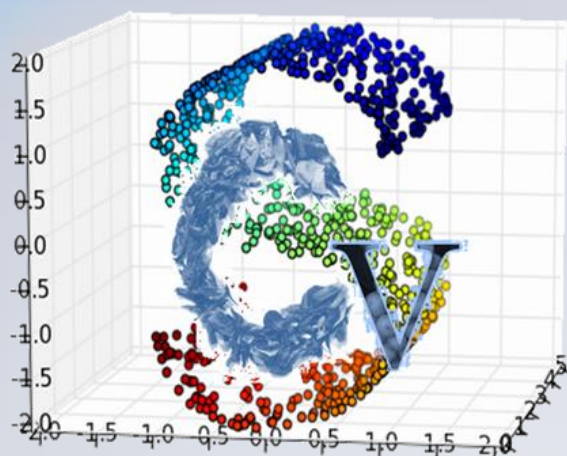


# **Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento Volumen III**



**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes  
M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado  
Isabel Mercader Rubio  
Ana Belén Barragán Martín  
Andrea Núñez Niebla**

**Edita: ASUNIVEP**





**Calidad de vida, cuidadores e intervención para  
la mejora de la salud en el envejecimiento**

**Volumen III**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes  
M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado  
Isabel Mercader Rubio  
Ana Belén Barragán Martín  
Andrea Núñez Niebla**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen III”, son responsabilidad única y exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-606-8850-1

Depósito Legal: AL 710-2015

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 ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA

### *CAPÍTULO 1*

Manejo y resultados de la terapia de orientación a la realidad.....19

Vanesa Guijarro Delgado, Mercedes Calleja Urbano, y Juan Alberto Puyana Domínguez

### *CAPÍTULO 2*

Experiencia en pacientes ancianos de terapia afectiva con animales .....25

Mercedes Calleja Urbano, Vanesa Guijarro Delgado, y Juan Alberto Puyana Domínguez

### *CAPÍTULO 3*

Envejecimiento sano: Estrés oxidativo/antioxidantes .....31

Eduardo Sánchez Sánchez, Elisabeth Ariza Cabrera, y Francisco Martín Estrada

### *CAPÍTULO 4*

Biomagnetismo médico: Medicina alternativa o complementaria para la salud y el anti-envejecimiento .....37

M<sup>a</sup> Isabel Platero Sáez, Ana Esther López Casado, Lucía Restoy Guil, Rosario Inmaculada Gimeno Mora, M<sup>a</sup> Noelia Sánchez Manzano, y Remedios Uribe Carreño

### *CAPÍTULO 5*

Calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple respondedores a Fampridina ...43

Emilio Molina Cuadrado, Pablo Nieto Guindo, y Amelia Alonso Marín

### *CAPÍTULO 6*

Protagonismo de la hormona del crecimiento en el proceso de envejecimiento .....53

María del Carmen Moreno López, Purificación Martínez Segura, Cristina Maldonado Úbeda, y Cristina Lozano Mengibar

### *CAPÍTULO 7*

El Tai Chi como herramienta útil en el envejecimiento activo .....59

Julia María Liria Fernández, Pedro Javier Guijarro García, y Arantzazu Sánchez Fernández

### *CAPÍTULO 8*

Equinoterapia en el anciano .....63

Pedro Javier Guijarro García, Arantzazu Sánchez Fernández, y Julia María Liria Fernández

### *CAPÍTULO 9*

Relación entre propiocepción y envejecimiento .....69

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

*CAPÍTULO 10*

Estrategias y control desde la enfermería domiciliaria para mantener unas condiciones óptimas en la vejez ..... 75

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

*CAPÍTULO 11*

Beneficios que aporta el animal como recurso para el mantenimiento de la calidad de vida tras la jubilación..... 81

Lidia Ruiz Calatrava, Juan Marcos Hernández López, Francisca López Gutiérrez, y Patricia Sánchez Alonso

*CAPÍTULO 12*

Las personas mayores ante la telemedicina ..... 87

Ana Isabel Lozano Zorrilla, Verónica Milagros Ramos Parra, y Paula del Carmen Espinoza Serrano

*CAPÍTULO 13*

Influencia de la hemodiálisis en la calidad de vida y técnicas de afrontamiento de pacientes mayores..... 93

Isabel María Molina Martínez, Margarita Torres Amengual, y Beatriz García Maldonado

*CAPÍTULO 14*

Aportaciones de los alumnos universitarios mayores a las políticas de innovación curricular ..... 99

M<sup>a</sup> Isabel Luis Rico, M<sup>a</sup> del Camino Escolar Llamazares, Carmen Palmero Cámara, y Tamara de la Torre Cruz

*CAPÍTULO 15*

Envejecer bien física, psicológica y socialmente..... 111

María José Cobos Carvajal, Almudena López Castaño, e Inmaculada López Caler

*CAPÍTULO 16*

La vejez: Visto desde una perspectiva sanitaria y sociosanitaria..... 117

Ana García López, Margarita Torres Amengual, Casilda Antonia Martínez Fernández, Trinidad Luque Vara, e Inmaculada González Morales

*CAPÍTULO 17*

Calidad de vida y menopausia ..... 125

Alba Rivas Jerez, Jesús Arco Arredondo, María de los Ángeles Rodríguez Pérez, Isabel López Martín, y Vanessa Cantos Uncala

*CAPÍTULO 18*

Los jóvenes y sus estereotipos negativos y miedos hacia la vejez ..... 133

Margarita Torres Amengual, Antonia Borbalán Gálvez, Casilda Antonia Martínez Fernández, Trinidad Luque Vara, e Inmaculada González Morales

*CAPÍTULO 19*

Una nueva salida tras la jubilación el envejecimiento activo. A propósito de un caso .. 139

María Jesús Larios Montosa, María Deseada Caballero León, y Patricia Macía García

*CAPÍTULO 20*

Cómo afecta en la salud de abuelos canguro el cuidado de sus nietos ..... 145

M<sup>a</sup> Inmaculada Romero Quirantes, M<sup>a</sup> Isabel Serrano Carrillo, e Inmaculada Godoy Gómez

*CAPÍTULO 21*

Influencias psicológicas al envejecer y adaptación a la institucionalización: Revisión sistemática para mejorar el cuidado de enfermería ..... 151

Luis Jesús Martín González, Almudena Dolores Alférez Maldonado, Francisco Luis Montes Galdeano, Jenifer Martín González, y Isabel María Jodar López

*CAPÍTULO 22*

Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud del alumnado de las sedes de Burgos y Aranda de Duero del programa interuniversitario de la experiencia de la Universidad de Burgos..... 159

Vanesa Baños Martínez y Tamara de la Torre Cruz

*CAPÍTULO 23*

Mejorar la calidad de vida mediante la detección de la fragilidad durante el envejecimiento en pacientes renales ..... 169

M<sup>a</sup> Isabel Torres Fernández, Francisca Miralles Martínez, y Manuel David Sánchez Martos

*CAPÍTULO 24*

Universidad de la experiencia promoviendo calidad de vida: Un análisis de las personas mayores en la Universidad de Barcelona ..... 177

Lígia Carreira y Montserrat Puig Llobet

*CAPÍTULO 25*

Medición de la salud percibida: Indicador único vs. múltiple ..... 185

Melchor Gutiérrez, Laura Galiana, Amparo Oliver, Patricia Sancho, y José M. Tomás



*CAPÍTULO 26*

Estabilidad de la satisfacción vital y su relación con la salud y el bienestar subjetivo en el adulto mayor ..... 191

Patricia Sancho, José M. Tomás, Melchor Gutiérrez, Amparo Oliver, y Laura Galiana

*CAPÍTULO 27*

Esteretipos hacia la vejez del alumnado de terapia ocupacional de Cáceres ..... 199

Teresa M<sup>a</sup> Gómez Carroza y Ana Isabel González Contreras

*CAPÍTULO 28*

Personas mayores y tecnologías emergentes ..... 207

Susana Agudo Prado

*CAPÍTULO 29*

Análisis del uso de internet en las generaciones mayores en los últimos años ..... 215

M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Ana Belén Barragán Martín, M<sup>a</sup> del Carmen Pérez-Fuentes, José Jesús Gázquez Linares, Francisco Soler Flores, Isabel Mercader Rubio, Nieves Gutiérrez Ángel, y Andrea Núñez Niebla

*CAPÍTULO 30*

Escuelas de verano, para el fomento del envejecimiento activo ..... 221

Ana Cristina Zamora Castillo

*CAPÍTULO 31*

Aulas itinerantes culturales ..... 231

Ngoc Chan Hoang Pham

*CAPÍTULO 32*

Envejecimiento del sistema neuroendocrino ..... 241

Cristina Maldonado Úbeda, M<sup>a</sup> Cristina Lozano Mengíbar, M<sup>a</sup> del Carmen Moreno López, y Purificación Martínez Segura

*CAPÍTULO 33*

Acción anti aging de la melatonina ..... 247

Purificación Martínez Segura, Cristina Maldonado Úbeda, M<sup>a</sup> Cristina Lozano Mengíbar, y M<sup>a</sup> Carmen Moreno López

*CAPÍTULO 34*

Proyecto intergeneracional para el desarrollo de competencias emprendedoras en el ámbito rural ..... 255

Jonathan Huelmo García, Sara Barbén Saiz, M. Isabel Luis Rico, y Carmen Palmero Cámara

*CAPÍTULO 35*

Afrontamiento positivo como predictor de resiliencia en adultos mayores: Caso Cd. Victoria, Tamaulipas. México.....263

Olga Lidia Banda González, Cinthya Patricia Ibarra González, Magdalena Hernández Ramírez, Flor Esthela Carbajal Mata y Ma. De Jesús Lilia Nieto Ledesma

*CAPÍTULO 36*

Perspectiva de género al final de la vida: punto de partida en el cuidado.....271

M<sup>a</sup> Angustias Díaz Santos, Sonia García Navarro, Miriam Araujo Hernández, Esperanza-Begoña García Navarro y Rosa Pérez Espina

**CUIDADOS Y CUIDADORES EN EL ENVEJECIMIENTO**

*CAPÍTULO 37*

La importancia de la mujer en los cuidados de enfermos con Alzheimer desde la perspectiva del análisis de las redes sociales – ARS.....279

Jaime Llopis Cañameras

*CAPÍTULO 38*

Necesidades sobre salud de los cuidadores de personas con parálisis cerebral en proceso de envejecimiento .....287

María Yolanda González-Alonso

*CAPÍTULO 39*

Limitaciones del mayor: Cuidado formal e informal y legislación vigente .....295

Sagrario Gómez Cantarino, Ana M<sup>a</sup> Carrobles García, Minerva Velasco Abellán, y Sara Romero Valencia

*CAPÍTULO 40*

Motivos para el cuidado de personas mayores dependientes .....301

Catalina López Martínez, Lourdes Moral Fernández, y Sara Moreno Cámara

*CAPÍTULO 41*

Ayudando al cuidador a cuidarse .....309

Patricia Montiel Crespo, Rosa Lidia Escalona Prieto, Nuria Infante Chacón, y Rocío Sánchez Martín

