artículos con una muestra inferior o igual a 60 participantes, y el resto con una muestra entre 139 y 149 participantes. En la mayoría de los artículos, la clasificación por sexos incluye a ambos sexos. La edad de los individuos osciló desde los 56 hasta los 102 años.

Descripción de las intervenciones.

Entre los diferentes programas de intervención que se llevaron a cabo en cada uno de los estudios podemos diferenciar un programa de ejercicios individualizados de funcionalidad (Peri, Kerse, Robinson, Parsons y Latham, 2008), un programa de ejercicios específicos de Tai-Chi (Lee, Lee y Woo, 2010), dos de fuerza (Serra, Bustamante, Hierro, González, Sanz, Blanco y cols, 2011; Gusi, Carmelo, Corzo, Del Pozo-Cruz, Olivares y Parranca, 2010), uno de estiramientos (Gallon, Rodacki, Hernández, Drabovski, Outi, Bittencourt y Gomes, 2011), uno de equilibrio (Gusi y cols, 2012), y finalmente uno de ejercicio físico suave de movilidad general (Piedras-Jorge, Meléndez-Moral y Tomás-Miguel, 2010).

Los ejercicios que se realizaron en los diferentes programas del grupo de intervención fueron: ejercicios de fortalecimiento de miembros superiores e inferiores, ejercicios de estiramientos, ejercicios de fuerza aeróbicos, de entrenamiento del equilibrio, ejercicios funcionales y ejercicios específicos de Tai-Chi. La duración de los programas fue de entre 8-12 semanas como mínimo y de 6 meses como máximo. En general, la duración de las sesiones variaba entre 40-45 min/ día. En el grupo control la mayoría recibió cuidado estándar o habitual.

Por otra parte, el mayor número de estudios en los cuales los residentes formaron parte de los grupos controles, realizaron solamente sus cuidados habituales, no participando en programas específicos de ejercicio físico. Únicamente fueron dos estudios a los que se les aplicó otro tipo de actividad a los grupos controles (Serra y cols, 2011; Gallon y cols, 2011).

En el estudio de Peri y cols (2008) se aplicó un programa de actividad individualizado basado en actividades de la vida diaria y en actividades que tenían como fin mejorar la fuerza, el equilibrio y la resistencia como por ejemplo movilidad en la cama, sentarse y levantarse así como desplazarse por distintos tipos de superficies y alturas, se desliza de la cama a la silla varias veces, sentarse y levantarse varias veces en su propia habitación, aumentar las distancias de paseo cogiendo una ruta más larga hasta el comedor y aumentando los paseos al aire libre. Todo ello se llevó a cabo durante 6 meses, mientras que en el grupo control se continuó con la asistencia habitual.

El estudio de Lee y cols (2010) se llevó a cabo un programa de ejercicio físico diferente basado en las técnicas de Tai-Chi, que consisten en la realización de movimientos lentos y fluidos relacionados con una práctica físico-espiritual. En este estudio la intervención fue enfocada a la valoración de los diferentes aspectos psicológicos de los residentes, tras 26 semanas de realización de ejercicios de Tai-Chi tres veces a la semana. Por otro lado, el grupo control no realizó ningún tipo de ejercicio físico y continuó con sus actividades diarias habituales.

En el estudio de Serra y cols (2011) se aplicó un programa de ejercicios de movilidad y entrenamiento aeróbico durante 8 semanas. Cada sesión duraba entre 45 y 50 minutos y terminaba con un calentamiento y una fase de estiramientos entre 5 y 7 minutos. El entrenamiento aeróbico se realizó

en un cicloergómetro y duraba entre 5 y 15 minutos. Seguidamente se continuó con el entrenamiento de la fuerza de los músculos más importantes de las extremidades inferiores, que consistían en ejercicios de presión de piernas realizados con máquinas de peso con resistencia variable. Los residentes realizaron dos y tres sesiones de 8 a 10 repeticiones. El entrenamiento de resistencia también incluía una serie de 8 a 10 repeticiones de bíceps, extensiones del brazo, elevaciones laterales del brazo, elevaciones de hombros, flexiones sentadas en bancos y elevaciones de gemelos con mancuernas o bandas de resistencia. Los residentes del grupo de intervención se sometieron a un periodo de desacondicionamiento durante el que no realizaron ninguna de las sesiones de entrenamiento. Mientras que el grupo control recibió ejercicios de movilidad y estiramientos suaves de 40 a 45 minutos cinco días a la semana.

En el estudio de Gallón y cols (2011) se aplicó un programa de estiramiento y se impartieron unas charlas educativas sobre hábitos saludables tres veces por semana durante 8 semanas. En primer lugar se llevó a cabo un breve calentamiento de 10 minutos con actividades lúdicas y marcha y a continuación se procedió a los ejercicios de estiramiento del tendón de la corva en posición sentada con la rodilla estirada y una banda gruesa de material no elástico alrededor del pie. El segmento inferior se extendía gradualmente con el tronco inclinado hacia delante durante 60 segundos. La extremidad correspondiente mantenía la rodilla y la articulación de la cadera flexionada con el pie plano sobre el suelo. Se realizaron cuatro repeticiones de 60 segundos. Mientras que en el grupo control solo se impartieron charlas educativas sobre hábitos saludables y actividades culturales.

El estudio realizado por Gusi y cols (2012) llevó a cabo un programa de ejercicios de equilibrio para personas mayores con miedo a caerse. Los ejercicios que se realizaron fueron los siguientes, un calentamiento que consistía en caminar a velocidad moderada y ejercicios de movilidad de las articulaciones. Tras el calentamiento se realizó un primer ejercicio que consistía en ejercicios de estabilidad postural y de equilibrio y recuperación del equilibrio con reconocimiento visual. El ejercicio consistía en dejar las piernas semiflexionadas en ángulo de 45°, a continuación la pierna derecha se adelanta manteniendo la flexión de la rodilla y por último la pierna izquierda se adelanta. La duración de cada ejercicio era de 20 segundos. Después se realizó un segundo ejercicio que consistió en repetir el ejercicio anterior, fueron ejercicios de estabilidad postural y de equilibrio y recuperación del equilibrio sin reconocimiento visual. Y por último se realizó un tercer ejercicio que consistió en desplazar su centro de gravedad por encima y por debajo de los límites establecidos mediante el adelantamiento de la pierna derecha con una inclinación de 45° en sentido de las agujas del reloj respecto a la vertical seguido del adelantamiento de la pierna izquierda con rotación de 45° en sentido contrario a las agujas del reloj durante 12 semanas. Al mismo tiempo se impartió atención multidisciplinar. Por otro lado el grupo control solo recibió atención multidisciplinar.

Por último, en el estudio de Piedras y cols (2010), se realizó un programa de ejercicio físico suave cuyo objetivo principal era mantener el estado físico y funcional. El ejercicio se dividió en cuatro partes: calentamiento, ejercicios de movilidad general en sedestación y bipedestación, juegos y por último estiramientos y vuelta a la calma. Tuvo una duración de 8 semanas y 2 sesiones de 60 minutos a la semana. Mientras que el grupo control permaneció sin realizar actividad física alguna.

Descripción de las variables y resultados principales

Existe una heterogeneidad en cuanto a las variables medidas por los autores en los estudios incluidos en esta revisión.

Se han valorado los siguientes aspectos: fuerza muscular (Serra y cols, 2011; Gallon y cols, 2011; Gusi y cols, 2012), flexibilidad (Gallon y cols, 2011), marcha y equilibrio (Gusi y cols, 2012; Piedras y cols, 2010), calidad de vida relacionada con la salud (Peri y cols, 2008; Lee y cols, 2010), funcionalidad (Gallon y cols, 2011; Piedras y cols, 2010), función cognitiva (Gallon y cols, 2011; y Piedras y cols, 2010), satisfacción con la vida (Peri y cols, 2008), autoestima, autonomía, autoaceptación, relaciones

interpersonales y crecimiento personal (Lee y cols, 2010; Piedras y cols, 2010), satisfacción con la institución (Lee y cols, 2010), tasa de caídas y miedo a caerse (Serra y cols, 2011; Peri y cols, 2008; Gusi y cols, 2012).

1. Fuerza muscular y flexibilidad

De los seis artículos incluidos en esta revisión, tres de ellos han medido la fuerza (Serra y cols, 2011; Gallon y cols, 2011; Gusi y cols, 2012) y dos han medido la flexibilidad (Gusi y cols, 2012; y Piedras y cols, 2010). Respecto a la fuerza muscular, se observó un aumento de la misma en los estudios de Serra y cols (2011), y de Gusi y cols (2012). Sin embargo cabe resaltar que en el estudio de Serra y cols (2011), aunque la fuerza ha mejorado, durante el periodo de descondicionamiento físico disminuyó. No hubo diferencia significativa con respecto a la fuerza en el estudio de Peri y cols (2008). En la flexibilidad valorada en el estudio de Gallon y cols (2011), se observó un aumento significativo en la misma en miembros inferiores en aquellos que realizaron el programa de estiramiento, y respecto a la flexibilidad valorada en el estudio de Piedras y cols (2010) obtuvo una mejora en miembros superiores.

2. Marcha y equilibrio

Cabe resaltar la importancia de la asociación de estas dos variables con respecto al aumento de caídas en la población mayor pero solo dos de los seis estudios incluidos en esta revisión han valorado estas variables (Gusi y cols, 2012; Piedras y cols, 2010). Una vez valoradas, se observa de forma significativa que solo el estudio de Gusi y cols (2012) obtuvo resultados relacionados con las caídas, mientras que el estudio de Piedras y cols (2010) no valoró la variable de las caídas en relación con la marcha y equilibrio. En el estudio de Gusi y cols (2012), solo se valoró el equilibrio mediante la plataforma *Biodex Balance System*, un dispositivo multiaxial que mide y registra la capacidad de un individuo para estabilizar una articulación afectada por tensión dinámica y cuyo resultado mejoró significativamente en el grupo de intervención que en el grupo control. En el estudio de Piedras y cols (2010), se valoró tanto la marcha como el equilibrio mediante la escala de Tinetti y en ambas variables se observó una mejora significativa con respecto a los residentes que participaron en el programa de ejercicio físico, el cual consistía en ejercicio suave basado en calentamiento, ejercicios de movilidad general en sedestación y bipedestación, juegos, estiramientos y vuelta a la calma. En el estudio de Gusi y cols (2012) se observó de forma significativa la relación del equilibrio con las caídas sin hacer referencia a la marcha; sin embargo el estudio de Piedras y cols (2010) valoró tanto la marcha como el equilibrio en relación a las caídas.

3. Funcionalidad y función cognitiva

De los seis estudios incluidos, dos de ellos han valorado estas variables (Gallon y cols, 2011; Piedras y cols, 2010). En el estudio de Piedras y cols, (2010) donde no se aplicó programa de ejercicio físico, cabe destacar una paralización en el deterioro cognitivo y funcional frente a los que realizaron ejercicio físico. A su vez en el estudio de Gallon y cols (2011) no hubo diferencias significativas en las capacidades funcionales tanto del grupo experimental como del grupo control.

4. Calidad de vida

Dos de los seis artículos incluidos en esta revisión, han medido esta variable (Peri y cols, 2008; Lee y cols, 2010). En el estudio de Peri y cols (2008) se observó una mejora significativa en el cuestionario SF-36 en aquellos que participaron en el grupo de intervención. A su vez en el estudio de Lee y cols (2010) mejoró la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de intervención.

5. Satisfacción social, autoestima, autonomía, autoaceptación, relaciones interpersonales, crecimiento personal

Tres de los seis estudios han medido estas variables (Peri y cols, 2008; Lee y cols, 2010; Piedras y cols, 2010). La satisfacción social únicamente fue valorada en el estudio de Peri y cols (2008). En ella no se observaron cambios significativos entre los dos grupos, sin embargo en el estudio de Lee y cols (2010) donde se midió esta variable se observó una reducción de la satisfacción del apoyo social en ambos grupos. Respecto al resto de las variables, se observaron mejores resultados en las variables psicológicas valoradas en el grupo de intervención que las obtenidas en el grupo control tanto en el estudio de Lee y cols (2010), como en el de Piedras y cols (2010).

6. Satisfacción con la institución

Uno de los seis estudios ha medido esta variable (Lee y cols, 2010). Dicha variable consistía en la realización de un cuestionario de 29 preguntas que se contestan mediante sí o no de acuerdo con las entrevistas personales que se hacían para determinar la red social y la satisfacción del apoyo social. En dicho estudio se observó una mejora en la satisfacción con la institución en el grupo de intervención tras la realización de las actividades programadas.

7. Tasa de caídas y miedo a caerse

Esta variable es muy importante debido a la elevada tasa de caídas que presenta la población mayor. De los seis estudios tres de ellos midieron esta variable (Serra y cols, 2011; Peri y cols, 2008; Gusi y cols, 2012). Se observó una mejora significativa en el estudio de Gusi y cols (2012), sin embargo en el grupo control empeoró considerablemente. Esta variable fue medida por el temor que presentan los residentes a caerse durante la realización de ciertas actividades cotidianas diarias. En el estudio de Peri y cols (2008) el grupo control reportó al menos una caída durante el periodo de intervención en comparación con el grupo experimental. En este estudio se valoró debido a que los residentes eran autónomos para comer pero dependientes en las actividades cotidianas y presentaban riesgo de sufrir caídas durante la realización de las mismas. Finalmente en el estudio de Serra y cols (2011) se valoró esta variable por un investigador responsable de auditar todos los registros médicos y de enfermería en los cuales se reflejaba el número de caídas de cada participante durante el periodo de intervención y desacondicionamiento físico, detallando que el número de caídas fue menor en el grupo de intervención que en el grupo control. Por tanto en los tres estudios se observaron mejoras en la disminución de caídas tras la realización del programa de ejercicio físico.

8. Dolor

Dos de los seis estudios han valorado esta variable (Peri y cols, 2008; Piedras y cols, 2010). Según Piedras y cols (2010) se observó un aumento significativo de dolor en el grupo que no realizó ejercicio físico. Se comprobó que el grupo control percibía cada vez más dolor durante la intervención mientras que el grupo de intervención disminuía su percepción de dolor. Sin embargo en el estudio de Peri y cols (2008) no se observó diferencias entre ambos grupos con respecto a la frecuencia de dolor durante el periodo de intervención. El dolor es un componente subjetivo que puede ser medido con una escala visual analógica de dolor en la cual el paciente anota el grado de dolor que siente de acuerdo con su percepción individual. Cabe destacar la importancia de esta variable debido a las limitaciones que ocasiona durante la realización de las actividades de la vida diaria y sin embargo solo fue medida en dos de los seis estudios y en uno de ellos no obtuvo cambio significativo.

Conclusiones

1. Hay mucha heterogeneidad respecto a las variables medidas en los estudios incluidos en esta revisión, siendo las más frecuentes: la fuerza muscular, el equilibrio y la flexibilidad.

2. La fuerza se midió frecuentemente con un dinamómetro, el equilibrio con la prueba de Tinetti y con la plataforma Biodex Balance System, y la flexibilidad con un goniómetro y con el método fotogramétrico.

3. Los principales efectos de las intervenciones sobre los adultos mayores han sido: aumento de la fuerza tanto en miembros inferiores como superiores, mejora en la flexibilidad en ambas extremidades y aumento en el equilibrio dinámico.

Referencias

- Bazo M.T. (2006). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Médica-Panamericana.
- Bedmar, M., Fresneda, M.D. y Muñoz, J. (2004). *Gerontología. Educación en personas mayores*. Granada: Granada: Universidad de Granada.
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de buenas prácticas*. Madrid: Médica-Panamericana
- Duocastella, R. (1980). *Residencias para la tercera edad*. Barcelona: Cátedra de Gerontología.
- Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Gallon, D., Rodacki, A.L.F., Hernández, S.G., Drabovski, B., Outi, T., Bittencourt, L.R. y Gomes, A.R.S. (2011). The effects of stretching on the flexibility, muscle performance and functionality of institutionalized older women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 44, 229-235.
- García, M. y Llopis, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal*. Valencia: Universidad de Valencia, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gusi, N., Carmelo, J., Corzo, H., Del Pozo-Cruz, B., Olivares, P.R. y Parraca, J.A. (2012). Balance training reduces fear of falling and improves dynamic balance and isometric strength in institutionalized older people: a randomized trial. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 97-104.
- Laín, P. (1986). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Lee, L.Y.K., Lee, T.F.D. y Woo, J. (2010). The psychosocial effect of Tai Chi on nursing home residents. *Journal of Clinic Nursing*, 19(7-8), 927-938.
- López, J. y López, L.M. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Madrid: Médica-Panamericana.
- Millán-Calenti, J.C. (2011). *Gerontología y Geriátrica. Valoración e Intervención*. Comunidad de Madrid: Médica Panamericana.
- Peri, K., Kerse, N., Robinson, E., Parsons, M., Parsons, J. y Latham, N. (2008). Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomized controlled trial in residential care facilities. (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age and Ageing*, 37(1), 57-63.
- Piedras-Jorge, C., Meléndez-Moral, J.C. y Tomás-Miguel, J.M. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 45(3), 131-135.
- Portal, E., Arias, E. y Lirio, J. (2014). *Gerontología social y envejecimiento activo*. Madrid: Universitas.
- Rubens, J. y Geraldo da Silva, J. (2005). *Fisioterapia geriátrica: práctica asistencial en el anciano*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Serra, J.A., Bustamante, N., Hierro, M., González, P., Sanz, M.J., Blanco, N., Ortega, V., Gutiérrez, N., Marín, A.B., Gallardo, C., Rodríguez, G., Ruiz, J.R. y Lucia, A. (2011). Short-term, light-to moderate-intensity exercise training improves leg muscle strength in the oldest old: a randomized controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 59(4), 594-602.

CAPÍTULO 69

Artroplastia de cadera una herramienta para mejorar la calidad de vida en la vejez

Rosario Inmaculada Gimeno Mora, María Noelia Sánchez Manzano, Remedios Uribe Carreño, Lucía Restoy Guil, María Isabel Platero Sáez, y Ana Esther López Casado
Servicio Andaluz de Salud (España)

Introducción

El proceso de envejecimiento va a provocar cambios en el aparato osteoarticular, uno serán propios del uso de las articulaciones y del paso del tiempo y otros provocados por enfermedades y trastornos a lo largo de la vida.

La artroplastia de cadera es un avance terapéutico, que va a contribuir a paliar las consecuencias negativas del envejecimiento de las articulaciones y mejorar así la calidad de vida de las personas. (Navarro, Peiro, Ruiz, Paya y Hervas 2001)

Una de las preocupaciones más frecuentes en la vejez, es la autonomía del anciano durante el mayor tiempo posible, este es el aspecto que más valoran a la hora de envejecer, es por ello la importancia de la artroplastia de cadera que va a constituir una herramienta más en la mejora de la calidad de vida.

1-1 Prótesis de cadera o Artroplastia:

La artroplastia es una reconstrucción quirúrgica de la articulación destinada a restablecer el movimiento y función de la articulación, músculo y ligamentos así como otras estructuras blandas que controlan dicha articulación. (Kapandji, 1997)

La cadera es una articulación cuya función es unir tronco a la altura de la pelvis con la cabeza del fémur, y esto ayuda a mantener las extremidades inferiores unidas a tronco.

La cirugía que sustituye a esta articulación se denomina Artroplastia y consiste en remplazar la cabeza del fémur y el acetábulo, por una prótesis artificial.

Es una técnica de gran importancia así como la más frecuente que se realiza en Las unidades de traumatología.

Intervención costo-efectiva para disminuir el dolor, mejorar la calidad de vida de pacientes con patología degenerativa o patológica. (Payes, 2007)

La artroplastia de cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos más exitosos en cirugía ortopédica. (Ilizaliturri, Mangino y Camacho, 2007)

Es por todo esto la importancia que adquiere este tipo de técnica quirúrgica en pacientes mayores, ya que aparece en ellos una gran discapacidad provocada por el dolor intenso y degeneración articular hasta tal punto de provocar la invalidez total, con la artroplastia total de cadera el paciente podrá adquirir un grado de autonomía, mejorando así su calidad de vida.

1-2 Para qué tipo de pacientes está indicada la Artroplastia:

Una de las causas más importantes que hacen recurrir a esta técnica es eliminar el dolor tan intenso y la deformación que sufren estos pacientes, y que le impiden realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria, las causas más frecuentes son:

Artrosis de cadera: Se produce un deterioro del cartílago que recubre la superficie de los huesos que forman la articulación. El deterioro es tal que provoca un roce entre los huesos, provocando dolor intenso, desgaste y deformación de la articulación.

Fractura de cadera: La causa más común en las personas mayores, debido a las caídas así como a la osteoporosis que presenta sobre todo en mujeres.

Artritis reumatoide: Enfermedad crónica, que provoca un proceso inflamatorio en los tejidos que forman la articulación.

Los síntomas son dolor, rigidez y deformidad suele ser más común en las mujeres, suele realizarse la artroplastia en los casos más graves, donde aparece una gran deformidad y dolor tan intenso que provoca la invalidez del paciente.

La artroplastia supone hoy en día una alternativa para los pacientes que presentan dolor incapacitante, junto con limitación funcional.. (García y Muñoz, 2009)

1-3 Tipos de prótesis:

En las prótesis de cadera se ha avanzado mucho en los últimos 25 años (Lizaur, Sanz, Plazaola y Cebrián, 2007)

La prótesis de cadera está formada por:

- a) Tronco de metal : Vástago
- b) Bola de metal : Cerámica
- c) Toma de metal o plástico: Cotilo.

Las prótesis de cadera pueden ser parciales o totales dependiendo de las necesidades y la gravedad de la lesión.

En estos momentos el material empleado es el titanio poroso por ser más ligero, genera menos rechazo y se fija mejor al hueso. (Lizaur, 2012)

Prótesis parcial: En ellas se sustituye la cabeza del femur. Es menos agresiva que la total, suele estar indicada en pacientes de edad muy avanzada y en aquellos cuya movilidad en general ya era muy reducida.

Prótesis Totales: En ellas se produce un remplazo total de la articulación.

La fijación de la prótesis puede ser cementada o no cementada o la combinación de ambas.

Las cementadas suelen usarse en personas mayores con un estilo de vida sedentario o con unos huesos débiles.

Las no cementadas se recomiendan en personas con vida más activa.

1-4 Beneficios de la artroplastia:

Casi siempre, la cirugía de remplazo total de cadera ofrece los siguientes beneficios (Pagés, Iborra y Cuxart, 2007).

- Elimina el dolor de la cadera o lo reduce casi completamente. Incluso el dolor de la operación debería desaparecer en unas pocas semanas.
- Aumenta la fuerza de las piernas. Una vez que se le quite el dolor de la cadera, podrá usar más las piernas y fortalecer los músculos.
- Mejora la calidad de vida porque le permite realizar las tareas cotidianas y otras actividades con mayor comodidad.
- Facilita el movimiento durante muchos años; la mayoría de los reemplazos totales de cadera duran muchos años y existen sistemas con los que se espera mejorar, aún más, los excelentes resultados conseguidos hasta aquí.

1-5 Contraindicaciones de la artroplastia:

Tras realizar un estudio exhaustivo de los pacientes a veces se encuentran causas por las que la artroplastia no estaría indicada, pudiendo suponer un riesgo

más que un beneficio (Brotzman, 2005). Estas serán valoradas por el médico anestesista y el traumatólogo entre ellas la más importantes son:

- a) Complicaciones médicas que supongan un riesgo vital importante.
- b) Deterioro funcional severo.
- c) Procesos infecciosos activos, que favorezcan la aparición de complicaciones en el postoperatorio.
- d) Deterioro importante del tono muscular que puede aumentar el riesgo de sufrir una luxación posterior a la intervención.
- e) Deformidad grave que va a obligar a realizar intervenciones previas o posteriores a la artroplastia.
- f) Insuficiencia circulatoria importante.
- g) Insuficiencia respiratoria importante que conlleve riesgo para la anestesia.

1-6 Complicaciones de la artroplastia:

Al igual que cualquier operación, el reemplazo de cadera tiene riesgos y complicaciones como:

- Reacción a la anestesia
- Trombosis Venosa, Tromboembolismo pulmonar
- Infección
- Luxación o aflojamiento de la prótesis
- Daño de los vasos sanguíneos, huesos o nervios cercanos
- Dolor

Una de las complicaciones más frecuentes y que proporcionan mayor insatisfacción, tanto al cirujano como al paciente es la luxación o la inestabilidad de la artroplastia total. (Bourne y Mehin 2004)-

1-7 Los objetivos de la cirugía son:

Toda técnica quirúrgica tiene unos objetivos evaluables a posteriori (Alonso, Regidor; Barrio, Prieto, Rodríguez y De La Fuente, 1998)

- 1- La extracción segura, no traumática, de los componentes con mínimo daño de las partes blandas y mínima pérdida ósea.
- 2- La colocación de nuevos componentes estables.
- 3- La restitución ósea.
- 4- La restitución de la biomecánica de la articulación y la diferencia de longitud de las piernas.

1-8 Artroplastia un proceso interdisciplinar:

La artroplastia es un proceso en cual van a intervenir diferentes niveles asistenciales.(Montes, Rabuñol, Bal y Guerrero. 2005) así como la implicación de un grupo amplio de profesionales de la salud entre los que se encuentran:

- *Traumatólogos.
- *Anestesistas.
- *Médicos de AP.
- *Rehabilitadores y fisioterapeutas.
- *Enfermero/as de atención primera y hospitalización.
- *Psicólogos.
- * Trabajadores sociales.

* Enfermeras de enlace.

* Etc.

En el nivel de AP, y en concreto desde la consulta de su médico de AP, es donde se detecta la necesidad que presenta el paciente de ser valorado por los traumatólogos para un posible tratamiento quirúrgico como la artroplastia, tras haber agotado todas las medidas necesarias para poder solucionar su problema articular, tras haber tratado el dolor incapacitante y no obtener resultados satisfactorios se deriva al segundo nivel asistencial donde será atendida por los traumatólogos. Una vez intervenido el paciente y dado de alta será de nuevo en Atención Primaria donde le realizarán el seguimiento de curas por parte de su enfermería y del tratamiento por su médico de AP.

En la consulta de traumatología es importante realizar una o varias consultas con el cirujano para determinar exactamente el problema a corregir, así como un preoperatorio para conocer el estado de salud del paciente, para ello se derivará a la consulta de anestesia.

Durante la consulta que el paciente tendrá con el cirujano que realizará la **intervención de prótesis de cadera (artroplastia)**, el paciente podrá solucionar todas las dudas que tenga sobre el procedimiento. Del mismo modo, se realizará un examen físico del paciente y se examinarán las pruebas médicas que el paciente proporcione. Así, el médico podrá saber exactamente el alcance del problema y sus necesidades.

1-8-a) La consulta de pre- anestesia:

En ella se realizarán diferentes pruebas tales como:

* Analítica completa donde la coagulación y en concreto el **tiempo de protrombina** será uno de los valores más importantes en el estudio, seguido de una bioquímica y un hemograma donde la **hemoglobina** y **hematocrito** serán los valores más importantes a destacar, ya que debe estar por encima de:

- **Hombre: de 13.8 a 17.2 gramos por decilitro (g/dL).**
- **Mujer: de 12.1 a 15.1 g/dL.**

Es importante, pues estos valores suelen descender tras la intervención, por la pérdida de sangre durante la técnica, será motivo de estudio de forma seriada durante el postoperatorio en la sala de reanimación.

*Radiografía de tórax AP.

*Electrocardiograma.

Además de todas estas pruebas es importante conocer los siguientes datos sobre el paciente:

- a) Alergias, tanto a medicamentos como a algún tipo de material que pueda interferir en la intervención.
- b) Proporcionar todo tipo de información sobre los medicamentos que toma el paciente actualmente, tiene suma importancia aquellos pacientes que se encuentran anticoagulados con algún tipo de fármaco, es importante consultar con el hematólogo y suspenderlo de forma prescrita un tiempo prudente previo a la intervención.
- c) Realizar una historia clínica donde quede reflejado todas aquellas patologías que presente el paciente así como si ha sido anteriormente intervenido.
- d) Además se recogen datos como peso, talla, costumbres y hábitos del paciente. Todo esto acompañado del consentimiento informado firmado por el paciente.

1-8-b) Cuidados postoperatorios en el servicio de reanimación:

La duración de la estancia en este servicio dependerá del protocolo del hospital, la media de estancia es de 24 horas, se prestará especial atención a los siguientes aspectos:

1-Analgésia: durante la estancia en este servicio, se aplicarán fármacos por vía intravenosa para paliar el dolor del paciente este tratamiento será revisado por el médico anestesista entre la analgesia

más utilizada tenemos: morfina, fentanilo, metamizol y desketroprofeno, estos dos últimos se suelen poner en perfusión analgésica.

2- Profilaxis antibiótica: en la mayoría de los protocolos se prolonga hasta 48 horas después de la intervención.

No solo disminuye la incidencia de infección en la herida quirúrgica sino también infecciones urinarias y respiratorias. No se ha demostrado que el uso prolongado después de la cirugía mejore resultados. (Chilov, Cameron y march, 2003)

3- Profilaxis antitrombótica: incluye todas las medidas físicas y farmacológicas.

Todos los pacientes recibirán heparina de bajo peso molecular subcutánea, con dosis ajustadas a su peso y a su condición de pacientes de alto riesgo de sufrir un evento tromboembólico venoso. (Geerts, Hert y Clagett 2001)

No debe administrarse heparina 12 horas antes de la intervención.

4-Control del sangrado: Este se realiza a través de un sistema llamado redón, la pérdida pueden ser superiores hasta 1000 ml en 24 horas, se deben realizar controles seriados de hemoglobina.

5-Control de la anemia aguda postoperatoria: Se recomienda la autotransfusión del paciente, para ello se les coloca unos recuperadores de sangre, los cuales recogen el sangrado del paciente y posteriormente se les autotransfunde, esto favorece la reducción de transfusiones con sangre homologada, evitando con ello riesgos de infección y reacción, además de un ahorro en los bancos de sangre.

6- Profilaxis de hemorragias digestivas: Suelen ser paciente que ha tenido un elevado consumo de antiinflamatorios, edad avanzada, etc. por lo que se debe vigilar este aspecto.

1-8-c) Proceso de rehabilitación:

Contribuir a aliviar el dolor.

Prevenir otras complicaciones: respiratorias, tróficas, vasculares, derivadas del reposo como posiciones viciosas (rotaciones) Prevenir luxación de la prótesis en cadera operada.

Restablecer la movilidad articular de la cadera operada.

Mantener y/o mejorar el tono muscular de la extremidad afectada e indemne. Activar tronco, abdomen y extremidades.

Prevenir y/o tratar edema de la extremidad operada.

Bipedestar al paciente e iniciar carga parcial según tipo de cirugía o de prótesis.

Reiniciar apoyos con ayuda técnica (bastón o andador).

Educar al paciente y la familia por medio de entrevistas y folletos.

Este proceso será el más largo, pero poco a poco el paciente ira adquiriendo esa movilidad y autonomía tan deseada.

Objetivo

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar y explicar la importancia que adquiere este tipo de técnica quirúrgica en pacientes mayores, beneficio y complicaciones que conlleva, aportar datos sobre las diferentes técnicas y los avances que se han dado en los últimos años siendo cada día una técnica más segura. (Ilizaliturri, Mangino y Camacho 2007)

Metodología

Para la realización del presente estudio se realizó una revisión bibliográfica, analizando los numerosos estudios con base en publicaciones científicas, tanto en literatura nacional como internacional sobre la importancia de la artroplastia de cadera así como los beneficios y riesgos que conlleva esta técnica y su importancia en la calidad de vida del paciente.

Para ello se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos bibliográficas, internacionales: MEDLINE, accedo a través de PUBMED y nacionales: IME, accedo a través de la web del (CSIC), ENFISPO Y CUIDEN PLUS.

Además también se han usado bases de datos de revisiones sistemáticas Biblioteca COCHRANE PLUS y el buscador académico GOOGLE SCHOLAR.

Los términos de búsqueda utilizados han sido: Artroplastia, cadera, rehabilitación, resultados, calidad de vida en español y en inglés: Arthroplasty, hip, complications.

Resultados

Se incluyen en la revisión un total de cuarenta estudios que principalmente incluían revisiones sistemáticas de la evidencia científica, que evalúan diferentes aspectos del proceso asistencial de las artroplastias. Los indicadores más frecuentes en la literatura median los resultados de la atención para evaluar el beneficio y el riesgo de la artroplastia e incluían la calidad de vida relacionada con la salud, la función física y las complicaciones.

Conclusión/discusión

La artroplastia de cadera puede ser un alivio eficaz y duradero para aquellas personas que se encuentran con un deterioro que les provoca una dependencia en las AVD.