*CAPÍTULO 42*

Cuidados familiares del anciano dependiente en su domicilio y nivel de sobrecarga....313

Margarita Torres Amengual, Beatriz Hernández Martínez, Casilda Antonia Martínez Fernández, e Inmaculada González Morales

*CAPÍTULO 43*

Cuidadores informales y “sobrecarga intensa” asociada al cuidado de personas dependientes ..... 319

Patricia Macía García, María Deseada Caballero León, y María Jesús Larios Montosa

*CAPÍTULO 44*

Programa experimental de prevención del “síndrome del cuidador” en la enfermedad de Alzheimer. El paciente oculto..... 327

Isabel Gutiérrez Martínez

*CAPÍTULO 45*

¿Qué sienten las personas cuidadoras cuando tienen que hacerse cargo del cuidado de un familiar mayor dependiente? ..... 335

Lourdes Moral Fernández, Sara Moreno Cámara, y Catalina López Martínez

*CAPÍTULO 46*

Influencia de un programa de terapia ocupacional en el nivel de sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera ..... 341

Lydia M<sup>a</sup> Martín Martín, Concepción Rubiño García, Noelia Galiano Castillo, e Irene Cantarero-Villanueva

*CAPÍTULO 47*

Experiencia vivida por cuidadores de adultos mayores con discapacidad. Aproximación cualitativa ..... 347

M<sup>a</sup> de Jesús Lilia Nieto Ledesma y Manuel Lillo Crespo

*CAPÍTULO 48*

Impacto del cuidado de pacientes crónicos, en la salud de las personas cuidadoras ..... 355

María López Cano, María Dolores Ruiz Fernández, Antonia Fernández Leyva, y Dolores Hernández Martínez

*CAPÍTULO 49*

Los problemas en el cuidado familiar a una persona afectada por demencia: Una revisión sistemática de la literatura ..... 361

Sara Moreno Cámara, Lourdes Moral Fernández, y Catalina López Martínez

*CAPÍTULO 50*

Dependencia del cuidador tras la pérdida del anciano ..... 367

Yolanda Cánovas Padilla, Irene Hita García, y Jesús García Redondo

## DETERIORO COGNITIVO, ALZHEIMER Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA

### *CAPÍTULO 51*

Estimulación cognitiva: una revisión sistemática en dos bases de datos de la producción literaria en español de los últimos cinco años .....375

M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes, José Jesús Gázquez Linares, Francisco Soler Flores, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Isabel Mercader Rubio y Andrea Núñez Niebla

### *CAPÍTULO 52*

Diagnóstico y valoración del anciano con demencia .....383

Guillermina Ación Valdivia, Cándida Martínez Ferrón, Ángeles Bonilla Maturana, y Montserrat Gabín Benete

### *CAPÍTULO 53*

Papel de la acetilcolina en las demencias.....389

Carmen Rocío García García, Carmen García Gálvez, Sandra Muñoz De La Casa, y María Francisca García López

### *CAPÍTULO 54*

Alzheimer, música y palabra. De momento sólo podemos prevenir .....395

Ana Mercedes Vernia Carrasco y Manuel Martí Puig

### *CAPÍTULO 55*

Fármacos anticolinérgicos y deterioro cognitivo en los enfermos de demencia tipo Alzheimer .....401

M<sup>a</sup> Francisca García López, Carmen Rocío García García, Carmen García Gálvez, y Sandra Muñoz de la Casa

### *CAPÍTULO 56*

Beneficios de los programas universitarios para mayores sobre la capacidad de memoria .....409

Cristina Vilaplana Prieto

### *CAPÍTULO 57*

Uso de fármacos anticolinérgicos y falsos diagnósticos del síndrome demencial en la población anciana .....419

Myriam Gallego Galisteo, Victoria Vázquez Vela, Alberto Villa Rubio, y Carlos Núñez Ortiz

### *CAPÍTULO 58*

Abordaje terapéutico de la demencia .....425

Carlos Núñez Ortiz, Myriam Gallego Galisteo, y Eloisa Márquez Fernández

*CAPÍTULO 59*

- Beneficios de la estimulación cognitiva en la demencia: Revisión sistemática..... 431  
M<sup>a</sup> del Carmen Heredia Mayordomo, Begoña Lorenzo Guerrero, y Catalina M<sup>a</sup> Egea Parra

*CAPÍTULO 60*

- Patología asociada en pacientes que padecen Alzheimer: El bruxismo..... 437  
Darío Pérez Ortiz y María Esther Rodríguez Priego

*CAPÍTULO 61*

- Factores de riesgo y prevención de la demencia..... 443  
María Isabel Archilla Castillo, Mónica Archilla Castillo, y José Carlos Rodríguez Ruiz

*CAPÍTULO 62*

- Principales medidas diagnósticas para la demencia en el ámbito sanitario ..... 451  
Mónica Archilla Castillo, María Isabel Archilla Castillo, y José Carlos Rodríguez Ruiz

*CAPÍTULO 63*

- Diferencias de género en el deterioro funcional y cognitivo de los ancianos no institucionalizados ..... 459  
María Rosario Román-Gálvez, Ana Isabel Molina-Medina, y Candelaria Arco-Arenas

*CAPÍTULO 64*

- Actualizaciones terapéuticas y cuidados integrales en pacientes con demencia fronto-temporal..... 467  
Juan Alberto Puyana Domínguez, Mercedes Calleja Urbano, y Vanesa Guijarro Delgado

*CAPÍTULO 65*

- ¿Se pueden prevenir las demencias?..... 473  
Irene Hita García, Jesús García Redondo, y Yolanda Cánovas Padilla

*CAPÍTULO 66*

- Nuestra intervención sobre la detección del anciano renal frágil y su deterioro cognitivo para la mejora de su salud..... 479  
Isabel M<sup>a</sup> Pérez Guirado, Francisca Miralles Martínez, y Manuel David Sánchez Martos

*CAPÍTULO 67*

- Etiología y tratamientos de la enfermedad de Alzheimer, una patología en auge ..... 487  
Alberto Sánchez Mellado, Luisa María López Trinidad, y Catalina Liria Haro

*CAPÍTULO 68*

- Importancia del ejercicio físico en el envejecimiento cognitivo..... 495  
Carmen M<sup>a</sup> Pérez Cano, Magdalena Bacas Ruíz, y Rocío Casares Miranda

<i>CAPÍTULO 69</i>	
Demencia en ancianos e institucionalización.....	501
Cándida Martínez Ferrón, Ángeles Bonilla Maturana, Montserrat Gabín Benete, y Guillermina Acién Valdivia	
<i>CAPÍTULO 70</i>	
Tratamiento en la enfermedad de Alzheimer .....	507
Manuel Payán Ortiz, José Manuel Romero León, Cintia Martínez Mateu, Paloma Victoria Hidalgo Pérez, y Purificación Sánchez López	
<i>CAPÍTULO 71</i>	
Conviviendo con un anciano con demencia.....	513
Ángeles Bonilla Maturana, Montserrat Gabín Benete, Guillermina Acién Valdivia, y Cándida Martínez Ferrón	
<i>CAPÍTULO 72</i>	
Trabajo terapéutico asistido con perros en personas afectadas con enfermedad de Alzheimer .....	521
Arantzazu Sánchez Fernández, Julia María Liria Fernández, y Pedro Javier Guijarro García	
<i>CAPÍTULO 73</i>	
Práctica asistencial de enfermería en pacientes con demencias .....	527
M <sup>a</sup> Isabel Serrano Carrillo, Inmaculada Godoy Gómez, y M <sup>a</sup> Inmaculada Romero Quirantes	
<i>CAPÍTULO 74</i>	
Enfermedad de Alzheimer: síntomas, diagnóstico y biomarcadores .....	535
Purificación Sánchez López, Manuel Payán Ortiz, José Manuel Romero León, Cintia Martínez Mateu y Paloma Victoria Hidalgo Pérez	

**ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD EN EL  
ENVEJECIMIENTO**

<i>CAPÍTULO 75</i>	
Violencia de género en mujeres mayores .....	543
Berta García López, Carmen Tamara González Fernández, Isabel María Fernández Medina, y Rocío González Bolívar	

<i>CAPÍTULO 76</i>	
Repercusión de la soledad en el anciano .....	547
Lidia García Ruiz, Alda Aguilera Gázquez, y Cristina Hernández Guerrero	
<i>CAPÍTULO 77</i>	
Depresión e insomnio en el paciente oncológico.....	553
Dulcenombre Morcillo Mendoza, Francisco Javier Lozano Martínez, y Juana Morcillo García	
<i>CAPÍTULO 78</i>	
La motivación en la edad adulta: Influencia en el desarrollo de las competencias del paciente en la terapia ocupacional y fisioterapia .....	559
Marta María Moya Lara, Inmaculada Quiralte Jiménez, y Rosa Gema Muñoz Muñoz	
<i>CAPÍTULO 79</i>	
Consecuencias en la salud de las personas ancianas que sufren malos tratos en el hogar .....	565
Concepción Aroca-Montolío, Concepción Ros Ros, y Jacobo Sánchez López	
<i>CAPÍTULO 80</i>	
Manejo de las adicciones en el adulto mayor desde la Atención Primaria de salud .....	573
M <sup>a</sup> Luisa Ballesta Fernández, Minerva Hernández Sánchez, Patricia Pastor Muñoz, y Noemí Gil Fernández	
<i>CAPÍTULO 81</i>	
Depresión y envejecimiento .....	577
Esther Lerma Ortega, Inmaculada Moreno Almagro, y Diana Manzanares Romero	
<i>CAPÍTULO 82</i>	
Actitudes de los estudiantes del máster de gerontología social ante la depresión del anciano.....	583
María Blanca Echeverría Morrás y Yolanda Marcén Román	
<i>CAPÍTULO 83</i>	
Síndrome Confusional Agudo asociado al ingreso hospitalario y cómo paliarlo .....	591
María Isabel Monreal Velázquez, María del Mar Chumilla Temprano, y Elena Martín Quirantes	
<i>CAPÍTULO 84</i>	
Cuidados del paciente anciano en unidades agudas de psiquiatría .....	597
José Francisco Pavón Calvin, Antonio Gutiérrez Aguilar, y M <sup>a</sup> Carmen Puertollano García	

<i>CAPÍTULO 85</i>	
La depresión en el anciano.....	605
Catalina María Egea Parra, Begoña Lorenzo Guerrero, y María del Carmen Heredia Mayordomo	
<i>CAPÍTULO 86</i>	
Artritis reumatoide: El significado que una paciente le da a su enfermedad .....	611
Dionisa Casquet Román, María del Mar Acosta Amorós, Jesús Mateo Segura, Carmen Alicia Granero Sánchez, Raquel Arquero Jerónimo, y Ana Belén Soto Quiles	
<i>CAPÍTULO 87</i>	
La soledad del anciano de nacionalidad inglesa .....	617
Raquel Arquero Jerónimo, Jesús Mateo Segura, Dionisia Casquet Román, María del Mar Acosta Amorós, Ana Belén Soto Quiles, y Carmen Alicia Granero Sánchez	
<i>CAPÍTULO 88</i>	
¿Cómo influye la insuficiencia renal crónica en el estado anímico de los pacientes? ...	623
Rocío González Bolívar, Isabel María Fernández Medina, Carmen Tamara González Fernández, y Berta García López	
<i>CAPÍTULO 89</i>	
Apoyo social percibido y bienestar del adulto mayor .....	629
Cinthya Patricia Ibarra González y Manuel Lillo Crespo	
<i>CAPÍTULO 90</i>	
La depresión geriátrica y sus peculiaridades.....	635
M <sup>a</sup> Rosa Sánchez-Waisen Hernández, Consuelo Ibáñez Allera, Diego Ramón Dueñas Alcalá, y Francisco Javier Zamora Rodríguez	
<i>CAPÍTULO 91</i>	
Suicidio en ancianos .....	643
Verónica Milagros Ramos Parra, Ana Isabel Lozano Zorrilla, y Paula del Carmen Espinoza Serrano	
<i>CAPÍTULO 92</i>	
Trastornos cognoscitivos asociados a la edad. Pseudodemencia depresiva en paciente anciano.....	651
Silvia Sánchez Radío	
<i>CAPÍTULO 93</i>	
Síndrome Confusional Agudo en un paciente anciano tratado con moxifloxacino: Notificación de un caso y revisión de la literatura .....	659
Pablo García López, Emilia Arana Asensio, Francisco García del Pozo, y M <sup>a</sup> Esperanza del Pozo Gavilán	



<i>CAPÍTULO 94</i>	
Los trastornos de conducta alimentaria en mujeres mayores.....	667
Lydia Sánchez Prieto, Carmen Orte Socias y Margarita Vives Barceló	
<i>CAPÍTULO 95</i>	
La realidad del maltrato familiar a personas mayores .....	675
Rosario Castilla Mora y María de las Olas Palma García	
<i>CAPÍTULO 96</i>	
Tratamiento de enfermería ante el Síndrome Confusional Agudo: Pacientes y cuidadores.....	683
Cristina Hernández Guerrero, Alda Aguilera Gázquez, y Lidia García Ruiz	
<i>CAPÍTULO 97</i>	
Las fobias y los miedos en la edad avanzada.....	689
Alda Aguilera Gázquez, Cristina Hernández Guerrero, y Lidia García Ruiz	
<i>CAPÍTULO 98</i>	
Profesionales y diversidad cultural: La población gitana local.....	695
Antonia Pérez-Lázaro y Ana María Núñez-Negrillo	
<i>CAPÍTULO 99</i>	
Trastornos del sueño en el envejecimiento: Valoración y tratamiento del insomnio por enfermería.....	705
Juan Carlos Benítez González, M <sup>a</sup> Pilar Tierra Burguillo y Zahira Villa Campos	
<i>CAPÍTULO 100</i>	
El sueño en el anciano. Propuesta de mejora.....	711
Adelaida Reyes Leiva, Alicia Manchón Mateos, y Carmen María Martínez Álvarez	
<i>CAPÍTULO 101</i>	
Psiquiatría forense en el anciano .....	717
Diego Ramón Dueñas Alcalá, Consuelo Ibáñez Allera, y María Rosa Sánchez-Waisen Hernández	
<i>CAPÍTULO 102</i>	
Maltrato a los mayores en el medio familiar .....	723
Luisa María López Trinidad, Alberto Sánchez Mellado y Catalina Liria Haro	

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA**



## CAPÍTULO 1

### Manejo y resultados de la terapia de orientación a la realidad

Vanesa Guijarro Delgado\*, Mercedes Calleja Urbano\*, y Juan Alberto Puyana Domínguez\*\*

\*Residencia "Nuestra Señora del Rosario" de Los Barrios, Cádiz (España),

\*\*Hospital de La Línea, Cádiz (España)

Dentro de los Componentes de Ejecución, definidos en la Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional (terminología común de la profesión), en su apartado B sobre Integración Cognitiva y componentes cognitivos, y por tanto, como uno de los campos de acción definidos para el terapeuta, encontramos la Orientación (AOTA, 1989).

La Terapia de Orientación a la Realidad (TOR) es un conjunto de técnicas mediante las cuales un sujeto concreto es consciente de su ubicación en un momento determinado del tiempo (lo que conocemos coloquialmente como orientación temporal), y en un lugar determinado (o dicho de otra manera, su orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal), proporcionándole de esta manera un mayor conocimiento de su entorno inmediato y provocando de manera secundaria una elevación del autocontrol y de la autoestima (Folsom, 1966). Ha sido una de las terapias más evaluadas en los últimos tiempos, existiendo un primer ensayo randomizado en el que ya se mostró el efecto positivo de las sesiones de TOR en un grupo de pacientes (Brook, 1975).

Esta terapia concreta, busca la disminución de la falta de orientación espacial y temporal mediante la estimulación constante del paciente con información veraz sobre el mundo que le rodea. Diversos estudios señalan los beneficios de esta terapia. Incluso de manera reciente, podemos observar que el mantenimiento de esta intervención a lo largo del tiempo, proporciona mayores beneficios (Zanetti, 1998). No obstante hay que señalar que existen resultados ligeramente contradictorios en cuanto a su efectividad, que deben ser tomados en consideración antes de llevar a cabo alguna experiencia de este tipo (Gerber, 1991; Baldelli et al., 1993).

El sujeto recibe información de la realidad que se puede clasificar de tres maneras diferentes:

a) Relativa al tiempo.

Información referente a la fecha actual (día, mes, año), a la estación climática, a festividades recientes o próximas en el calendario. Suele hacerse referencia e hincapié en las costumbres y rutinas habituales, programándose las actividades a realizar en próximas fechas.

b) Relativa al espacio.

Información referente al su domicilio actual, domicilios anteriores, sitios de frecuentación, e itinerarios de viaje diarios. Informamos igualmente sobre la ubicación de cada una de las habitaciones existentes en el hogar o en el centro de terapia

c) Relativa a sí mismo.

Sobre su nombre y apellidos completos, nombre de familiares y conocidos, datos familiares relevantes, ocupación laboral y formación académica recibida.

Modalidades de Terapia de Orientación a la Realidad (TOR): Existen dos modalidades:

- La **Terapia 24 horas de OR**, que es de una naturaleza informal pero muy constante en el tiempo. En ella, el familiar o cuidador se encarga de recordar los datos de orientación en cada situación de interacción que lo permite. Por ejemplo, recuerda al paciente datos sobre el momento del día, las tareas que van a realizar, o sobre la temperatura que hay en el exterior.

- La **TOR formal** se desarrolla en sesiones dirigidas por un terapeuta especializado, con unas actividades programadas que propician la orientación. Emplean materiales y referencias externas que

ayudan a ese fin, como relojes, calendarios, etc. Se discuten en grupo diferentes temáticas que redundan en una mejora de la orientación, como las festividades recientes o las ropas apropiadas para cada estación del año.

Los efectos positivos de la OR son conductuales y cognitivos (Spector et al, 2000). Mediante este tipo de terapias se reduce la confusión y se evita la desconexión del entorno. Además está especialmente indicada y es apropiada en diversas formas de demencia y en trastornos cognitivos variados.

### *¿Por qué emplear una Terapia de Orientación a la Realidad?*

La pérdida de memoria y de otras funciones mentales y cognitivas, son habituales en pacientes afectados por la Enfermedad de Alzheimer, afectándose concretamente las AVD del paciente que desemboca en una situación de dependencia progresiva y final. En cuanto a la conducta del individuo, la enfermedad provoca una serie de síntomas que redundan en un aumento de la carga para los cuidadores y familiares directos, que viven día a día con la enfermedad, e incluso con la propia sociedad que encuentra en la institucionalización de estos pacientes, una solución a este tipo de problemas.

Pero el deterioro cognitivo y conductual no es algo exclusivo del Alzheimer. Otros tipos de demencias (con cuerpos de Lewy, vascular, frontotemporal...) acusan este tipo de síntomas, que alcanzan en muchas ocasiones la dependencia funcional del paciente, que precisa una progresiva implicación familiar en los cuidados (Romero, 2003; Durante, 2004).

El tratamiento de esta sintomatología, ha experimentado un claro avance en la última década, mediante fármacos que consiguen controlar, aunque de manera temporal, este tipo de alteraciones, tal es el caso de los inhibidores de acetilcolinesterasa. Pero mientras la ciencia no avance lo suficiente como para encontrar una curación definitiva a la enfermedad, es necesario implantar una perspectiva multidisciplinar que aborde toda la problemática conductual y funcional de los pacientes, así como el conflicto familiar que se genera (Francés et al., 2003).

La implantación de la Terapia de Orientación a la Realidad como técnica de estimulación cognitiva, es una necesidad para llevar a cabo la dinámica habitual en el día a día de un centro de régimen interno, como es una residencia para personas mayores, porque la mayoría de los residentes no salen a la calle, no reciben otra estimulación que no provenga de las instalaciones del centro y necesitan sentirse orientados, para poder hacer una vida normal dentro del centro (Breuil, 1994).

Por ello, esta terapia forma parte del programa básico de terapia ocupacional.

### **Objetivo**

En la presente comunicación hemos pretendido mostrar cómo es el día a día de la aplicación de la TOR en una Residencia de Ancianos, destacando los efectos beneficiosos que hemos detectado en los pacientes que han participado en estas actividades, así como los no relevantes. Pretendemos, igualmente, acercar el conocimiento de este tipo de técnicas a otras categorías profesionales en aras de conseguir estrategias convergentes que ayuden a aumentar la calidad de vida de nuestros ancianos.

### **Metodología**

Para la realización de esta revisión se han consultado como fuentes, las bases de datos de Dialnet y Pubmed-Medline, ISOC, Scielo y Taylor & Francis, mediante la búsqueda concreta de términos relativos a “terapia orientación realidad”, encontrándose en esta búsqueda 5 artículos científicos. Posteriormente se realizó una nueva búsqueda introduciendo las palabras “terapia estimulación cognitiva”, encontrándose 22 artículos científicos y 2 tesis. Se ha efectuado la búsqueda para artículos escritos en español e inglés. En principio, la TOR se puso en marcha para trabajar a cualquier nivel de funcionamiento cognitivo. Nos basamos, para su aplicación, en la ejecución de técnicas de repetición de consignas, estímulos, órdenes y actos que refuerzan la percepción del paciente de sus objetos familiares y de su entorno inmediato. La terapia abarca un amplio espectro de afectación, aplicándose desde un

deterioro cognitivo muy grave, hasta un grado de deterioro cognitivo leve. Para llevarlo a cabo, en nuestro centro, las sesiones dividen según el daño a nivel cognitivo, existiendo sesiones grupales y sesiones individuales. El sistema utilizado para dividir los grupos según el deterioro cognitivo, es la prueba psicométrica del test MEC-35, y los resultados obtenidos de su aplicación extrapolan posteriormente a la escala global de deterioro GDS de Reisberg.