La técnica quirúrgica ha evolucionado hasta convertirse en uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros, la gran coincidencia en todos los estudios de que cada día es más fiable y que contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente. Los resultados satisfactorios son causa de un trabajo de equipo a diferentes niveles asistenciales.

Referencias

- Appelluz, A; Serra, V; Espallarques, M; y Sarria, A. Artroplastia de rodilla y cadera en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica*, 53(5) ,290-299
- Alonso,J;Regidor,E;Barrio,G;Prieto,L,Rodriguez,C , y De La Fuente. *Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud, Med Clin (Barc) 1998; 11:410-6*
- Bourne, R; y Mehin, R, (2004).The dislocating hip what to do .*The Journal of Arthroplasty*.19 (4)111-114.
- Brotzman, (2007) *Rehabilitación ortopédica clínica*. Mosby.
- Cebrian, R;Lizaur, A; Plazaola; y Sanz, J. (2007).La artroplastia total de cadera porosa en pacientes mayores de 70 años. *Revista Española de cirugía ortopédica y traumatológica*, 51(4).
- Chilov, M; Cameron; y March. (2003).Evidencie based quillines Ford fixing broken hips.*MJA*.179, 489-93.
- García, O; yMuñoz. (2009).Estudio comparativo a corto plazo de la artroplastia con prótesis navegada y convencional. *Cuestionario de fisioterapia*, 38(3)173-9.
- Geert, W; Hert, J, y Clagett, G. (2001).Prevention of venous thromboembolisin.*Chest*, 119,225-385.
- Gordon, M. (2007) *Manual de diagnóstico de enfermería, 11ª edición*. Madrid: McGraw-Hill
- Ilizaliturri; Mangino, G, y Camacho, J. (2007).Artroplastia de cadera .*Reumatología clínica*, 3(3) ,557-62.
- Kapandji. (1997).*Cuadernos de fisiología articular*. Madrid: Masson.
- Montes, R; Rabuñol, R; Bal, M, yGuerrero, J. (2005) *Guía clínica para la atenciónde pacientes con fractura de cadera*. Recuperado de <http://www.meiga.info/guias/fracturacadera.asp>
- Navarro,M;Peiro,S;Ruiz,L;Paya,A,y Hervas,M.(2001)Calidad de vida tras la artroplastia de cadera. *Rehabilitación* ,35(5):263-269.
- Payes, J; Iborra, y Cuxart, A. (2007) Artroplastia de cadera. *Rehabilitación*, 41(6):280-9
- Rodriguez,J,Del toro,M;Lupion,C;Suarez,A;Silva,L;Nieto, I ,y Muniain,M.(2008).Infecciones relacionadas con la protesinarticular.*Enferm Infecc Microbiol clin*.26(10),614-620.
- Ten, A; Campos, E; Casón, A, y González, E. (2011).Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV.*Enfermería integral* .80, 37-40.
- Trebom, S; Medina, I, y Juardo, A. (2001).Enfoque multidisciplinar en la endoprótesis de cadera y rodilla. *Un nuevo concepto de fisioterapia*.23 (3) ,113-120.

CAPÍTULO 70

Bifosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis: tratamiento crónico o intermitente

Tirado-Miranda Raimundo*, Sánchez Gil Justo*, y Fontalba Navas Montserrat**

*Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Unidad Gestión Clínica Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita (España), **Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Centro de Salud Iznájar (España)

Introducción

La osteoporosis es una enfermedad prevalente que afecta con más frecuencia a mujeres postmenopáusicas. (Raisz, 2005; Díaz, García, Carrasco, Honorato, Pérez, Rapado, et al, 2001). Su complicación más grave es la fractura ósea (Dennis, 2012). Entre el arsenal terapéutico con el que contamos para prevenir las fracturas están los bifosfonatos (Compston, 2007; Camaño, Grana, Hernández, Mosquera y Romero, 2011; Dennis, Bauer, Schwartz, Cummings y Rosen, 2012) aunque el tratamiento a largo plazo se ha asociado a la aparición de complicaciones como las fracturas atípicas y la osteonecrosis de mandíbula (Sosa, Gómez y Malouf, 2014; Wells, Cranney, Peterson, Boucher, Shea y Welch, 2010; Woo, Hellstein y Kalmar, 2006), provocando en la actualidad un debate interesante sobre cuál deber ser la duración del tratamiento y si es aconsejable instaurar un tratamiento intermitente, lo que se conoce como “vacaciones terapéuticas” (Casado, 2011; Santos et al, 2014).

La osteoporosis (OP) ha sido definida como la epidemia silente del siglo XXI por su carácter asintomático y por su elevada prevalencia. (Pérez et al, 2011)

La mayoría de estos autores definen esta patología como una “enfermedad esquelética sistémica caracterizada por *masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura* del tejido óseo, con el consiguiente *aumento de la fragilidad* del hueso y la *susceptibilidad a fracturas*”.

Epidemiología

La prevalencia de la OP en nuestro país, se estimó en un 35-40% de las mujeres mayores de 50 años. La de la fractura vertebral por encima de los 50 años se sitúa, para ambos sexos, alrededor del 20%, y aproximadamente el 5% de las mujeres mayores de 65 años ha sufrido una fractura de cadera. Un 12,73% de la población femenina española tiene osteoporosis, ya sea en columna lumbar ya en el cuello de fémur, y un 2,68% tiene osteoporosis en ambas localizaciones (Díaz et al, 2001; Camaño et al, 2011).

Clasificación (Rabanaque, García-Testal, 2005)

1.- Primaria:

1a.- *Involutiva o senil*:

Tipo I o postmenopáusica: mujeres (51-75 años). Se caracterizan por una pérdida acelerada de hueso trabecular; clínicamente son más frecuentes las fracturas de cuerpos vertebrales y distal del antebrazo (fractura de Colles).

Tipo II o senil: mujeres y varones > 70 años. Es debida a una pérdida no tan acelerada de hueso trabecular y cortical proximal de húmero, cuello femoral, tibia y pelvis.

1b.- *Idiopática juvenil o del adulto joven*.

2.- Secundaria:

2a.- *Alimentaria*: ingesta baja de calcio, malabsorción, exceso de proteínas, déficit de vitamina D.

2b.- *Endocrinopatías*: hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hipercortisolismo, hipogonadismo, déficit de GH, hiperprolactinemia.

2c.- *Metabólicas*: diabetes, acidosis, hemocromatosis, intolerancia a la lactosa.

2d.- *Genéticas*: osteogénesis imperfecta, homocistinuria, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan.

2e.- *Farmacológicas*: corticoides, heparina, antiestrógenos...

2f.- *Tumores*: primarios o metastásicos, mieloma...

2g.- *Otros*: inmovilización, artritis reumatoide, ingravidez, alcoholismo.

Cuadro Clínico (Camaño et al, 2011)

La OP es asintomática. La fractura osteoporótica se produce ante un *traumatismo menor* o traumatismo de baja intensidad (típicamente, caída simple, desde la posición de bipedestación-).

La fractura vertebral es la manifestación clínica más frecuente. En España, su prevalencia alcanza entre el 17% y el 23% en mujeres mayores de 50 años siendo algo menos frecuente en varones de la misma edad.

1.-Fractura vertebral: produce un dolor de inicio agudo irradiado a abdomen (la mayoría son asintomáticas) Se acompaña de cifosis progresiva con acunamientos vertebral y disminución de la talla. La localización más frecuente es en vértebras dorsales (medias y bajas) y en columna lumbar. La presencia de fracturas vertebrales por encima de D4 debe hacer pensar en otros factores etiológicos (ejem: fracturas patológicas por metástasis...).

2.-Fractura no vertebrales: La fractura osteoporótica más grave es la de cadera. Tienen una alta morbimortalidad (12% y 40% al primer año). La incidencia en nuestro país se calcula en unos 220 casos por cada 100.000 habitantes/año. Sólo una quinta parte de los pacientes que caminaban sin ayuda antes de la fractura lo hacen 6 meses después.

La fractura de Colles se producen en décadas cercanas al periodo posmenopáusico y nos deben alertar de la existencia de una osteoporosis no diagnosticada.

Diagnóstico (Raisz, 2005):

Clínico: cuando los signos clínicos despiertan la sospecha de OP, esta suele estar muy evolucionada (Distancia pared-occipucio <0 cm y distancia espina iliaca anterosuperior-reborde costal < 2 cm). Pérdida de altura. A veces se puede manifestar como debilidad.

Analítica: la utilidad de los marcadores de remodelado óseo es:

1. Identificar situaciones con riesgo de disminución acelerada de masa ósea.
2. Cuantificar el riesgo de fractura.
3. Valorar la respuesta terapéutica a corto plazo.

Nunca deben ser utilizados para diagnosticar la enfermedad

Radiología: se han descrito varios signos indicativos de osteopenia (aumento de la radiolucidez, resalte de los platillos vertebrales y pérdida de la trabeculación horizontal del cuerpo vertebral) que suelen aparecer en estadios avanzados de la enfermedad indicando la pérdida de al menos 1/3 de la masa ósea existente. Debemos tener en cuenta su subjetividad, ya que dependen de factores técnicos (voltaje, dureza del haz, distancia foco-placa...), lo que dificulta su reproducibilidad. La clasificación de Genant es la más usada para realizar el diagnóstico radiológico de fractura vertebral. Así, podemos definir una deformidad *grado I* si la disminución de una o más de las alturas es entre el 20% y el 25% de la media; *grado II* si es mayor del 25% y *grado III* si es mayor del 40%.

Por tanto, la radiología convencional es útil para el diagnóstico de fracturas osteoporóticas. Nos podemos apoyar en ella, como paso previo a indicar la realización de una densitometría cuando aparezcan los signos radiológicos de osteopenia comentados con anterioridad.

Densitometría: cuando hablamos de densitometría ósea, estamos refiriéndonos a la absorciometría radiológica dual (DXA).

| Criterios diagnósticos de la OMS (1994) | |
|---|-----------------------------|
| Normal | T score ≥ -1 |
| Osteopenia | T score < -1 y $> -2,5$ |
| Osteoporosis | T score $< -2,5$ |
| Osteoporosis severa | T score $< -2,5$ + fractura |

Una vez obtenidos los valores de referencia, deberíamos comparar estos con la referencia para su edad, sexo y localización anatómica de la medición. Con esta comparación, obtenemos el número de desviaciones estándares que la medición en un paciente determinado se aleja de la media de su grupo, bien sea en sentido positivo o negativo (masa ósea por encima o por debajo de la media). Esta comparación es lo que denominamos *Z-score*. Si en esta comparativa incluimos el “riesgo por la edad”, obtendremos el llamada *T-score*, mediante la cual se compara el valor de masa ósea con el valor medio más alto obtenido a lo largo de la vida, denominado “pico de masa ósea”. La *T-score* se corresponde con el número de desviaciones estándares que se aleje de este pico de masa ósea.

La vigilancia seriada mediante DXA repetidas, es necesaria en casos en los que es importante hacer *seguimiento de masa ósea* (por ejemplo, para detectar pérdidas que aumenten el riesgo de fractura), o para *monitorizar el tratamiento*. No obstante, las mediciones deberían espaciarse al menos *un año (o mejor dos)*, a excepción de pacientes con probabilidad de pérdidas rápidas de masa ósea, como el tratamiento corticoideo, en que podrán acortarse.

Debemos tener en cuenta que el empleo de la T-score y de los criterios diagnósticos densitométricos de la OMS sólo son válidos en mujeres posmenopáusicas y hombres mayores de 50 años cuyas mediciones hayan sido realizadas con aparatos DXA en columna lumbar y en fémur proximal, pero sólo las de cuello femoral y fémur total.

Aunque la DXA, método que cuantifica la masa ósea, se mantiene como “patrón-oro” para el diagnóstico, la ultrasonografía cuantitativa (QUS) va afianzándose como método de predicción de la fractura osteoporótica y se estipula la posibilidad de considerarla como técnica de valoración indirecta de la calidad ósea en la práctica clínica.

Tratamiento

El objetivo debe ser múltiple (Compston, 2007; Pérez et al, 2011):

Alcanzar el máximo pico de masa ósea en la edad adulta joven: dieta rica en calcio, ejercicio físico y suprimir factores de riesgo.

Prevenir la pérdida de masa ósea, especial en los periodos en los que esta acelerada.

Actuación sobre la osteoporosis ya establecida para impedir que aparezcan fracturas y evitar caídas o traumatismos. *Este último debe constituir nuestro objetivo prioritario.*

Medidas no farmacológicas

La primera medida no farmacológica que se ha de tomar en el tratamiento de la osteoporosis debe ser la prevención de las caídas.

Deberían realizar *ejercicios de carga aeróbicos*, siendo el ideal por su sencillez el caminar, al menos diariamente durante una hora en llano. Cuando sea posible, los pacientes deberían, asimismo, llevar a

cabo ejercicios de extensión y evitar los de flexión, especialmente si éstos se realizan con cargas, porque aumentan el riesgo de producción de fracturas vertebrales. De igual forma, hay que *evaluar la ingesta aproximada de calcio por la dieta y calcular su exposición solar*. Pese al alto número de horas de sol de nuestro país, desde un punto de vista práctico, la exposición no es suficiente, por lo que *es aconsejable administrar a todos los pacientes entre 600 y 1.200 mg diarios de calcio y entre 400 y 800 UI de vitamina D*, cantidades que permitirán alcanzar los mínimos recomendados por consenso. La ingesta mínima de calcio adecuada para los adultos es de 1000 mg al día y de 1500 mg/d en mujeres embarazadas. Debe tenerse en cuenta que en todos los estudios publicados con diferentes fármacos, en los que se obtuvo una reducción del riesgo de fracturas, el medicamento se administró en la mayoría de los casos con suplementos de calcio y vitamina D.

Eliminar estilos de vida nocivos, como el tabaco o el abuso de alcohol;

Farmacos (Camaño et al, 2011)

1.- Fármacos anabolizantes

1a.- Ranelato de estroncio (RE) mecanismo desconocido. Incrementan la formación e inhibe la resorción ósea. Se emplea a dosis de 2 g/día en administración única *nocturna*, antes de acostarse. Varios estudios han demostrado que produce una reducción de riesgo de nuevas fracturas tanto *vertebrales como de cadera*.

1b.- Parathormona es el fármaco más genuinamente anabolizante, ya que actúa directamente sobre los receptores que para ella poseen los osteoblastos. A dosis de 20 ó 40 µg/día administrado por vía subcutánea durante 18 meses produce un incremento de la DMO y una reducción en el riesgo de *fracturas vertebrales*. Disponemos de estudios con la fracción 1-34 (denominada teriparatide) y con la molécula intacta de la parathormona (PTH). *Este fármaco debe reservarse para aquellos pacientes que ya han sufrido la fractura*, debido, por una parte, a la necesidad de inyección diaria, y, por otra, a su elevado coste.

2.- Fármacos antirresortivos

2a.- Bifosfonatos

Los bifosfonatos tienen una absorción débil por vía oral y deben tomarse en ayunas evitando el decúbito durante al menos 30 minutos. Su mecanismo de acción es complejo, pero predomina sobre todo la inhibición de la actividad osteoclástica. *Alendronato* es un aminobifosfonato que tiene efecto positivo sobre la DMO lumbar y femoral, y disminuye el riesgo de *fracturas vertebral, no vertebral y de cadera*. La administración de una dosis única semanal tiene una eficacia análoga sobre la DMO. *Risedronato* con características similares al anterior, aunque parece que menos lesividad esofágica. *Ibandronato*, además de reducir la aparición de *fracturas vertebrales*, tiene la posibilidad de su administración mensual lo cual podría aumentar la adherencia al tratamiento por parte del paciente. En los últimos estudios esta demostrando también eficacia en la reducción de *fracturas no vertebrales*. De *clodronato, pamidronato, neridronato y zoledronato*, no disponemos de datos sobre reducción de fracturas. El zoledronato se usa en dosis única anual para prevenir fracturas en pacientes con neoplasias con extensión ósea.

2b.- Estrógenos: era un tratamiento de primera línea para prevenir la pérdida de hueso en la mujer posmenopáusica. Sin embargo, la publicación de varios artículos provenientes de los estudios HERS II y, sobre todo, del WHI, demuestran que estos fármacos producen una reducción del *riesgo de fracturas* (cuando se analizaban éstas en su totalidad, no así la vertebral o la de cadera por separado), pero los riesgos para la salud superan sus beneficios. Por ello, en la actualidad, no es aconsejable prolongar el mencionado tratamiento hasta más de tres años después de la menopausia, siendo su indicación fundamental el control del síndrome climatérico, y no el tratamiento de la osteoporosis. La limitación de

su uso viene dada por sus contraindicaciones (Absolutas: antecedentes de cáncer de útero o de mama, melanoma, TEP reciente, hepatopatía severa, obesidad mórbida, hta severa / Relativas: pancreatitis, tabaquismo, endometriosis, TVP, mastopatía fibroquística severa)

2c.- Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM): son fármacos que actúan de forma contraria sobre los distintos receptores estrogénicos: en los localizados en útero y mama el efecto es antagonista de los estrógenos (*protegiendo, pues, del cáncer de mama y endometrio*); mientras que en los receptores del hueso tienen un efecto agonista (y, por tanto, antirresortivo), así como en el *perfil lipídico*, siendo también *protector cardiovascular*. Actualmente disponemos únicamente de *raloxifeno*, que tiene efectos positivos sobre la masa ósea lumbar y femoral, y disminuye el *riesgo de fractura vertebral y no vertebrales*, aunque no ha demostrado eficacia en la prevención de fracturas de cadera.

2d.- Calcitonina: Es una hormona polipeptídica que actúa inhibiendo, de manera reversible, la actividad del osteoclasto. Se aconseja su administración intranasal a dosis de 200 UI/día. En el estudio PROOF, realizado en mujeres posmenopáusicas, se comprobó la reducción del riesgo de *fracturas vertebrales*, pero no se ha demostrado que reduzca el riesgo de fracturas periféricas. La calcitonina de salmón tiene un *efecto analgésico* que puede ser aprovechado para tratar el dolor agudo en las fracturas vertebrales. En pacientes con imposibilidad de recibir otros tratamientos antirresortivos y en ancianos que reciben polifarmacia sería el tratamiento de elección.

3.- Otros:

3a.- Tiazidas: diuréticos que reducen la excreción renal de calcio.

3b.- Anabolizantes: en la op del varón con hipogonadismo.

3c.- Estatinas.- se han relacionado con una protección de la estructura ósea en probable relación con sus efectos pleiotrópicos (atorvastatina).

Recordad que es la desnutrición la que se asocia a osteoporosis. La obesidad, al estar aumentada la conversión periférica de andrógenos a estrógenos, previene el desarrollo de osteoporosis.

Criterios de elección, sustitución y combinación de fármacos

1.- Criterios de elección

El tratamiento de la osteoporosis debe ser individualizado (Camaño et al, 2014).

Las medidas válidas para cada paciente son: tratar una causa secundaria de osteoporosis; eliminar los estilos de vida nocivos, como el tabaco o el abuso de alcohol; recomendar una dieta con alimentos que permitan una ingesta adecuada de calcio y vitamina D; sugerir práctica de ejercicio físico; elaborar un programa de prevención de las caídas.

Señalando algunas directrices, hay que saber que el THS sólo debe utilizarse en mujeres en los años posteriores a la menopausia y durante un máximo de 3-4, que la emplearemos principalmente para el control de la sintomatología climatérica y que existen fármacos más eficaces en la reducción de fracturas.

Raloxifeno, *ibandronato* y *calcitonina* son eficaces cuando el riesgo de fractura es fundamentalmente vertebral, pero no reducen el riesgo de fractura de cadera. *Raloxifeno* tiene la ventaja añadida de disminuir el riesgo de cáncer de mama y de mejorar el perfil lipídico, mientras que *calcitonina* tiene el efecto beneficioso de la analgesia y la práctica ausencia de efectos secundarios, por lo que estaría indicada en aquellas pacientes que tiene dolor por fracturas vertebrales o que reciben muchos fármacos por otras enfermedades.

Alendronato y *risedronato* son los fármacos que tienen una mayor eficacia en la reducción de fracturas, tanto vertebrales como de cadera, y debemos considerarlos como de primera línea en el tratamiento de la osteoporosis. La administración semanal es más cómoda que la diaria y parece mejorar la adhesión al tratamiento. Están indicados en las formas inducidas por esteroides. *Ibandronato*, con su toma mensual, permite augurar un aumento de esta adherencia. El *ranelato de estroncio* es también un fármaco de primera línea, que produce reducción del riesgo de fractura vertebral, no vertebral y de cadera. Su administración antes de acostarse es muy cómoda.

La PTH, en sus dos presentaciones (molécula intacta y fragmento 1-34 o teriparatide), tiene su indicación, sobre todo, en pacientes con fracturas vertebrales ya establecidas. Su utilización debe reducirse a 18 meses.

Por último, en determinados pacientes, como, por ejemplo, aquéllos muy mayores con mal estado general y escasa movilidad, sería adecuado, y ha demostrado ser efectivo, administrar *sólo calcio* y *vitamina D*, pero, sobre todo, se deben prevenir las fracturas por todos los medios posibles, pudiendo ser de gran utilidad los *protectores de cadera*.

2.- Criterios de sustitución

El tratamiento de fondo debería cambiarse cuando aparezcan efectos secundarios o se muestre ineficaz, lo que, implicaría la aparición de nuevas fracturas.

El tratamiento de la osteoporosis debería prolongarse durante muchos años, con la única excepción de la PTH y del THS Sin embargo, al cabo de un año, casi el 50% de los pacientes han abandonado el tratamiento indicado o no lo siguen correctamente.

3.- Combinación de fármacos

La práctica totalidad de ensayos clínicos realizados para el estudio del tratamiento de la osteoporosis han utilizado un solo fármaco, asociado únicamente a calcio y vitamina D. En líneas generales, no es aconsejable la combinación de dos fármacos antirresortivos. Tampoco existen estudios que hayan aclarado si la unión de fármacos antireabsortivos y formadores de hueso puede aportar beneficios adicionales. Por lo tanto, no está indicada en la actualidad la combinación simultánea de fármacos y, en aquellos casos en los que exista la indicación de PTH, es aconsejable administrar ésta primero durante 18 meses, para continuar, en una segunda fase, con un fármaco antirresortivo durante un tiempo más prolongado.

Objetivo

Analizar el manejo de una enfermedad tan prevalente como es la osteoporosis con especial atención al perfil de eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo con bifosfonatos.

Metodología

Se realiza una búsqueda en las bases de datos Medline-pubmed y Cochrane y en la revista *Bandolier*. Los descriptores utilizados fueron: “vacaciones terapéuticas”, “osteoporosis”, “bifosfonatos”. Se analizan aquellos artículos que pueden dar respuesta a los objetivos de la revisión con especial atención a los publicados a partir del año 2000 y relacionados con el manejo diagnóstico-terapéutico de la osteoporosis. En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas y libros, limitando la búsqueda a los artículos en español y en inglés.

Discusión/Conclusiones

¿Tratamiento continuo o intermitente con bifosfonatos?

El tratamiento prolongado con bifosfonatos se ha asociado en los últimos años a dos complicaciones importantes aunque no existen estudios que demuestren una relación de causalidad Dennis et al, 2012;

Sosa et al, 2014; Casado, 2011; Santos et al, 2014). Estas complicaciones las desarrollaremos brevemente a continuación:

A. Fracturas atípicas

Se han comunicado casos de fracturas subtrocantareas y diafisarias de fémur asociado al uso prolongado de bifosfonatos, generalmente durante más de cinco años sin que se hallan descrito unos factores de riesgo que nos faciliten la identificación de los pacientes que puedan sufrirlas (Caeiro, Etxebarria, y Mesa, 2011). Generalmente se manifiestan de forma subclínica con dolor inespecífico en ambas piernas. La incidencia de fracturas atípicas de fémur se estima entre 1.78 por cada 100.000 tratamientos a los 2 años a 113/100.000 tratamientos a los 10 años, aunque también se han descrito en pacientes que no han seguido tratamiento con bifosfonatos. No obstante, la relación riesgo-beneficio es favorable a este grupo terapéutico. Este aspecto ha sido reafirmado por La Agencia Europea del medicamento (EMA) indicando únicamente que tras 5 años de tratamiento se ha de revisar la indicación del mismo o bien si aparece la clínica comentada anteriormente.

B.- Osteonecrosis de mandíbula

Algunos autores han relacionado el tratamiento prolongado con bifosfonatos con la aparición de osteonecrosis mandibular (Wells et al, 2010; Woo, 2006). Este efecto se ha apreciado sobre todo en pacientes oncológicos e inmunodeprimidos. No obstante su frecuencia es muy baja. Esta patología también aparece en pacientes que no han tenido contacto con fármacos antiresortivos. Se ha recomendado no iniciar tratamiento con bifosfonatos en pacientes con neoplasia primaria o que se van a someter a intervenciones quirúrgicas en dicha región anatómica o bien si existe una mala higiene dental. La actualidad no se recomienda el cese del tratamiento con bifosfonatos ya instaurado ante cualquier intervención bucal. En pacientes que aún no hayan iniciado el tratamiento, si se recomienda esperar a la completa cicatrización tras una intervención dental antes de su inicio. Se debe instar a los pacientes a mantener una higiene bucal adecuada.

Debido a estos dos efectos secundarios y a la inexistencia de estudios de tratamiento prolongado con bifosfonatos más allá de cinco años, las distintas sociedades se han pronunciado en este sentido:

La *SEIOMM* (Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Óseo), también ha manifestado su posicionamiento a este respecto en un documento publicado en el 2013 con las recomendaciones sobre la duración del tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos. Aconseja que los pacientes tratados con bifosfonatos durante 3 (zoledronato) o 5 años (alendronato, risedronato) sean evaluados al cabo de este tiempo para determinar la necesidad de continuar o no con el tratamiento. Tras esta evaluación, aconseja mantener el tratamiento si existe un riesgo elevado de fractura. Si el riesgo es intermedio y no existe antecedentes de fracturas se realizara una valoración individual decidiendo si el paciente puede beneficiarse o no de una interrupción temporal de los bifosfonatos de uno a tres años de duración.

La *Sociedad Española de Reumatología* ofrece la recomendación de realizar tratamiento durante un periodo medio de 5 años, a partir del cual se debe evaluar la continuación, la suspensión temporal o definitiva del tratamiento o sustitución por otro fármaco, teniendo en cuenta el riesgo residual de fractura estimado en ese momento.

Por el contrario, la *American Society for Bone and Mineral Research* recomienda evaluar anualmente la idoneidad de tratamientos con bifosfonatos más allá de 5 años, valorando factores como la DMO, historia de fractura y enfermedades o fármacos osteopenizantes.

Es decir, a los 5 años de iniciar el tratamiento reevaluamos al paciente teniendo en cuenta aspectos como la medición de la densidad mineral ósea, la existencia de fracturas, la introducción de fármacos osteopenizantes o la aparición de enfermedades con una potencial osteoporótico. Podemos tener varias situaciones:

1.- Si el paciente sigue presentando un riesgo alto de fractura continuamos el tratamiento con bifosfonatos durante un año más y volvemos a reevaluar.

2.- Si han aparecido fracturas durante este periodo deberíamos cambiar de tratamiento antifracturario.

3.- Si existe un riesgo bajo de fractura (densidad mineral ósea en cuello femoral con $T > -2,5$ y no han aparecido fracturas recientemente) el paciente sería candidato a suspender el tratamiento con bifosfonatos con reevaluación clínico-analítica de forma periódica.

Conclusiones

En todo paciente podríamos considerar la suspensión de un bifosfonato de forma temporal o definitiva si:

- Curación de la enfermedad
- Pérdida de efectividad del fármaco
- Limitación a priori del fármaco en un paciente concreto.
- Aparición de efectos secundarios
- Alto riesgo de osteonecrosis de mandíbula
- Alto riesgo de fracturas atípicas.

Otro esquema de actuación se puede resumir en la siguiente tabla, teniendo en cuenta las recomendaciones de distintas sociedades científicas:

| Riesgo de fractura (reevaluación periódica) | Acción propuesta |
|---|---|
| Riesgo bajo | Detener tratamiento |
| Riesgo medio | Discontinuar tratamiento (Reevaluar periódicamente) |
| Riesgo moderado | Mantener tratamiento (Reevaluar periódicamente) |
| Riesgo alto | Mantener tratamiento (tratamiento secuencial con otro fármaco) (Reevaluar periódicamente) |
| Riesgo efectos secundarios | Discontinuar tratamiento (Reevaluar periódicamente) |

Referencias

Caeiro JR., Etxebarria, I. y Mesa, M. (2001). Fracturas atípicas relacionadas con el uso prolongado de bifosfonatos. Estado de la situación. *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*. 55(5), 392-404.

Camaño, M., Grana, J., Hernández, I., Mosquera, J.A. y Romero, S. (2011). Osteoporosis: Documento Consenso del Grupo de Osteoporosis de la Sociedad Gallega de Reumatología. *Galicia Clínica*. 75 (Supl.1), S5-S23.

Casado, E (2011). Nuevos datos sobre el tratamiento con bisfosfonatos: ¿son aconsejables unas vacaciones terapéuticas?. *Reumatología Clínica*. 7(S2):S28–S33.

Compston, J. (2007). Treatments for Osteoporosis-looking beyond the HORIZON. *New England Journal of Medicine*. 356(18), 1878-1879.

Dennis, M.B., Bauer, D.C., Schwartz, A.V., Cummings, S.R. y Rosen CJ. (2012). Continuing Bisphosphonate Treatment for Osteoporosis — For Whom and for How Long?. *New England Journal of Medicine*. 366 (22), 2051–2053.

Díaz, M., García, J.J., Carrasco, J.L., Honorato, J., Pérez, R., Rapado, A., et al (2001). Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. *Medicina Clínica* (Barcelona). 116, 86-8.

Pérez, L., Alonso, A., Roig, D., García, A., Guañabens, N., Peris, P., et al (2011). Actualización 2011 del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología de osteoporosis. *Reumatología Clínica*. 7(6), 357-379.

Rabanaque, G., A. García-Testal, A. (2005). Osteoporosis en atención primaria. *JANO*. 1554 (68), 580-90.

Raisz, L.G. (2005). Screening for osteoporosis. *New England Journal of Medicine*. 353(2), 164-171.

Santos, C., Ortega, R., Salas, E., Senabre, J.M., Santos, G., Barber, X., et al (2014). Hasta cuando tratar la osteoporosis (vacaciones terapéuticas). *Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología*. 5(4), 14-17.

Sosa, M., Gómez, M.J. y Malouf, J. (2014). Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no?. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*. 6(2), 63-69.

Wells, G.A., Cranney, A., Peterson, J., Boucher, A., Shea, B., y Welch, V. (2010). Risedronate for preventing fractures caused by osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.

Woo S.B., Hellstein, J.W. y Kalmar, J.R. (2006). Systematic review: bisphosphonates and Osteonecrosis of the jaws. *Annals of Internal Medicine*. 144 (10), 753-761.

CAPÍTULO 71

Escalas para evaluar el riesgo de caídas en el anciano nefrológico

David Álvarez Azor, Francisca Miralles Martínez, y Manuel David Sánchez Martos
Complejo Hospitalario Torrecárdenas (España)

Introducción:

Las caídas son definidas por la organización mundial de la salud (OMS) como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad (OMS, 2012). Las últimas revisiones bibliográficas llevadas a cabo en hospitales españoles confirman una elevada incidencia de caídas en la población anciana española (Silva, 2007).

Uno de los eventos adversos a los que se enfrenta el paciente cuando entra en contacto con el entorno hospitalario es el riesgo de caídas. Los principales factores de riesgo en adulto del Diagnóstico Enfermero “riesgo de caída”, según la clasificación NANDA, son: historia de caídas, uso de silla de ruedas, edad igual o superior a 65 años, mujer (si es anciana), vivir solo, portador de prótesis en las extremidades inferiores y uso de dispositivos de ayuda como el andador, bastón... (NANDA, 2014).

Según Virginia Henderson, la prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería dirigidos a mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y de su entorno, mientras esté en el hospital (Henderson, 1969). Por ello un entorno seguro para los pacientes debe ser una responsabilidad compartida por parte de todo el equipo de salud.

Las caídas representan un problema común y persistente a lo largo de la historia en el proceso del cuidado y la práctica clínica. Aunque en los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, ingreso precoz en residencias socio sanitarias y de un aumento de morbilidad y mortalidad en la población especialmente en la de avanzada edad (Da Silva, 2008).