Las **sesiones individuales**, son utilizadas para aquellos residentes que padecen un deterioro cognitivo grave, con un GDS de 6 y 7, y que se encuentran en sus habitaciones haciendo vida camasillón, siendo residentes con las siguientes características:

*GDS 6: Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave:*

- Pueden olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo.
- No serán conscientes de acontecimientos y experiencias recientes.
- Retienen algún tipo de recuerdo de su vida pasada, pero suelen ser poco precisos.
- Generalmente, no son conscientes de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.
- Tienen dificultad para contar desde el 10 hacia atrás y, a veces hacia delante.
- Requerirán asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo pueden presentar incontinencia, o precisan apoyo para la deambulación, aunque en contadas ocasiones podrán desplazarse por sus propios medios y sin ese apoyo a sitios conocidos.
- Suelen presentar cambios en la dinámica diurna.
- Son capaces de distinguir con relativa frecuencia a las personas que conocen.
- Son capaces de autorreconocerse e identificarse correctamente, con nombre y apellidos.
- En muchas ocasiones aparecen alteraciones de personalidad y/o emocionales variables, tales como:
  - a) Delirios, como hablar con personajes imaginarios, o identificar a personas de su entorno como impostoras.
  - b) Obsesiones, como repeticiones de determinada acción a lo largo del día.
  - c) Ansiedad, nerviosismo, irritabilidad llegando incluso a la violencia, sin existencia previa de la misma.
  - d) Estado abúlico, con disminución de la fuerza de voluntad.

*GDS7: Deterioro cognitivo muy grave:*

- En el curso de este estadio se pierden todas las habilidades verbales. Al principio de esta fase se verbalizan palabras y frases muy concretas, mientras que en los momentos finales el lenguaje desaparece para instaurarse una comunicación por sonidos guturales y gruñidos.
- Falta de control urinaria y/o fecal. Precisan ayuda para la higiene y para la alimentación.
- En momentos avanzados de esta fase, el paciente va perdiendo habilidades motoras importantes, como la capacidad de deambular.
- El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparición corriente de sintomatología de tipo neurológica generalizada y cortical.
- El sujeto experimenta una agitación no verbal, con pasividad.

Con las **sesiones grupales**, se trabaja un deterioro cognitivo leve-moderado, desde un GDS de 2 a uno de 5:

*GDS 2: Deterioro cognitivo muy leve/olvido benigno senil:*

- Subjetivamente aparecen demandas de pérdida de memoria, principalmente en cuestiones como:
    - El paciente olvida el lugar concreto donde ha dejado algún objeto familiar.
    - El paciente no recuerda nombres de familiares.
    - Durante la realización de la entrevista clínica, no se evidencia objetivamente un déficit de memoria.
    - Ni en el trabajo, ni en situaciones de tipo social, se evidencia déficit.
- Actitud apropiada respecto a su sintomatología.

*GDS 3: Deterioro cognitivo leve/compatible con enfermedad de Alzheimer en fase inicial:*

Aparecen las primeras alteraciones claras en más de una de las áreas siguientes:

- Es habitual que se extravíe cuando viaja a lugares no conocidos.
- Se hace evidente su bajo rendimiento laboral.
- Se evidencian las pérdidas de vocabulario y el olvido de nombres.
- Se recuerda poco contenido una vez que termina la lectura del párrafo de un libro.
- Existe un déficit del recuerdo en cuanto a nombres de personas con las que se acaba de entablar relación.
- Es habitual la pérdida de objetos de valor.
- Se evidencia una alteración en la capacidad de concentración.
- Se evidencia una disminución clara de la memoria a través de una entrevista.
- Hay un déficit en el rendimiento laboral y en el social.
- El paciente no reconoce las alteraciones y déficit en distintas áreas.
- Se produce una aparición de ansiedad leve a moderada que acompaña al resto de síntomas.

*GDS 4: Deterioro cognitivo moderado/demencia leve:*

- en las siguientes áreas:
- Déficits evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica. Estos déficits son claros y manifiestos
  - Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.
  - Puede presentar algunas pérdidas en el recuerdo de su historia personal.
  - Déficit en la concentración, que se hace evidente en la ejecución de series.
  - Disminución de la capacidad para viajar y en el manejo de las finanzas, etc.
  - El paciente no es capaz de realizar tareas que sean complejas.
  - Su estrategia de defensa radica en el uso continuado de la negación.
  - No hay respuesta afectiva y el paciente se retrae ante situaciones donde la exigencia aumenta.

Sin embargo no se suelen encontrar déficit en terrenos como:

- Orientación tanto en lo referente al tiempo como a la propia persona.
- Reconocimiento tanto de personas de su entorno como rostros de cuidadores y familiares.
- Deambulación del paciente hacia lugares que le son conocidos.

*GDS 5: Deterioro cognitivo moderadamente grave/demencia moderada:*

- El paciente precisa ya, de continuo, algún tipo de ayuda.
- El paciente no puede recordar momentos importantes de su vida en el momento actual tales como su domicilio o como el número de teléfono (a pesar de que pueda tenerlo hace años) o los nombres de familiares, cuidadores y personas cercanas...
- Es habitual la presencia de cierta desorientación temporal o espacial.
- Dificultad para contar hacia atrás empezando desde el 40 haciendo la resta de 4 en 4 o desde el 20 haciéndolo de 2 en 2.
- Aun así, los pacientes en esta fase suelen acodarse de datos relevantes sobre ellos mismos y también referentes a los demás.
- Conocen su nombre y también el de su propia esposa e hijos.
- El paciente no precisa apoyo para realizar el aseo ni tampoco para la alimentación; aun así es posible que tengan dificultad para escoger el vestuario del día.

#### Actividad individual:

La actividad consiste en entrar en contacto con el residente. Debido al deterioro cognitivo, la participación del residente al ser pasiva, sólo consiste en el diálogo con la terapeuta ocupacional, la cual evaluará los gestos que el residente hace a lo largo de una sesión que comienza orientándolo sobre la fecha (día de la semana, mes, año, estación del año). También se dialoga sobre los miembros de su familia, para lo cual la terapeuta realiza un árbol genealógico, y muestra al paciente fotografías proporcionadas por la familia del residente. La sesión acaba con la descripción de su habitación, con la finalidad de que el residente tome conciencia de su entorno, y se evite la desconexión total con la realidad.

#### Actividad grupal:

Esta actividad consiste en sesiones colectivas, distinguiéndose tres grupos:

- Grupo A con deterioro cognitivo leve.
- Grupo B con deterioro moderado.
- Grupo C con deterioro moderado grave.

Se lleva a cabo en el taller de terapia ocupacional, y comienza con el rellenado del panel de orientación temporal, que contiene información sobre la fecha, la estación del año y acontecimiento característico de cada mes. Para ello se hace una ronda de preguntas y sobre la marcha, conforme se va respondiendo, vamos rellenando las casillas del panel. En la sala hay un reloj para tener en todo momento noción de la hora y también existen paneles con información que indica en qué instalación y zona del centro se encuentra el residente.

Las actividades que se llevan a cabo son:

- **Lectura y comentario de noticias de un periódico:** cada residente lee una noticia, y el resto las comenta, entrando en un debate colectivo, con temas de actualidad.
- **Taller de escritura diario de mi vida:** cada residente rellena un cuaderno, con fotografías de familiares y momentos señalados de su vida.
- **Taller día a día:** se describen todas las actividades básicas e instrumentales que realiza el residente desde que se levanta hasta que se acuesta., haciendo un recordatorio mental de las instalaciones, del personal y del momento del día en el que se realiza la actividad.
- **Laborterapia:** se preparan todos los elementos necesarios para cuando llega una fiesta señalada (Carnavales, Semana Santa, Navidad, Cruz de Mayo...), elaborando carteles informativos, y realizando manualidades según el tema a celebrar.

#### **Resultados**

Con la aplicación de este tipo de intervención en el paciente, se pretende a grandes rasgos, una serie de beneficios inmediatos, que eran los objetivos primordiales de nuestra actuación:

- Preservar el vínculo con la realidad a través de un conocimiento somero de la actualidad a través de acontecimientos, sucesos y otros eventos presentes que a su vez puedan relacionar al paciente con su vida pasada.
- Fomentar y desarrollar la lectura y escritura reflexiva a través del análisis de una noticia de actualidad.
- Incentivar un clima de interacción y potenciación de habilidades sociales y comunicativas mediante la participación activa, la escucha y el respeto hacia las ideas e intereses de otros participantes, fomentando también la exposición oral ante el resto del grupo de las opiniones propias.
- Poner fin a la desconexión del paciente con su entorno y fortalecer en todo momento las relaciones sociales con las personas más cercanas.



La TOR, implica la puesta en marcha de un conjunto de técnicas que permiten que la persona tome conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal) en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal).

Con la aplicación de estas técnicas se ha conseguido que los residentes del centro se encuentren más orientados, facilitándoles la vida en el centro al tener su tiempo organizado, desarrollando actividades productivas en unos días concretos de la semana, que permitan mantener la conexión con su entorno.

### Conclusiones

A través de esta actividad, se han conservado las capacidades cognitivas preservadas, evitando un avance del deterioro cognitivo de los participantes en la actividad; también se han mejorado las habilidades motoras a nivel de MMSS, se han mantenido un nivel de funcionalidad necesario para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y se ha prevenido la discapacidad al favorecer el rol de persona mayor activa.

No obstante es necesario recalcar que, a pesar de los innegables beneficios en la aplicación de este tipo de terapias, como queda reflejado en estudios anteriores, éstos, aunque positivos, no muestran resultados espectaculares ni extraordinariamente importantes, sobre todo cuando aplicamos la TOR durante periodos de tiempo cortos.

En todo caso, nuestra aportación reafirma los estudios anteriores en la línea de recalcar los múltiples beneficios de este tipo de terapias en centros de mayores.

### Referencias

- AOA. (2005). *Occupational Therapy Code of Ethics*.
- Folsom, J.C. (1996). Reality Orientation for elderly patient. *J Geriatr Psychiatry*, 1, 291-307.
- Romero, D., Moruno, P. (2003). *Terapia Ocupacional. Teorías y técnicas*. Barcelona: Masson.
- Durante, P. y Pedro, P. (2004). *Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De León, M.J. y Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary deterioration dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Brook, P., Degun, G. y Mather, M. (1975). Really orientation, a therapy for psychogeriatric patients: a controlled Study. *Br J Psychiatry*, 127, 42-45.
- Zanetti, O., Metitieri, T., Blanchetti, A. y Trabucchi, M. (1998). Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study. *Neurobiol Aging*, 19 (Suppl 4), 102-103.
- Gerber, G.J., Prince, P.N., Snider, H.G., Atchison, K., Dubois, L. y Kilgour, J.A. (1991). Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 843-845.
- Baldelli, M.V., Pirani, A., Motta, M., Abati, E., Mariani, E. y Manzi, V. (1993). Effects of Really Orientation Therapy on patients in the community. *Archiv Gerontol Geriatrics*, 17, 211-218.
- Spector, A., Orrell, M. Davies, S. y Woods, B. (2000). Orientación a la realidad para la demencia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library. Update Software*. Oxford.
- Francés, I., Barandiaran, M., Marcellán, T., Intxaurrenondo, B. y Guerrero, R. (2002). Terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. *Memoria presentada en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Pamplona*.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganancia-Ganem, A. Frambourt, A. et al. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry*, 9, 211-217.

## CAPÍTULO 2

### Experiencia en pacientes ancianos de terapia afectiva con animales

Mercedes Calleja Urbano\*, Vanesa Guijarro Delgado\*, y Juan Alberto Puyana Domínguez\*\*

\*Residencia “Nuestra Señora del Rosario” de Los Barrios, Cádiz (España),

\*\*Hospital de La Línea, Cádiz (España)

Para poder explicar convenientemente el significado, uso y aplicación de las terapias afectivas, es necesario en primer lugar, aclarar y determinar conceptos para una mejor comprensión de la experiencia que pretendemos presentar. En psicología se usa habitualmente el término afectividad para designar la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en su entorno. Partiendo por tanto de esta premisa, y bajo ese prisma, trataremos de mostrar los distintos matices y particularidades de la terapia afectiva a través de la presente comunicación. Entendemos la Terapia Afectiva como una intervención centrada fundamentalmente en las emociones del paciente (Durante, 1998). Este tipo de terapias se realiza con todo tipo de usuarios, sobre todo en población infantil, y con una gran variedad de animales; desde lo más comunes en nuestro entorno, como pueden ser los perros o caballos, hasta algunos más exóticos y de complicado acceso, como delfines y leones marinos (Anderson, 1991; Robinson, 1995; Fine, 2003). Todos estos tipos de animales han ayudado a través de distintos programas de interacción, a que personas discapacitadas o socialmente aisladas (alcohólicos, drogodependientes, ancianos...) consiguiesen o recuperasen el contacto con su realidad, o incluso que pusiesen desarrollar de manera importante su capacidad de comunicación (Cusack, 2003).

Debemos tener en cuenta que la afectividad en la tercera edad experimenta unos cambios muy drásticos. En esta etapa, por encima del resto, el acúmulo de pérdidas personales que presenta el anciano suele ser mayor, reduciéndose drásticamente la familia cercana. A este aspecto hay que añadir el cambio en la sociedad moderna y en la manera de cuidar a nuestros mayores que, debido a la evolución cultural y socio-económica de nuestros días, se suele apoyar a menudo en personas no tan cercanas al ámbito familiar, como son los cuidadores o los centros socio-sanitarios (Durante, 1998; Hopkins, 1998). Son muchos los factores que influyen, por tanto, en la estabilidad afectiva de nuestros mayores, abarcando no solamente a los hábitos saludables, y al mantenimiento de las relaciones interpersonales, sino también a las patologías que inciden en la salud del sujeto, o a la subjetividad emocional de haber disfrutado de la vida (Valero, 2010).

Si tenemos en consideración que mientras se vive siempre mantendremos intacta la capacidad de disfrutar de los placeres que nos da la vida, podemos determinar que el equilibrio afectivo en esta etapa concreta, pasará indiscutiblemente por una aceptación del nuevo rol por parte del anciano, y de las circunstancias personales, sociales y familiares. Por otra parte, la implicación del anciano en este tipo de terapias, no solo fomenta su “yo” intelectual, sino proporcionará una actividad física necesaria para el mantenimiento de la fuerza muscular y la amplitud articular global (Durante, 2004). A través de la Terapia Ocupacional, el campo de acción se extiende desde las actividades manuales y artesanales, pasando por las intelectuales y artísticas, intentando estimular la expresividad y las relaciones del paciente con las personas y el entorno que les rodea (Cardamone, 1997). Es éste último campo el que pretendemos fundamentalmente potenciar a través de esta experiencia.

#### Objetivo

El objetivo general que persigue este tipo de terapias es reforzar precisamente esta área afectiva, trabajando las emociones, la empatía y la labilidad emocional. A partir de esta necesidad, nace la idea de implantar una actividad de Terapia Afectiva en nuestro centro de trabajo, utilizándose para nuestra

experiencia concreta la colaboración de perros. Estas sesiones de interacción con perros son ofrecidas a través del Excmo. Colegio de Veterinarios cuya propuesta llega a la Residencia “Nuestra Señora del Rosario” de Los Barrios, la cual acepta dicho proyecto.

### **Metodología**

Es en ese momento, cuando las terapeutas ocupacionales del centro empiezan a elaborar un plan completo de acción con el fin de sacar el máximo partido y resultados de esta experiencia con animales. La actividad en un principio consistía en la visita de estos animales un día a la semana, aunque finalmente se acaba creando un Programa de Actividad con sub actividades a su vez, y diversos objetivos. Estos perros vienen avalados y asegurados por el Colegio de Veterinarios que da plenas garantías de seguridad para poder realizar esta experiencia; los animales escogidos para este Programa no tienen ningún entrenamiento especial para la función asignada, ni u adiestramiento dirigido a este tipo de pacientes, aunque son animales domésticos muy dóciles y lo suficientemente obedientes como para ser utilizados con éxito en este tipo de experiencias. Los perros son animales que adaptan su afectividad y apego hacia el ser humano sin hacer ningún tipo de valor o prejuicio, de ahí su idoneidad para su utilización en terapias afectivas. Por otra parte, el mero hecho de acariciar a un perro, disminuye la presión arterial así como las frecuencias respiratoria y cardiaca, por lo que podemos vislumbrar los efectos beneficiosos en el ser humano, aun en una interacción de lo más básica y simple. Pero no todos los perros son válidos para iniciar esta clase de actividades, máxime con la fragilidad y delicadeza que demanda la población anciana. Para que un perro sea adecuado a este tipo de experiencia, debe cumplir una serie de requisitos básicos entre los que destacamos:

- Debe tener un buen temperamento.
- Ser muy sociable, ágil y activo.
- Que sea inteligente.
- Ser obediente, cariñoso, paciente y amable.

La gran ventaja de realizar esta actividad con perros, entre otras, es la accesibilidad a ellos; son animales domésticos fáciles de hacer llegar a la Residencia de Ancianos para la interacción con los residentes, que en mayor o menor medida han tenido contacto previo con este tipo de animales a lo largo de sus vidas. Un gran porcentaje los ha tenido como mascotas, lo cual añade a la terapia afectiva una actividad suplementaria de memoria. Además, los perros son animales muy dóciles y cariñosos, que facilitan una gran variedad de ejercicios de los que hablaremos posteriormente, y que implican memoria, cognición, emociones e incluso equilibrio y plan de prevención de caídas. La eficacia de la terapia con perros no es nueva, y ya ha quedado demostrada en experiencias previas puestas en marcha en distintas instituciones, consiguiéndose en muchos casos buenos resultados en diversos aspectos, todos ellos concernientes a la salud del residente, como por ejemplo:

- Disminuyendo el estrés.
- Consiguiendo que los niveles de ansiedad se reduzcan.
- Mejorando los casos de depresión.
- Aumentando en los pacientes la actividad física.
- Mejorando la comunicación y, por tanto, las relaciones sociales.
- Aumentando la autoestima.
- Elevando el estado de ánimo.
- Recibiendo los enfermos, el amor incondicional del animal.
- Mediante el aprendizaje de los enfermos a respetar y aponer límites.
- Reduciendo la presión arterial, como indicábamos anteriormente.
- Mostrando los enfermos un mayor interés por seguir con la terapia.
- Paliando la soledad de los pacientes en muchos casos.
- Favoreciendo el intercambio afectivo.

La actividad que a continuación vamos a describir, se ha llevado a cabo tanto en las instalaciones de terapia ocupacional, como en las diferentes plantas de la residencia, además de la segunda planta para los residentes semiasistidos con deterioro cognitivo grave y la tercera planta para los residentes no válidos, sin deterioro cognitivo. Para la realización la actividad en el taller ocupacional, se han organizado dos grupos de 40 personas, seleccionados de entre los que participan diariamente en las diferentes actividades impartidas en el taller de terapia ocupacional. Los participantes son todos hombres y mujeres mayores de 70 años, a los cuales se les ha dividido en dos grupos de 20 personas; para esta división, hemos clasificado a los residentes en función de su grado de deterioro cognitivo, de manera que un primer grupo presenta un deterioro cognitivo leve y el otro grupo muestra un deterioro cognitivo moderado. El sistema que se ha elegido para clasificar a los participantes según su deterioro cognitivo, ha sido a través de la aplicación de la prueba psicométrica del test, conocido como fototest.

- Actividad en planta:

Cuando hemos realizado la actividad a nivel de planta, nos hemos circunscrito al salón de estar de cada una de las plantas. La actividad, en concreto, ha consistido en subir con las dos perras amaestradas (una labradora y una bulldog francés), mascotas de dos familias que colaboran con la terapia afectiva. Son recibidas en la recepción del centro y vienen acompañadas por un veterinario y una auxiliar veterinaria. A continuación subimos a la segunda y tercera planta. La actividad en la segunda planta consiste en acercar las perras a los residentes que padecen un deterioro cognitivo grave y que no muestran conexión alguna con su entorno, para evocar en ellos los sentimientos que no son capaces de mostrar, al no poder responder a una estimulación sensorial que se ve dificultada por la pérdida de sus capacidades cognitivas (atención, agnosia, praxia...). Para realizar la actividad en la tercera planta, se siguen las mismas directrices que en la segunda planta, es decir, se sube con las perras y se les acercan a los residentes. En esta planta la actividad es un poco más activa, ya que sus usuarios son residentes con limitaciones funcionales pero sin deterioro cognitivo y por lo tanto, son susceptibles de una evolución positiva y en un futuro harán vida en la unidad de estancia diurna del centro. Mediante esta experiencia queremos potenciar el interés de participación de estos residentes en los talleres de rehabilitación del centro, mostrándoles una de las muchas actividades que se realizan en el taller de terapia ocupacional, y a su misma vez trabajando la parte emocional, social y física, esta última al promover el ejercicio que requiere coger en brazos a la perra más pequeña o el desplazamiento en silla de ruedas o con el andador, cuando quieren acercarse y acariciar a los animales. A nivel emocional, una vez que entran en contacto con el animal, los residentes expresan sus sentimientos tanto negativos como positivos. Se establecen grupos de tertulias, promoviendo las relaciones sociales entre los compañeros de la misma planta, mediante el intercambio de sus historias y experiencias personales.