A los pacientes en programa de Hemodiálisis durante el proceso que incluye traslado del paciente desde su domicilio al hospital, estancia en el hospital y regreso al domicilio, les pueden ocurrir accidentes como las caídas. Estas tienen graves consecuencias, por eso, todo paciente en su ingreso en el medio sanitario debe valorarse para determinar el grado de riesgo de padecer caídas. En este sentido, se prevé que un tercio de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad sufrirán una caída en el plazo de un año, y el 15% de los mayores caerán por lo menos dos veces al año (Masud, 2001) y dentro de esta estadística es conocido que la mayoría de las lesiones son de carácter leve pero el 5% necesita de hospitalización normalmente por fractura (Stalenhoef, 1997). Desde un punto de vista holístico tampoco podemos olvidarnos del apartado psicológico en el cual las caídas tienen un efecto negativo pudiendo generarse un síndrome de post-caída, con síntomas de inseguridad o ansiedad ante otra posible caída (Vu, 2004). Por ello una de las prioridades que se marcan las políticas de salud dentro de las estrategias de la seguridad del paciente es la prevención, detección y programas de actuación ante las caídas. Las caídas se encuentran asociados a una combinación de factores intrínsecos o relativos al paciente y externos o del entorno o medio (De Santillana, 2002).

Las caídas constituyen en la población anciana un problema importante de salud pública y son muchos los factores que contribuyen como la edad mayor de 65 años, pluripatología, inestabilidad de la marcha, confusión/agitación, incontinencia/frecuencia urinaria y la prescripción de medicamentos (especialmente sedantes o anestésicos o hipotensores). Existen escalas que nos permiten conocer el riesgo de los pacientes de sufrir una caída y nosotros, en este estudio, nos vamos a centrar en las escalas de J.H. Downton (Agencia Valenciana de Salud, 2012) y de Morse (De Souza, 2013). Necesitamos conocer si los criterios de evaluación del riesgo de caídas nos dan una información efectiva a la hora de

conocer la probabilidad que tienen los usuarios de las unidades de hemodiálisis de sufrir una situación de caída. Por ello este estudio se formula la siguiente pregunta: ¿Son las escalas de Downton y Morse unas escalas fiables para la evaluación del riesgo?, ¿encontramos concordancia entre sus resultados?

El objetivo de este estudio fue determinar el riesgo de caídas en el anciano renal utilizando las escalas de Downton y Morse, además evaluaremos la concordancia entre ambas escalas.

Método

Participantes

En el presente estudio contamos con la participación de 53 pacientes con una edad superior a los 65 años, adheridos a un programa de Hemodiálisis periódica en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería. Se llevó a cabo en un periodo comprendido entre los meses de septiembre a diciembre de 2014.

De los 53 pacientes, 23 de ellos (43,4%) eran hombres y 30 (56,6%) mujeres. Distribución por edades: 22 pacientes (41,5%) en el rango de 65 a 69 años, 6 pacientes (11,3%) en el rango de 70 a 74 años, de 75 a 79 años fueron 12 pacientes (22,6%) y 13 pacientes mayores de 80 años (24,5%). 100% de raza caucásica. Estado civil: soltero 11,3%, casado 60,4%, viudo 26,4%, divorciado 1,9%.

Estudios concluidos: sin estudios 52,8%, estudios primarios 20,8%, bachiller 17%, estudios universitarios 9,4%. Situación laboral: jubilado 90,6%, en paro 5,7%, activo 1,9%, ama de casa 1,9%.

Soledad: Sólo un 3,8 % confesó vivir en soledad. El 96,2% vivía acompañado generalmente de su mujer en el caso de estar casado o de su hermano o hermana en el caso de personas solteras.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 65 años en programas de Hemodiálisis de más de 12 meses desde el inicio de la terapia renal sustitutiva y encontrarse en condiciones físicas y psicológicas aptas para realizar o contestar todos los test, con o sin apoyo de un cuidador principal, en aquellos casos donde fuera necesario. Por su parte los criterios de exclusión fueron derivados del no cumplimiento de uno o varios de los criterios posteriormente mencionados.

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó la escala de riesgo de caídas (J.H Downton) y la escala de Morse. La escala de J.H. Downton (Downton, 1993) recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales. Su ámbito de aplicación es a adultos mayores de 65 años. Su cumplimentación se realizará con los datos obtenidos de la valoración inicial, sin olvidar otros factores de riesgo valorados, no incluidos en la escala, que sean susceptibles de provocar una caída, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias. Consta de varios ítems: antecedente de caídas previas (sí o no; 0 puntos y 1 punto respectivamente), medicamentos (ninguno; 0 puntos, tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepressivos u otros medicamentos; 1 punto cada uno de ellos), déficits sensoriales (ninguno; 0 puntos, alteraciones visuales, auditivas, en las extremidades; 1 punto cada uno de ellos), estado mental (orientado ó confuso; 0 puntos y 1 punto respectivamente) y deambulación (normal; 0 puntos, segura con ayuda, insegura con ayuda o imposible; 1 punto cada una de ellas). El punto de corte se sitúa en 3 (o más de 3) para indicar alto riesgo de caídas.

La otra escala utilizada es la de Morse (Morse, 1988), es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. El ámbito de aplicación es a aquellos pacientes hospitalizados en general. La escala mide los siguientes ítems, caídas recientes en los últimos tres meses (si respuesta es afirmativa se le otorga una puntuación de 25 y si es negativa de 0), diagnóstico secundario (respuesta afirmativa otorga puntuación de 15 y negativa de cero), ayuda para deambular (si presenta reposo en cama la puntuación es de 0, si se vale de bastón, muletas andador para andar puntuación de 15 y si se apoya en los muebles puntuación de 30), vía venosa (si porta vía venosa puntuación de 20 y si no porta vía venosa puntuación de 0), deambulación (si es normal/inmovilizado/en reposo o en cama la puntuación es de 0, si es débil se le otorga puntuación de 10 y si está alterada la puntuación es de 20), conciencia/ estado mental (consciente de sus limitaciones puntuación de 0 y si no

existe una conciencia de sus limitaciones se le otorgaría una puntuación de 15). Una vez recopilados los datos se procede a la interpretación de los resultados, obteniendo una puntuación que puede ir desde 0 hasta 125. La puntuación comprendida entre el valor 0 y 24 se le realizarían simplemente unos cuidados básicos de enfermería, siendo el riesgo de caída nulo. Obteniendo una puntuación comprendida entre el valor 25 y 50 el riesgo sería bajo y las medidas a tomar serían las de implementar el plan de prevención de caídas estándar. El riesgo sería alto cuando la puntuación sobrepasa los 50 puntos y se aplicarían medidas especiales para estos casos.

Procedimiento

Una única enfermera se entrevistó con los pacientes y realizó los cuestionarios. Los pacientes se clasificaron en dos categorías en base a la escala de J.H Downton (alto riesgo y bajo riesgo). En base a la escala de Morse se clasificaron en tres categorías (sin riesgo, riesgo bajo y riesgo alto), que posteriormente reagrupamos en única categoría donde estarían los pacientes con alto y bajo riesgo y que denominamos como MODERADA/ALTO RIESGO para poder comparar entre ambas escalas.

Análisis de datos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Los resultados se presentaron como media \pm DE para variables paramétricas. Se utilizaron los test de comparación de medias (t de Student y ANOVA) para las variables paramétricas, y análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis y Wilcoxon) para el resto. Se utilizaron los coeficientes de Pearson y Spearman para la correlación (ajustado por factores de confusión). Se asumió significación estadística significativa para $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS 15.0.

Resultados

En cuanto a su clasificación por índice de masa corporal (IMC): presentan Infrapeso (IMC $< 18,5$ kg/m²) el 7,8%, Normopeso (IMC 18,5-24,9kg/m²) el 47,1%, Sobrepeso (IMC 25-29,9kg/m²) el 29,4%, Obesidad grado I (IMC 30-34,9kg/m²) el 13,7% y obesidad grado II (IMC 35-39,9Kg/m²) el 2%.

En cuanto a la etiología renal más frecuente: no filiada (22,6%), nefropatía diabética (18,9%), glomerulonefritis (15,1%), nefroangiosclerosis (13,2%) y nefropatía intersticial (9,4%).

Grupo según fármacos ingeridos: menor o igual a 5 fármacos (5,9%), entre 6 y 10 fármacos (58,8%), tomadores de más de 10 fármacos (35,3%).

Pluripatología: el 96,1% eran hipertensos; 41,2% Diabéticos, 70% dislipémicos y el 36,2% presentaba patología neurológica.

Adherencia al tratamiento (ADHT): el 75,5% Según Morisky-Green, el 88,7 % según el cuestionario de autocuidado y con el método directo el 82,7%.

El 41,5% era dependiente de un cuidador principal para la toma de medicamentos.

En cuanto al nivel de deterioro cognitivo: 56,6% sin deterioro, 24,5% con deterioro cognitivo leve, 11,3% con deterioro cognitivo moderado y el 7,5% con deterioro cognitivo severo.

Ayuda mecánica para la marcha: el 45,3% no precisa ayuda, el 35,8% una silla de ruedas, el 11,3% ayuda de bastón/muleta/ andador y el 7,5% camilla.

Según el test de depresión de Yesavage presentaron depresión (escala Yesavage mayor o igual a 5 errores) 32 pacientes (60,4%).

En cuanto al riesgo de presentar una caída en los pacientes renales encontramos los siguientes resultados: según la escala de Downton 45 pacientes (84,9%) sufrían un alto riesgo de caídas (> 2 puntos) frente a 8 pacientes (15,1%) que padecían bajo riesgo (≤ 2). *Gráfico 1.*

Según la escala de caídas de Morse encontramos: 11 pacientes (20,8%) sin riesgo (0 a 24 puntos según la escala) de sufrir caídas, 19 pacientes (35,8%) con riesgo bajo (de 25 a 50 puntos) y 23 pacientes (43,4%) con riesgo alto (≥ 51 puntos). *Gráfico 2.*

En cuanto a nuestro segundo objetivo marcado de establecer el grado de concordancia entre ambas escalas establecimos el grado de concordancia entre los grupos de alto y bajo riesgo entre ambos grupos. Obteniendo un

Índice Kappa de 0,067, lo que nos permite afirmar que ambas escalas presentan una concordancia de fuerza considerable.

Gráfico 1. Frecuencia del riesgo de caídas. Escala J.H.Downton

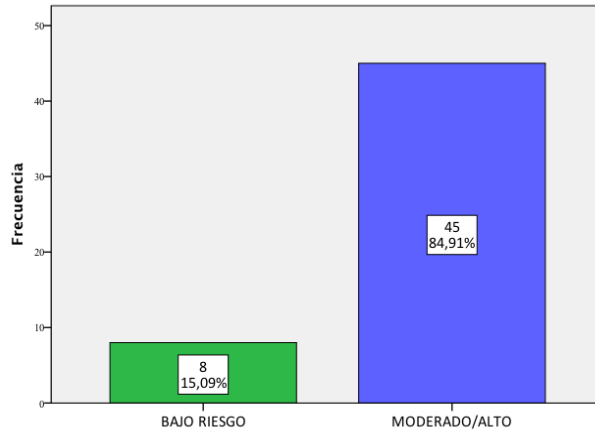
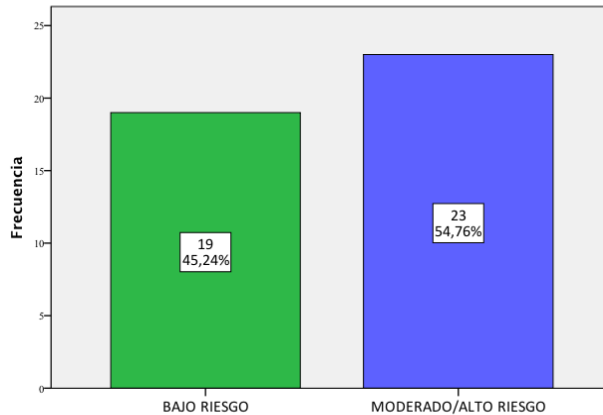


Gráfico 2. Frecuencia del riesgo de caídas. Escala Morse



Discusión

Existen muchas escalas para evaluar el riesgo de caídas en los pacientes y debemos utilizar la que más se adapte al ambiente donde debe ser aplicado. En este caso elegimos estas dos escalas por tratarse de un paciente mayor y cuyo tratamiento se desarrolla dentro de un ambiente hospitalario. Otros estudios han demostrado una excelente o similar correlación entre escalas que miden los mismos parámetros como en este caso (Barrientos, 2013). Los parámetros en los que se basan ambas escalas son parecidos (edad mayor de 65 años, inestabilidad de la marcha, confusión/agitación, incontinencia/frecuencia urinaria y la prescripción de medicamentos) y por ello encontramos una sensibilidad o fiabilidad parecida en los resultados. En el presente estudio encontramos un buen grado de correlación entre ambas

escalas. También debemos destacar que ambas escalas poseen limitaciones y somos conscientes de que no hemos evaluado su valor predictivo ya que no era el objetivo de este estudio así que queda pospuesta la aplicabilidad de estas escalas a un futuro a corto y largo plazo.

Tanto la escala Downton como la escala Morse son dos instrumentos fácilmente aplicables en la población anciana renal y sus resultados son muy parecidos así que podríamos utilizarlos de forma indistinta en la detección del paciente con riesgo de sufrir una caída.

El uso de estas escalas nos sirve tanto para establecer procesos para la prevención y reducir la frecuencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis como para clasificar el riesgo de caídas de los pacientes, implementar procesos para la minimización de riesgos derivados del propio paciente y para la mejora de los procesos que potencialmente puedan generar riesgos al paciente.

Referencias

- Agencia valenciana de salud. (2012). Prevención de las caídas del paciente hospitalario en el HGUA.
- Aranda, M., Morales, J., Canca, J., Toribio, J. (2014). Circumstances and causes of falls by patients at a spanish acute care hospital. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20(5), 631-637.
- Barrientos, J., Hernandez, A., Hernandez, M. (2013). Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enfermería universitaria*, 10(4), 114-119.
- Casas, M., Cerro, C., Martínez, F., Velasco, E. (2012). Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. [fecha de consulta: 20 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>.
- Da Costa, B., Rutjes, A., Mendy, A., Freund-Heritage, R., Vieira, E. (2012). Can falls risk prediction tools correctly identify fall-prone elderly rehabilitation inpatient? A systematic review and meta-analysis. *Los One*, 7(7), 410-461
- Da Silva, Z., Gomez-Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *42(5):946-56*.
- De Santillana, S., Alvarado, L., Medina, G., Gomez, G., Cortes, R. (2002). Caídas en el adulto mayor: factores intrínsecos y extrínsecos. *6*, 486-493.
- Downton, J. (1992). Falls in the elderly. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*, (4), 318-323.
- Henderson, V. (1969). Principios básicos de los cuidados de enfermería. C.I.E.
- Landis, J., Koch, G. (1979). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-74.
- Masud, T., Morris, R.O. (2001). Epidemiology of falls. *Age Ageing*, 30 (4)
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. y Mühlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing*, 38 (4): 417-423.
- Molina, E., Pajares, D., Camps, E., Molist, G., Carrera, R. (2008). Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 11 (1), 64-69.
- Morse, J.M., Black, C., Oberle, K., Donahue, P. (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social, science and medicine*, 28(1):81-86.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2002). *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Ediciones Harcourt, S.A. Editorial Edide, S.L.
- Petrel, A., Navarro, B., Parraga, I., De la torre, M., Del campo, J.M. y Lopez, H. (2010). Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años. *Rev Esp de salud pública*, 4, 431-439.
- Stalenoef, P.A., Crebolder, H.F.J.M., Knottnerus, J.A., Van der Horst, F.G.E.M. (1997). Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. *Eur J Public Health*, 7(3):328-34.
- Silva, Z., Gomez, A., Sobral, M. (2007). Epidemiología de caídas de ancianos en España. *Rev Esp Salud Pública*, 82: 43-56.
- Vu, M.Q., Weintraub, N., Rubenstein, L.Z. (2002). Falls in the nursing home: are they preventable?. *J Am Med Dir Assoc*, 5(6):401-406.

CAPÍTULO 72

Fisioterapia y la Actividad Física: Motivación y Adhesión

Ana Gutiérrez Léonard, Jose David Medina Romero, y Sara Moyano Trujillo
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España)

Introducción

En 2008, se calcula que 36 millones de fallecimientos, de los 57 millones a nivel mundial, se debieron por enfermedades no transmisibles (OMS, 2012).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, la inactividad física es uno de los 10 factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes: un 10-16% de casos de cáncer de mama, cáncer de colon y diabetes tipo 2, y un 22% de enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados.

La inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial. El elevado porcentaje de inactividad física (nula o insuficiente) de la población mundial, origina una estimación de 1,9 millones de muertes anuales (OMS, 2002) y 3,2 millones de muertes anuales (OMS, 2014)

Concretamente, Booth et al (2002) identificaron que la inactividad física tiene un impacto negativo sobre un total de 20 enfermedades crónicas (osteoporosis, hipertensión, diabetes tipo 2, déficit cognitivo...)

Es tal la repercusión de la inactividad física que los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir la inactividad física en un 10% para el año 2025 (OMS, 2014)

Uno de los pilares fundamentales es el papel de los profesionales sanitarios, sobre todo los de atención primaria que son los que tienen la posibilidad de una continuidad asistencial y los que se encuentran en primera línea para realizar actividades de prevención, como así lo establece la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía “la Atención Primaria de Salud es el *primer nivel de acceso ordinario* de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora así como la *promoción de la salud, la educación sanitaria* y la vigilancia sanitaria del medio ambiente”. Se pone de manifiesto en diferentes estudios que si las indicaciones vienen desde atención primaria, se consigue incrementar la actividad física en los pacientes (Herrera-Sánchez, 2006; Grandes, 2009).

Hay autores que incluso sugiere que los profesionales experimenten un cambio en su conducta en relación a la actividad física para vivir lo que los pacientes pueden tener que confrontar (Cooke, 2013).

Por otro lado, tenemos las barreras que sienten las personas para no hacer actividad física. Son varias las líneas de investigación que intentan profundizar en estos factores que limitan la práctica de actividad física, identificar las posibles barreras que los adultos encuentran para optar por la inactividad. Bardach (2015) sugiere la importancia de reforzar la imagen de las personas mayores así como la de adaptar, desde la promoción de la salud, la motivación la y la confianza de los mismos. En esta línea, Rutten (2014) comprueba la importancia de la self-determination para aumentar la motivación intrínseca y así, la práctica de actividad física. Flocke (2014) nos dice que la oportunidad de enseñar en lugar de aconsejar suele ofrecer una gran oportunidad de cambio, si bien, no es suficiente.

Objetivos

- Determinar los factores que estimulan la motivación de las personas a la hora de realizar una actividad y que factores favorecen la adhesión a esa actividad.
- Estrategias que nos ayuden a promocionar la actividad física desde Atención Primaria

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos pubmed y en el buscador google scholar. Los descriptores usados fueron Motivación, Atención Primaria, Actividad Física, Adhesión, que a su vez fueron introducidos en inglés. Los artículos incluidos deben estar relacionados con la motivación y cambio de hábito de salud y la actividad física y la atención primaria.

Resultados

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) tenemos que:

Recomendar: Aconsejar algo a alguien para bien suyo.

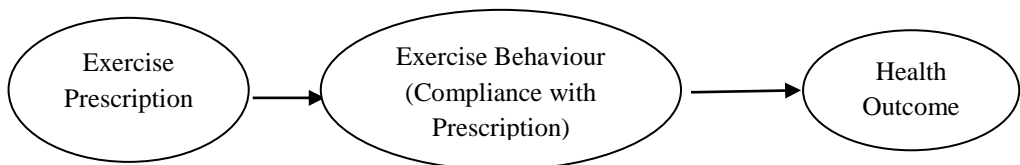
Prescribir: 1. tr. Preceptuar, ordenar, determinar algo. 2. tr. Recetar, ordenar remedios.

Por tanto, prescribir implica un mayor contenido, concreción, formación, explicación. No es lo mismo aconsejar la toma de antibióticos, que prescribirlos, donde ya es necesario determinar, dosis, vía, frecuencia, duración del tratamiento, precauciones, explicaciones añadidas si las hubiera.

La prescripción de actividad física desde el ámbito sanitario se muestra como estrategia eficaz (Herrera-Sánchez, 2006; Sánchez, 2015) para aumentar el índice de actividad física en el tiempo libre y mejorar sus niveles por parte de los usuarios.

El nivel asistencial más adecuado para ello, está demostrando ser Atención Primaria: los médicos de atención primaria pueden ser facilitadores de mejorar el nivel de actividad física entre sus pacientes (Robert y Chastity, 2002; Sánchez, 2015), teniendo como primer objetivo las estrategias que faciliten el cambio de comportamiento (Figura 1), siendo estos cambios más probables en personas motivadas al cambio (Grandes, 2009).

Figura 1. Prescripción de ejercicio, conformidad y resultados en la salud (Williams, 2008)



Si bien, los estudios arrojan que es importante la prescripción sanitaria desde Atención Primaria así como necesario un cambio de comportamiento por parte de los usuarios, hay que tener en cuenta el profesional que prescribe, también fundamental en este cambio de hábitos. Díaz (2009) obtiene que las dificultades declaradas por los profesionales para no prescribir Actividad física son: falta de tiempo (64%) y experiencia insuficiente (27,7%), siendo éstos los que a su vez declaran prescribir menos ejercicio, comparándolos con los que sí reportan tener cierta experiencia.

A pesar de tener información de los beneficios de la actividad física sobre la salud y prevención y tratamiento de enfermedades descritos en numerosas guías y estudios, a pesar del bombardeo informativo sobre llevar una vida saludable, a pesar de las recomendaciones de los profesionales sanitarios cuando vamos a sus consultas... sigue siendo una asignatura pendiente.

¿Cómo podemos motivar, como deberíamos hacer la prescripción a los usuarios para fomentar la práctica de actividad física y que ésta se haga de manera regular?

Según la teoría de la autodeterminación (DESI y Ryan, 1985, 1991, 2000 en Moreno, 2008) las personas tienen una motivación autodeterminada que les lleva a comprometerse con la práctica y que para ello es necesario satisfacer sus necesidades psicológicas básicas de competencia, autonomía y relación con los demás. Es decir, según satisfagan en mayor medida estas necesidades (Cervelló, 2008),

va en aumento la motivación intrínseca, lo que implica que la persona disfruta de la actividad, de la placer; la actividad se convierte en un fin por sí misma. Siguiendo a Moreno, 2006, tenemos que las características que predicen la motivación intrínseca según la Teoría de la Evaluación Cognitiva (Maldigo y Holt, 1999) son:

- Control (si eligen la actividad y tienen control sobre ella, la favorece)
- Competencia (si se siente capaz y con control, la favorece)
- Factores extrínsecos (dan información de competencia y feedback positivo, se mejora la motivación intrínseca)
- Orientación (si a la tarea, la favorecerá ya que toman parte de ella por el goce de la actividad; mientras si está orientada al ego, la disminuirá)

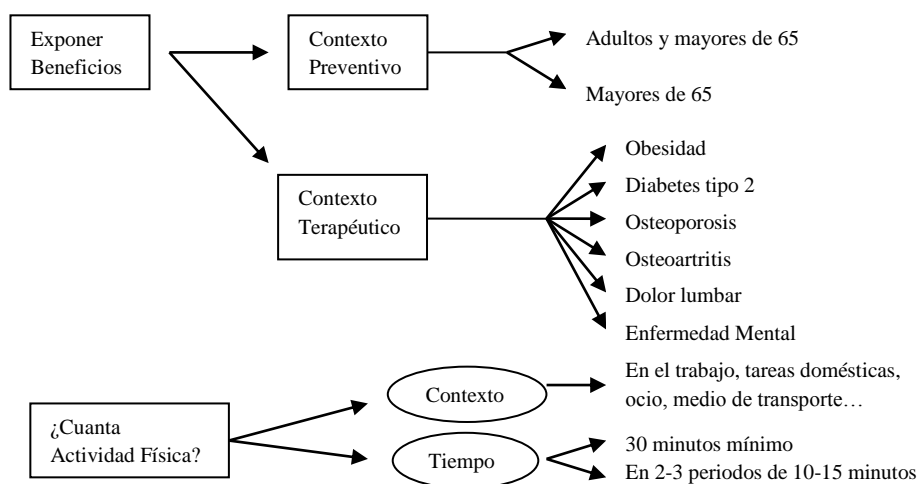
Habría que buscar estrategias para ver cómo podemos conseguir la motivación intrínseca ya que son muchos los estudios que así lo sugieren (Moreno, 2007; García Calvo y Navarro, 2008).

Una de las estrategias más inmediatas puede ser la de dar información y formación al paciente. Proporcionar mensajes claves y orientaciones prácticas.

Puig (2007) propone dos estrategias básicas (Figura 2):

- a.- exponer los beneficios para la salud
- b.- explicar cuanta actividad física debe realizar para conseguir esos beneficios

Figura 2. Estrategias para motivar a los pacientes (Puig, 2007)



Esta estrategia nos puede servir para que el paciente tome conciencia de los beneficios que va a obtener y da una idea sobre las posibilidades de cómo llevarlo a cabo, de la opción de adaptar tareas cotidianas enfocadas a la actividad física.

Moreno, 2008, propone una serie de estrategias adaptadas a la tercera edad, aunque también se puede entender para la población diana en general, con el objetivo de aumentar la motivación intrínseca mediante la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas:

- proporcionar feedback positivo
- establecer objetivos de dificultad moderada
- posibilitar la elección de las actividades
- explicar el propósito u objetivo de la actividad

Otra estrategia a tener en cuenta es la denominada Self-paced Exercise. Williams (2008) plantea que las personas buscan el placer y minimizan el displacer (Hedonyc Theory). Desde esa premisa, plantea que si las personas eligen una intensidad determinada para realizar un ejercicio, es porque instintivamente les causa placer, y que por tanto, es tan positivo como una intensidad impuesta para conseguir un rendimiento.

Tener en cuenta el “ritmo propio” de trabajo puede ser una herramienta en potencia para conseguir respuestas positivas al ejercicio y por tanto, favorecer la adherencia (Rooks, 1997; Murphy, 2006).

La respuesta afectiva aparenta ser más positiva cuando se elige la intensidad, que cuando es impuesta, incluso cuando la intensidad elegida sea similar o superior a la impuesta. (Parfitt et al., 2006; Rose y Parfitt, 2007).

Por otro lado, también lo relacionan con el umbral ventilatorio y destaca que éste no suele sobre pasarse cuando se elige la intensidad, mientras que cuando es impuesta, suelen exceder este umbral, sobre todo en personas con sobre peso.

Esto puede indicar que la herramienta self-paced exercise puede ser útil para obtener respuestas afectivas positivas, y con ello, la adherencia y después, dirigir el ejercicio para conseguir objetivos más concretos según cada persona.

Lo mismo puede pensarse para el dolor, dar la posibilidad de aquellas personas que a una intensidad dada les cause dolor, elijan su propia intensidad y así conseguir que la actividad física no la vivan como algo desagradable a evitar, sino generar esas respuestas afectivas positivas.

No solo se trata de hacer ejercicio, sino de cambiar de actitud, transformar una actitud sedentaria (por los motivos que sea) a una actitud activa para poder después obtener resultados en salud.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), es proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) que pretende promover las actividades preventivas en los centros de salud. En sus últimas recomendaciones sobre el estilo de vida Rodrigo (2014) abordan todos los aspectos que la evidencia ha ido publicando dado que la actividad física es un comportamiento complejo. Por tanto, para abordar un posible cambio, es recomendable tener en cuenta el nivel de salud del paciente, su determinación al cambio así como los recursos disponibles. Todos estos datos son importantes para conseguir aumentar la motivación y percepción de la persona. La intervención se basa en el modelo de las 5 aes que propone la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Las 5 aes son: Asses (averiguar), Advice (aconsejar), Agree (acordar), Assist (ayudar) y Arrange (acordar).

Existen cuestionarios que intentan predecir de manera positiva o negativa la motivación, la adherencia (Moreno, 2007; García Calvo, Navarro, 2008) así como datos relacionados con la actividad física

- La Escala de las Orientaciones de Meta en el Ejercicio.
- Cuestionario de Regulación de la Conducta en el Ejercicio Físico-2 (BREQ-2)
- Índice de Autodeterminación (IAD)
- Cuestionario de Percepción de Éxito, versión en castellano del Perception of Success Questionnaire (POSQ)
- Escala de las Necesidades Psicológicas Básicas en el Ejercicio (BPNES)
- Global Physical Activity Questionnaire GPAQ de la OMS
- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) version corta.

Conclusiones

Son conocidos los beneficios de la actividad física en las personas, tanto físicas como psíquicas, son múltiples las investigaciones que se están llevando a cabo para conocer más sobre estos beneficios y sus mecanismos, y su población diana y sus pautas más óptimas...

Pero queda lo principal, y es que esa actividad física se practique con regularidad por una población mayoritaria, sin importar la edad, pues es una herramienta sencilla, universal, accesible... que ayuda tanto para prevención como para tratamiento; y sin embargo, no ocurre así. Y es tal la magnitud del problema, que se aborda de manera internacional.

Es por ello, que se investiga sobre la motivación y adhesión para poder llegar a los “usuarios” de la actividad física y poder plantear estrategias, que como hemos visto, deben ir dirigidas por un lado, a potenciar la motivación intrínseca, que implica disfrutar de la actividad por sí misma, y de otro, haciendo partícipe al usuario.

En esta línea, se está estudiando desde donde “llegar a los usuarios” para conseguir un cambio en su estilo de vida: inactivo – activo. Los estudios se están realizando desde atención primaria, nivel asistencial que tiene como objetivos la promoción de la salud y prevención y con resultados favorables.

Con todo ello, no está definida la mejor estrategia y hay pocos estudios a largo plazo donde quede demostrado la adhesión a la realización de actividad física de manera regular. Lo que sí parece que hay acuerdo, es que la implicación del paciente es fundamental, considerarlo parte activa en todo el proceso de cambio ya sea para detectar las dificultades y resistencias al cambio, objetivos, intensidad, tipo de ejercicios, etc.

Para prescribir, se necesita profesionales que prescriban y en sentido, comienzan a publicarse algunas investigaciones para detectar las dificultades que existen a este lado también, y los primeros estudios detectan que la inactividad de los profesionales, la falta de tiempo y la formación inadecuada, son las dificultades que los profesionales presentan para no prescribir AF.

Crear consultas de “prescripción de ejercicio físico” que estén compuestas por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, profesionales de Educación Física, psicólogos) parece una buena opción. Son profesionales con formación en salud y psicología y actividad física y contarían con un espacio para este objetivo: fomentar la práctica de actividad física, teniendo en cuenta la motivación intrínseca, self-paced exercise, 5 aes, orientación a la tarea, clima motivacional, aspectos médicos, gustos...

Al igual que existen las consultas de diabetes, las consultas de hipertensión, las consultas de preparación al parto, talleres para cuidadores...

Referencias

- Arjona, M.D., Gutiérrez, I., Iglesias, P. y Jaenes, J. (2009). Hábitos de prescripción de ejercicio físico en un distrito de atención primaria urbano. *Medicina de Familia de Andalucía*, 10(3),205-16.
- Bardach, S.H., Schoenberg, N.E. y Howell, B.M. (2015). What motivates older adults to improve diet and exercise patterns?. *Journal of Community health*, 10 de Julio.
- Booth, F.W., Chakravarthy, M.V., Gordon, S.E. y Spangenburg, E.E. (2002). Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *Journal of Applied Physiology*, July 93(1),3-30.
- Cervelló, E. (2008). *Aspectos psicosociales relacionados con la práctica de actividad física y deportiva: el papel de los agentes sociales en la motivación*. XI Congreso Nacional, Andaluz y III Iberoamericano de Psicología de la Actividad Física y del Deporte celebrado. Sevilla.
- Cooke, P.A., Tully, M.A., Cupples, M.E., Gilliland, A.E. y Gormley, G.J. (2013). A randomised control trial of experiential learning to promote physical activity. *Education for Primary Care*, 24(6),427-35.
- Córdoba, R., Camaralles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J.I., López, A. y Cabezas, C. (2014). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de expertos del PAPPs. *Atención Primaria*, 46(4), 16-23
- Flocke, S.A., Clark, E., Antognoli, E., Mason, M.J., Lawson, P.J., Smith, S. y Cohen, D.J. (2014). Teachable moments for health behavior change and intermediate patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, Jul; 96(1),43-9.
- García, T., Leo, F.M., Martín, E. y Sánchez, P.A. (2008). El compromiso deportivo y su relación con factores disposicionales y situacionales contextuales de la motivación. *International Journal of Sport Science*, 4(12), 45-58.