- Actividad en el taller de terapia ocupacional:

Este ejercicio comienza con el recibimiento de las perras en el taller, para lo cual los residentes se encuentran sentados formando un círculo abierto. Este es el primer contacto que se tiene con el animal. Tras unos minutos iniciales, se da paso a la actividad en sí. Para trabajar la esfera emocional de los residentes, se han utilizado diferentes terapias no farmacológicas que son llevadas a cabo en la rehabilitación neuropsicológica en residentes con un envejecimiento activo y con residentes con demencia. Las diferentes actividades que se han realizado a lo largo de las sesiones han sido:

- Actividades de estimulación cognitiva: Actividades de Memoria (Memoria Episódica Reciente, Memoria Episódica Remota, Memoria Semántica y Memoria Inmediata); Orientación (Espacial, Temporal y Personal), Lenguaje (Conversación-Narración-Descripción, Denominación, Léxico-Semántico, Repetición, Comprensión, Fluidez Verbal, Lenguaje Automático); Praxia (Ideatoria, Ideomotora, Destreza Manual, Constructiva Gráfica, Constructiva Manipulativa); Cálculo (Conocimiento numérico); Gnosias (Visión, Audición, Tacto, Olfato y Gusto), Esquema Corporal (Conocimientos de partes del cuerpo, Conocimientos de acciones del cuerpo); Función Ejecutiva (Relaciones lógicas, Razonamientos, Juicios, Resolución de problemas)... todas ellas adaptadas al nivel de deterioro

cognitivo del grupo. Para ello, días antes de la visita de los animales, en el taller ocupacional se han realizado todo el material necesario para llevar a cabo las actividades (elaboración de pegatinas de números, frutas, formas geométricas, letreros de palabras...). Con el fin de llevar a cabo la actividad, se ha necesitado la colaboración de la perrita pequeña. A ésta se le ponía un jersey, sobre el cuál se pegaban las diferentes pegatinas realizadas en el taller ocupacional, trabajando con esto las actividades de estimulación cognitiva.

- Actividades para promover el ejercicio físico y prevenir las caídas: Mediante la ejecución de ejercicios para mejorar la flexibilidad, el equilibrio, la marcha, así como la fuerza muscular y la resistencia general. Las actividades han sido tales como lanzamientos de pelotas, aros, tirar de la cuerda... siempre mediante un juego interactivo con las perritas.

- Actividades de psicomotricidad: Para este ejercicio se han preparado circuitos con material utilizados en la disciplina de la psicomotricidad (conos de colores, aros...). El recorrido ha transcurrido por el salón de la residencia, completando cada residente el circuito, en primer lugar solo y luego con el acompañamiento de la perra labradora. Los circuitos han sido debidamente adaptados tanto para poder hacerlo con o sin ayuda técnica.

A lo largo de todas las sesiones, se ha estado trabajando la labilidad emocional. Los residentes han compartido sus emociones (negativas y positivas), al recordar historias vividas con sus mascotas y momentos de alegrías al interactuar con los animales.

Como han sido actividades grupales, esta experiencia ha facilitado que los residentes se conozcan un poco más entre ellos y se ha potenciado la ayuda mutua y la cohesión de los grupos de trabajo.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Es indudable que con esta actividad se han obtenido resultados en distintos terrenos, tanto a nivel físico y social, como mental. Los residentes han respondido de manera positiva, y manifestando en todo momento su interés por la actividad a lo largo de la semana. En el grupo con deterioro cognitivo leve, concretamente, se ha conseguido una participación activa y constante. Baste decir que para la segunda sesión no ha hecho falta recordar el día y la hora en la que venían las perritas, ya que los participantes se han encontrados orientados en el espacio y en el tiempo.

Se han formado grupos sociales, de manera que hemos fomentado que los residentes se conozcan un poco más entre ellos y puedan extrapolar esas relaciones en sus ratos libres y en los días en los que el taller está cerrado. Al realizar la actividad de psicomotricidad en el salón y los paseos con las perritas por el centro, se ha conseguido que residentes que no por norma general, no quieren participar en las actividades, colaboren con esta terapia afectiva, y también ha servido para facilitar la adaptación de los nuevos ingresos en el centro.

A nivel de planta, es digno de destacar que se ha presentado el caso curioso de una residente, diagnosticada de Parkinson y depresión, que a pesar de tener un deterioro cognitivo moderado, susceptible de tratamiento a nivel de terapias, no deseaba colaborar en la mayoría de actividades de terapia ocupacional. En esta residente hemos conseguido despertar la motivación y las ganas de bajar a los talleres para hacer vida en la unidad de estancia diurna, a raíz de haber conocido y colaborado con la terapia afectiva. Es una mujer que siempre había tenido perros como animales domésticos, y el haber vuelto a sentir el cariño a través de las dos perritas, ha sido suficiente para que se dé cuenta de los muchos beneficios que le aportan un tratamiento a nivel funcional y psicológico.

### **Discusión/Conclusiones**

Es justo añadir que, a pesar de los innumerables rasgos positivos de esta experiencia, no todo ha sido positivo, ya que también nos hemos encontrado con reacciones negativas por parte de residentes a los cuales no gustan los animales y que han decidido no participar en esta terapia, a pesar de que suelen colaborar diariamente y con sumo gusto con otras terapias diferentes impartidas en el taller ocupacional.

## **Referencias**

- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.
- Durante, P. y Pedro, P. (1998). *Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica*. Barcelona: Ed. Elsevier Masson.
- Durante, P., Noya, B. y Polonio, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Hopkins, H.L. y Smith, H.D. (1998). *Terapia Ocupacional*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Fine, A.H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.
- Romero, D. y Moruno, P. (2003). *Terapia Ocupacional. Teorías y Técnicas*. Barcelona: Ed. Masson.
- Valero, E. y San Juan, M. (2010). *Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional: intervención desde la infancia a la vejez*. Barcelona: Ed. Monsa-prayma.



## CAPÍTULO 3

### Envejecimiento sano: Estrés oxidativo/antioxidantes

Eduardo Sánchez Sánchez\*, Elisabeth Ariza Cabrera\*\*, y Francisco Martín Estrada\*\*  
*\*UGC Oncología y Radioterapia. A.G.S. Campo de Gibraltar, Cádiz (España), \*\*UGD Diagnóstico por la Imagen. A.G.S. Campo de Gibraltar, Cádiz (España)*

El envejecimiento demográfico en España va aumentando con el paso de los años, debido a las mejoras presentes en los países industrializados como el nuestro, tales como la mejora de la atención sanitaria y la reducción de enfermedades transmisibles. Según datos oficiales en España el 17% de la población en 2010 estaba compuesto por personas mayores de 65 años, presentando un incremento igual al 3,5% en los últimos años. Este ritmo de crecimiento irá creciendo, alcanzado el 37% (7,2 millones) en el año 2021 (Gómez-Cabello et al, 2012; INE, 2011). El aumento de la longevidad y la reducción de la tasa de natalidad, hace que la población mayor de 65 años aumenta en detrimento de otros grupos de edad (Ruiz-López y Artacho, 2010).

Este fenómeno, y sobre todo la intensificación a medio plazo del mismo, que sugieren todas las proyecciones demográficas, produce un incremento de enfermedades degenerativas propias de la vejez, aumentando además los costes socio-sanitarios de las mismas y la disminución de la calidad de vida de estas personas (Casado, 2001).

El envejecimiento se define como un proceso biológico, universal, deletéreo, endógeno, progresivo, intrínseco e irreversible caracterizado por un deterioro en la adaptación del organismo tanto a su medio interno como al ambiente externo, a la detención de los sistemas autorreguladores y que lleva inevitablemente a la muerte (Rocabruno y Prieto, 1992). Este proceso va acompañado de cambios irreversibles a nivel celular, tisular y visceral, que pueden ocasionar enfermedades degenerativas crónicas o propias de la vejez.

Aunque no se conocen los mecanismos moleculares que condicionan el proceso de envejecimiento, son numerosas las hipótesis que existen al respecto y los modelos postulados (Medveded, 1990). Uno de los modelos existente, es el modelo de daños acumulados que sugiere que las células acumulan daños poco a poco y no se pueden reparar con el paso de los años. Esto, acompañado a que el sistema inmunológico de las personas ancianas esta disminuido y el sistema de reparación de ADN decrece con los años, son las premisas que sustentan este modelo. En base a este modelo, aparece otro relacionado con los radicales libres, en el cual se plantea que estas mutaciones y daños son debidos al proceso de obtención de energía (ATP) a partir del oxígeno lo que conlleva a la formación de estos radicales libres. Esos radicales libres en proporciones adecuadas ayudan a mantener el cuerpo saludable con la eliminación de toxinas. Sin embargo, cuando se produce en grandes cantidades en el organismo, causan daño e incluso la muerte celular (Zorrilla, 2002). La participación de los radicales libres en el proceso de envejecimiento se basa en 3 factores fundamentales: La producción de oxidantes, el nivel de defensa antioxidante y la extensión del daño oxidativo (Rodríguez y Céspedes, 1999). En el envejecimiento los radicales libres son más perjudiciales debido a la disminución de los sistemas antioxidantes endógenos (se encuentran en el organismo y se sintetizan a nivel celular) y exógenos (se ingieren con la dieta), y producen un mayor probabilidad de que estos radicales ejerzan su acción a nivel celular (Zorrilla, 2002).

Este aumento del estrés oxidativo conduce a cambios degenerativos y a la pérdida neuronal que ocurre en el proceso de envejecimiento (Sohal y Allen, 1990). Por ello la expectativa de vida puede ser aumentada disminuyendo el grado de los fenómenos oxidativos, mejorando los hábitos dietéticos y aumentando las defensas antioxidantes (Céspedes et al., 2000).



## **Objetivo**

Conocer la influencia del estrés oxidativo en el proceso de envejecimiento y aparición de enfermedades degenerativas que se relacionan con el mismo y que conduce al envejecimiento patológico; así como la reducción de dicho mediante el aporte de antioxidantes exógenos, especialmente dietéticos.

## **Metodología**

La presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una búsqueda sistemática de la literatura científica en las principales bases de datos: CUIDEN, Cinahl, Cuiden Plus, Medline, Biblioteca Cochrane, Cielo; y buscadores como Google Acholar y Gerión (buscador de la Biblioteca Virtual de Andalucía (BVA)). Y usando las estrategias de búsqueda con los descriptores DeCS: Envejecimiento, estrés oxidativo, antioxidantes (utilizando estos términos en inglés: Aging, oxidative stress, antioxidants, para su búsqueda en base de datos de habla no española) y los descriptores propios de cada Tesauro.

Para la obtención de los artículos se introdujo como intervalo de tiempo desde su publicación los últimos 25 años (ya que en un intervalo menos de tiempo los artículos encontrados eran mínimos). Estas publicaciones se podían presentar en español e inglés.

## **Resultados/Desarrollo del tema**

Con los parámetros de búsqueda antes mencionados, se han encontrado más de 100 artículos, pero solo se ha seleccionado aquellos con más relevancia por el número de citas e impacto de las revistas donde han sido publicadas. Los resultados obtenidos apoyan la Teoría de Harman de 1956 que propuso que los radicales libres causan el proceso de envejecimiento normal (caracterizado por una pérdida progresiva de rendimiento fisiológico), sino que además están implicado en la aparición de muchos procesos degenerativos propios de la vejez (Miquel y Ramírez-Boscá, 2004). Esta teoría se fundamenta en que la producción de radicales libres derivados del oxígeno aumentan con el envejecimiento (Sasaki, 2010). Además, planteaba que la expectativa de vida aumenta cuando disminuyen el grado de fenómenos oxidativos y con ello los radicales libres (Mayor-Oxilia, 2010).