- Grandes, G., Sánchez, A., Sánchez-Pinilla, R.O., Torcal, J., Montoya, I., Lizarraga, K., Serra, J. y PEPAP Group. (2009). Effectiveness of Physical activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 169(7),694-701.
- Herrera-Sánchez, B. Mansilla-Domínguez, J.M., Perdigón-Florencio, P. y Bermejo-Caja, C. (2006). Effectiveness of clinical counseling after increasing physical activity. A prospective randomized study. *Medicina Clínica*, 126(10), 361-3.
- Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía. BOJA, núm. 74.
- Moreno, J. A., Martínez, C., González, D., y Cervelló, E. (2008). Motivación hacia la práctica físico-deportiva en personas mayores. En E. H. Martín y R. Gomes de Sousa (Eds.), *Atividade física e envelhecimento saudável* (pp. 153-169). Rio de Janeiro: Shape.
- Moreno, J.A. et al. (2007). *Motivación y salud en la práctica físico-deportiva: diferencias según el consumo de alcohol y tabaco*. II Master Actividad Física y Salud 2009/10. UNIA.
- Moreno, J.A., y Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(2), 39-54.
- Murphy, M.H., Murtagh, E.M., Boreham, C.A., Hare, L.G. y Nevill, A.M. (2006). The effect of a worksite based walking programme on cardiovascular risk in previously sedentary civil servants. *BioMed Central Public Health*, 22(6), 136
- Navarro, N. González-Cutre, D., Marcos, P.J., Borges, F., Hernández, A., Vera, J.A., y Moreno, J.A. (2008). Perfiles motivacionales en la actividad física saludable: un estudio desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación. En Actas del XI Congreso Nacional, XI Andaluz y III Iberoamericano de Psicología de la Actividad Física y del Deporte. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) Informe sobre la salud en el mundo 2002, reducir los riesgos y promover una vida sana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) Documento de debate de la OMS. Versión revisada. 25 de Julio
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) Actividad física. Nota Descriptiva N° 385. Febrero.
- Puig Ribera, A. (2007). Cómo motivar a los pacientes para la práctica de actividad física regular. *Terapéutica*, Septiembre, núm. 1577.
- R.A.E. (2001) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Vigésima segunda edición.
- Rooks, D.S., Kiel, D.P., Parsons, C. y Hayes, W.C. (1997). Self-paced resistance training and walking exercise in community-dwelling older adults: effects on neuromotor performance. *The Journals of Gerontology. Serie A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 52(3),161-8.
- Rutten, G.M., Meis, J.J., Hendriks, M.R., Hamers, F.J., Veenhof, C. y Kremers, S.P. (2014). The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 86.
- Sánchez, A., Bully, P., Martínez, C. y Grandes, G. (2015). Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. *Preventive Medicine*, 76,56-67
- Williams, D.M. (2008). Exercise, Affect, and Adherence: An Integrated Model and a Case for Self-Paced Exercise. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(5), 471-496.

CAPÍTULO 73

A propósito de un caso: Tratamiento de Fisioterapia en un paciente con Hemiplejía asociada a patología cervical

Silvia Rosa Ruiz*, Francisco Javier González Oller*, Yolanda García Fortes**, Isabel María Rodríguez García***, María Amparo Morales García***, y Yésica Carrión Amorós***

*Hospital de Alta Resolución El Toyo, Retamar (España), **Servicio Andaluz de Salud (España),

***Hospital de Poniente, El Ejido (España)

Descripción del caso

Cada vez es más frecuente encontrar casos de hemiplejías en pacientes más jóvenes, desencadenados muchas veces por los hábitos de vida poco saludables, junto con una escasa o nula actividad física y a un nivel alto de estrés al que están sometidos.

Diversos estudios como los realizados por Guevara-Campos et al (2005); Fons et al (2007); Muñoz et al (2005); Nistal-Martínez (2014); Sengler (2006); Palazón et al (2001); Clavel Escribano y Clavel Lariab (1997); Amarenco (2000); Ramos-Valero y Meseguer Henarejos (2013); Robertson y Regnaud (2012) nos sirven de guía en el siguiente caso clínico.

Antecedentes personales: La paciente es una mujer de 55 años de edad, de profesión médico. Los antecedentes médicos que tenía eran los siguientes:

Hipotiroidismo, HTA, pancreatitis aguda de origen indeterminado. Sin alergias conocidas. No fumadora ni bebedora. Práctica habitual de ejercicio físico, mínimo de tres veces por semana. Buenos hábitos alimentarios. Ritmo de vida un poco acelerado debido al estrés de su trabajo.

Enfermedad actual: Acude a urgencias el por una cefalea persistente e hipersensibilidad sensorial. Se ingresa para someterse a un estudio por no remisión de los síntomas, y sufre un empeoramiento hasta estado de estupor con consecuente traslado a la UCI.

A los seis días de estar ingresada sufre una recaída en la que presenta una sintomatología similar a hemiplejía izquierda. En las pruebas diagnósticas realizadas se observa hipodensidad en la zona occipital izquierda, cambio de calibre en vasos intracraneales, e hipoperfusión severa en lóbulos temporo-parietales y parieto-occipitales bilateral con predominio derecho.

Comienza a estabilizarse clínicamente y es derivada al servicio de rehabilitación a la semana para comenzar tratamiento intrahospitalario en habitación.

Exploración y pruebas complementarias

Haremos el estudio del caso realizando en cada fase de la enfermedad una valoración de Fisioterapia en la que pasaremos los siguientes test:

- Escala Tinetti equilibrio y marcha: La escala Tinetti es una herramienta muy valiosa en el momento de detectar alteraciones en la marcha y equilibrio. Se utiliza frecuentemente en el proceso de valoración funcional, constituye un ejemplo de prueba basada en el desempeño. Valora el equilibrio y la marcha como un método de observación directa utilizando calificadores numéricos de acuerdo con la capacidad de ejecución de acciones específicas que componen la actividad funcional probada. La puntuación máxima que se puede obtener en el Tinetti de Equilibrio es de 16, mientras que en el Tinetti de la marcha el máximo es 12 (Tinetti et al, 1986).
- Balance general de la motricidad: (Valor máximo 45).

Test Pfeiffer: Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto plazo y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo (Pfeiffer, 1975). La puntuación a obtener son las siguientes:

- 0 -2 Errores: Normal, no hay deterioro cognitivo.
- 3-4 Errores: Deterioro cognitivo leve.
- 5-7 Errores: Deterioro cognitivo moderado.
- 8-11 Errores: Deterioro grave.
- Índice de Barthel: Se trata de un cuestionario que mide el nivel de dependencia de un paciente. A menor puntuación, más dependencia, y a mayor puntuación más independencia. La puntuación máxima alcanza un valor de 100 (Mahoney y Barthel, 1965).
- Escala Neurológica canadiense: Es una escala de valoración neurológica, sencilla, que comprende aspectos cognitivos (consciencia, lenguaje y orientación), determinando las posibilidades de comunicación con el paciente. La puntuación máxima a obtener es de 5, indicando la normalidad (Cote et al, 1989).

Juicio clínico

Tras la realización de todas las pruebas complementarias por parte del servicio de Neurología y del servicio de Rehabilitación, el diagnóstico principal que se le da a la paciente es de Hemiplejia Izquierda.

Diagnóstico diferencial

Aunque el diagnóstico principal de la paciente es de Hemiplejia izquierda, nosotros hemos dividido el estudio de la paciente en tres fases distintas:

- . Fase I: Inicio de la enfermedad. Tratamiento intrahospitalario en planta.
- . Fase II: Tratamiento intrahospitalario, pero inicio de tratamiento en sala de fisioterapia.
- . Fase III: Tratamiento ambulatorio, la paciente viene desde casa a hacer el tratamiento a la sala de fisioterapia.

1. Fase I de la enfermedad:

Al inicio del tratamiento la paciente presentaba:

- Una hemiplejia izquierda flácida.
- Afectación de la visión, con una ceguera cortical total.
- Apraxia severa.
- Desorientación témporo-espacial grave.
- Heminegligencia de carácter muy severo.
- Alteración del esquema corporal.
- Déficit propioceptivo del hemicuerpo afecto.
- Falta de conciencia de déficits.
- Alteraciones en la columna cervical.

A. Valoración fisioterápica.

Realizamos una valoración pasando distintos test en los que obtenemos los siguientes resultados:

- Escala Tinetti equilibrio: 0 (Valor máximo 16).
- Escala Tinetti marcha: 0 (Valor máximo 12).
- Balance general de la motricidad: 4 (Valor máximo 45).
- Test Pfeiffer: 1 (Valor máximo 11).
- Índice de Barthel: 0 (Valor máximo 100).
- Escala Neurológica canadiense: 2 (Valor máximo 5).

Así mismo realizamos una valoración específica de la columna cervical para ver la movilidad, el estado de la musculatura, el grado de dolor presente en la paciente, así como el estado propioceptivo de la misma :

- Limitación importante de la inclinación lateral o lateroflexión: derecha 35° e izquierda 10°.
- Limitación flexión: 25°.
- Limitación de la extensión: 40°.
- Limitación rotación izquierda: 10°.
- Limitación rotación derecha: 40°.
- Contractura de la musculatura cervical, especialmente de: Escalenos, Angular, Trapecio superior y Esplenio de la cabeza.
- Dolor severo de la columna cervical.
- Déficit de propiocepción de cabeza y cuello.

B. Objetivos del tratamiento:

Los objetivos que nos proponemos alcanzar con la paciente en esta primera fase son los siguientes:

- Prevenir actitudes viciosas.
- Normalizar el tono.
- Conseguir la verticalización progresiva en cama.
- El control y extensión del tronco en sedestación.
- Poder pasar a la bipedestación y su ayuda en las transferencias.
- Conseguir equilibrio en bipedestación.
- Preparación a la paciente para la marcha.
- La movilidad normal de la columna cervical.
- Disminuir la contractura de la musculatura cervical.
- Mejora de la propiocepción de cabeza y cuello.

C. Tratamiento de Fisioterapia.

En el tratamiento de fisioterapia que vamos a realizar distinguiremos una parte del mismo dirigida a mejorar la patología principal de la paciente que es la hemiplejía, y otra parte encaminada a mejorar el estado de la columna cervical de la paciente.

La primera parte del tratamiento consistirá en:

- La colocación del paciente en correcta alineación corporal.
- Realización de movilizaciones del hemicuerpo afecto y no afecto.
- Técnicas tipo Bobath (Maniobras de facilitación).
- Enseñar a la paciente y los familiares ejercicios de automoviliación, en los que se requiere una participación activa por parte tanto del paciente como de los familiares.
- Trabajo del apoyo, enderezamiento y equilibrio en sedestación y bipedestación.
- Realización de transferencias de cargas en bipedestación.
- Ejercicios para la reeducación de la marcha.

La segunda parte del tratamiento va dirigido a la columna cervical:

- Realización de movilizaciones pasivas cervicales.
- Ejercicios de movilización activo-asistidos de la columna cervical.
- Aplicación de técnicas de masoterapia en la musculatura cervical.
- Realización de técnicas de stretching en la musculatura cervical contracturada.

2. Fase II de la enfermedad:

Al inicio de esta fase del tratamiento la paciente presentaba:

- Una hemiplejía izquierda de predominio braquial.
- Afectación de la visión, teniendo una visión en túnel.
- Apraxia severa.
- Desorientación témporo-espacial grave.
- Heminegligencia severa.
- Alteración del esquema corporal.
- Déficit propioceptivos del hemicuerpo afecto.
- Falta de conciencia de déficits.
- Alteraciones en la columna cervical.

A. Valoración Fisioterápica.

En esta fase del tratamiento volvemos a pasar los test de valoración y los resultados son los siguientes:

- Escala Tinetti del equilibrio: 6 (Valor máximo 16).
- Escala Tinetti marcha: 4 (Valor máximo 12).
- Balance general de la motricidad: 27 (Valor máximo 45).
- Test de Pfeiffer: 5 (Valor máximo 11).
- Índice de Barthel: 45 (Valor máximo 100).
- Escala Neurológica Canadiense: 4.5 (Valor máximo 5).

Los resultados nos indican una mejoría importante de la paciente en un periodo de tiempo breve, lo que nos sugiere que si sigue con esta evolución el resultado final del tratamiento podría ser muy satisfactorio.

En la valoración de la columna cervical obtenemos los siguientes resultados:

- Limitación importante de la inclinación lateral o lateroflexión: derecha 40° e izquierda 20°.
- Limitación flexión: 30°.
- Limitación de la extensión: 50°.
- Limitación rotación izquierda: 20°.
- Limitación rotación derecha: 40°.
- Contractura de la musculatura cervical, especialmente de: Escalenos, Angular, Trapecio superior y Esplenio de la cabeza.
- Dolor moderado de la columna cervical.
- Déficit de propiocepción de cabeza y cuello.

Los resultados obtenidos nos indican una ligera mejoría, pero la presencia aun de una importante limitación de la movilidad, que acompañada de las contracturas musculares, hace que la paciente se encuentra muy molesta con la columna cervical.

B. Objetivos del tratamiento.

En esta fase lo que pretendemos conseguir es principalmente:

- Poder normalizar el tono.
- La facilitación del hemicuerpo afecto.
- Conseguir mejorar las alteraciones de sensibilidad y percepción de la paciente.
- Mejorar el equilibrio en bipedestación.
- Reeducar la marcha para hacerla más estable.
- La integración al máximo del miembro superior afecto.
- Alcanzar la movilidad normal de la columna cervical.
- Disminuir la contractura de la musculatura cervical.
- Mejorar la propiocepción de cabeza y cuello.

C. Tratamiento de Fisioterapia.

En la segunda fase del tratamiento continuamos con parte del tratamiento iniciado en la primera y además realizamos:

- Trabajo de cintura pélvica y escapular.
- Ejercicios de toma de conciencia de la posición del cuerpo en el espacio y en relación con los objetos que lo rodean.
- Ejercicios de toma de conciencia del hemicuerpo afecto a través de estímulos propioceptivos y sensoriales.
- Tomamos medidas antiálgicas para evitar la aparición de un miembro superior doloroso.
- Reeducación de la marcha (integración del miembro inferior afecto).
- Tratamiento de la columna cervical: A las técnicas utilizadas anteriormente, añadimos:
 - Higiene postural cervical.
 - Enseñanza de ejercicios de autocorrección postural frente al espejo.
 - Aplicación de electroterapia: Ultrasonido y termoterapia.

3. Fase II de la enfermedad

La paciente presenta en esta fase de la enfermedad:

- Hemiparesia izquierda de predominio braquial.
- Una hemianopsia homónima.
- Heminegligencia moderada.
- Falta leve de conciencia de déficits.
- Déficit de propiocepción.
- Desorientación temporal leve.
- Alteraciones leves de la columna cervical.

A. Valoración Fisioterápica.

En esta valoración los resultados de los test son mucho mejores, viendo ya cambios muy notables en la evolución de la paciente. Ésta se encuentra mucho más animada y colaboradora, y al ser más consciente de sus déficits pone mucho más interés en intentar corregirlos y mejorarlos:

- Escala Tinetti del equilibrio: 12 (Valor máximo 16).
- Escala Tinetti marcha: 10 (Valor máximo 12).
- Balance general de la motricidad: 37 (Valor máximo 45).
- Test de Pfeiffer: 9 (Valor máximo 11).

- Índice de Barthel: 70 (Valor máximo100).
- Escala Neurológica Canadiense: 5 (Valor máximo5).
- Valoración columna cervical:
 - Limitación importante de la inclinación lateral o lateroflexion
 - : derecha 40° e izquierda 30°.
 - Limitación flexión: 35°.
 - Limitación de la extensión: 55°.
 - Limitación rotación izquierda: 35°.
 - Limitación rotación derecha: 45°.
 - Contractura leve de la musculatura cervical.
 - Dolor cervical de carácter leve.
 - Leve déficit de propiocepción de cabeza y cuello.

B. Objetivos del tratamiento.

En esta última fase lo que pretendemos es consolidar los objetivos marcados en las anteriores fases, hasta conseguir la máxima recuperación de la paciente. Pretendemos que forme parte activa de todo el tratamiento, y que sea consciente de que el tratamiento no solo se realiza en la sala de fisioterapia, sino que también debe seguir realizando en casa la pauta de ejercicios dada, así como intentar realizar todas las actividades de la vida diaria con el mayor grado de independencia que le sea posible.

C. Tratamiento de Fisioterapia.

El tratamiento realizado en la última fase es la continuación del realizado en la segunda fase más el siguiente:

- Técnicas de orientación para estabilizar la marcha.
- Enseñanza de actividades complementarias para realizar en casa.
- Tratamiento de la columna cervical: A las técnicas utilizadas anteriormente, añadimos:
 - Ejercicios propioceptivos de la columna cervical.

Le decimos a la paciente que los ejercicios pautados debe realizarlos en casa de manera diaria, independientemente de los días que acuda a tratamiento a la sala de fisioterapia del hospital.

Conclusiones

Hemos realizado una última valoración de la paciente a los seis meses desde el inicio del tratamiento en la que los resultados son los siguientes:

- Escala Tinetti del equilibrio: 16 (Valor máximo 16).
- Escala Tinetti marcha: 12 (Valor máximo12).
- Balance general de la motricidad: 42 (Valor máximo 45).
- Test de Pfeiffer: 11 (Valor máximo11).
- Índice de Barthel: 100 (Valor máximo 100).
- Escala Neurológica Canadiense: 5 (Valor máximo 5).
- Valoración columna cervical:
 - Limitación importante de la inclinación lateral o lateroflexión: derecha 40° e izquierda 35°.
 - Limitación flexión: 35°.
 - Limitación de la extensión: 60°.
 - Limitación rotación izquierda: 40°.

- Limitación rotación derecha: 45°.
- Contractura leve de la musculatura cervical.
- Dolor cervical de carácter leve.
- Leve déficit de propiocepción de cabeza y cuello.

Los resultados obtenidos en esta última valoración realizada han sido muy positivos, consiguiendo la paciente una recuperación casi total desde el inicio al tratamiento.

Es básico el tratamiento de fisioterapia para una buena evolución del enfermo hemipléjico, que en este caso le ha llevado a una recuperación casi completa de su afectación.

Desde el punto de vista de la afectación a nivel cervical del enfermo hemipléjico, el tratamiento de fisioterapia hace mejorar la movilidad, las alteraciones musculares y las alteraciones a nivel propioceptivo, y ello contribuye a la mejora de la hemicnegligencia sufrida por el enfermo y a la integración correcta del hemicuerpo afecto en las AVD (actividades de la vida diaria).

Referencias

- Bobath, B. (1990). *Hemiplejia del adulto, evaluación y tratamiento*. London: Ed. Panamericana.
- Federación de daño cerebral adquirido. (2006). *Guías de familias*. Madrid: Ed. FEDACE.
- Federación de daño cerebral adquirido. (2006). *Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido, cuadernos Fedace sobre daño cerebral adquirido*. Madrid: Ed. FEDACE.
- Francois D.O. (1991). *Tratado de Osteopatía*. Madrid: Ed. Mandala.
- Korr, I. (2007). *Bases fisiológicas de la Osteopatía*. Madrid: Ed. Mandala.
- Mahoney, F.I y Barthel, D.W. (1965). Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
- Marcel B. (1996). *Bases elementales. Técnicas de Terapia Manual y de la Osteopatía*. Barcelona: Ed. Paidotribo.
- Paeht, B. (2007). *Experiencias con el concepto Bobath*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Perfetti, C. (1999). *El Ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto*. Barcelona: Ed. Edikamed.
- Serra Gabriel, Mª R. (2005). *Fisioterapia en Neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular*. Madrid: Ed. Masson.
- Servicio de Rehabilitación. (2004) *Registro de Fisioterapia. Guía Metodológica*. Almería: C.H. Torrecárdenas.
- Tinetti, M.E., Williams, T., Frankin, M., Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *American Journal of Medicine*, 80 (3), 429-434.
- Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D. y Charpentier, P. (1997). Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*, 78 (11), 1237- 1247.
- Tinetti, M.E., Mendes de León, C.F., Doucette, J.T. y Baker, D.I. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community living elders. *Arch Phys Med Rehabil*, 49 (3), 140-147.

CAPÍTULO 74

Cuidados de enfermería y fisioterapia tras artroplastia total de cadera

Miguel Vázquez de Agredos Núñez de Arenas*, Elvira Gázquez Fernández**, y Laura Sans Guerrero**

**Diplomado en Fisioterapia y Graduado en Enfermería (España), **Diplomada Universitaria en Enfermería (España)*

Introducción

Al referirnos a la fractura de cadera, hablamos de las soluciones de continuidad del fémur en su parte proximal (Zaragoza y Portal, 2007), que en ocasiones se corrigen mediante una prótesis o artroplastia de cadera, en los que se sustituyen quirúrgicamente elementos de la articulación coxofemoral, por otros artificiales que suplen su función (Terry, 2009) y como se consigue por parte del personal de enfermería y fisioterapia, atender al paciente intervenido ejerciendo las funciones propias de estas profesiones (Muñoz, Moya y Quiralte, 2014; Rodríguez-Barbero, 2010; Muñoz et al, 2008).

El primer reemplazo de cadera lo realizó el Doctor Wiles en 1938 (Sebastián, 2014), mientras en 1961, Sir John Charnley fue pionero desarrollando una técnica en la que fijaba el implante protésico mediante cemento acrílico autofraguable con resultados satisfactorios a largo plazo (Iribarren et al, 2007). Hasta la actualidad se han seguido desarrollando nuevas prótesis, potenciándose aún más la investigación en ellas, por el envejecimiento de la población y la mayor demanda de éstas (Martel, Alfonso, Bermejo, Cuadrado y Monopoli, 2011).

La prevalencia media de la fractura de cadera es de 511 casos/100.000habitantes/año y aumentando, mientras que la incidencia de prótesis de cadera son 2,23 casos por cada 1000 personas. Además se calcula que las fracturas de cadera ocupan regularmente entre el 20-25% de las camas de los servicios de traumatología de los hospitales públicos de España (Torre, 2010), suponiendo esto una importante demanda de servicios sanitarios especializados para su tratamiento, y en caso de artroplastia total, para garantizar un buen pronóstico en la adaptación del paciente a la prótesis (García, 2011; Zaragoza y Portal, 2011).

Objetivo

Objetivo general

- Analizar la intervención y las novedades de actuación ante una fractura de cadera, su sustitución mediante artroplastia total y los cuidados que requiere el paciente por parte del personal de enfermería y fisioterapia tras la cirugía.

Objetivos específicos

- Identificar las principales causas y factores de riesgo de la fractura de cadera.
- Reconocer la sintomatología de la lesión, además de los requisitos y pruebas para confirmar el diagnóstico.
- Reseñar brevemente las alternativas quirúrgicas y la elección de la prótesis total frente a otras técnicas.
- Especificar el papel de la enfermería en el postoperatorio y las actuaciones de éste en el paciente para garantizar la mejor recuperación y reducir el número de complicaciones.
- Detallar las funciones del fisioterapeuta y pormenorizar las distintas fases que atraviesa la rehabilitación del paciente tras la artroplastia total, para conseguir una óptima funcionalidad de la cadera intervenida y lograr finalmente la autonomía de la persona.

Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha efectuado una revisión bibliográfica de literatura científica, a nivel físico y digital, de libros y artículos de revista, que abordan la fractura de cadera y en especial, la sustitución de esta mediante artroplastia total.

Los fondos bibliográficos utilizados pertenecen a la Biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha y la Biblioteca del Hospital General Universitario de Ciudad Real para libros en formato físico, mientras que para las revistas hemos hecho uso de las siguientes bases de datos online: PubMed, Cuiden, Cochrane y bV@UCLM, con unos criterios de búsqueda acotados en artículos de menos de 10 años de antigüedad, en castellano e inglés y utilizando los siguientes descriptores: “Fractura Cadera”, “Fisioterapia”, “Enfermería” y “Artroplastia Total Cadera”, además de éstos en inglés: “Hip Fracture”, “Nursing”, “Physiotherapy” y “Hip Total Arthroplasty”, obteniéndose un total de 93 resultados, descartándose todos los que no permitían acceso libre al texto completo y los que no resultaban útiles para el desarrollo del trabajo por su contenido.

Estado de la cuestión

Etiología de las fracturas

Como principales causas, tenemos que hablar de la osteoporosis y las precipitaciones.

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la densidad ósea, que facilita la producción de fracturas, afectando a cerca del 10% de la población adulta, sobre todo personas de edad avanzada y especialmente del sexo femenino. Las cargas fisiológicas en estos casos son capaces de producir microfracturas de las trabéculas óseas por fatiga, pudiéndose producir incluso una fractura de cadera, sin ninguna caída. (Más, Montalvo, Soler y Alarcón, 2012).

Por otro lado, las caídas afectan a cerca de 1/3 de las personas mayores de 64 años, cayendo el 15% de éstas en más de una ocasión. En ancianos institucionalizados, aproximadamente el 50% sufrirá algún episodio de caída cada año y la mitad de éstos lo hará en repetidas ocasiones, siendo generalmente las consecuencias leves, sin embargo, en el 1% de los casos se produce una fractura de cadera, falleciendo un tercio de los ancianos en el plazo de un año, de ahí su gravedad (Da Silva y Gómez-Conessa, 2008).

Sintomatología de la fractura

La presentación más característica suele ser la de un anciano, más frecuentemente del sexo femenino, con algún grado de demencia y que refiere haber caído golpeándose en la cadera, lo que deja un importante dolor, con dificultad o imposibilidad para la marcha.

En el examen físico, aparece el miembro afecto más corto y en rotación externa de cadera, con edema y/o hematoma variable en la zona. Presenta dolor en la articulación coxofemoral y alrededores, con una disminución del rango articular activo y pasivo en flexión y rotaciones de cadera.

A tener en cuenta es, que en personas con deterioro cognitivo el antecedente de caída no siempre es recordado, y que además pueden aparecer otro tipo de lesiones que nos distraen del diagnóstico, ya que en ocasiones el paciente puede acudir por su propio pie a consulta (Zaragoza y Portal, 2007).

Diagnóstico

Se suele establecer mediante una anamnesis completa, el examen físico y con confirmación radiológica, siendo ésta última imprescindible, realizándose una proyección anteroposterior y si es tolerable, una lateral (López, Chacón y Rivera, 2007), aunque en aproximadamente el 15% de las fracturas no hay desplazamiento y en el 1% de los casos, la fractura no es visible mediante radiología simple (Parker y Johansen, 2006).

Para esos casos, resulta apropiada la realización de una resonancia magnética, que ha demostrado un 100% de sensibilidad diagnóstica para confirmar la existencia de una fractura de cadera en pacientes con imágenes radiológicas dudosas (Muñoz et al, 2008).

Elección quirúrgica

Para intervenir en éste tipo de fracturas, existen distintas alternativas para restaurar la articulación en quirófano, como los tornillos tirafondo canulados o las prótesis parciales (hemiartroplastias), ambas resultando menos agresivas (Miguel y Calvo, 2006). Sin embargo en ocasiones debido a la existencia de patología osteoarticular previa, principalmente de carácter degenerativo (artrosis por norma general), es necesario el reemplazo articular completo mediante prótesis total, garantizando éste normalmente, una correcta funcionalidad (Esquer, 2010), apareciendo en la actualidad implantes totales mínimamente invasivos que reducen el tiempo de operación y aceleran la recuperación del paciente (Martel, Alfonso, Bermejo, Cuadrado y Monopoli, 2011).

Esta intervención quirúrgica se llevará a cabo entre las 24-48h tras la fractura, siempre que el estado del paciente no se vea comprometido por la intervención quirúrgica, lo que permitirá contribuir a la pronta recuperación funcional tras la implantación de la prótesis (Muñoz, Moya y Quiralte, 2014).

Función del personal de enfermería tras artroplastia total

El enfermero forma parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente con fractura de cadera desde el primer momento, siendo su papel fundamental en la recuperación de éste tras la cirugía, y en la que participa de forma activa mediante las intervenciones que ejecuta dentro de sus competencias profesionales.

Haciendo referencia a distintos autores (Rodríguez-Barbero, 2010; Muñoz et al, 2008) y según el protocolo de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Zaragoza y Portal, 2007), el enfermero se debe encargar de:

- Mantener al paciente hemodinámicamente estable.
- Controlar el dolor y administrar analgesia según el protocolo pautado.
- Comprobar sensibilidad, pulsos y movilidad de ambos pies, para descartar complicaciones.
- Revisar apósitos por posible sangrado y realizar las curas de la herida quirúrgica.
- Vigilar sondaje vesical y diuresis.
- Detectar alteraciones del nivel de consciencia del paciente.
- Evitar posiciones incorrectas de la cadera en rotación interna, aducción o flexión mayor de 90°, para evitar luxaciones de la prótesis y posteriormente instruir al enfermo para evitarlas.
- Iniciar tolerancia oral transcurridas 6-8horas, previa comprobación de la existencia de peristaltismo, en función del protocolo a seguir según anestesista y el estado del paciente.
- Comenzar la profilaxis antitrombótica pautada.
- Atender las demandas del paciente y reducir su ansiedad.
- Retirar sondajes y drenajes según protocolo y recuperación.
- Vigilar signos y síntomas de infección o anemia.
- Instruir al paciente y familiares, para el cuidado y protección del paciente y su prótesis tras el alta hospitalaria y enseñarles a detectar señales de alarma.

En referencia a las actividades propias del personal de Enfermería, recogidas por la Clasificación de Intervenciones Enfermeras de la Universidad de Iowa (Bulechek, Butcher, McCloskey y Dochterman, 2009), tenemos:

| <u>Nombre Intervención</u> | <u>Código NIC</u> |
|-------------------------------|-------------------|
| Administración de analgésicos | 2210 |
| Administración de medicación | 2300 |

| | |
|--|------|
| Afrontamiento | 5230 |
| Asesoramiento | 5240 |
| Aumento de los sistemas de apoyo | 5440 |
| Ayuda con los autocuidados: aseo | 1804 |
| Ayuda con los autocuidados: baño/higiene | 1801 |
| Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal | 1802 |
| Baño | 1610 |
| Cambio de posición | 0840 |
| Control de infecciones | 6540 |
| Cuidados del drenaje | 1870 |
| Cuidados del sitio de incisión | 3440 |
| Cuidados de las heridas | 3660 |
| Cuidados perineales | 1750 |
| Disminución de la Ansiedad | 5820 |
| Entrenamiento intestinal | 0440 |
| Fomento del ejercicio | 0200 |
| Manejo ambiental: confort | 6482 |
| Manejo del dolor | 1400 |
| Manejo de la eliminación urinaria | 0590 |
| Manejo de la energía | 0180 |
| Manejo de la medicación | 2380 |
| Modificación de conductas | 4360 |
| Prevención de caídas | 6490 |
| Prevención de las úlceras por presión | 3540 |
| Protección contra las infecciones | 6550 |
| Regulación hemodinámica | 4150 |
| Sondaje vesical | 0580 |
| Terapia de ejercicios: ambulación | 0221 |
| Vestir | 1630 |
| Vigilancia de la piel | 3590 |

Tratamiento de fisioterapia

Se llevará a cabo la rehabilitación del paciente en sesiones diarias, de aproximadamente 45 minutos, dividiendo ésta en 5 fases, según el objetivo perseguido (Muñoz, Moya y Quiralte, 2014).

1. Liberación Articular

Se puede realizar con el paciente encamado, desde el primer día tras la intervención, con el paciente en decúbito supino o decúbito lateral sobre lado sano, iniciando ésta con isométricos de cuádriceps y glúteos, para avanzar en días posteriores hacia el ejercicio isotónico activo-asistido de cadera (sin superar los 30-40° de ABD ni los 45° de Flexión en las 2 primeras semanas), de rodilla en flexoextensión, además de ejercicios activos libres o resistidos de tobillo, pelvis, miembro inferior sano y miembros superiores.

El masaje de la cicatriz, se puede realizar si aparecen adherencias, y si el encamamiento se prolonga, se pautarán ejercicios de fisioterapia respiratoria (Rodríguez, 2007).

2. Reeducación Muscular

Desde el primer día, trabajo activo de tobillo de la extremidad intervenida, además de isométricos de glúteos y cuádriceps con el fin de evitar su atrofia, para, a partir del tercer día permitir el trabajo activo asistido, incluso libre de cuádriceps.

Si el abordaje quirúrgico ha sido lateral, posponer la actividad específica de glúteo medio hasta la cuarta semana, si bien a partir de ésta se insistirá especialmente en este músculo estabilizador de cadera.

3. Carga y Deambulación precoz

Se debe permitir la carga precoz, ya que mejora la recuperación funcional del paciente (Sohier y Company, 2009).

A partir del tercer día pasar a una sedestación parcial, sin superar los 45° de flexión de cadera, para inmediatamente iniciar la deambulación parcial, con ayudas y apoyo progresivo, de forma que se consiga el apoyo completo aproximadamente a la sexta semana tras la intervención.

Sobre la semana 12, el paciente debe haber conseguido una capacidad funcional óptima, similar a la que tenía previa a la intervención. Aquí se trabajará la propiocepción y el equilibrio, para reeducar eficazmente al miembro operado y prevenir posibles caídas.

4. Deambulación asistida

La marcha del paciente será supervisada en todo momento por el fisioterapeuta, hasta que el nivel de control del paciente sea suficiente y su seguridad haya quedado demostrada, para permitir la deambulación libre y autónoma.

5. Autonomía personal

Aquí se trabajará en equipo con el terapeuta ocupacional, enseñando al paciente compensaciones para suplir las carencias musculares y articulares correctamente, se trabajará el equilibrio y el uso de ayudas técnicas que puedan ser necesarias para el desempeño de sus actividades básicas de la vida diaria.

Los objetivos del tratamiento se irán modificando según la evolución y la tolerancia del paciente, que permita realizar una mayor o menor carga de trabajo dependiendo de la mejora del estado de éste.

Conclusiones

La fractura de cadera representa una importante demanda de atención sanitaria en el anciano, resultando ser sus principales causas la debilidad ósea generada por la osteoporosis y las caídas (Más, Montalvo, Soler y Alarcón, 2012; Da Silva y Gómez-Conessa, 2008), siendo recomendable, una vez confirmada la fractura, el reemplazo articular completo mediante artroplastia total de cadera, y no mediante otras alternativas protésicas, en los casos de pacientes con artrosis muy evolucionadas (Esquer, 2010) en las primeras 24-48h tras la fractura, lo que contribuirá a la mejor recuperación funcional del paciente (Muñoz, Moya y Quiralte, 2014), a lo que se suma la aparición de nuevos implantes menos invasivos (Martel, Alfonso, Bermejo, Cuadrado y Monopoli, 2011), por lo que se concluye que uniendo estos factores, se mejoraría aún más el pronóstico y el progreso en la rehabilitación del paciente tras la cirugía.

Respecto a la enfermería tras la implantación de la prótesis total, hay que destacar la labor del personal en el postoperatorio inmediato (Zaragoza y Portal, 2007), alcanzando la conclusión de que es el personal encargado de vigilar y controlar el estado del paciente, de evitar las malas posturas que pudieran producir una luxación de la prótesis y de detectar a tiempo cualquier complicación que supusiera un riesgo para el anciano, además de instruir a la persona en el cuidado de su prótesis tras el alta hospitalaria (Rodríguez-Barbero, 2010; Muñoz et al, 2008).

El fisioterapeuta por su parte es el encargado de la rehabilitación del paciente, que comienza desde el primer día tras la operación, evitándose así la atrofia muscular y la rigidez articular que se producía en el pasado al retrasarla (Muñoz, Moya y Quiralte, 2014), haciendo que la persona trabaje de forma correcta la cadera intervenida minimizando riesgos, para progresivamente ir permitiendo la carga precoz (Sohier y Company, 2009) hasta conseguir una deambulación y una capacidad funcional óptima sobre la decimosegunda semana, a partir de la cual se trabaja principalmente la autonomía de la persona, para lograr la mayor independencia posible.

Referencias

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*, 5ª edición. Barcelona: Elsevier España.
- Da Silva Gama, Z. A., & Gómez-Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 946-56.
- Esquer, V. (2010). Prótesis de cadera de superficie. *Enfermería Integral*, 92, 17-19.
- García, E. (2011). *Evaluación de la estancia hospitalaria en prótesis de cadera* [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Iribarren, O., Álvarez, A., Rodríguez, C., Ferrada, M., Hernández, H. y Dorn, L. (2007). Costo y desenlace de la infección de artroplastia de cadera. Estudio de caso y control. *Revista Chilena Infectología*, 24(2), 125-130.
- López, G., Chacón, K. y Rivera, A. (2007). Incidencia de fracturas de cadera en Costa Rica. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIV (580), 125-132.
- Martel, Ó., Alfonso, H., Bermejo, J., Cuadrado, A., & Monopoli, D. (2011). Análisis comparativo de prótesis de cadera: Implantes tradicionales frente a implantes mínimamente invasivos. *Revista Iberoamericana de ingeniería mecánica*, 15(2), 85-94.
- Mas, Y. B., Montalvo, J. I. G., Soler, P. A., & Alarcón, M. T. A. (2012). Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 47(5), 220-227.
- Miguel, I. y Calvo, E. (2006). Fracturas de cadera: Técnica quirúrgica y carga precoz. *Patología del Aparato Locomotor*, 4(2), 108-115.
- Muñoz, R.G., Moya, M.M. y Quiralte, I. (2014). Fisioterapia y Terapia Ocupacional en centros residenciales geriátricos. En *Salud y Cuidados en el Envejecimiento*. Volumen II (pp. 97-101). Almería: Universidad de Almería.
- Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilches, L., Delgado, M., Cárcamo, K., Passalaqua, S et al. (2008). Fractura de cadera. *Cuadernos Cirugía*, 22, 73-81.
- Parker, M. y Johansen, A. (2006). Hip Fracture. *British Medical Journal*, 333, 27-30.
- Prado, M. (2010). Aproximación a la Fractura de Cadera. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(1), 27-33.
- Quinn, S.F. y McCarthy, J.L. (1993). Prospective evaluation of patients with suspected hip fracture and indeterminate radiographs: use of T1-weighted MR images. *Radiology*, 187, 469-71.
- Rodríguez, J. (2007). *Epidemiología de las fracturas de cadera*. En: *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera*. (Pp 11-19). Barcelona: Elsevier.
- Sebastián, N. (2014). Fisioterapia en las prótesis de cadera. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia, Podología)*, 6(3).
- Sohier, R. y Company, M. (2009). *Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera*. 1ª Edición. Madrid: Médica Panamericana.
- Terry, S. (2009). *Campbell. Cirugía Ortopédica*. 11ª Edición. Madrid: Elsevier-Masson.
- Torre, M. (2010). *Estudio del impacto económico, social y familiar de las fracturas de cadera en nuestro medio* [Tesis doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad Las Palmas. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/4538>
- Zaragoza, J. A. y Portal, L. F. (2007). *Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Anciano afecto de fractura de cadera*. 1ª Edición. Barcelona: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Elsevier Doyma.

CAPÍTULO 75

Factores de riesgo en las caídas en una población anciana

María Soraya Estrada Sánchez, Judit Ferre Soria, y Paula del Carmen Espinoza Serrano
Hospital Torrecárdenas (España)

Introducción

Uno de los mayores problemas en Salud Pública a nivel mundial son las caídas, ya que se calcula que aproximadamente se producen 424.000 caídas mortales al año. Es en los mayores de 60 años donde se produce la mayor tasa de mortalidad y en los mayores de 65 años la mayor morbilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), podemos definir caída como “los acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Dicha caída puede ser confirmada por el paciente o por algún testigo y suele ser repentina, involuntaria e insospechada.

Parrilla (2004) estima que aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años tienen un mínimo de una caída anual y si hablamos de anciano institucionalizados el porcentaje aumenta hasta el 50%.

Así mismo, Romero (2004), evidencia que de estas caídas la mayoría cursan con lesiones leves, aunque el 10% tendrán que ser hospitalizados debido a lesiones graves como fractura de cadera o hematoma subdural .

En gran medida, estas caídas se producen por cambios y transformaciones en el organismo por el envejecimiento que se interrelacionan con los factores intrínsecos o propios del paciente y factores extrínsecos o ambientales. La asociación de dos o más factores de riesgo aumenta la posibilidad de que ocurra este suceso (Beltrán, 2002; García, 2005).

De modo que acogiéndonos a la definición que nos proporciona Pandina (2002), decimos que los factores de riesgo son “aquellas características o variables que, si están presentes, elevan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología”, pudiendo encontrarse en diversos ámbitos de la persona.

Como factores de riesgo intrínsecos, los más importantes que afectan a la población anciana son las alteraciones fisiológicas, las enfermedades y la polifarmacia.

Detalladamente y diferenciando estos tres grupos, las alteraciones fisiológicas que propician más caídas serían inseguridad al andar, rigidez musculoesquelética y alteraciones visuales.

En el grupo de las enfermedades o alteraciones patológicas, las que más favorecen las caídas son por causas musculoesqueléticas (artrosis, fracturas, deformidad de la columna vertebral...), por causas neurológicas (demencia, Parkinson, ACV, alteraciones cognitivas...) y por causas cardiovasculares (hipotensión arterial ortostática, HTA, arritmias cardíacas, infarto agudo de miocardio...).

Mención especial tiene la polifarmacia, ya que muchos fármacos consumidos por los ancianos tienen efectos secundarios que favorecen las caídas, añadiéndole los efectos negativos que pueden producir por la automedicación y la confusión o mal cumplimiento de la dosis. Dentro de este grupo de fármacos nos encontramos los hipnóticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, hipoglucemiantes, hipotensores, neurolepticos etc (Álvarez, 2005; Breijo, 2014; Romero, 2004).

Los factores de riesgo extrínsecos es un grupo muy amplio formado principalmente por las barreras arquitectónicas, en el hogar o en el entorno, que pueden contribuir en el 50% de las caídas. Podemos mencionar el suelo resbaladizo como uno de los más importantes seguido de otros como obstáculos en el suelo, iluminación deficiente, mobiliario inadecuado o irregular y calzado en mal estado (Da Silva, 2008; Machado, 2014; Ruelas, 2008).

Objetivo

El objetivo de este estudio es determinar cuales son los factores de riesgo más importante que favorecen las caídas en los ancianos y mostrar algunos protocolos de prevención implantados ya en algunos hospitales para evitarlas.

Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: SciELO, Medline, Dialnet, ISOC y Cuiden. Los descriptores que utilizamos fueron: “factores de riesgo”, “anciano”, “caídas” y “accidente por caídas”, cuya traducción al inglés “risk factors”, “aged”, “falls” y “fall accident” los utilizamos para la búsqueda internacional. Revisamos todos los estudios de factores de riesgo, prevalencia, incidencia o consecuencias de las caídas en ancianos sin límite de fecha.

Usamos como criterio de inclusión que el objeto de estudio fueran personas mayores de 65 años, de ambos sexos, institucionalizadas o no, pero que no estuvieran hospitalizadas.

Finalmente seleccionamos publicaciones de los últimos 15 años, franja de periodo comprendida entre los años 2000 y 2015.

Resultados/Estado de la cuestión

En los estudios que hemos revisado se han identificado numerosos factores de riesgo, de ahí la importancia de destacar los principales y comunes a la mayoría de ellos.

En cuanto a la edad, podemos decir que la franja donde más caídas se producen es de 70 a 80 años (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; Parrilla, 2004; Romero, 2004), seguida de la edad comprendida entre 81-90 años (Álvarez, 2005). Otros estudios, como el de Da Silva (2008), no especifican años, manifestando solo como variable “edad avanzada”.

En cuestión del sexo, la mayoría de los estudios revisados ponen de manifiesto que el ser mujer es un factor de riesgo frente a ser hombre, ya que, según éstos, son las que más caídas padecen (García, 2005; Machado, 2014; Ruelas, 2008). Según Beltrán (2002) y Ruelas (2008), el marco territorial donde las mujeres suelen presentar las caídas es mayoritariamente el hogar, frente al área urbana en los hombres.

El estar institucionalizado constituye también un factor de riesgo, probablemente por las incapacidades que tienen estas personas, varias enfermedades y polifarmacia, e influido también por la edad avanzada (Bustos, 2012; Da Silva, 2008; Parrilla, 2004). Según Da Silva (2008), otro motivo por el que puede ser un factor de riesgo importante es porque la mayoría de los ancianos institucionalizados cumplen con dos factores antes mencionados, ser mujer y tener una edad avanzada.

Continuando en la línea del anterior punto, consideramos que las personas que tienen más riesgo de tener una caída en la comunidad son las personas independientes o semi-independientes (Machado, 2014; Parrilla, 2004), así como las que tienen solo una disminución leve en la realización de las Actividades de la Vida Diaria. Probablemente este hecho tengo que ver en que sobrevaloran sus capacidades. Contrapuesto a esto, en el caso de las instituciones, la mayor incidencia estaría en las personas con mayor dependencia, dato que aporta el estudio de Da Silva (2008).

En muchos de los casos, las personas habían sufrido previamente una o varias caídas, lo que pone de manifiesto que urge la necesidad de educar a estas personas sobre cómo prevenirlas para evitar recidivas, así como a sus familiares o personal institucional a cargo (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Da Silva, 2008; Parrilla, 2004).

Dentro del grupo de factores de riesgo intrínsecos, se nos presenta un amplio abanico de enfermedades relacionadas con este tema. Desglosando un poco más tenemos las enfermedades musculoesqueléticas (artrosis, fracturas, deformidad de la columna vertebral...) que constituyen un factor de riesgo importante. En el grupo de las enfermedades neurológicas las más prevalentes son demencia, Parkinson, ACV y alteraciones cognitivas, debido, en gran medida, a la merma de las facultades psíquicas y físicas que producen en la persona. Y por último está el grupo de las enfermedades

cardiovasculares, hipotensión arterial ortostática, HTA, arritmias cardíacas e infarto agudo de miocardio son las que aparecen como las que más riesgo conllevan en las personas ancianas (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; Da Silva, 2008; García, 2005; Parrilla, 2004).

Es un hecho que cuantas más enfermedades, mayor consumo de fármacos por parte de los ancianos, de ahí la relación tan estrecha de la polifarmacia como factor de riesgo en las caídas. Son varios los estudios que la mencionan debido a los efectos secundarios de éstos, su mal uso, confusión en las tomas o automedicación, que propician la inestabilidad y la posible consecuente caída. Los fármacos más estrechamente relacionados con este hecho son hipnóticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, hipoglucemiantes, hipotensores y neurolépticos.

Un proceso fisiológico relacionado con la edad es la disminución o deterioro de la agudeza visual, factor predisponente que es señalado en diversos estudios y que se potenciaría con algunos factores de riesgo extrínsecos como encontrarse algún obstáculo o la mala iluminación (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; García, 2005; Machado, 2014; Parrilla, 2004).

Muchos estudios incluyen dentro de los factores de riesgo en caídas las causas extrínsecas, manifestando así, la gran influencia que pueden tener como predisponente para desarrollar este riesgo. Son éstas causas claramente evitables por el ser humano ya que provienen de errores o descuidos por parte de él. Analizando más en profundidad las causas extrínsecas determinamos una clara vertiente hacia algunas de ellos, éstas son: mobiliario en mal estado o inadecuado, suelos irregulares o resbaladizos, iluminación inadecuada o deficiente y obstáculos en general (Álvarez, 2005; Breijo, 2014; García, 2005; Machado, 2014; Ruelas, 2008).

Marcando un pequeño punto y aparte vamos a hacer especial mención al horario de las caídas. Revisando la bibliografía obtenemos un claro predominio diurno. En esta misma línea, García (2005), establece que la mayoría de las caídas se producen desde las 6:00 de la mañana (hora más temprana) hasta las 22:00 (hora más tardía). Este resultado no supone una sorpresa ya que es el horario de mayor actividad de las personas.

Las consecuencias que pueden tener las caídas son muy variadas, clasificándolas en físicas, psicológicas y sociales. Las más estudiadas son las físicas, quizás porque son las primeras en aparecer y es a partir de una consecuencia física cuando aparecen las psicológicas y sociales. Los estudios consultados consensuan casi por unanimidad que la mayoría de las consecuencias que presentan los ancianos no son serias, siendo las más prevalentes contusiones-esguinces, equimosis y contusiones menores. En segundo lugar coinciden en colocar las fracturas (tobillo, fémur, Colles), excepto el estudio de Machado (2014), que indica que la consecuencia principal es la fractura de cadera. Las consecuencias psicológicas vienen determinadas por el “Síndrome Postcaída” o miedo y ansiedad a volver a caer. Aislamiento social, disminución de las relaciones y dependencia son las consecuencias sociales derivadas de este evento, favorecidas principalmente por el tiempo de hospitalización e inmovilización que conllevan (Beltrán, 2002; Da Silva, 2008; García, 2005; Parrilla, 2004; Romero, 2004).

De manera aislada y según Da Silva (2008), cita también como una característica asociada a las caídas la alteración del equilibrio y/o la marcha.

Discusión/Conclusiones

Al analizar los resultados obtenidos encontramos que:

La edad avanzada (70-90 años) y el sexo femenino son dos de los factores de riesgo más importantes (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; García, 2005; Machado; Parrilla, 2004; Romero, 2004; Ruelas, 2008).

Coincidimos en que la mayoría de ancianos institucionalizados cumplen las dos características anteriores, por lo que el estar institucionalizado pasa a convertirse en factor de riesgo (Bustos, 2012; Da Silva, 2008; Parrilla, 2004).

Las caídas suelen darse en personas independientes o semi-independientes, como indican algunos estudios consultados (Machado, 2014; Parrilla, 2004).

Según los datos obtenidos, la mayoría de ancianos habían sufrido previamente más caídas, comparándolos con los estudios analizados (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Da Silva, 2008; Parrilla, 2004).

Las enfermedades que más propician sufrir una caída son las musculoesqueléticas, neurológicas y cardiovasculares. Es por este orden en el que coincidimos con la gran parte de los estudios vistos (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; Da Silva, 2008; García, 2005; Parrilla, 2004).

La polifarmacia, muy común en los ancianos, favorece en gran medida el riesgo de caídas (Álvarez, 2005; Breijo, 2014; Romero, 2004).

La disminución o deterioro de la agudeza visual es el proceso fisiológico más importante en este riesgo. Completamente de acuerdo con los estudios analizados ya que incide especialmente en no ver bien los posibles obstáculos (Álvarez, 2005; Beltrán, 2002; Breijo, 2014; García, 2005; Machado, 2014; Parrilla, 2004).

Como causas extrínsecas más importante y claramente evitables obtenemos y coincidimos en el mobiliario en mal estado o inadecuado, suelos irregulares o resbaladizos e iluminación inadecuada o deficiente (Álvarez, 2005; Breijo, 2014; García, 2005; Machado, 2014; Ruelas, 2008).

Según García (2005), y coincidiendo así en nuestro estudio, el horario diurno es donde claramente se producen la gran mayoría de accidentes por caídas.

Determinamos que las consecuencias físicas suelen ser contusiones leves y en segundo lugar estarían las fracturas de tobillo, fémur y Colles. Las consecuencias psicológicas y sociales son el “Síndrome Postcaída”, aislamiento social, disminución de las relaciones y dependencia (Beltrán, 2002; Da Silva, 2008; García, 2005; Parrilla, 2004; Romero, 2004). Diferimos tan solo en la principal fractura ocasionada por las caídas, al igual que Machado (2014), remarcamos la fractura de cadera como tal.

Si comparamos nuestra revisión con todos los artículos estudiados y citados en la introducción vemos que el principal factor de riesgo es la edad avanzada. Bastante lógico, ya que este factor de riesgo conlleva deterioro tanto físico como psicológico, y se asocia también a otro factor de riesgo que es la disminución de la agudeza visual, nuestro estudio determina que es muy común al igual que los estudios vistos.

Revisando la literatura vemos que es quizás en las consecuencias físicas donde hay más discrepancias sobre cuáles son las más habituales. En las fracturas, y si comparamos los estudios con el nuestro, determinamos que la fractura de cadera es la más habitual, no así como indican otras bibliografías citadas anteriormente.

Al comparar este estudio con el resto, hemos podido comprobar que el resto de factores de riesgo son muy comunes a todos los trabajos citados y así lo hemos querido dejar reflejado en esta revisión bibliográfica.

Como conclusión final podemos afirmar que el origen de una caída no está en un solo factor de riesgo, sino que, dicha caída tiene un origen multifactorial, es decir, estará producida por varios de ellos. A mayor cantidad de factores de riesgo, mayor será la posibilidad de tener un accidente por caída.

Es necesario seguir investigando sobre el tema, ya que, son tantos los factores de riesgo involucrados que bien merecen un estudio por separado más exhaustivo.

Muchos de estos factores pueden ser prevenidos y esto lo demuestra que haya instaurados protocolos de prevención de caídas en hospitales, los cuales serían muy conveniente extrapolar a los centros institucionales, así como formar, por parte de los sanitarios, a los familiares y cuidadores de los ancianos de riesgo en la prevención y no en la curación.

Un ejemplo de Protocolo de Caídas para una Institución Sanitaria sería el siguiente que exponemos:

Protocolo general de caídas en una institución sanitaria

Objetivo

Conseguir que el paciente/usuario no tenga riesgos de caídas, durante su estancia en la Institución.

Objetivos específicos:

- III. Identificar a su ingreso a los pacientes con riesgo de caídas, valorando los factores intrínsecos de riesgo que puedan presentar.
- IV. Prevenir las caídas por auto lesiones o lesiones a otros.
- V. Aplicar las medidas de prevención necesarias para reducir el número de caídas e identificar las causas.
- VI. Estandarizar el uso de las medidas de prevención y en casos necesarios, de contención de caídas, en toda la Institución.
- VII. Determinar la incidencia de este tipo de accidentes en la Institución y analizar sus causas.
- VIII. Educación del paciente, familiares y equipo sanitario en la prevención de caídas.

Valoración del riesgo de padecer caídas

Deberá realizarse una valoración inicial de todos los pacientes a su llegada a la Institución.

Se registrará en la Hoja de Valoración al Ingreso los datos para la valoración del riesgo.

Para conseguir reducir los factores de riesgo en las caídas, valorarlos adecuadamente y poder corregir y eliminar sus causas, podemos realizar la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993. En dicha escala se valora si el paciente ha tenido caídas previas, si toma medicación y que tipo, si tiene déficits sensoriales, su estado mental y como es su deambulación.

Medidas de prevención en las caídas

Las barandillas de la cama deberán estar elevadas. Comprobarlo en cada turno.

El freno de la cama deberá estar activado.

Es aconsejable que exista alguna iluminación durante la noche.

Los dispositivos de ayuda (bastones, andador...), así como el timbre, deberán tener un acceso fácil y estar al alcance del paciente.

Quitar todo objeto o sustancia que pueda ser un obstáculo (alfombras, líquidos en el pavimento, cables sueltos, mobiliario,...).

El servicio deberá tener asideros, buena iluminación y ser accesible.

El calzado y la ropa deberán ser cómodos y adecuados.

Antes de levantar al enfermo, mantenerlo sentado durante algunos minutos para así evitar una posible hipotensión ortostática y el consiguiente mareo.

El sillón dónde esté el enfermo deberá ser adecuado a sus características..

Solo en caso necesario se usarán medidas de contención.

DEAMBULACIÓN

Evitar los suelos húmedos y encerados. Señalizarlos en caso necesario.

El paciente deberá ir siempre acompañado.

El paciente que necesite dispositivos de ayuda como andador o muletas, deberá ir acompañado por personal sanitario cualificado mientras dure su aprendizaje.

Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo e higiene.

Referencias

Alvarez, I. D. L. C. T., Ruiz, L. C., Moro, J. C. B., & Rodríguez, R. M. E. (2005). Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo Científico Médico de Holguín*, 9(1), 1.

Beltrán, M., Ortega, G., María, R., & González, C. (2002). Factores intrínsecos y extrínsecos. *Rev Med IMSS*, 40(6), 489-493.

- Breijo Mato, L. R., Pérez Mijares, E., Breijo Madera, G., & Padrón Rodríguez, R. (2014). Estudio socio-epidemiológico de ancianos accidentados. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(6), 1017-1026.
- Bustos, M. C. V., Vaquero, Y. M., Calderón, M. S. G., & Sanz, A. G. (2012). EVIDENCIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO PLURIPATOLÓGICO. *Revista Enfermería CyL*, 4(2), 21-39.
- Da Silva, Z. A., Conesa, A. G., & Ferreira, M. S. (2008). EPIDEMIOLOGÍA DE CAÍDAS DE ANCIANOS EN ESPAÑA. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 43-56.
- Da silva Gama, Z., & Gómez-Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*, 42(5), 946-56.
- García, T. C., & Hacha, A. A. (2005). Caídas en el anciano. *Medicina general*, (77), 582-589.
- Machado Cuétara, R. L., Bazán Machado, M. A., & Izaguirre Bordelois, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *Medisan*, 18(2), 158-164.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Nota descriptiva n° 344 (2012).
- Pandina, R.J. (2002). Risk and protective factors models in adolscent drug use: Putting them to work for prevention. (National conference on drug abuse prevention research: Presentations, papers, and recommendations ed.).
- Parrilla-Ruiz, F. M., Vargas-Ortega, D. A., Cárdenas-Cruz, D. P., Martínez-Cabezas, S., Díaz Castellanos, M. A., & Cárdenas Cruz, A. (2004). Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. *Medicina de Familia*, 1, 31-34.
- Romero, C., & Uribe, M. (2004). Factores de riesgo para que la población mayor institucionalizada presente caídas. *Rev Cienc Salud (Bogotá)*, 2, 91-110.
- Ruelas González, M., & Salgado de Snyder, V. N. (2008). Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. *salud pública de méxico*, 50(6), 463-471.

CAPÍTULO 76

Prescripciones Potencialmente Inapropiadas y Riesgo de Caídas en la Población Anciana

M^a Carmen Sánchez Argaiz

Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Provincial de Granada (España)

Introducción

Una de las principales preocupaciones en la atención sanitaria dirigida a pacientes ancianos es la seguridad en el uso y abuso de determinados medicamentos. El aumento en la esperanza de vida va ligado a enfermedades crónicas y polimedicación. Más del 40% de los sujetos mayores de 65 años consumen al menos 5 medicamentos y es la incidencia de efectos adversos la que crece de forma exponencial en relación a la polimedicación. En las últimas dos décadas el consumo de fármacos en los países industrializados se ha incrementado de forma drástica, sin que esto se asocie a un empeoramiento en los estándares de salud, donde los ancianos por muy diversos motivos son el principal grupo implicado, entre los que destaca: edad avanzada, comorbilidades que conllevan un elevado número de medicamentos, problemas funcionales y aspectos sociales (Gutiérrez, 2012).

La morbilidad relacionada con los medicamentos se reconoce como un problema de gran magnitud por los sistemas sanitarios, por sus repercusiones sociales y humanas, además de económicas. Se estima que entre un 10 y un 30% de los ingresos hospitalarios en pacientes ancianos están causados por problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) y que de todos los PRM posibles, la aparición de reacciones adversas medicamentosas (RAM) son las más descritas y cuantificadas (Baena, 2006; Hohl, 2001; Somers, 2014).

Numerosos estudios realizados en diferentes ámbitos (urgencias, unidades hospitalarias, residencias de ancianos o pacientes ambulatorios) reflejan la existencia de problemas de salud relacionados con los medicamentos y como constituyen una importante causa de ingresos hospitalarios y de utilización de recursos sanitario, donde en la mayoría de los casos esas causas son prevenibles (Aranaz, 2008; Baena, 2006; Dalleur, 2012; Gillespie y Alassaad, 2009; Howard, 2003; Martín, 2002; Sotoca, 2009; Tuneu, 2000).

Una de las principales causas de morbilidad e ingreso hospitalario en ancianos son las caídas. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen cada año, causando graves y numerosas lesiones, ingresos hospitalarios e incluso muertes dentro de la población anciana. Se trata de un riesgo que en ocasiones se ve incrementado por el consumo de fármacos, además de por otros factores como son los problemas de visión, de equilibrio y la demencia. Los tipos de fármacos que más comúnmente pueden asociarse son los usados en patologías cardiovasculares, benzodiazepinas, antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, opioides y espasmolíticos urinarios (Huang, 2012).

En el año 2010 el Sistema Nacional Sueco de Salud y Bienestar Social creó una lista de aquellos medicamentos que pueden aumentar el riesgo de caídas y medicamentos que pueden causar o empeorar el ortostatismo. Posteriormente el estudio llevado a cabo por Milos (2014) en pacientes ambulatorios mayores de 75 años, ponía de manifiesto las asociaciones positivas entre el número de fármacos que aumentan el riesgo de caídas, el total de fármacos prescritos, las caídas graves y el sexo femenino. Asimismo los fármacos con mayor frecuencia prescritos fueron los antidepresivos y ansiolíticos, coincidiendo con las conclusiones de la revisión llevada a cabo por Sterke (2008) en pacientes con demencia e institucionalizados.

Un estudio multicéntrico realizado por Berdot (2009), muestra como la medicación prescrita de forma inadecuada se relaciona con el riesgo de caída en pacientes ancianos, destacando la prescripción

de benzodiazepinas de acción larga además de otros medicamentos psicótrópos y medicación con propiedades anticolinérgicas (antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos, antihistamínicos y espasmolíticos urinarios), aunque para este último grupo las diferencias no llegan a ser significativas. Estas conclusiones son similares a las formuladas por Huang (2012), donde la reducción de dosis e incluso suspensión de fármacos como benzodiazepinas u otros medicamentos psicótrópos consigue reducir el número de caídas, aunque también refleja la escasa evidencia en la efectividad de las intervenciones realizadas.

En la revisión sistemática realizada por Gillespie y Robertson (2009) sobre intervenciones para la prevención de caídas en pacientes ancianos concluye que una valoración y una intervención multifactorial reducen la tasa de caídas, pero no el riesgo de caídas, al igual que la reducción gradual de medicación psicotrópica, ansiolítica y antidepresiva. Sin embargo, la implantación de un programa de modificación de la prescripción para médicos de atención primaria consigue reducir significativamente el riesgo de caídas.

Para conseguir una farmacoterapia más segura y eficaz en el paciente anciano, es precisa una mejora en la calidad de la prescripción de medicamentos dirigida a este colectivo. Prescribir un fármaco inapropiado a la población anciana no está exento de riesgos, sino que la expone a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Es por ello que asegurar la revisión de la medicación prescrita en pacientes ancianos y una correcta adecuación de la misma, puede ser eficaz para conseguir una reducción en la tasa de caídas.

Intervenciones SAS

El Servicio Andaluz de Salud lleva años impulsando la revisión sistemática de la medicación en pacientes mayores de 65 años polimedicados. En los últimos años, se ha enfocado hacia la revisión clínica de pacientes mayores en los que se ha detectado una prescripción potencialmente inapropiada (PPI) según los distintos criterios validados y publicados (los criterios STOPP, los de Beers modificados y los criterios propuestos por Berdot y colaboradores), surgiendo así la **estrategia RP4** (Revisión de Pacientes con Potenciales Problemas de Prescripción) como una estrategia en seguridad llevada a cabo por farmacéuticos de atención primaria (AP). Se enfocó en llevar a cabo actuaciones en el paciente polimedicado que contribuyeran a evitar posibles Problemas Relacionados con la Medicación (PRM), considerando al paciente polimedicado como aquel que consume más de 10 fármacos. Para ello, de forma anual y a través de la base de datos de prescripción y de dispensaciones de recetas (Microstrategy®) los farmacéuticos de AP detectan a todos los pacientes que presentan alguna PPI de las seleccionadas a intervenir durante ese año. Posteriormente elaboran unos informes donde se notifica a cada clínico el listado de pacientes susceptibles de revisión, indicando el PPI detectado y medicamento/s implicados. El médico dispone de un periodo de 2 meses para evaluar la situación clínica del paciente y según su criterio profesional realizar los cambios oportunos en la medicación si así lo considera necesario.

En el año 2012 una de las áreas considerada prioritaria para intervenir fueron las PPI de fármacos con efecto sedante en pacientes ancianos polimedicados. No solo por la gravedad de sus efectos adversos, con el consecuente incremento en el riesgo de caídas en este tipo de población, sino también por el gran número de prescripciones activas. Los fármacos intervenidos fueron (Servicio Farmacia y Prestaciones, 2012) :

- **antidepresivos tricíclicos clásicos.** Pueden producir efectos anticolinérgicos centrales (hipotensión, confusión, déficit cognitivo) y sedación con el consiguiente riesgo de caídas, además de efectos anticolinérgicos periféricos. Son responsables del 3-7% de las roturas de cadera (Prieto-Alhambra, 2014).

- **antihistamínicos de 1ª generación.** Producen sedación, somnolencia y deterioro cognitivo, además de los efectos secundarios anticolinérgicos.
- **antipsicóticos típicos (fenotiazinas).** Pueden provocar efectos anticolinérgicos y extrapiramidales (discinesia tardía, parkinsonismo), sedación y efectos anticolinérgicos.
- **3 benzodiazepinas o Z-hipnóticos concomitantes.** No existen situaciones clínicas que precisen asociaciones de 3 benzodiazepinas, puede provocar confusión y efecto sedante excesivo, prolongación del tiempo de reacción y aumento del riesgo de caída, además de deterioro cognitivo.