De los artículos encontrados, en el artículo de Rodríguez y Céspedes (1999) aparece una crítica a la teoría de Harman. Esta teoría concibe el envejecimiento como un fenómeno no determinista, es decir, debido al azar, cuando se ha comprobado que el envejecimiento se produce de forma progresiva e irreversible, no de forma azarosa, este sería su talón de Aquiles. Esta teoría presenta otra limitación, si el envejecimiento se debe al aumento de radicales libres y disminución de los antioxidantes endógenos, entonces con la administración de antioxidantes se podría enlentecer el envejecimiento. La hipótesis del estrés oxidativo en el envejecimiento conceptualiza toda la información y responde los interrogantes de la teoría propuesta por Harman. La hipótesis del estrés oxidativo se define como el desequilibrio entre los productos oxidantes (especies reactivas del oxígeno) y los sistemas antioxidantes, en contra de los antioxidantes.

El deterioro celular producido por el desequilibrio del estrés oxidativo es causante de diferentes enfermedades degenerativas propias del envejecimiento, tales como: El Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple, degeneración de la retina, diabetes mellitus, aterosclerosis, cáncer, artritis reumatoide, insuficiencia renal, pancreatitis, enfermedad de Werner (envejecimiento prematuro), etc. (Delgado et al, 2010). A continuación, se expone dos de las enfermedades más frecuentes y con mayor presencia de comorbilidades.

La aterosclerosis está relacionada con el estrés oxidativo, ya que en determinadas condiciones oxidativas las lipoproteínas de baja densidad (LDL) se fragmentan y se alteran determinados residuos de aminoácidos de la apoproteína de la LDL. Estas lipoproteínas oxidadas y estos residuos, van a tener mayo poder aterogénico ya que son captados ávidamente por los macrófagos, son citotóxicas para el endotelio, lo que estimulan la producción de factores vasoactivos, de adhesión, trombocíticos y de

proliferación de células musculares lisa, lo que inicia o extiende la lesión aterosclerótica (Elejalde, 2001). Esta relación entre el proceso aterosclerótico y el estrés oxidativo, puede dar lugar a la aparición de la cardiopatía isquémica y el infarto agudo de miocardio (Céspedes y Sánchez, 2000)

Otras de las enfermedades con más importancia sanitaria y que se ve influenciada por el estrés oxidativo es el cáncer. El desarrollo tumoral es un proceso que se caracteriza por la presencia de necrosis celular del tejido sano con un crecimiento incontrolado y rápido de las células cancerosas, neovascularización del área afectada que asegura el aporte de oxígeno y nutrientes al tumor. La presencia de radicales libres estimula el crecimiento de las células musculares lisas, lo que sugiere un papel del estrés oxidativo en la neovascularización tumoral o angiogénesis. Además, la transformación oncogénica viene condicionada por la presencia de oncogenes y genes mutados, que puede estar influenciada por el estrés oxidativo (Elejalde, 2001).

El daño oxidativo causante en la aparición de estas enfermedades puede ser prevenido o minimizado por las defensas antioxidantes (endógenas y exógenas), las cuales son capaces de donar electrones para estabilizar estos radicales libres y neutralizar sus efectos dañinos. Aunque no todos actúan de esta manera, otros catalizan o aceleran las reacciones químicas que utilizan los sustratos que reaccionarán con los radicales libres, estos son los llamados antioxidantes enzimáticos. Estas defensas antioxidantes encargadas de mantener el equilibrio con el estrés oxidativo, se dividen en endógenos (sintetizados por el organismo) y exógenos (provenientes del exterior) (Uttara et al, 2009).

Entre los antioxidantes endógenos, se encuentran: La glutatión peroxidasa (GHX) dependiente del selenio, la catalasa (CT), la superóxido dismutasa (SOD), la glutatión (GHS), Vitamina C, coenzima Q, Cobre, Manganeseo, Zinc, Hierro (Mayor-Oxilia, 2010).

Por otra parte, podemos encontrar otros antioxidantes en los alimentos que se ingieren con la dieta, los llamados antioxidantes exógenos, entre los que se encuentran las vitaminas A, E y C, los  $\beta$ -carotenos, luteína, flavonoides, licopenos, el ácido fólico, oligoelementos como: Cobre, zinc, manganeso, hierro y selenio, y la coenzima Q (Delgado y Betanzos, 2010; Mohseni et al, 2009; Venereo, 2002).

En la revisión realizada por Preetha et al. en 2008, concluyen que una dieta consistente en alimentos como las frutas y verduras, especies y granos ayudan a revertir el estrés oxidativo, debido a su poder antioxidante. Los compuestos con poder antioxidantes en las frutas y verduras incluyen: Los carotenoides (entre los que se encuentran el licopeno presentes en la sandía, albaricoque, pomelo y tomates, el  $\beta$ -caroteno presente en zanahoria, el  $\alpha$ -caroteno, la luteína, zeaxantina, capsantina, astaxantina, crocetina, fitoeno, fucoxantina, y betaacriptoxantina), el resveratrol (presentes en uvas (vino) y bayas), la quercetina (uno de los principales flavonoides que se encuentra en el té y vino), la silimarina (presente en el fruto seco del cardo mariano), el Indol-3-Carbinol (col, brócoli, col de bruselas, coliflor y alcachofa), el sulforafano (verduras crucíferas como el brócoli).

El poder antioxidante de las especies y los tés, están presentes gracias a compuestos como: Las catequinas (té verde y negro), la curcumina (antioxidante muy potente que se encuentra en la cúrcuma), el dialilsulfido (ajo), timoquinona (comino negro), la capsaicina (chile rojo), el gingerol (jengibre), anetol (hinojo), la diosgenina (alholva), y el eugenol (clavo).

El grano (maíz, arroz y trigo) es un alimento básico en la dieta de la mayoría de las culturas, pero estos se consumen refinados. El grano sin refinar (integral) o entero es el producto que posee poder antioxidante, no así el refinado, y esto puede estar relacionado con su composición nutricional rica en vitamina E, lignanos, tocotrienoles, ácidos fenólicos y ácido fítico.

No debemos olvidar el consumo de vitaminas como la E y C. Dentro de los alimentos ricos en vitamina E están los: Aceites vegetales, aguacate, apio, repollo, pescado y frutas. La vitamina C nos la podemos encontrar en alimentos tales como: Limón, lima, naranja, verduras de hojas verdes, repollo, coliflor, brócoli, etc.

Tabla 1. Antioxidantes exógenos

Autores	Antioxidante	Alimentos	Acción antioxidante	Papel preventivo
Céspedes y Sánchez, 2000	Vitamina E (tocoferol)	Espárragos, aguacate, brócoli, aceites de oliva, maíz, soja, cereales, arroz integral, plátano, moras, etc.	Reducción en la excreción de isoprostanos e inhibe la síntesis de lesiones ateroscleróticas	Aterosclerosis
Consalvo et al, 2006	Vitamina E	Espárragos, aguacate, brócoli, aceites de oliva, maíz, soja, cereales, arroz integral, plátano, moras, etc.	Protección de la piel del estrés oxidativo A nivel epidérmico disminuye los niveles de hidroperóxidos lipídicos, que implica protección antioxidante a distintos niveles.	Envejecimiento cutánea
	Vitamina C	Acelgas, perejil, cítricos, coliflor, coles de Bruselas, fresas, melón, kivi, etc.	Disminución del eritema inducido por UVA	
Meydani, 2009	Vitamina C y E	Espárragos, aguacate, brócoli, aceites de oliva, maíz, soja, cereales, arroz integral, plátano, moras, acelgas, perejil, cítricos, coliflor, coles de Bruselas, fresas, melón, kivi, etc.	Acción protectora contra la formación de radicales libres, la agregación plaquetaria, oxidación de LDL y síntesis de citoquinas proinflamatorias.	Enfermedad cardiovascular
	Compuestos fenólicos	Cúrcuma	Acción co-antioxidante que protege contra la peroxidación excesiva de los lípidos de la sangre.	Aterosclerosis
Elejalde, 2001	Selenio (Se)	Carnes, pescado, cereales integrales, cebollas, etc.	Formación de parte del núcleo activo de las enzimas con actividad antioxidantes	Cáncer
	Vitamina E	Espárragos, aguacate, brócoli, aceites de oliva, maíz, soja, cereales, arroz integral, plátano, moras, etc.	Aumenta la resistencia de las LDL a la oxidación.	Insuficiencia cardiaca
Delgado et al, 2010	Vitamina E	Espárragos, aguacate, brócoli, aceites de oliva, maíz, soja, cereales, arroz integral, plátano, moras, etc.	Protección de la membrana celular, protección de la destrucción de la Vitamina A.	Envejecimiento celular
	Vitamina C (ácido ascórbico)	Cítricos, coliflor, coles de Bruselas, fresas, melón, kivi, etc.	Inhibición de la oxidación de lípidos, regenerando la vitamina E.	Cáncer
Unno, 2015	Tenina, catequiza y $\beta$ -criptoxantina (carotenoide)	Té verde/negro y zanahoria, tomates, espinacas, mango, etc	Captación de radicales libres	Discapacidad cognitiva
Preetha et al, 2008.	Licopeno (carotenoides)	Tomate, sandía, albaricoque, pomelo, etc.	Regulación de los sistemas de desintoxicación. Inhibición de la progresión del ciclo celular Captación de radicales libres.	Cáncer
	Resveratrol	Uvas, bayas, vino tinto.	Detención del ciclo celular Inducción de la apoptosis.	
	Flavonoides	Brocoli, coles de Bruselas, té, vino, soja, etc.	Poder antiinflamatorio, antiproliferativo y efectos apoptóticos.	
	Curcumina	Cúrcuma	Inhibición de NF-kB y la expresión de genes regulados en diversas líneas celulares del cáncer.	

Para revertir el proceso de envejecimiento patológico no solo es necesario, el consumo de alimentos, también se debe realizar actividad física de manera regular y evitar tomar una dieta hiperproteica, especialmente las llamadas calorías vacías que se encuentran en refrescos, dulces, etc. (Preetha et al, 2008).

### Conclusiones

Como reflejan los estudios e investigaciones antes mencionados, el estrés oxidativo produce efectos nocivos que afectan al proceso de envejecimiento y a la aparición de enfermedades degenerativas crónicas. Estos efectos pueden ser reducidos a través medidas dietéticas y la actividad física, gracias al aumento de antioxidantes exógenos, que se encuentran presentes en una gran cantidad de alimentos.

El seguimiento de una dieta equilibrada, como la dieta mediterránea (propia de nuestra zona), con un consumo adecuado de frutas y verduras, puede dar lugar a un envejecimiento sano, disminuyendo las comorbilidades y aumentando la calidad de vida, reduciendo los costes socio-sanitarios. El no seguimiento de esta dieta puede conducirnos a un envejecimiento patológico e incluso más prematuro.

En la actualidad y debido al envejecimiento de la población, esto debe ser tenido en cuenta para poder pertenecer a una población más activa y con menos patologías propias de la vejez, tales como: La aterosclerosis, Alzheimer, Parkinson, cáncer, etc.