En muchas ocasiones las intervenciones farmacéuticas carecen de una evaluación de resultados, por ello es de especial interés determinar como a través de las IF se pueden minimizar las PPI y con ellas los resultados negativos en salud y costes o recursos sanitarios empleados. El objetivo de este estudio es valorar el grado de aceptación de IF en cuanto a **antidepresivos tricíclicos (ATC)** y **antipsicóticos fenotiazídicos** y evaluar los resultados en salud de los pacientes.

Método

Se trata de un estudio observacional retrospectivo que se ha llevado a cabo en 10 centros de AP de la provincia de Granada.

Población diana.

Pacientes polimedificados mayores de 65 años con potenciales problemas de prescripción en fármacos con efecto sedante.

Población de estudio.

Pacientes ambulatorios mayores de 65 años, polimedificados, que han sido intervenidos desde AP mediante la estrategia RP4 durante el año 2012 por una PPI de ATC o antipsicóticos fenotiazídicos, pertenecientes al Distrito Granada y vinculados al Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Tamaño muestral.

No procede su cálculo, puesto que se han revisado todas las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

En el estudio se incluyeron un total de 144 pacientes con intervenciones farmacéuticas realizadas que cumplían con los criterios de inclusión. La edad media de los pacientes fue de 76 (± 7) años, con un 69% de mujeres. A continuación (TABLA 1) se describen las características de la población de estudio.

Tabla 1. Características de la muestra

| | |
|---|---------------------|
| Pacientes (n) | 144 |
| Mujeres | 99 (69%) |
| Edad | 76 (± 7) |
| RAM previa por sedante | 66 (46%) |
| Deterioro cognitivo | 40 (28%) |
| Dependencia ABVD ≥ 2 (moderada-total) | 62 (43%) |
| Vive solo | 16 (11%) |
| Déficit visual | 50 (35%) |
| Riesgo caídas | 58 (40%) |
| Índice de comorbilidad Charlson | 5.62 (± 2.12) |
| PPI ATC | 107 |
| PPI Antipsicóticos | 37 |

RAM: reacción adversa a medicamentos; ABVD: actividades básicas de la vida diaria; PPI: prescripción potencialmente inapropiada; ATC: antidepresivos tricíclicos

Procedimiento

De los pacientes intervenidos por PPI de ATC y antipsicóticos típicos se valoró la aceptación de la intervención farmacéutica por el médico de AP mediante la revisión del tratamiento activo y seguimiento de recomendaciones farmacéuticas tras dos meses de la intervención. Se evaluaron las caídas acontecidas durante un año post-intervención y la repercusión para la atención sanitaria en cuanto a consultas en AP, visitas a servicios de urgencias e ingresos hospitalarios.

Las variables fueron obtenidas a través de la consulta de las historias de salud única digitalizadas (DIRAYA®) de atención hospitalaria y de atención primaria y de la base de datos de prescripciones y dispensaciones de receta (Microstrategy®).

Los datos fueron recogidos en una hoja de recogida de datos Excel®, donde se registraron ambos grupos de pacientes, aquellos en los que la intervención fue aceptada por el médico (suspensión o cambio de tratamiento) y en los que no, y los eventos adversos acontecidos durante un año en los dos grupos de pacientes. Esto nos permitirá valorar los resultados en la salud para ambos grupos.

Análisis de datos

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la muestra, la descripción de las variables cualitativas con valores absolutos y porcentajes y para las cuantitativas medidas de centralización.

Se estimará la prevalencia de intervenciones farmacéuticas aceptadas, con su intervalo de confianza del 95% en la población estudiada.

Estadística inferencial

Los resultados serán recogidos en una base de datos Excel® y el análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico SPSS, en su versión 19.0. Para determinar la asociación entre dos variables cualitativas se ha utilizado el Test Chi cuadrado (si la muestra presentaba una distribución normal) o el Test de Fisher (si no podía asumirse la normalidad). La normalidad fue contrastada mediante la prueba de Shapiro-Wilks. Y se exigió una significación estadística del 5% ($p < 0,05$).

Resultados

El total de intervenciones farmacéuticas registradas en el estudio por prescripciones inadecuadas fueron 144, donde 107 fueron por prescripciones inapropiadas de antidepresivos tricíclicos y 37 por prescripciones inadecuadas de antipsicóticos fenotiazídicos.

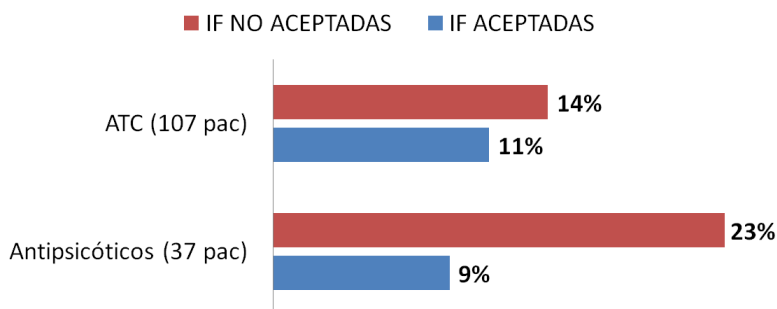
El grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas fue del 26%. El ATC más comúnmente prescrito fue la amitriptilina, mientras que entre los antipsicóticos fue la levomepromazina.

A pesar de existir un mayor porcentaje de pacientes que sufrieron alguna caída en el grupo que continuó con el fármaco intervenido (intervención no aceptada), tanto para ATC como para antipsicóticos típicos, en ninguno se encontraron diferencias estadísticamente significativas (GRÁFICA 1).

Tabla 2. Eventos adversos registrados

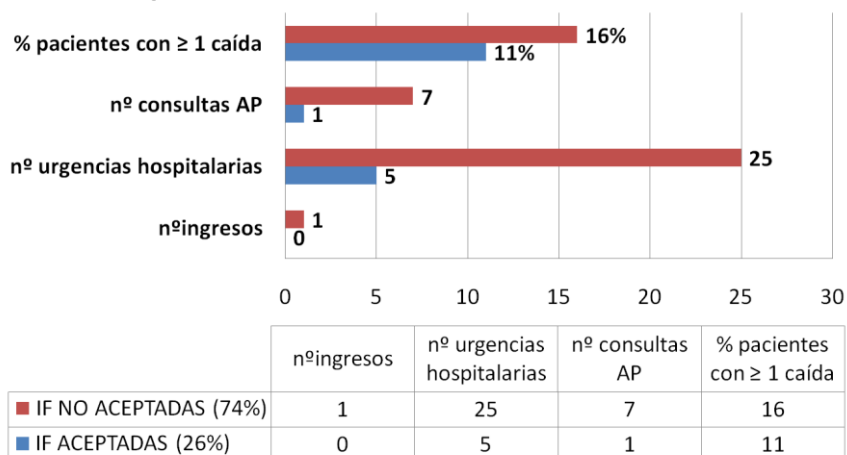
| PPI | Caídas | Somnolencia |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| ATC | 14 | 4 |
| IF aceptada (26) | 3 | 0 |
| IF NO aceptada (81) | 11 | 4 |
| Antipsicót. Fenotiazídicos | 7 | 6 |
| IF aceptada (11) | 1 | 2 |
| IF NO aceptada (26) | 6 | 4 |

Gráfica 1. Porcentaje de pacientes con ≥ 1 caída en los dos grupos intervenidos



En el grupo de IF no aceptadas el 16% (17) de pacientes sufrió alguna caída, generando un total de 7 consultas AP, 25 visitas a servicio urgencias y 1 ingreso hospitalario (GRÁFICA 2).

Gráfica 2. Repercusión de las caídas en la atención sanitaria



Discusión

La prescripción de fármacos con efecto sedantes en pacientes ancianos es uno de los factores de riesgo modificables en la prevención de caídas. La suspensión del tratamiento con ATC así como con antipsicóticos típicos en el grupo de intervenciones aceptadas ha conseguido reducir el nº de caídas, aunque es necesario un estudio más exhaustivo con un mayor número de pacientes que nos permita evaluar la efectividad de las intervenciones farmacéuticas, tal y como refleja el estudio realizado por Huang (2012) con una escasa evidencia en la efectividad de las intervenciones realizadas.

Los dos tipos de fármacos intervenidos presentan propiedades anticolinérgicas y sedantes que pueden incrementar el riesgo de caídas y coincidiendo con Berdot (2009), no lo hacen de manera significativa como sí se describió para las benzodiazepinas de larga duración. Sin embargo, el mantenimiento del fármaco inapropiado (IF no aceptada) ha generado una mayor asistencia sanitaria por caídas.

Es preciso resaltar la labor de los farmacéuticos de AP en la identificación de prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes ancianos y polimedicados.

Referencias

- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., Mira, J. J., y Orozco, D. (2008). Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Madrid.
- Baena, M. I., Faus, M. J., Fajardo, P. C., Luque, F. M., Sierra, F., Martínez-Olmos, J., ... y Zarzuelo, A. (2006). Medicine-related problems resulting in emergency department visits. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 62(5), 387-393. doi: 10.1007/s00228-006-0116-0
- Berdot, S., Bertrand, M., Dartigues, J. F., Fourrier, A., Tavernier, B., Ritchie, K., y Alépérovitch, A. (2009). Inappropriate medication use and risk of falls—a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatrics*, 9(1), 30.
- Dalleur, O., Spinewine, A., Henrard, S., Losseau, C., Speybroeck, N., y Boland, B. (2012). Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs & Aging*, 29(10), 829-837.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Lamb, S. E., Gates, S., Cumming, R. G., y Rowe, B. H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(CD007146).
- Gillespie, U., Alassaad, A., Henrohn, D., Garmo, H., Hammarlund-Udenaes, M., Toss, H., ... y Mörlin, C. (2009). A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(9), 894-900.
- Gutiérrez, F. (2012). Mejora de la calidad farmacoterapéutica en pacientes sociosanitarios geriátricos. *Atención farmacéutica: European journal of clinical pharmacy*, 14(3), 186-193.
- Hohl, C. M., Dankoff, J., Colacone, A., y Afilalo, M. (2001). Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med*, 38, 666-671. doi:610.1067/mem.2001.119456.
- Howard, R. L., Avery, A. J., Howard, P. D., & Partridge, M. (2003). Investigation into the reasons for preventable drug related admissions to a medical admissions unit: observational study. *Qual Saf Health Care*, 12(4), 280-285.
- Huang, A. R., Mallet, L., Rochefort, C. M., Eguale, T., Buckeridge, D. L., y Tamblyn, R. (2012). Medication-Related Falls in the Elderly. *Drugs & Aging*, 29(5), 359-376.
- Martín, M. T., Codina, C., Tuset, M., Carné, X., Nogué, S., y Ribas, J. (2002). Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*, 118(6), 205-210.
- Milos, V., Bondesson, Å., Magnusson, M., Jakobsson, U., Westerlund, T., y Midlöv, P. (2014). Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatrics*, 14(1), 40.
- Prieto-Alhambra, D., Petri, H., Goldenberg, J. S. B., Khong, T. P., Klungel, O. H., Robinson, N. J., y de Vries, F. (2014). Excess risk of hip fractures attributable to the use of antidepressants in five European countries and the USA. *Osteoporosis international*, 25(3), 847-855.
- Servicio Promoción URM. (2012). Revisión de pacientes con potenciales problemas de prescripción (RP4). *Subdirección Farmacia y Prestaciones. Consejería de Salud. Junta de Andalucía*. (Vol. 1(2)).
- Somers, A., y Petrovic, M (2014). [Major drug related problems leading to hospital admission in the elderly]. *J Pharm Belg*(2), 34-38.
- Sotoca, M. J., Canivell, F. S., Alemany, V. L., Sisó, A. A., Codina, J. C., y Ribas, S. J. (2009). Drug related problems and hospital admissions. *Aten Primaria*, 41(3), 141-146.
- Sterke, C. S., Verhagen, A. P., Van Beeck, E. F., y van der Cammen, T. J (2008). The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 20(05), 890-910.
- Tuneu, L., García, M., y Lopez, S. (2000). Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharmaceutical Care España*, 2(3), 177-192.

CAPÍTULO 77

¿Puede el fisioterapeuta ayudar al amputado de miembro inferior?

Isabel María Rodríguez García*, María Amparo Morales García*, Yésica Carrión Amorós*,
Silvia Rosa Ruiz**, Francisco Javier González Oller**, y Yolanda García Fortes**

*Hospital de Poniente, El Ejido, Almería (España), **Hospital de Alta
Resolución del Toyo, Almería (España)

Introducción

El significado que la Organización Mundial de la Salud da al término “*salud*”, es el estado de bienestar mental, físico y social, no siendo solamente la ausencia de enfermedad (Gallagher y MacLachlan, 2004).

La definición de “movilidad” podríamos decir que es la capacidad de moverse por sí mismo o de recibir algún tipo de movimiento. El caminar será un componen clave. Especialmente en discapacitados, la movilidad va a suponer una necesidad básica social, física y vital. Los programas de rehabilitación tendrán como objetivo esa recuperación (Samitier, 2011).

Cuando un individuo sufre una amputación de la extremidad inferior, presenta un deterioro funcional afectando a múltiples facetas de su vida como pueden ser la movilidad, las actividades básicas de su vida diaria, su autoimagen, etc. (Kohler et al., 2009).

Uno de los objetivos de la rehabilitación es la reintegración del paciente discapacitado a las actividades de la vida diaria (Muniesa, Cabra y Mendoza-Vera, 2008).

La amputación es, sin duda, el más antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos que ha llegado a practicar el hombre. Debido a evidencias arqueológicas como cuchillos, piedras, sierras de hueso que se han hallado junto a esqueletos cuyas extremidades estaban seccionadas, podemos ubicar las amputaciones en el Neolítico. La amputación se ha practicado a lo largo de la historia en los campos de batalla, por enfermedades e incluso como medidas de castigo (González y Kindelán, 1997).

Incidencia.

Actualmente, la población geriátrica está aumentando y se puede decir que es el mayor grupo de edad que sufre amputaciones. El número de amputaciones hoy en día continua aumentando debido a la estrecha relación causa efecto con los accidentes de tráfico y laborales, isquemias crónicas avanzadas, etc (Solís y Gómez, 2007).

Glattly (1963) realiza unos estudios en los Estados Unidos que le han permitido obtener las siguientes conclusiones:

- Los accidentes con amputaciones son nueve veces más frecuentes en hombres que en mujeres.
- Las amputaciones debidas a enfermedades son 2.6 veces más frecuentes en hombres que en mujeres.
- Las amputaciones debidas a tumores suelen ser semejantes en hombres y en mujeres.
- Las amputaciones congénitas suelen ser similares en ambos sexos.
- No suele haber diferencia en la incidencia en miembros derechos o izquierdos.

Causas de la amputación.

Rusk (1962) establece una clasificación de las amputaciones desde el punto de vista etiológico y causal. Según estos criterios podemos diferenciar:

¿Puede el fisioterapeuta ayudar al amputado de miembro inferior?

- De origen congénito, falta de un miembro o parte de éste.
- Miembro deforme inútil que pueda poner en peligro la vida del paciente.
- Lesiones térmicas por frío o calor.
- Neoplasias malignas. Infecciones de larga duración de huesos y otros tejidos que no permiten el restablecimiento de la función (gangrena, osteomielitis,...).
- Enfermedades vasculares periféricas (arteriosclerosis o diabética).
- Lesiones por accidentes.

Tradicionalmente se consideran tres grandes grupos etiológicos causantes de amputación:

- Accidentes-traumáticos (15%).
- Enfermedad.
 - Enfermedad vascular o circulatoria (70%).
 - Tumores (10%)
 - Infección.
- Malformaciones congénitas (5%) (González y Kindelán, 1997).

Amputación de la extremidad inferior.

La causa más frecuente suele ser la arteriosclerosis obliterante (AO). El 90% de los amputados de extremidad inferior tiene más de 70 años, siendo las amputaciones debidas a la AO y a las complicaciones de la diabetes mellitus. Otras causas son tromboangeítis obliterante, tumores, traumatismos, infección aguda o crónica, quemaduras, congelaciones, etc. Numerosos enfermos amputados vasculares pierden la extremidad contralateral en 3-5 años. Las amputaciones de la extremidad inferior son tres veces más frecuentes que las de la extremidad superior (Jain y Tilton, 1997).

Niveles de amputación de miembro inferior.

Hay diferentes niveles de amputación. Se puede considerar como un buen muñón aquel en el que la amputación ha tenido lugar en el tercio medio de la diáfisis de los huesos largos. A ese nivel se puede obtener un mejor recubrimiento de partes blandas, donde la piel tendrá menos problemas de elasticidad y tensión, el brazo de palanca será más favorable y los relieves óseos son menos pronunciados.

Tenemos:

- Amputaciones el antepié.
 - Digitales.
 - Metatarsianas.
 - De Lisfranch (a nivel de la articulación metatarso-cuneo-cuboidea).
- Amputación del retropié y tobillo.
 - De Syme (desarticulación del tobillo).
 - De Chopart (mediotarsiana).
 - De Malgaigne (a nivel de la articulación subastragalina).
 - De Pirogoff (a nivel tibio-peroneo con artrodesis de calcáneo).
- Amputación de la pierna (transtibial). Conservando la rodilla. Es la que mejor funcionalidad da al paciente.
 - Desarticulación de rodilla.
 - Amputaciones del muslo (transfemoral).
 - Desarticulación coxofemoral.
 - Hemipelvectomía (Solís y Gómez, 2007).

Rehabilitación: Un trabajo en equipo.

La amputación de un miembro, en cualquier grupo de edad, determina un conjunto de problemas físicos, psicológicos y sociales debidos a la existencia de una pérdida asociada con la amputación.

El mejor tratamiento de la amputación se consigue a través de la intervención de un equipo. El FISIOTERAPEUTA, el protésico y el terapeuta son los miembros básicos del equipo, junto al amputado mismo que, como un miembro activo del equipo, expone sus necesidades, objetivos y preferencias. El psicólogo, el trabajador social, el terapeuta recreacional y el consejero vocacional estarán dispuestos a ayudar al equipo con su intervención técnica (Jain y Tilton, 1997).

Siempre que no haya ningún impedimento, la Rehabilitación debe de ser lo más inmediata posible. Tras la cicatrización se debe de comenzar a tratar el miembro residual por personal especializado. Ésta es una de las fases más importantes en el proceso de recuperación de un amputado. El buen tratamiento y estado del muñón favorecerá en la óptima adaptación de la prótesis y por tanto en el rápido comienzo de la marcha.

Objetivo de la fisioterapia.

El tratamiento rehabilitador y el programa de protetización que se lleva a cabo en los pacientes amputados, tienen una proyección funcional de futuro. Así el objetivo será conseguir el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida general utilizando al máximo los miembros o partes de miembros restantes, en coordinación con la prótesis. Más que en cualquier otro caso se trata de un trabajo en equipo (el cirujano, el fisioterapeuta, el enfermero, el terapeuta ocupacional y el protetista) (Solis y Gómez, 2007).

Los principales objetivos del tratamiento rehabilitador en el paciente amputado son la recuperación psicofísica del paciente mediante la protetización y, finalmente, su reinserción socio-laboral (García et al., 1998).

Fases de la rehabilitación.

Según Solis y Gómez (2007) se divide en cuatro fases: prequirúrgica, posquirúrgica, protetización provisional y protetización definitiva.

a) Prequirúrgica.

En esta fase el objetivo es suministrar al paciente expectativas realistas para anular miedos innecesarios y conseguir un buen contacto con el enfermo y su familia. Se le darán consejos posturales, información relativa al dolor y las sensaciones fantasma, características de la amputación y el empleo protésico. En la amputación de la extremidad inferior es necesario valorar la función cardiopulmonar y advertir al paciente acerca de los cuidados precisos del pie contralateral (Jain y Tilton, 1997).

b) Posquirúrgica.

Según Xhardez (2002), se inicia al día siguiente de la intervención quirúrgica y su duración suele ser de 3-4 semanas. Está marcada por el proceso de curación de la herida quirúrgica y la remodelación del muñón.

El programa de tratamiento incluye diversas fases como pueden ser:

- Ejercicios respiratorios y preventivos de tromboembolismos.
- Tonificación muscular progresiva de los miembros sanos y del tronco.
- Tonificación del miembro amputado.
- Entrenamiento de los desplazamientos y transferencias cama-silla-cama.
- Trabajar deambulación con ayuda.
- Luchar contra el dolor.

¿Puede el fisioterapeuta ayudar al amputado de miembro inferior?

- Cuidados y remodelación del muñón (vendaje, tratamiento postural, tratamiento cicatriz, cuidados de la piel, evitar úlceras, etc).

c) Protetización provisional.

Según Xhardez (2002), en esta fase el paciente va sufriendo un proceso de adaptación a la nueva circunstancia. Esta prótesis provisional va sufriendo una serie de ajustes y es con la que se comienza a deambular. Esta fase se empieza pasado un mes (varía según cada paciente).

El trabajo de fisioterapia en esta fase es:

- Enseñarle al paciente y los familiares la colocación correcta de la prótesis.
- Enseñarle a levantarse con ella y a deambular.
- Se continúa con la aplicación de vendajes para seguir remodelando el muñón.
- Se sigue con cuidados del muñón.
- Tonificación muscular general del paciente.
- Ejercicios de independencia y reeducación en AVD.
- Trabajo en paralelas de equilibrio, marcha y propiocepción.
- Se puede aplicar hidroterapia.
- Se puede aplicar electroterapia antálgica eventual y estimuladora.

d) Protetización definitiva.

Xhardez (2002) nos indica que pasados 6-7 meses se coloca la prótesis definitiva tras haber realizado todos los ajustes necesarios y haber usado correctamente la prótesis provisional.

El programa de tratamiento en esta fase será similar al de la fase anterior:

- Ejercicios de potenciación y flexibilización de todas las articulaciones.
- Trabajo en bipedestación (marcha, escaleras, equilibrios, propiocepción,...).
- Reeducación en todas las AVD.

El paciente tendrá un seguimiento y vigilancia con revisiones periódicas después del alta de fisioterapia.

Objetivo

Analizar el papel tan importante que aporta la Fisioterapia en el proceso de tratamiento y mejora del paciente amputado de miembro inferior. Describir la función del fisioterapeuta desde el momento de la cirugía hasta que el paciente puede realizar una marcha independiente.

Metodología

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, de ciencias sociales y de salud como son:

- A través de BV-SSPA Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Gerión), buscando diferentes bases de datos como Pubmed®/ Medline®, Embase (Biomedical database), Elsevier, Pubpsych, Documed, PEDro.
- Consulta de diferentes libros de texto de la biblioteca de la UAL, biblioteca del Hospital de Poniente, así como libros e información contrastada encontrados en la red.

Los descriptores utilizados fueron: “amputación, miembro inferior, calidad de vida, fisioterapia” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

No utilizamos periodo temporal de estudio para los libros de texto y manuales y los últimos 10 años (2004-2015) para artículos de revistas científicas.

Realizando una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed®/Medline® mediante las palabras clave: “amputation”, se encontraron un total de 3299 artículos. Al introducir un filtro temporal (2006-2015), se encontraron 2033 y acotando a los últimos 5 años se redujeron a 1132. La búsqueda se acotó a artículos realizados a humanos y de texto libre.

Ampliando la búsqueda y las palabras clave a: “amputation” y “lower limb”, se encontraron un total de 1471 artículos; acotando a los últimos 10 años se encontraron 937 y acotando a los últimos 5 años fueron 504 artículos.

Ampliando la búsqueda y usando las palabras clave: “amputation”, “lower limb” y “physiotherapy”, los artículos encontrados fueron 38; acotando a los últimos 10 años fueron 22 y en los últimos 5 años se redujeron a 10 artículos.

Afinando más la búsqueda con las palabras clave: “amputation”, “lower limb”, “physiotherapy” y “quality of life”, los artículos encontrados fueron 4; acotando a los últimos 10 años se redujeron a 2 y en los últimos 5 años siguieron siendo esos dos artículos. La búsqueda se acotó a artículos realizados en humanos y de texto libre.

De todos los artículos, sólo uno hace referencia a la calidad de vida que proporciona el tratamiento del fisioterapeuta en un paciente amputado. Muchos de los artículos encontrados fueron sobre estudios en la amputación del pie diabético.

Otra de las bases de datos utilizadas fue PEDro. A través de esta base de datos enlazamos con la editorial Elsevier donde pudimos encontrar diferentes artículos en castellano relacionados con nuestro tema de estudio.

Utilizando la palabra de búsqueda “amputado” se obtuvieron un total de 154 artículos. Si de ellos, nos centramos en el área de conocimiento de Fisioterapia y Rehabilitación, nos quedamos con 59 artículos. De esos 59 artículos, 27 fueron escritos en los últimos 10 años y sólo 8 en los últimos 5 años.

Ampliando las palabras de búsqueda a “amputado” y “miembro inferior” los artículos encontrados fueron 19. Todos ellos se centraban en el área de conocimiento de Fisioterapia y Rehabilitación. En los últimos 10 años se escribieron 6 y en los últimos 5 años 3 artículos.

Ampliando la búsqueda a “amputado”, “miembro inferior” y “fisioterapia” los artículos encontrados fueron los mismos que la búsqueda anterior con sólo dos palabras clave.

Afinando más la búsqueda con las palabras clave: “amputado”, “miembro inferior”, “fisioterapia” y “calidad de vida” los artículos encontrados se redujeron a 5. Sólo tres escritos en los últimos 10 años y ninguno en los últimos 5.

Revisando estos artículos no nos quedamos con ninguno de los tres ya que no se centraban en el tema de nuestro estudio.

Como con este método de búsqueda no llegamos a artículos sobre nuestro tema, realicemos otro método de búsqueda basado en:

- A través de la base de datos PEDro se ha enlazado con la editorial Elsevier. En esta editorial se han buscado las revistas sobre fisioterapia y rehabilitación que ellos publican (son cuatro). De ellas, las revistas consultadas y llevadas a estudio fueron: FISIOTERAPIA y REHABILITACIÓN.

- Los descriptores utilizados fueron: “amputación”, “miembro inferior”, “fisioterapia”, “calidad de vida”. el periodo temporal de estudio fueron los últimos 20 años (1996-2015).

- Se han ido revisando los índices de las diferentes revistas para visualizar los artículos publicados en cada una de ellas. Se ha hecho el recuento del número de revistas publicadas, de los artículos de cada revista y de los artículos relacionados con la temática analizada.

De la revista FISIOTERAPIA se revisaron 110 ejemplares con 873 artículos publicados. De ellos no encontramos ninguno relacionado con nuestra temática.

De la revista REHABILITACIÓN se revisaron 103 ejemplares con 1128 artículos. De ellos, 20 artículos se relacionaban con nuestra temática y seleccionamos sólo 4 porque eran los que más se centraban en el trabajo de reincorporación del paciente amputado a sus AVD.

Resultados/Estado de la cuestión

De todos los artículos seleccionados y consultados obtenemos una serie de resultados. De todos ellos y haciendo referencia a los objetivos de nuestro trabajo, vemos como en la bibliografía consultada se hace referencia a la labor que desempeña el fisioterapeuta en la rehabilitación del paciente amputado para intentar conseguir una movilidad lo más normal posible, su reinserción a su actividad laboral y con todo ello mejorar su calidad de vida.

Cuando se empieza a tratar al paciente se deben proponer objetivos reales y así determinar el tipo de protézis y el tratamiento de rehabilitación más adecuado para él. En algunas guías de práctica clínica se recomienda valorar la movilidad del paciente en la fase prequirúrgica. Ello facilitaría elegir cual es el nivel de amputación más favorable para cada paciente. El que los pacientes sean más o menos independientes, va a depender de su capacidad para poder caminar y moverse (Samitier et al., 2011).

Uno de los objetivos de la rehabilitación es reintegrar al paciente discapacitado en todas sus actividades de la vida diaria, entre ellas la conducción. Más de un 50% de los pacientes amputados de extremidad inferior retornan a su actividad laboral previa (Muniesa, Cabra y Mendoza-Vera, 2008).

Según Muniesa et al, (2008) pese a todo lo anteriormente comentado, cuando se estudia la calidad de vida de pacientes con amputaciones unilaterales o bilaterales de miembro inferior, se ve que ésta es inferior con respecto a la población no amputada. Ésto se ve influenciado por factores demográficos, clínicos y sociales. El paciente amputado de miembro inferior de larga duración presenta alteraciones en cuanto a sus aspectos físicos y mentales que alteran su calidad de vida.

Discusión/Conclusiones

Para la realización de nuestras actividades de la vida diaria es importante la capacidad de deambulación y la movilidad (Geertzen et al., 2005).

Cuando un paciente sufre una amputación de miembro inferior, unilateral o bilateral, la marcha queda alterada incluso una vez completado el programa de rehabilitación (Brooks et al, 2001).

Esta amputación provoca una fuerte repercusión tanto en aspectos físicos, funcionales como emocionales, ya que la calidad de vida de la persona amputada queda afectada (González et al, 2007).

Los estudios encontrados en la bibliografía no suelen hacer referencia a estos aspectos de la amputación de miembro inferior. La mayoría de los trabajos encontrados se centran en el estudio de la capacidad funcional de los pacientes, de la relación de éstos con sus prótesis y de los avances protésicos.

No se han encontrado muchos estudios donde se analice la importancia de la Fisioterapia en pacientes amputados de miembro inferior. Si hemos encontrado bibliografía y manuales donde se pone de manifiesto lo anteriormente expuesto.

Referencias

Brooks, D., Parsons, J., Hunter, J., Devlin, M. y Walker, J.(2001). The 2-Minute Walk Test as a measure of functional improvement in persons with lower limb amputation. *Arch PhysMed Rehabilitation*, 82(1), 160-163.

Gallagher, P. y MacLachlan, M. (2004). The Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales and Quality of Life in People With Lower-Limb Amputation. *Arch PhysMed Rehabilitation*, 85(1),730-736.

García, I., Echevarría, C., Sánchez, C., García, J., Polo, J. y Rodríguez-Piñero, M. (1998). Escalas de valoración funcional en el paciente amputado. *Rehabilitación*, 23(2), 113-125.

Geertzen, J., Bosmans, J., Van der Schans, C. y Dijkstra, P. (2005). Claimed walking distance of lower limb amputees. *Disabil Rehabilitation*,27(1), 101-104.

Glattly, H. (1963). *Preliminary Report en the Amputee Census. Artificial Limbs*. London: Spring Company.

González, E., Giménez, A., Bellmunt, S., Real-Gatius, J., Vallespín, J. y Hospedales, J. (2007). Estudio de calidad de vida en pacientes afectados de isquemia crítica a medio plazo. *Angiología*, 59(1), 19-27.

González, R. y Kindelán, B. (1997). Fisioterapia en la amputación. En R. González (Ed.), *Rehabilitación Médica* (pp 431-441). Barcelona: Masson.

Jain, S. y Tilton, M. (1997). Rehabilitación del amputado. En R. González (Ed.), *Rehabilitación Médica* (pp 417-430). Barcelona: Masson.

Kohler, F., Cieza, A., Stucki, G., Geertzen, J., Burger, H. y Dillon M. (2009). Developing core sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Prost Orthot Int.* ,33(2), 117-129.

Muniesa, J., Pou, M., Marco, E., Boza, R., Guillén, A., Duarte, E., Escalada, F., Belmonte, R. y Tejero, M. (2008). Calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. *Rehabilitación*, 43(1), 21-25.

Muniesa, J., Cabra, M. y Mendoza-Vera, J. (2008). Retorno a la conducción tras amputación traumática de extremidad inferior. *Rehabilitación*, 43(1), 20-25.

Rusk, H. (1962). *Medicina de Rehabilitación*. Barcelona: Ed. Interamericana.

Samitier, C., Guirao, L., Pleguezuelos, E., Pérez, M., Reverón, G. y Costea, M. (2011). Valoración de la movilidad en pacientes con amputación de miembro inferior. *Rehabilitación*, 45(1), 15-21.

Solís, M. y Gómez, M. (2007). Rehabilitación del paciente amputado. En A. Comas (Ed.), *Rehabilitación del paciente con Patología Vascular* (pp 13-29). España: Logoss.

Xhardez, Y. (2002). *Vademécum de Kinesiología y Reeducción Funcional*. España: Ed. El Ateneo.

CAPÍTULO 78

Incidencia de caídas en una unidad de hospitalización

Juana Vera Piernas

Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca (España)

Introducción

Las caídas “son un riesgo real en el medio hospitalario, y además un indicador de calidad asistencial”(Martín y Pacheco, 2011)

“Todos los pacientes que ingresan para ser atendidos en los servicios de hospitalización presentan riesgo potencial de una caída” (López, 2010).

Son los profesionales de enfermería, los que pueden aplicar protocolos, y los que tienen en su poder la capacidad de valoración del riesgo de caídas, así como la responsabilidad de prevenirlas.

Rosado y Martínez (2005) definen los efectos adversos (EA) como “los daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial y al no estar directamente producidos por la enfermedad o proceso nosológico en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión”.

Los EA, suelen tener las siguientes implicaciones; en muchos casos la aparición de resultados peores de los esperados, suponen un retraso en la resolución de casos, empeoran la percepción de la calidad de la asistencia de los centros sanitarios, influyen en la disminución de la motivación de los profesionales y en la aparición de prácticas defensivas, y favorecen la pérdida de confianza en el sistema sanitario entre los usuarios. (Martín y Pacheco, 2011)

En esta misma línea Martín y Pacheco (2011) afirman que “las caídas consideradas dentro del grupo de los elementos adversos hospitalarios, ponen en peligro la seguridad de los pacientes”.

Durante la década de los años 50 y 60 se realizaron algunos estudios sobre las consecuencias de los efectos adversos en la atención a la Salud en Australia y en Estados Unidos, pero es realmente en la década de los 90 cuando la seguridad de los pacientes alcanzó una gran importancia.

Tras la publicación en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los EEUU del informe : “Errar es humano: Construir un sistema más seguro de la Salud” , se evidenció que entre 44.000 y 89.000 norteamericanos morían anualmente en EEUU por errores prevenibles en la práctica médica; cifras que superaban a las de mortalidad causadas por SIDA, Cáncer de Mama o por accidentes de tráfico ,según informe ,National Academy Press; (1999); seguido de múltiples informes de ámbito internacional tales como “An Organization with a Memory” del departamento de salud Británico y el “Firt Nacional Reporton Patient Safety” del departamento Australiano, donde se plantea que la seguridad es una dimensión esencial de la calidad asistencial.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define el término de caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo contra su voluntad” (Narro, Fraile, Sáez, Arribas 2001).

De acuerdo a las características de las caídas se pueden distinguir dos grupos fundamentales:

- Caídas accidentales, cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona en estado de alerta sin dificultad para caminar, originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.
- Caídas no accidentales, estas pueden ser de dos tipos:
 - Aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activo.

- Aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulaci3n.

Tenemos que tener en cuenta que las consecuencias de las caídas intrahospitalarias adquieren una dimensi3n importante, prolongan la estancia hospitalaria, elevan el coste econ3mico por las complicaciones que conllevan, crean sentimientos de culpa en el personal asistencial y generan demandas judiciales.

Adem1s, se describe una elevada prevalencia de consecuencias psicosociales, como el s3ndrome de poscaída, el miedo, la p3rdida de autoestima y la disminuci3n cualitativa y cuantitativa para la realizaci3n de las actividades de la vida diaria, en definitiva una p3rdida importante de autonomía personal.

Las causas que provocan las caídas son múltiples y pueden ser agrupadas en factores intrínsecos y extrínsecos.

Entre los factores extrínsecos cabe destacar:

- a) Medicamentos.
- b) Prescripci3n o uso incorrecto de instrumentos auxiliares para la deambulaci3n.
- c) Riesgos ambientales.
- d) Barandas de cama, camillas, cunas.
- e) Timbre de llamada.
- f) Iluminaci3n.
- g) Suelo húmedo y deslizante.
- h) Desorden.
- i) Ropa y calzado inadecuado.
- j) Dispositivos de ayuda como balconera, silla de ruedas y muletas, entre otros, para la movilizaci3n, faltantes de gomas antideslizantes, ruedas desgastadas, rotas o sucias, al grado de que impidan su libre rodamiento, frenos en mal estado, etc.
- k) Ausencia de barras de apoyo de seguridad en el baño y limitaci3n en el espacio f3sico.

Entre los factores intrínsecos se encuentran:

- a) Alteraciones médicas y neuropsiquiátricas.
- b) Cambios en la funci3n neuromuscular, marcha y reflejos posturales relacionados con la edad.
- c) Pacientes menores de 6 años y mayores de 70.
- d) Problemas de equilibrio.
- e) Incapacidad física que afecte la movilidad y/o la deambulaci3n.
- f) Periodos postoperatorios (dentro de las 24 horas).
- g) Estados de ayuno prolongado.
- h) Estado nutricional (desnutrici3n u obesidad).
- i) Estados de hipotensi3n ortostática.
- j) Problemas de audici3n, visi3n y limitaciones de comunicaci3n oral.
- k) Reposo prolongado.
- l) Antecedentes de caídas previas.
- m) Efectos o reacciones adversas a medicamentos (psicotrópicos, sustancias t3xicas, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares, entre otros.)
- n) Problemas neurol3gicos y/o psiquiátricos (agitaci3n, confusi3n, desorientaci3n, crisis convulsivas, alteraciones de conciencia, depresi3n, riesgo suicida, entre otros.)
- o) Problemas en la deambulaci3n por aparatos ortopédicos, prótesis, ortesis.
- p) Falta de comunicaci3n entre el equipo de salud y de éste con el paciente (Tejada,C3spedes,Baster, Estephano, 2005).

En estudios revisados (Urruela ,Gómez , Iglesias, Valtierra , Gonzalez y Molina,2002) y (Isasi y Candía , 1999), las caídas son el efecto adverso más común en unidades de cuidados de agudos y afectan entre un 2 y un 10% de los ingresos anuales habidos en los hospitales.

La incidencia de las caídas ha sido considerada clásicamente como un indicador indirecto de la calidad de la atención que presta el personal de enfermería (Coria, Martínez, Díaz ,Abeledo , Reigosa , y Morán 2002) y (Osakidetza.2008).

El núcleo fundamental en el cual se va a centrar este estudio es en el propio proceso de caída de personas hospitalizadas, ya que puede indicar áreas de intervención.

El análisis de estos aspectos, permitirá, obtener datos e información necesaria para desarrollar estrategias y guías de actuación más adecuadas, que ayuden a prevenir y a disminuir las caídas de nuestros pacientes ingresados. La mayoría de los autores coinciden en que uno de los aspectos más importantes en los programas de prevención de caídas es la correcta identificación de los enfermos de riesgo (Tapia , Salazar , Tapia y Olivares 2003).

El conocimiento de estos datos, permitirá desarrollar protocolos más eficaces y líneas de acción en los centros hospitalarios, que ayuden a prevenir y a disminuir las caídas de nuestros pacientes ingresados, además de aumentar la calidad de nuestros cuidados.

Este conocimiento y la sensibilización entre los profesionales, facilitarán prevenir lo evitable y conllevará no hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo.

Objetivo General:

Constatar la incidencia de caídas en la unidad de agudos de psiquiatría del hospital Rafael Méndez del área III de La Región de Murcia, así como analizar la propia caída según las variables establecidas.

Objetivos Específicos:

- Identificar las causas de la caída.
- Describir las características de los pacientes que padecen la caída, a partir de los datos del registro de caídas.
- Conocer la efectividad de las intervenciones de enfermería.
- Cuantificar las caídas.
- Desarrollar protocolos más eficaces y líneas de acción en los centros hospitalarios que ayuden a disminuir las caídas de nuestros pacientes ingresados.
- Aumentar la calidad de nuestros cuidados y de la atención proporcionada.
- Detectar a los pacientes de riesgo de Caídas, con la aplicación de la Escala de Valoración de Riesgo de Downton, J.H.(1993) que se debe utilizar como un complemento del juicio clínico y no de forma aislada respecto a otros aspectos clínicos.
- Planificar la atención de enfermería a los pacientes según la puntuación de la Escala de Valoración de Riesgo de caídas.
- Incrementar las acciones para la Seguridad del Paciente.

Método

Diseño y sujetos de Estudio

El presente estudio, observacional retrospectivo, pretende valorar las caídas en UPA (Unidad de agudos de psiquiatría del Área III de la Región de Murcia), la muestra son todos los pacientes ingresados en la unidad que han sufrido caídas. El periodo sometido a evaluación abarca desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014. La dimensión a estudiar es de proceso y científico-técnica.

Variables e Instrumentos de Recogida de Datos

Las Variables se recogerán en una tabla, a través de la información obtenida de la “Hoja Incidencias de Caídas”(A) del Área III de Salud, y de la Escala de Valoración de Riesgo de Caídas. Downton, J.H. (B).

A) Incidencias de Caídas: elaborada por el Comité de Seguridad del Hospital, recoge información sobre: datos del paciente, fecha de la caída, edad, diagnóstico, sexo, hora, medicación, factores intrínsecos y extrínsecos, actividad realizada en el momento de la caída, situación en la que se encontraba el paciente (acompañamiento, movilidad, sujeción mecánica, deambulación, E. Downton,J.H.) y consecuencias de la caída (en el caso de que las hubiera).

B) Escala de Evaluación de Riesgo de Caídas de DOWNTON, J.H. (1993): Según la evidencia científica disponible y entre las múltiples escalas de evaluación de riesgo existentes, es una de las más utilizadas en los distintos centros hospitalarios, que recoge información sobre: caídas previas, medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y deambulación. Cada ítems contempla varias respuestas enumeradas del 0 al 1, obteniéndose finalmente una puntuación con la siguiente interpretación: 0 puntos (paciente sin riesgo), entre 1 y 2 puntos (paciente con riesgo medio) y 3 puntos o superior (paciente con riesgo alto).

Procedimiento

Los datos obtenidos desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014 son recogidos por los enfermeros responsables en cada turno a través del registro de incidencias de caídas.

Análisis de datos

Cómo hemos comentado anteriormente, el objetivo del estudio, es determinar el número de caídas así como las características del suceso y de nuestros pacientes en la unidad de agudos de hospitalización.

Existe predominio de hombres sobre mujeres y el lugar en el que se producen estas caídas son mayoritariamente en la cama (al levantarse), seguido del baño (hacer sus necesidades) y por último en la ducha, no se evidencian consecuencias que interfieran en la duración del proceso clínico del paciente.

El rango de edad de 23-78 años con predominio de entre los 45-67 años.

Según la escala Downton con tres o más puntos se considera riesgo alto, las puntuaciones de los pacientes que han sufrido caída son de 3 o más , salvo dos casos de sexo femenino de 67 y 55 años sin factores de salud asociados que puntuaron menos de 3 y se trató de suelo resbaladizo.

Los caracteres que sobre-puntúan en la escala D son la medicación derivada de problemas de salud físicos, las alteraciones motoras (por problemas neurológicos y/o circulatorios), alteraciones visuales y la obesidad.

En cuanto a los factores relacionados destacamos: Insomnio, urgencia urinaria, hipotensión ortostática, suelo resbaladizo, iluminación pobre en baños, suelo ducha deslizante.

El momento donde se detecta la mayor incidencia es de noche y a primera hora de la mañana.

Resultados

Tabla 1. N° de ingresos por mes y año en la unidad (UPA)

| AÑO | EN | FE | MR | AB | MA | JU | JL | AG | SE | OC | NO | DI | TOTAL |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 2011 | 21 | 16 | 15 | 18 | 7 | 8 | 22 | 20 | 23 | 22 | 20 | 15 | 207 |
| 2012 | 15 | 14 | 21 | 15 | 26 | 17 | 21 | 27 | 20 | 19 | 20 | 21 | 236 |
| 2013 | 20 | 20 | 20 | 21 | 23 | 19 | 22 | 13 | 20 | 24 | 19 | 16 | 237 |
| 2014 | 19 | 19 | 22 | 20 | 21 | 23 | 15 | 21 | 21 | 16 | 17 | 11 | 214 |

Gráfico 1. Representado en % las caídas sobre el total de ingresos anuales. En 2011 las caídas suponen un 2.9% sobre el total de ingresados, en 2012 un 2.12% en 2013 un 2.11% y en 2014 un 1.40%

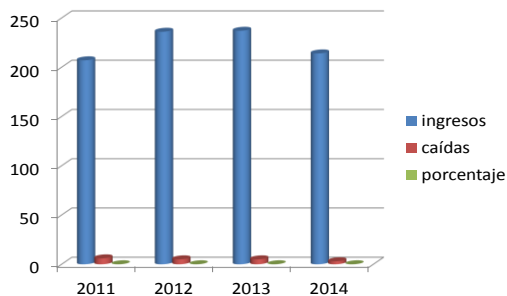


Gráfico 2. Porcentaje de caídas por sexo en el periodo de recogida de datos

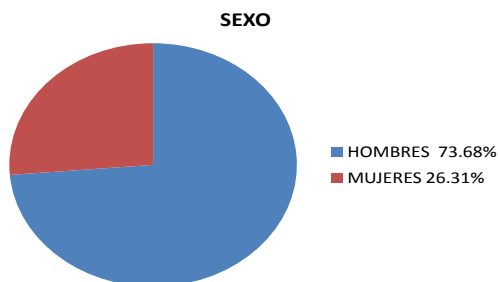


Gráfico 3. Porcentaje de caídas en relación a la localización



Discusión

Los resultados del presente estudio corroboran lo asentado en la literatura según los resultados obtenidos en diversos estudios, los cuales evidencian que debido a factores presentes en la unidad de Psiquiatría, como pacientes con alteración del estado mental, agitación psicomotriz, pacientes con limitación para la comunicación, pacientes en estado de sedación, pacientes con estado emocional alterado, pacientes que presentan ansiedad, excitación, desvalorización, tendencias suicidas, depresión, somnolencia, alteraciones de la memoria, pacientes incapaces de entender una indicación, tienen elevado riesgo de caídas. Estos individuos pueden no ser capaces de percibir un riesgo potencial o expresar la necesidad de ayuda.

También factores relacionados con el tratamiento farmacológico presentes habitualmente en la Unidad de Psiquiatría, como: ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, barbitúricos, neurolépticos, antipsicóticos y sedantes, entre otros, pueden causar confusión, somnolencia, adinamia y cambios en la conducta, marcha torpe, atención alterada y sedación, lo que conlleva a presentar elevado riesgo de caídas.

Limitaciones del estudio.

Cómo limitaciones del estudio encontramos el tamaño de la muestra (explicar un poco más), así como los derivados de los sesgos de información, debido a que no todas las caídas que se producen en los centros hospitalarios, son declaradas por el personal, ya que todavía hoy, existe la creencia, de que la caída de una persona hospitalizada, es siempre consecuencia de una mala praxis. (Juvé, Carbonell, Sánchez, Brossa, Ortí, & Villanoba, 1999).

Destacar también como una limitación, el terremoto que asoló la ciudad de Lorca en Mayo de 2011, pues en ese periodo se estaba desarrollando el presente estudio. El hospital tuvo que ser evacuado y parte de la población cambió su residencia habitual, por lo que durante unos meses (Mayo y Junio) el número de pacientes ingresados disminuyó.

Conclusión

Tabulados y analizados los datos, llegamos a la conclusión de que nos encontramos ante un paciente vulnerable, por tanto, es necesario realizar una valoración integral de nuestros pacientes para detectar los factores de riesgo existentes y actuar precozmente sobre ellos.

La intervención enfermera en nuestra unidad ha sido la prevención de caídas NIC 6490.

Solicitamos colocación de antideslizantes en las duchas, luz adecuada en el baño y pilotos nocturnos en buen estado en las habitaciones, también se ha generado un taller de ejercicios para prevención de caídas así como informamos y guiamos al paciente de forma más estrecha.

Referencias

- Martín, J., Pacheco, J.L. (2011) *Evaluación y registro de las intervenciones de enfermería en las caídas de pacientes hospitalizados. Reduca.Trabajos fin de master 3 (2)* 166-182.
- López, M.E.(2010).*Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira.Cultura del cuidado enfermería*.7(1), 16-23.
- Rosado, L. , Martínez, J.(2005).*Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria. Calidad Asistencial*. 20 (02) ,110-4.
- Narro, M.L., Fraile,R., Sáez,L., &Arribas,J.(2001). *Caídas del anciano en la comunidad. ¿ Qué debe hacer el médico?.Semergen.Medicina de familia*(7),358-361.
- Tejada, I.,Céspedes, L.,Baster,J.C.,&Estephano,R.M.(2005) *Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Hospital Provincial Docente “V.I.Lenin”*.10-8.
- Juvé,M.E., Carbonell, M.D., Sánchez, P., Brossa , P., Ortí, F.,&Villanoba,M.L., (1999).*Riesgo de caída en adultos hospitalizados. Enfermería Clínica*9(6), 257-263.
- Urruela,M., Gomez ,E., Iglesias, C., Valtierra, M.,&Gonzalez, Y., Molina, (2002) *Caídas en un hospital de agudos: Características del paciente. Gerontología*.14-18.
- Isasi,C., Candía,B.(1999)*Perfil de pacientes con caídas en unidades de hospitalización. Calidad Asistencial* .1999(14), 747-755.
- Institute of medicine of the National Academies To errishuman(1999). *To erris human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press;
- Coria , J., Martínez ,A., Díaz , J., Abeledo, I., Reigosa,I.& Morán , L., (2002) *Protocolo de contención y prevención de caídas*.
- Osakidetza. Servicio vasco de salud.(2008) *Protocolo de prevención de accidentes en Hospitales de Agudos*.
- Tapia, V. M., Salazar, C. M..C, Tapia ,C.L. ,&Olivares, R .C.(2003) *Prevención de caídas, indicador de calidad del cuidado enfermero*.51-57.

CAPÍTULO 79

Acondroplasia y fisioterapia

María Amparo Morales García*, Isabel María Rodríguez García*, Yésica Carrión Amorós*, Silvia Rosa Ruiz*, Yolanda García Fortes**, y Francisco Javier González Oller**

*Hospital de Poniente, El Ejido, Almería (España), ** Hospital de Alta Resolución del Toyo, Almería (España)

Introducción

El primero que creó el concepto de trastorno cartilaginoso fue Parrot en 1878, denominando a la alteración *Acondroplasia*, denominación que ha hecho fortuna y que se utiliza de forma errónea, y por extensión, para denominar a todas las displasias óseas. Ha sido necesario la sistematización de los procesos para que el resto de las displasias óseas no sean todas denominadas acondroplasias (González, 2001).

En los últimos tiempos nos referimos a ellas como "*ostreocondrodisplasias*".

Se conocen más de 150 enfermedades y su división es principalmente por el fenotipo (Pérez-Carbajo, 2015).

Causa

La *acondroplasia* es una alteración ósea de origen cromosómico cuya principal característica es que los huesos largos están acortados y al ser la columna vertebral de longitud normal el cuerpo pierde su armonía. Es debido a una alteración en la información genética que recepta el factor de crecimiento de los fibroblastos. El gen afecto se descubrió en 1994 y es el brazo corto del cromosoma-4 y es el receptor-3 del factor de crecimiento del fibroblasto FGFR_3. En el caso del acondroplásico en lugar de estar desactivado durante su formación de hueso permitiendo crecer al cartílago, se encuentra activo. (Pérez-Carbajo, 2015).

Estos datos varían según avanzan los distintos estudios en la materia. La lámina de crecimiento trabaja más lentamente de lo normal. Se va a producir muy poca cantidad de cartílago que luego se convertirá en hueso y con el hándicap de una calcificación acelerada, que impide su desarrollo normal. Los tejidos de los miembros no se verán afectados y es por ello su aspecto voluminoso en brazos y piernas (Bouali, 2015).

Aparece como una mutación espontánea que tiene lugar, por azar, cada 20.000 nacimientos aproximadamente. Alrededor del 90% de los afectados no tienen historia de ella en sus familias (Almeida, 2009).

En España, nacen al año entre 22 y 30 niños con la enfermedad, siendo casi imposible el parto natural.

Actualmente no hay tratamiento farmacológico (Horton, 2013).

El grado de probabilidad de la asociación con retraso mental siempre es importante a la hora de establecer el consejo genético en cualquier enfermedad y, con los datos disponibles hoy en día en la literatura médica, no podemos establecerlo con garantías en el caso de la hipocondroplasia (Rodríguez, 2008).

Diagnóstico

Se consigue con la sumatoria de expresión fenotípica + exploración física (Ezquieta, 1999).

Grupalmente tienen ciertas características físicas:

1. longitud del tronco cerca de lo normal con brazos y piernas cortos,

2. mayor tamaño craneal con frente prominente, puente nasal ensanchado y aplanamiento en la parte media de la cara,
 3. posibles acuñaientos dentales con mentón prominente,
 4. curvatura lumbar incrementada (hiperlordosis lumbar),
 5. caja torácica pequeña y aplanada en su diámetro antero-posterior,
 6. disminución de la distancia interpedicular en la columna lumbar,
 7. pelvis con alas ilíacas cuadradas y acetábulo horizontal,
 8. antes de la deambulación hay un aumento de la curvatura dorsal que puede ocasionar grandes cifosis,
 9. genu valgo/genu varo,
 10. gran flexibilidad,
 11. pie plano/pie varo,
 12. manos cortas con separación entre 3º y 4º dedo (mano tridente),
 13. imposibilidad extensión completa de codo,
 14. miembros inferiores con tendencia a rotación externa.
- (Ezquieta, 1999).

Los bebés alcanzan con retraso las habilidades motoras al tener que enfrentarse a una cabeza más pesada a la vez que a unas extremidades más cortas. Su hipotonía es secundaria a alteraciones en la maduración miopática o a alteraciones de origen neurológico. Existe un elevado riesgo de muerte en la primera infancia por la compresión del canal medular y la obstrucción de las vías respiratorias. Consiguen la marcha alrededor de los dos años y durante su desarrollo pueden aparecer complicaciones ortopédicas a las que hay que prestar su debida atención. El desarrollo muscular suele ser abundante y discretamente desproporcionado con el esqueleto, por el exceso de tejido blando respecto al tejido óseo. Por ello, se producen pliegues en los muslos y brazos. El desarrollo sexual es normal o temprano y en muchas ocasiones están aumentados de tamaño los genitales externos. La talla final oscila entre 120-140cm de los hombres y 110-135 de las mujeres, oscilando los datos según bibliografía (Pérez-Carballo, 2015).

A veces, se recurre al proceso de alargamiento de fémures según la técnica Icatme. Se consigue una corrección de la hiperlordosis lumbar con la cual se previene la aparición de sintomatología neurológica derivada de la estenosis del canal (Gómez, 2001).

De ésta forma se acercan a los valores estándar de los individuos sin acondroplasia (Rodríguez, 2008).

El *diagnóstico prenatal* es posible gracias a la ecografía a partir del segundo trimestre de gestación. (Krakow, 2015).

Diagnóstico diferencial

Si existiera alguna duda del diagnóstico correcto se harán exámenes en busca de la hormona deficitaria. De esta forma, se diagnosticarían otras afecciones del crecimiento. Los exámenes que se pueden hacer serían:

4. prueba de arginina y hormona liberadora de gonadotropina (produce las hormonas sexuales),
5. vasopresina (control hídrico del cuerpo),
6. examen y nivel de hormona del crecimiento y su proteína de fijación para ver si el problema está en la hipófisis,
7. prueba de tolerancia a la insulina,
8. exámenes de otras hormona producidas por la hipófisis,
9. tirotropinas (hormonas tiroideas),
10. Exámenes radiológicos:

11. RX de mano para determinar la edad ósea.
Tamaño y forma de los huesos.
Ver si se sigue un patrón a medida que el niño crece.
12. RMN de cabeza para el estudio de su hipotálamo.

(Krakow, 2015).

Alteraciones Neurológicas Secundarias

- Hidrocefalia; es rara, pero sería una complicación. Hay un crecimiento excesivo de la cabeza, dolor de cabeza, somnolencia, vómitos, compresión de la médula espinal en la unión cráneo-cervical. En casos extremos, hay pérdida de habilidades intelectuales (Rodríguez, 2008).
- Estenosis del canal medular; que causa o no dolor irradiado a miembros inferiores, debilidad en ciertos músculos, problemas en el control de la micción y defecación (Rodríguez, 2008).

Otras alteraciones

A. Masticación dificultosa por artropatía temporo-mandibular e hipocrecimiento de la mandíbula, causando apiñamiento dental que ocasiona dificultades en la masticación. Hay casos en los que es necesario extraer piezas dentales y corregir con prótesis dental.

B. Rinitis serosa: inflamación de la mucosa en la cavidad nasal.

C. Obesidad.

D. Obstrucción de las vías respiratorias superiores: Causados por sus propios rasgos faciales, se acentúa en relajación de los tejidos blandos alrededor de la tráquea. Cuando la relajación de los tejidos es alta (como sucede en el sueño), la tráquea se puede quedar parcialmente obstruida. Tienen una respiración ruidosa y ronquera nocturna. Toda la problemática puede derivar en "apnea del sueño".

E. Audición: problemas estructurales en el oído por estrechez en la Trompa de Eustaquio que, a veces, ocasiona una sordera significativa.

F. Habla: debido a los problemas auditivos o en la morfología facial, muchos niños tienen retraso en el habla, pronunciación dificultosa, etc.

G. Problemas ortopédicos y de espalda, estrechez de la caja torácica, etc.

En la sociedad actual, aunque hay más sensibilización hacia el colectivo, pueden sufrir dificultades en el entorno escolar, familiar o social. (González, 2001).

Ante la adversidad social, en muchas ocasiones, se detecta que el afectado acondroplásico presenta rasgos de timidez, carácter introvertido o poca autoestima. Esto desemboca en una mayor dependencia y búsqueda de protección en su entorno más cercano (Hernández, 2001).

Objetivo

Analizaremos el papel que aporta la Fisioterapia en el proceso de tratamiento del paciente acondroplásico.

Se pueden usar todas las herramientas a nuestra disposición desde la osteopatía, hidroterapia, Técnica de Vojta, Bobath, ect. El cometido de éste manual es la presentación de sus características para saber abarcar el tratamiento en todas sus dimensiones.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Pubmed y Medline con el criterio de búsqueda: "physiotherapy, achondroplasia, treatment, physical examination"; así como revisión de literatura en la biblioteca de la UMU y el Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía.

Resultados/Estado de la cuestión

Destacar que en la etapa precoz se trabaja para prevenir deformidades y complicaciones ortopédicas. En la etapa adulta previene y vigila la estenosis de canal lumbo-sacro.

A. LACTANTES ACONDROPLÁSICOS.

A tener en cuenta las dos alteraciones más importantes:

- estrechez del agujero magno y
- la hidrocefalia

(Ireland, 2014).

La estrechez del agujero magno puede provocar compresión medular; esto unido a la hiperlaxitud C1-C2 y el menor tamaño del odontoides, hace de su cuello una estructura frágil. Hay que concienciar a la familia en buenos hábitos posturales. (Robert,2004).

La hidrocefalia y su control del perímetro craneal que puede provocar cefaleas, vómitos etc.

Padecen retraso motor debido a su hipotonía generalizada y muchos a su vez, tendencia flexora que genera una grave cifosis dorso-lumbar, con acunamiento de vértebras lumbares (Robert,2004).

La estimulación motriz precoz busca el objetivo de lograr un buen control de tronco, correcta bipedestación y deambulación. Lo que no podemos es acelerar los pasos, forzarlos, pues hasta que no tenga un buen grado de fuerza muscular no debemos alcanzar la sedestación. Solo provocaríamos un agravamiento en su posible cifosis dorso-lumbar.

Apuntar que el desarrollo aúna maduración y medio ambiente del bebé. Es progresivo, continuo hacia mayor complejidad y secuencia céfalo-caudal.

B. NIÑOS Y ADOLESCENTES ACONDROPLÁSICOS

La deambulación se puede retrasar hasta los 2-3 años y se deben colocar los pies del niño sobre un peldaño en sedestaciones prolongadas ,así evitamos la rotación externa (Ireland, 2014) .

Adaptaremos a cada niño los siguientes ejercicios:

- subir las escaleras alternando los pies (coordinación de las diferentes partes del cuerpo y equilibrio en movimiento),
- jugar en cuclillas (control postural),
- uso de triciclo (coordinación de movimiento de piernas),
- andar en desnivel (equilibrio),
- lanzar y atrapar pelota con ambas mano (coordinación visomanual).

Para corregir la cifosis toraco lumbar, a veces, es necesario el uso de órtesis hasta los tres años como mínimo. Para no favorecer el genu varo/valgo evitaremos ejercicios en los que el niño soporte mucho peso con sus pies.

Las caderas con tendencia a rotación externa suelen mejorar con la marcha.

En ésta etapa es necesario comenzar con fisioterapia respiratoria y trabajo diafragmático (Mercado,2002).

Las deformidades ortopédicas pueden evolucionar negativamente perjudicando al niño.

Es notable la restricción a nivel de codos, quedando la articulación en flexo. Incluso a veces cursa con luxaciones posterolaterales de la cabeza radial. Para que no pierdan flexibilidad y recorrido articular debemos favorecer ejercicios que impliquen extensiones repetitivas de codo (ejemplo: simulación de lanzamiento de balón) y estiramientos de los músculos flexores (Robert,2004).

Sufren hiperlordosis lumbar debido a que la cadera avanza a su tendencia flexora cursando con anteversión pélvica. Para contener ésta tendencia realizaremos ejercicios en retroversión pélvica, estiramiento suave de la musculatura lordosante (isquiotibiales,psoas,..) inicialmente pasivo y luego de forma activa.

Recordatorio: el músculo transverso del abdomen recoge el abdomen cuando las vértebras están fijas. Su principal trabajo es el de la tos. Se trabaja muy bien con gimnasia hipopresiva y es fundamental que lo tengan con tono muscular adecuado.

Les daremos pautas de higiene postural en sedestación, bipedestación prolongada y control al coger cargas. Recordaremos también que eviten la antepulsión de hombros porque favorece la cifosis dorsal. Debemos tener una buena tonificación de la musculatura abdominal y paravertebral para el equilibrio vertebral antero-posterior.

Debemos hacer hincapié en el control de su dieta por el devastador efecto del sobrepeso sobre sus frágiles articulaciones.

Vigilar posibles escoliosis. Recordar que los ejercicios de Klapp para escoliosis son en cuadrupedia y en éste caso no son aconsejables en su totalidad. Los ejercicios de Williams y Mchkenzie se adaptan más a sus necesidades.

Se producen con frecuencia alteraciones en los ejes de extremidades inferiores. Podemos encontrarlos con un genu valgo pero sobre todo con genu varo que conduce a una tibia vara desencadenando en un pie varo con limitación en pronación. Si la deformidad no es muy severa se puede ver muy favorecida con el estiramiento de las cadenas musculares internas acortadas y el fortalecimiento de las externas débiles y distendidas. En casos graves se recurre a ortesis o plantillas.

En el caso más leve, genu valgo, recurrimos al mismo proceso.

Recordar;

✓ Ejercicios para genu varum: fortalecer musculatura aductora, LLI, parte interna del cuádriceps, así como musculación general para mejorar la estática de cadera.

✓ Ejercicios para genu valgum: trabajamos musculatura global, sobre todo abductores.

✓ Pie varo: el varo lo origina una supinación del retropié, que arrastra todo el pie hacia adentro. (Rodríguez, 2005).

En adolescencia es imprescindible una valoración sistemática de los reflejos tendinosos. Buscaremos déficits, asimetrías o hiperreflexias que sugieran presencia de estenosis lumbar.

IX. Rotuliano: Es un reflejo tendinoso profundo provocado por la raíces L2, L3 y L4.

X. Aquiles o Aquileo: Se explora así la raíz S1.

(Rodríguez, 2005).

A esta edad comienzan a tener inquietudes deportivas y apoyaremos que así sea.

Pautas deportivas: Evaluación del desarrollo motor en deporte.

2. Escala de desarrollo motor de Brunet-Lézine, para niños de 0 a 6 años: Se divide en dos partes.
 - 1) Se aplica una escala de observación a niños de 1 a 30 meses con una hoja con sus datos personales, otra de nivel de diversas conductas motoras, sociales y de lenguaje, y por último otra que se le pasa a su madre.
 - 2) Prueba complementaria a niños de 2 a 5 años.
3. Examen psicomotor de la primera infancia para niños de 2 a 5 años, de Picq y Vayer. Ellos evalúan:
 - 1) coordinación viso-manual,
 - 2) coordinación dinámica,
 - 3) control postural,
 - 4) control del propio cuerpo,
 - 5) organización perceptiva,
 - 6) lenguaje.
4. Escala motriz de Ozaretsky: Se utiliza en niños de 4-14 años.

- 1) equilibrio estático,
- 2) equilibrio dinámico,
- 3) destreza-coordinación dinámica de las manos,
- 4) movimientos simultáneos-coordinación,
- 5) rapidez en el trazo,
- 6) sincinesias.

En su caso se aconseja la práctica de natación y de ciclismo pues son deportes que trabajan en descarga osteoarticular.

Pauta respiratoria

La caja abdominal está limitada por arriba por el diafragma, por detrás por las vértebras lumbares, a los lados y por delante por los músculos abdominales, y por abajo por la pelvis y el diafragma muscular pélvico .

Con la contracción del diafragma el centro frénico desciende, aumenta el volumen torácico y se transmite a los pulmones. Se crea una presión negativa, requiriendo el aire de la inspiración. La espiración es el retorno elástico del tejido pulmonar. Debido a la caja torácica pequeña el diafragma se ve encajonado y pierde su normal funcionamiento (Schluter,2011).

Los problemas respiratorios se deben fundamentalmente a trastornos restrictivos u obstructivos de las vías aéreas. A nivel obstructivo el origen puede tener varios motivos, desde estrechez de la vía respiratoria superior,deformidad torácica..etc (Lyford-Pike, 2012).

Sufren disminución en el tamaño de las vías nasales, arco nasal aumentado y costillas de menor tamaño. Ésta situación estructural puede desencadenar en rinitis crónica , afección crónica del oído medio y capacidad pulmonar con valores inadecuados. (Ireland, 2012).

Su respiración suele ser superficial,con una intensidad baja y un bajo volumen.Por tanto, hay un déficit en el uso del diafragma,presentado respiración torácica.Ésta situación no permite una oxigenación equilibrada en los tejidos, habrá un gasto cardiaco mayor y da pie a la aparición de estrés y fatiga física y mental (Schluter,2011).

Por éstos motivos nuestro objetivo se centrará en el normal funcionamiento del diafragma.

Entre los beneficios de practicar estos ejercicios se encuentran:

- Respiración más económica ya que disminuye el gasto energético gracias a la disminución de la frecuencia cardiaca.
- Control de la respiración ante un esfuerzo, una situación estresante o un ataque de disnea.
- Movilización ascendente de las secreciones, viéndose facilitada su expulsión.
- Aumento de ventilación en zonas hipoventiladas.
- Facilita la atención plena en cualquier actividad.
- Regulación del sistema metabólico y endocrino.
- Sedación del sistema nervioso autónomo.

(Mercado, 2002).

Aprendizaje práctico de la respiración

A nivel pedagógico buscaremos similitudes con situaciones que se le hagan divertidas al niño.Ej.Mover el barco en el agua , respirar pequeño y respirar grande,somos un globo ,el caldo está caliente!! ,tengo un globo en mi barriga... Con éstos ejercicios sabrá la diferencia entre la inspiración y la espiración.

El uso y control adecuado del diafragma para economizar la respiración es,quizás,la mayor traba en el proceso de aprendizaje. Para ello es fundamental que sean capaces de distinguir las sensaciones que aportan las distintas respiraciones.

Habitualmente se les entrena en el ratio 1:2 , 1 tiempo de inspiración : 2 tiempo de espiración (Mercado,2002).

Puesto que conforme crecen los déficits de oxigenación se perpetúan, es imprescindible que adquieran el hábito de ejercitar su respiración en su rutina diaria. Una vez que manejan bien los ejercicios no es necesario un control para su realización, y los pueden poner en marcha de forma autónoma (Saglam, 2015).

C. ADULTO ACONDROPLÁSICO.

El principal problema y que puede ser muy invalidante si no es detectado es la estenosis de canal lumbosacro, causando una compresión medular a nivel del canal vertebral lumbar.

Se empeora a consecuencia de la tendencia hiperlordótica.

Comienza con dolor en la región lumbar o en los miembros inferiores, pesadez al andar o debilidad en las piernas con caídas repentinas. Si los síntomas avanzan pueden provocar parálisis en extremidades inferiores y pérdida de control urinario. Por eso es necesario control de los reflejos y control de la hiperlordosis.

(Robert,2004).

Aconsejaremos empleos que no requieran largos períodos en bipedestación o en extensión repetitiva de columna.

Consejos domiciliarios

-Evitar cruce de piernas.

-Prescindir de asientos con reposabrazos muy altos que desequilibren la correcta posición de los hombros.

-El respaldo del asiento debe estar levemente inclinado hacia atrás: de 10ª a 15ª para la lectura. De 15ª a 20ª para el reposo. La espalda debe estar firme contra el respaldo. Las rodillas deben tener una altura mayor que la cadera para propiciar retroversión pélvica. Los pies deben reposar por completo en el suelo y si es necesario se usará un alza.

Conclusiones

Hay un déficit de bibliografía que señale el trabajo del fisioterapeuta en el tratamiento de acondroplásicos, sin embargo, sí que hay descripciones de sus alteraciones patológicas, pero no de cómo podemos colaborar en el abordaje terapéutico.

En ausencia de complicaciones, las discapacidades con adaptación puede participar con normalidad en la sociedad (Ireland, 2014).

La marcha, al principio, suele ser oscilante porque las alteraciones de alineación en miembros inferiores reducen la base de sustentación del niño y empeoran el equilibrio. Si hay estenosis del canal con hormigueos, padecerán flojera de piernas, con posibilidad de caída. En casos avanzados, la parálisis es permanente y se pierde el control vesical.

Las anomalías neurológicas sí podrían causar discapacidad en distintos grados:

- comportamiento, habilidades manuales, comunicación (hidrocefalia y sordera);
- actividades de la vida diaria (estenosis de canal lumbar).
- de locomoción (estenosis agujero magno y del canal lumbar).

Relación de posibles limitaciones/discapacidades

- no pueden hacer palanca con su corto brazo y hacen más gasto energético cansándose con facilidad,

- problemas en el autocuidado personal,
 - dolor articular en sus rodillas inestables a causa del valgo/varo,
 - sobrecarga crónica por la hiperlordosis,
 - obstrucción de la respiración, otitis crónica que puede derivar en sordera del oído medio,
 - capacidad pulmonar baja por la estrechez de la caja torácica,
 - estrechez en las aberturas óseas del cráneo que dificulta la circulación venosa y aumenta la presión del cráneo,
 - desarrollo motor hipotónico y lento,
 - la obstrucción respiratoria nasal unida a su poca capacidad torácica desemboca en apnea central obstructiva que puede causar la muerte del niño,
 - hiperhidrosis
- (Ireland, 2014).

Referencias

- Almeida, M., Campos-Xavier, A., Medeira, A., Sousa, A., Lima, M., Soares, G., Rocha, M., Saraiva, J., Ramos, L., Sousa, S., Marcelino, J., Correia, A. y Santos, H. (2009). Clinical and molecular diagnosis of the skeletal dysplasias associated with mutations in the gene encoding Fibroblast Growth Factor Receptor 3 (FGFR3) in Portugal. *Clin Genet*, 75(2):150-6.
- Alyami, M., Jenkins, S., Lababidi, H. y Hill, K. (2015). Reliability and validity of an arabic version of the dyspnea-12 questionnaire for Saudi nationals with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of Thoracic Medicine*, 10(2):112-7.
- Borrego, E., Farrington, D. y Downey, F. (2014). Advances in bone dysplasias. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*.
- Bouali, H., Latrech, H. (2015). Achondroplasia: Current Options and Future Perspective. *Pediatr Endocrinol Rev*, 12(4):388-95.
- Bueno, M. y Ramos, F. (1998). Patología molecular de las osteocondrodisplasias. *An Esp Pediatr*, 48:343-347.
- Calais-Germaine, B. (2014). *Anatomía para el movimiento*. ED. La liebre.
- Clarett, M., Andreu, M., Salvati, I., Donnianni, M., Montes, G. y Rodriguez, M. (2014). Effect of subglottic air insufflation on subglottic pressure during swallowing. *Med Intensiva*.
- Ezquieta Zubicaray, B., Oliver Iguacel, A., Varela Junquera, J., Jariego Fente, C., González Gancedo, P. y Gracia Bouthelier, R. (1999). Análisis de las mutaciones Gly380Arg y Asn540Lys del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos en la acondroplasia y la hipocondroplasia en la población española. *Revista medicina clínica*.
- González, M., Hernández, M. (2001). Importancia del perfil psicológico para la rehabilitación de la elongación ósea de las extremidades inferiores en la Acondroplasia. *Revista Rehabilitación* vol35.
- Hernández, L., Sujev, Y., Vizcarra, V., Cruz, R., Jamaica, L. y Karam, J. (2012). Acondroplasia-estenosis de canal medular-una complicación neurológica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* Vol.69.
- Horton, W. y Hecht, J. (2013). Disorders involving transmembrane receptors. **Nelson Textbook of Pediatrics**.
- Ireland, P., Pacey, V., Zankl, A., Edwards, P., Johnston, L.M. y Savarirayan, R. (2014). Optimal management of complications associated with achondroplasia. *Paediatric Child Health*.
- Ireland, P., Johnson, S., Donaghey, S., Johnsto, L., Ware, R., Zankl, A., Pacey, V., Ault, J., Savarirayan, R., Sillence, D., Thompson, E., Townshend, S. y McGill, J. (2012). Medical management of children with achondroplasia: evaluation of an Australasian cohort aged 0-5 years. *Paediatr Child Health*, 48(5):443-9.
- Krakow, D. (2015). Skeletal dysplasias. *Clin Peritanol*, 42(2):301-19
- Lyford-Pike, S., Hoover-Fong, J. y Tunkel, D. (2012). Otolaryngologic manifestations of skeletal dysplasias in children. *Otolaryngol Clin North Am* 45(3):579-98.
- Pérez-Carbajo, E., Zapardiel, I., Sanfrutos, L., Cruz, P., Iglesias, E. (2015). Prenatal diagnosis of concurrent achondroplasia and klinefelter syndrome. *Case Rep Obstet Gynecol*.
- Saglam, M., Vardar-Yagli, N., Savci, S., Inal-Ince, D., Calik-Kutukcu, E., Arikan, H. y Coplu, L. (2015). Functional capacity, physical activity, and quality of life in hypoxemic patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon*. 26;10:423-8.

Schluter,B., De Sousa,G., Trowitzsch,E. y Andler,W. (2011). Diagnostics and management of sleep-related respiratory disturbances in children with skeletal dysplasia caused by FGFR3 mutations (achondroplasia and hypochondroplasia). *Georgian Med News*;(196-197):63-72.

Sousa, A., Silva, A. y Tavares, J. (2010). Biomechanical and neurophysiological mechanisms related to postural control and efficiency of movement a review. *Somatosens Mot.*

Mercado, M.S., (2002). *Manual de fisioterapia respiratoria*. Ergon.

Fitzgerald, R.H., Kaufer, H. y Malkani A.L.(2004). *Ortopedia, Volumen 2*. Editorial medica panamericana.

Rodríguez, M.C. (2005). *Fisioterapia infantil practica*.@becedario.

CAPÍTULO 80

Osteoporosis: prevención y cambios en el estilo de vida

María Concepción Abarca Salas*, Carmen Mª López Moreno*, y Eva Mª Serrano del Arco**
*A.G.S. Sur de Granada (España), **Sociedad de Prevención de FREMAP, Jaén (España)

Introducción

Hemos desarrollado este trabajo de revisión bibliográfica sobre la osteoporosis tomando diferentes reseñas literarias y consultados diversos autores, todos citados en el mismo, donde se pone de manifiesto que el problema de la osteoporosis es que esta patología ya es un gran problema de salud pública que tiene todas las probabilidades de aumentar, debido al progresivo envejecimiento de la población, como consecuencia de esto las fracturas van a ser cada vez más frecuentes, y se presentan en ambos sexos, si bien, en la mujer postmenopáusica el riesgo es mayor por la deficiencia de estrógenos. No obstante, con el envejecimiento la frecuencia de aparición en hombres aumenta y tiende a equipararse con la frecuencia en mujeres (Yoshimura, Muraki, Oka, Kawaguchi y Nakamura, 2010), dando lugar a discapacidad, hospitalizaciones y desfiguración, deteriorando la calidad de vida de quienes las padecen (Bove, Flatters, Inglis, Mantyh, 2009).

Debido a que la esperanza de vida de vida en nuestro medio es cada vez mayor, se está tratando de concienciar a la población de la importancia de su prevalencia, ya que el impacto no solo sanitario sino económico y social es bastante elevado. Pero el problema que sigue teniendo esta patología es que se diagnostican muchos menos casos de los que hay en realidad ya que los medios o tal vez recursos necesarios para hacerlo, elevarían más si cabe el presupuesto por lo tanto habría que analizar bien la relación coste beneficio tanto de las técnicas diagnósticas como de las terapias que precisan posteriormente (Balderrama, 2006).

En la bibliografía señalamos autores que con sus artículos han intentado poner de manifiesto que la prevención en osteoporosis es mucho más eficaz, efectivo y eficiente y barato que tratar las fracturas, periodos de hospitalización, rehabilitación y recuperación que pueden llegar a precisar estos pacientes. Por eso pensamos que es tan importante hacer hincapié en la educación sanitaria ya no solo desde atención primaria sino en cualquiera que sea nuestro trato con pacientes, desde los colegios en campañas vacunales, en la adolescencia y como no la juventud, ya que si aprovechamos como sanitarios estos ámbitos para fomentar, potenciar cambios saludables en nuestro estilo de vida, estaremos disminuyendo el riesgo de sufrir las consecuencias de esta patología. Con respecto a lo que mencionábamos sobre intervenciones ya no solo de prevención primaria sino a otros niveles como son prevención secundaria, es imprescindible dar siempre información para ayudar a modificar estilos de vida y desde cualquiera que sea nuestro ámbito sanitario debemos fomentar los cambios en la dieta y el fomento del ejercicio físico para minimizar o retardar la aparición de esta enfermedad. Si hacemos referencia a la prevención terciaria habrá que prevenir las caídas en pacientes que ya sufren una pérdida ósea importante, ayudándoles con tratamientos farmacológicos y vigilando más detenidamente sus hábitos de vida para fomentar la prevención de caídas que conlleven a fracturas.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica a partir de fuentes digitales y literatura impresa nacional e internacional, de origen sanitario, buscando ampliar conceptos sobre el tema a desarrollar, que nos facilite posteriormente llevar a cabo una lista de factores que puedan influir negativamente en el desarrollo de dicha patología y por supuesto y lo que centra este trabajo buscar forma, métodos, medidas que no ayuden a prevenir su aparición o al menos minimizar su desarrollo.

Metodología

Revisión bibliográfica consultando en diferentes bases de datos como, MEDLINE, PUBMED, y el buscador SECYT. El resto de libros y bibliografía se detallan en el último apartado, al igual que a lo largo del texto.

Resultados/ Estado de la cuestión

Osteoporosis. Concepto

Según la definición Santodirocco, “la osteoporosis es una enfermedad generalizada del esqueleto, consistente en un conjunto de alteraciones cuantitativas (disminución de la masa ósea) y cualitativas (alteración de la microarquitectura del hueso, y tal vez de otros aspectos) que tiene como resultado un aumento en la fragilidad ósea, con la consiguiente tendencia a las fracturas” (Impallomeni y Santodirocco, 2003).

En realidad, entre los dos fenómenos (alteraciones cuantitativas y cualitativas) hay una íntima relación e interdependencia, ya que, dada la estructura del hueso (una pared externa, o hueso cortical, que alberga un entramado trabecular), la pérdida de masa ósea se establece a base del adelgazamiento de ambos elementos –pared y trabéculas– y de la pérdida de parte de éstas. La pérdida de algunas de las trabéculas rompe la interconexión del entramado trabecular, con lo que la carga mecánica que soporta el hueso deja de distribuirse de forma adecuada, con la consiguiente sobrecarga de las trabéculas que han permanecido. Este fenómeno hace que la disminución de la resistencia del hueso sea desproporcionadamente grande con relación a la que justificaría la pérdida de masa ósea por sí misma.

Pero el verdadero problema de esta enfermedad es que “la osteoporosis no es sólo una preocupación de ancianos, la lucha contra la misma comienza mucho antes de la mediana edad, y es una lucha que vale la pena” (Balderrama, 2006; Ramírez, 2006; Oria, 2006). Ya que comienza a desarrollarse en la edad adulta, aunque sus manifestaciones sean más acusadas en la vejez.

Si usamos la subdivisión que hace Impallomeni, Santodirocco, del año 2003, podríamos dividirla en los siguientes tres grupos:

Osteoporosis involucional o Primaria: cuando no se conoce la enfermedad que la ocasiona directamente. Se desarrolla por una pérdida excesiva de masa ósea en relación con la edad.

Osteoporosis Secundaria: cuando existe una enfermedad o causa específica que explica la pérdida de la densidad ósea, tal como: tratamiento esteroideo, tirotoxicosis, inmovilidad prolongada o alcoholismo.

Formas Raras: Osteoporosis Juvenil, Osteoporosis referida al Posparto (Impallomeni, Santodirocco, 2003).

Para hacernos una idea de la magnitud de esta enfermedad, podemos afirmar que “en España, aproximadamente 2 millones de mujeres y 500.000 varones sufren osteoporosis en la columna lumbar o en el cuello del fémur; es decir, casi un 13 % de la población femenina y un poco más del 4 % de la masculina. Además, de las personas que llegan a los 90 años, casi un 32 % de las mujeres y un 17 % de los varones sufren una fractura de cadera.” (Hermoso, 2000).

Síntomas de osteoporosis

En una etapa temprana de la enfermedad, la osteoporosis puede no causar síntomas. Con el paso del tiempo, puede comenzar causando un dolor sordo en los huesos o en los músculos, particularmente en la parte baja de la espalda o en el cuello.

Más tarde, en el transcurso de la enfermedad, pueden aparecer dolores agudos repentinos. El dolor puede que no se irradie (se extienda a otras áreas), puede ser agravado por realizar alguna actividad en la que se haya cargado peso sobre la zona dolorida, este dolor puede estar acompañado de sensibilidad y por lo general, comienza a desaparecer pasada una semana. El dolor puede durar más de tres meses.

Las personas con osteoporosis pueden olvidarse de alguna caída u otro trauma que podría haber causado una fractura de hueso, por ejemplo en la columna vertebral o en el pie. Las fracturas vertebrales

de compresión pueden dar lugar a una pérdida de altura debido a una postura encorvada (llamada joroba).

Las fracturas en otras zonas, como la cadera o los huesos de la muñeca, por lo general, son el resultado de una caída.

Primeros síntomas de la osteoporosis:

La pérdida de altura o la rotura de huesos con facilidad suelen ser los primeros signos de osteoporosis. La densidad ósea es un término que describe la solidez de tus huesos.

Lista de los síntomas de la osteoporosis:

La lista de los principales síntomas de la osteoporosis, obtenidos de varias fuentes, incluye:

Primeros síntomas: Carencia de síntomas, en muchos casos no hay ningún síntoma al principio. Dolor en las articulaciones. Dolores musculares.

Los síntomas de la debilidad de hueso en la osteoporosis avanzada son: Huesos frágiles. Huesos débiles. Fracturas - las fracturas se producen fácilmente. Dolor de espalda. Pérdida de altura. Deformación de la columna vertebral.

Causas de osteoporosis

Los huesos podríamos considerarlos como algo rígido, estable, de consistencia dura, en su fondo no es así son entes vivos que están en constante renovación. Las células que lo componen los osteoblastos y los osteoclastos son los responsables de este proceso continuo de renovación. Los osteoblastos son los encargados que formar el hueso y los osteoclastos se encargan de su descomposición, reabsorción. Cuando el equilibrio que existe entre ambos se altera, cosa que ocurre a partir de los cuarenta años de edad, la reabsorción suele ser más rápida por lo que se pierde densidad y fuerza ósea, ha este estado del hueso en el que es más rápida la reabsorción que la formación ósea es lo que conocemos como osteoporosis, que da lugar a huesos más porosos, a la pérdida de masa ósea como resultado del progresivo desequilibrio. Factores como la menopausia o una baja cantidad de masa ósea durante la edad adulta son determinantes en el desequilibrio de forma evidente, por lo que estas personas están más predisuestas a padecer esta patología.

Dentro de las patologías que pueden agravar esta condición se encuentra de forma destacada la menopausia, debido a la disminución de estrógenos, esta pérdida de estrógenos conlleva un avance importante en la destrucción de hueso. Si hacemos referencia a los estudios que hay del año 2.000, afirmar que sobre todo, las mujeres caucásicas y las asiáticas poseen una masa corporal muy inferior a la de los hombres y que la pérdida de hueso ocasiona que la resistencia sea menor y por consiguiente haya mayor riesgo de fracturas, sobre todo en muñecas, columna y cadera (Gullette-Guyonnet, Nourhasshemi, Lauque, Grandjean, 2000).

El calcio o el fósforo son minerales y proporcionan densidad y solidez a los huesos y por tanto si conseguimos mantener un aporte adecuado de ellos en la dieta favoreceremos que esa pérdida ósea se ralentice. También es fundamental mantener un aporte adecuado de calcitonina, vitamina D que es la encargada de favorecer la absorción del calcio y hormonas como la paratiroidea, los estrógenos en el caso de las mujeres y la testosterona en el de los hombres.” Los huesos aumentan su densidad hasta alcanzar su valor máximo alrededor de los 30 años de edad. A partir de entonces, la densidad disminuye lentamente. Cuando el organismo no es capaz de regular el contenido mineral de los huesos, éstos pierden densidad y se vuelven más frágiles, provocando osteoporosis”. (Balderrama, 2006; Fitz-Patrick, 2006; Oria, 2006; Rao, Murria, 2006; Packard, Heaney, 1997).

Factores de riesgo en la osteoporosis

Si no tenemos en cuenta los factores de riesgo, sus complicaciones, así como medidas apropiadas para corregirlos y /o prevenirlos no podemos avanzar en su prevención.

Factores de riesgo individuales:

Envejecimiento

Nuestra población cada vez más envejecida y más longeva hace que se ponga más de manifiesto este tipo de alteraciones que sin duda están relacionadas con el paso del tiempo. Como ya se mencionó previamente el tejido óseo está en constante renovación destruyendo tejido óseo viejo (osteoclastos) y creando tejido nuevo (osteoblastos), normalmente y hasta aproximadamente estos dos tipos celulares están en consonancia y armonía, en equilibrio, pero con el paso de los años este equilibrio se tambalea, siendo la destrucción más rápida que la formación de nuevo tejido óseo por lo que los huesos son cada vez más frágiles, porosos, con menor densidad ósea, este desequilibrio no comienza en la vejez, sino en la madurez, muchos años antes de que comiencen a aparecer sus consecuencias.

Menopausia

Etapa fisiológica que ocurre hacia los 50 años, aunque el rango va de 42-60. (Arreaza, Arreaza-Cardier, 2002).

“Los valores circulantes de estrona y estradiol descienden alrededor de un 25 y 75 %. Diferentes estudios han demostrado un incremento de las modificaciones óseas después de la menopausia. Estas incrementan el número de sitios bajo remodelación conduciendo a un incremento de las posibilidades de perforación trabecular y a la acelerada e irreversible pérdida de masa ósea” (Yang, Taxel, 2002; González, Serrano, Guañabens, 2000).

Sexo y raza

Si partimos de la base que las mujeres tienen menor masa y densidad ósea que los hombres, también cabe destacar que entre ellas hay estudios que indican que las de menor estatura y peso poseen una mayor probabilidad de padecer este deterioro más rápidamente.

La probabilidad también es mayor en nulíparas

Y si nos basamos en las razas hay estudios que indican que la probabilidad es más alta en las caucásicas y asiáticas que en las africanas, americanas o las de la zona mediterránea.

Si nos basamos en sus rasgos físicos tienen mayor probabilidad las mujeres de pelo claro o rojizo y las que presentan pecas.

Enfermedades

Hay enfermedades como el síndrome de Cushing, la diabetes mellitus, alteraciones hepáticas y/o renales, tumoraciones a nivel óseo o el hipertiroidismo pueden llevar asociadas una mayor pérdida ósea.

Factores relacionados con el estilo de vida:

Nutrición

“El calcio cumple funciones simultáneas en todo el organismo. Sus concentraciones séricas ocurren dentro de estrechos límites y muchas hormonas participan en su homeostasis. Se absorbe a nivel del duodeno bajo la acción de la vitamina D. En casos de depleción o disminución de su absorción el hueso actúa como buffer asegurando los niveles de calcio circulantes por la acción de la reabsorción osteoclástica. La ingestión diaria de calcio varía con los hábitos de una población a otra. La ingesta mínima para las necesidades del esqueleto es difícil de determinar, pero en general si la ingestión de calcio es muy baja, comienzan a operar mecanismos compensatorios como el incremento de Parathormona ocasionando efectos negativos sobre la masa ósea” (Yang, Taxel, 2002).

Tabaquismo

El consumo tabáquico es una de las mayores epidemias de nuestra época, y además se ha demostrado que aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad, debido a diversos factores como que las mujeres fumadoras experimentan una menopausia más temprana, o que normalmente son más delgadas lo que reduce la producción de estrógenos además de producir un mayor aclaramiento metabólico de los mismos, además el consumo de tabaco puede inhibir directamente la función de los osteoblastos en la formación ósea (Royal College, 2001; Compston, 2001).

Alcohol

El consumo de alcohol, principal droga legal de nuestra sociedad, se ha demostrado en diversos estudios que el consumo /abuso del alcohol influye negativamente en la proliferación de osteoblastos reduciendo la síntesis proteica en el hueso. También es importante recordar que el abuso de alcohol incrementa notablemente el riesgo de sufrir caídas (Royal College, 2001).

Clima

Como todos sabemos el sol es fundamental para la síntesis y activación de la vitamina D, que es la encargada de ayudar a absorber el calcio ingerido en la dieta, por tanto, en zonas geográficas donde hay más tiempo de luz solar, la probabilidad es más baja mientras que se incrementa en lugares como países nórdicos.

Nivel socioeconómico

Con nivel socioeconómico bajo, queremos hacer referencia a recursos insuficientes que conllevan una dieta más pobre e insuficiente en nutrientes básicos lo que conlleva aumento de probabilidad de padecer esta patología

Ejercicio físico

Más bien es este tema, hacemos referencia a la falta de ejercicio físico, ya que “ la falta de ejercicio conlleva la disminución del tejido óseo. Los ejercicios que implican soportar el peso corporal, como andar y subir escaleras, aumentan la densidad ósea. Por el contrario, los ejercicios como la natación, en los que no se soporta el propio peso, no parecen aumentar la densidad” (Balderrama, 2006; Fitz-Patrick, 2006; Oria, 2006; Rao, Murria, 2000; Russell, Rogers, Frith, 1999).

Tratamiento y prevención

Por todo esto queremos volver a hacer hincapié en la importancia de la prevención ya que sin duda es el mejor tratamiento para retardar su aparición, minimizar sus consecuencias y paliar los daños que conlleva en detrimento de la salud ya no solo de la sociedad que debe hacer frente al aumento exponencial de incapacidades, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación como de la persona que la padece. Por tanto no debemos olvidar fomentar una adecuada ingesta de calcio, vitamina D, y por su puesto la importancia del ejercicio físico, como puede ser simplemente el caminar a diario, si todo esto se fomenta durante la infancia, juventud incluso la madurez ya que favoreceremos que la pérdida ósea sea más lenta, mermando así sus complicaciones. Tampoco podemos olvidarnos de fomentar y vigilar el cuidado en las pacientes menopáusicas añadiendo en sus tratamientos aporte hormonal para prevenir el mayor riesgo de pérdida ósea que padecen estas pacientes, pero hay que recordar que estos tratamientos deben ser pautados por especialistas, precisando controles periódicos por parte de ginecología de ahí la importancia de un abordaje multidisciplinar de este tipo de pacientes.

Resultados

Como mencionamos al principio de nuestro trabajo de revisión bibliográfica sobre la osteoporosis, el objetivo era buscar conceptos sobre el tema a desarrollar, que nos facilite posteriormente llevar a cabo una lista de factores que puedan influir negativamente en el desarrollo de dicha patología y por supuesto y lo que centra este trabajo buscar forma, métodos, medidas que no ayuden a prevenir su aparición o al menos minimizar su desarrollo.

Pensamos que están bien descritos todos los factores de riesgo, tanto los fisiológicos como los medio ambientales, sabemos que debido a sus características es imprescindible una adecuada prevención y promoción de la salud de ahí el interés por dar a conocer, resaltar los aspectos básicos y fundamentales de esta patología en este tema

Conclusión

La osteoporosis es una enfermedad crónica y degenerativa que constituye importantes problemas de salud a nivel mundial, lo cual es inevitable y continuará aumentando a medida que envejece la población, con el consiguiente impacto económico sustancial.

En la revisión realizada se pone de manifiesto la osteoporosis es una enfermedad que por sus características particulares, no se diagnostica hasta que ya está muy avanzada, sobre todo cuando a través de sus complicaciones.

La mejor forma de paliar y minimizar sus daños a largo plazo es con la prevención temprana, es decir, desde niños dar pautas como fomento de ejercicio, ingesta de nutrientes ricos en calcio y al llegar a la madurez continuar realizando ejercicio físico que no precisa ser de grandes cargas ni esfuerzos, sino que con caminar 30 minutos diarios es suficiente, recordar a nuestros usuarios la importancia del aporte de calcio extra y suplementos vitamínicos que apoyen su absorción, a las señoras cuando alcanzan la menopausia la importancia de remarcar, reforzar todas las pautas dichas, incluso comentando con especialista por si precisa complementos hormonales.

Si queremos que nuestra población cada vez más envejecida siga siendo independiente no debemos olvidar de fomentar estos sencillos consejos a todos los usuarios ya que es una forma fácil, cómoda y barata de minimizar los riesgos tan graves que puede conllevar esta patología.

Referencias

- Bove S.E., Flatters S.J., Inglis J.J., Mantyh P.W. (2009). New advances in musculoskeletal pain. *New advances in musculoskeletal pain*, 60(1)187-201.
- Yoshimura N., Muraki S., Oka H., Kawaguchi H., Nakamura K., Akune T. (2010) Cohort profile: research on Osteoarthritis / Osteoporosis Against Disability study. *Int J Epidemiol* (pp. 988-995).
- Balderrama R.R. (2006). *Osteoporosis*. Madrid. España: Osteoporosis.
- Impallomeni M., Santodirocco A. (2003) Osteoporosis en el anciano. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38(1), 54-59.
- Ramírez M. (2006) *Evaluación y manejo de la osteoporosis*. Madrid: España: Osteoporosis.
- Oria E. (2006) Factores preventivos y nutricionales de la osteoporosis. Sección de Dietética y Nutrición Clínica. Pamplona; España: Hospital de Navarra.
- Hermoso de Mendoza M.T. (2000) Fractura de Cadera. Osteoporosis. Estudios imaginológicos. *Osteopor* 23(2) 59-63.
- Gullette-Guyonnet S., Nourhasshemi F., Lauque S., Grandjean H. (2000) Body composition and osteoporosis in elderly women. *Gerontology* (pp.189- 93).
- Fitz-Patrick D. (2006). Osteoporosis: No es sólo una preocupación de ancianos. *Endocrinología. Rev esp. Salud pub* 80(4), 23-29.
- Rao L., Murria T. (2000). Studies of human osteoblasts in vitro: estrogen actions and interactions with other hormones at different stages of differentiation. *Drug development research* 49(1), 174-86.
- Packard P.T., Heaney R. (1997) Medical nutrition therapy patients with osteoporosis. *J am diet assoc*.
- Arreaza Padilla R, Arreaza-Cardier R. (2002) Patogenia de la Osteoporosis. *Gaceta Médica Caracas*, 110(4), 453-464.
- Yang S., Taxel P. (2002) Osteoporosis in Older Men: An Emerging Clinical Problem. *Clinical Geriatrics*, 10(8) 67-75.
- González J., Serrano S., Guañabens N., y col. (2000) Enfermedades óseas. En: Farreras Rozman, Medicina Interna. 143 Edición Madrid. Harcourt, 2(1)1068-1075.
- Royal College of Physicians of London (2001) Osteoporosis. Clinical guidelines for prevention and treatment. RCP.
- Compston J. (2001) Update on the RCP's guidelines on osteoporosis. *Osteoporosis Review*, 9(1) 7-9.
- Russell R.G.G., Rogers M.J. y Frith J.C. (1999). The pharmacology of biphosphonates and new insights into their mechanisms of action. *J bone miner res* (pp. 53-65).
- Eastell R. (1998). Drug therapy: Treatment of ostmepausal osteoporosis. *New engl j med* (pp.736-746).
- Lewis Prince R. (1994). Estrogen effects on calcitropic hormones and calcium homeostasis. *Endocr rew* (pp.301-309).
- Lenchik L., Sartoris D. (1997). Currents concepts in osteoporosis. *AJR* (pp. 905-910).
- Eastell R. (1998). Drug therapy: Treatment of ostmepausal osteoporosis. *New engl j med* (pp.736-746).