Por ello, se debe invertir en la aplicación de medidas higiénico-dietéticas que reduzcan los efectos que producen los radicales libre cuando existe un desequilibrio entre estos y las defensas antioxidantes. Además, se debe proporcionar la información óptima y adecuada para que cada persona de manera autónoma e independiente pueda revertir estos efectos, evitando de esta manera el envejecimiento patológico de la sociedad.

### Referencias

- Casado, D. (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 154-63.
- Céspedes, E., Rodríguez, K., Llópiz, N. y Cruz, N. (2000). Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed*, 19(3), 186-90.
- Céspedes, T. y Sánchez, D. (2000). Algunos aspectos sobre el estrés oxidativo, el estado antioxidante y la terapia de suplementación. *Rev Cubana Cardiol*, 14(1), 55-60.
- Consalvo, L., Dabhar, M., Santiesteban, M.M. y Stengel, F. (2006). Envejecimiento cutáneo. ¡La expectativa de vida no deja de aumentar ... el envejecimiento cutáneo tampoco! *Arch Agent Dermatol*, 56, 1-15.
- Delgado, L., Betanzos, G. y Sumaya, M.T. (2010). Importancia de los antioxidantes dietarios en la disminución del estrés oxidativo. *Investigación y Ciencia*, 50, 10-5.
- Elejalde, J.I. (2001). Estrés oxidativo, enfermedades y tratamientos antioxidantes. *An Med Interna*, 18(6), 326-35.
- INE (2011). *Nota de prensa. Proyección de Población a Corto Plazo 2011-2021*. Instituto Nacional de Estadística.
- Gómez-Cabello, A., Rodríguez, G.V., Vila-Maldonado, S., Casajús, J.A. y Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 22-30.
- Mayor-Oxilia, R. (2010). Estrés oxidativo y sistema de defensa antioxidante. *Rev Inst Med Trop*, 5(2), 23-29.
- Medveded, Z. (1990). An attempt at a racional classification of theories of aging. *Biol Rev*, 65, 375-98.
- Meydani, D. (1999). Dietary antioxidants modulation of aging and immune-endothelial cell interaction. *Mech Ageing Dev*, 11, 123-32.
- Miquel, J. y Ramírez-Boscá, A. (2004). Estrés oxidativo y suplementación antioxidante de la dieta en el envejecimiento, la aterosclerosis y la disfunción inmunitaria. *Ars Pharm*, 45(2), 91-9.
- Mohseni, S.S., Vahidi, H., Abdolghaffari, A.H., Nikfar, S. y Abdollahi, M. (2009). Antioxidant therapy in the management of acute, chronic and post-ERCP pancreatitis: a systematic review. *World Journal Gastroenterology*, 15(36), 4481-90.
- Preetha, A., Ajaikumar, K., Chitra, S., Kuzhuvilil, H., Sheeja, T. et al. (2008). Cancer is a presentable disease that requires major lifestyle change. *Pharm Res*, 25(9), 2097-116.

- Rocabruno, J.C. y Prieto, O. (1992). *Gerontología y Geriatría Clínica*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
- Rodríguez, K. y Céspedes, E. (1999). Estrés oxidativo y envejecimiento. *Revista Cubana Investigación Biomedica*, 18(2), 67-76.
- Ruiz-López, M.D. y Artacho, R. (2010). Nutrición y envejecimiento. En Gil, A. (Ed), *Tratado de nutrición. Nutrición humana y salud* (pp 320-343) Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Sasaki, T. (2010). Analysis of aging-related oxidative stress status in normal aging animals and development of anti-aging interventions. *Yakugaku Zasshi*, 130(1), 29-42.
- Sohal, R.S. y Allen, R.G. (1990). Oxidative stress as a causal factor in differentiation and aging; a unifying hypothesis. *Exp Ger*, 25, 499-522.
- Unno, K. (2015). Prevention of senescence and stress by food composition. *Yakugaku Zasshi*, 135(1), 41-6.
- Uttara, B., Singh, A.V., Zamboni, P. y Mahajan, R.T. (2009). Oxidative stress and neurodegenerative diseases: A review of Upstream and Downstream antioxidant therapeutic options. *Current Neuropharmacology*, 7, 65-74.
- Venereo, G.J.R. (2002). Daño oxidativo, radicales libres y antioxidantes. *Revista Cubana Médico Militar*, 31(2), 126-33.
- Zorrilla, E. (2002). El envejecimiento y el estrés oxidativo. *Revista cubana Investigación Biomedica*, 21(3), 178-85.

## CAPÍTULO 4

### **Biomagnetismo médico: Medicina alternativa o complementaria para la salud y el antienvjecimiento**

M<sup>a</sup> Isabel Platero Sáez, Ana Esther López Casado, Lucía Restoy Guil, Rosario Inmaculada Gimeno Mora, M<sup>a</sup> Noelia Sánchez Manzano, y Remedios Uribe Carreño  
*Universidad de Almería (España)*

En el siglo XVI aparecen las primeras referencias fiables del poder de los imanes y de los múltiples efectos curativos de las polaridades magnéticas en los seres vivos (Paracelso, 1990).

Dentro de las muchas explicaciones sobre el desarrollo de la vida, una de la más amplia es la presentada por el Dr. Kyochi Nakagawa (Livingston, 1998) que afirma que mucho de nuestros males modernos son el resultado del “Síndrome del Campo Magnético”. En esta misma línea Bill (2006) y Sierra (1990) apoyan esta explicación afirmando que el cuerpo humano es una máquina electromagnética siendo su fuente principal el magnetismo terrestre, influyendo tanto en la salud como en el declive físico, psíquico, cognitivo, así como en el envejecimiento de la población. Basándose en esto, Payne (1999) pone de manifiesto que efectivamente los campos magnéticos influyen en los procesos terapéuticos como bioestimulantes (incrementa el flujo sanguíneo), antiinflamatorio, analgésico y antiedematoso (modifica el pH de los tejidos).

Así pues la inclusión de los imanes en la curación o mejora de enfermedades viene cobrando mayor interés en los últimos años como medicina alternativa natural, debido fundamentalmente según Takur (1995) a que la terapia con imanes está regida por leyes naturales de curación y su principio fundamental consiste en ayudar a los procesos naturales de curación de una patología, mejorando así la salud y la calidad de vida sobre todo en las personas mayores.

Por consiguiente dentro de las medicinas alternativas existentes en la actualidad una de las más usadas por su acción de incentivar o apoyar a otras medicinas naturales o convencionales es el Sistema Terapéutico del Biomagnetismo Médico (Bhattacharya y Sierra, 1996), cuyo fin es buscar y restablecer el equilibrio bioenergético. El nacimiento de este sistema terapéutico revoluciona el mundo de la curación con imanes (Goiz, 2005) por venderse como un tratamiento no invasivo, seguro, que mejora la calidad de vida ayudando a mantener el cuerpo y el espíritu joven retrasando el envejecimiento y las consecuencias que esta etapa de la vida trae consigo (Macklis, 1993). Esta terapia toma gran auge y nace de la mano del Dr. Goiz (1995) poniéndola en práctica a través del Par Biomagnético que consiste en el uso de dos potentes imanes, con una fuerza superior a los 1000 Gauss, uno negativo (se produce un déficit H<sup>+</sup>), volviéndose el pH alcalino dando lugar al desarrollo de bacterias y gérmenes, y otro positivo (se produce un exceso H<sup>+</sup>), volviéndose el pH ácido dando lugar al desarrollo de virus y hongos. Las cargas energéticas de dicho Par, tienen la misma intensidad, el mismo número de partículas elementales y la misma frecuencia bioenergética, de tal manera que al enfrentar una carga con su polaridad contraria, por defecto de la inducción magnética, se anulan sus potenciales respectivos y en ese momento, al restaurarse el equilibrio natural del pH se restablece el nivel energético normal perdiendo los virus su información genética y las bacterias el medio alcalino favorable para su metabolismo y reproducción. Entre ambos polos se establece una comunicación a distancia en forma de ondas electromagnéticas que es lo que se conoce como Bio-Resonancia Magnética.

Para el uso de estos imanes se ha creado una especie de mapa del cuerpo humano con más de 180 puntos inmodificables y a partir de ellos se configuran “puntos de rastreo” existiendo los pares regulares, que son los que identifican a microorganismos patógenos, llámense virus, bacterias, hongos o parásitos, pares especiales, que son los que identifican alteraciones tisulares no soportadas por microorganismos

patógenos y los pares disfuncionales, que son los que identifican las alteraciones de glándulas internas y su producción hormonal.

Por otro lado el Biomagnetismo aparte de ser considerada una terapia energética queda también encuadrada en lo que se conoce como medicina vibracional, ya que define la importancia que tienen las múltiples vibraciones energéticas u ondas que recorren el cuerpo humano influyendo en la salud y en el proceso del envejecimiento (Gerber, 2000). Un ejemplo de esta temática son las investigaciones de la doctora Hulda Clark (Gómez, 2007) cuyas aportaciones corroboran los descubrimientos del Dr. Goiz en cuanto a la eliminación de los microorganismos a través de ondas electromagnéticas. Para ello Clark creó con la ayuda de científicos expertos en electrónica un dispositivo llamado “zapper” que produce ondas electromagnéticas en un rango de frecuencia en las que se encuentra el punto de resonancia de los microorganismos. Esta terapia consiste en aplicar durante unos minutos estas vibraciones durante varios días, obteniéndose como resultado la eliminación de los microorganismos y la mejora del dolor porque al chocar las ondas magnéticas producidas por los imanes se produce calor y este calor actúa sobre las articulaciones, los músculos, etc, reduciendo el dolor y la inflamación.

Con el paso de los años esta terapia terapéutica alternativa ha ido creciendo y adquiriendo más bases de actuación mejorando muchas dolencias en los distintos sistemas del cuerpo (Goiz, 2000) como puede ser en el sistema óseo (mejorando la movilidad y el dolor de las articulaciones, la Osteoporosis, la Artritis Reumatoide... etc.), en el sistema muscular (mejorando los dolores lumbares, la Fibromialgia... etc.), en el sistema circulatorio (mejorando el riego sanguíneo y la cicatrización de heridas... etc.), en el sistema digestivo (mejorando el estreñimiento, la colitis, la hiperacidez del estómago... etc.), en el sistema urinario (mejorando el drenado de los fluidos, la insuficiencia renal... etc.), en el sistema nervioso (mejorando las migrañas, el insomnio... etc.) y en el sistema respiratorio (mejorando la Sinusitis, Asma, Rinitis alérgica... etc.).

En este camino por demostrar los beneficios que aporta el Biomagnetismo a la salud y al antienvjecimiento cabe destacar los estudios llevado a cabo por la doctora Taylor (2002) de la escuela de enfermería de la universidad de Virginia sobre los beneficios aportados por los imanes en el tratamiento del dolor en la Fibromialgia, éste se llevó a cabo en 94 pacientes divididos aleatoriamente en cuatro grupos, donde unos se trataban con imanes y otros con tratamiento convencional habitual, obteniéndose como resultado al comparar los grupos una diferencia estadística en la reducción de la intensidad del dolor. A pesar de este resultado es la propia doctora la que pone de manifiesto que se necesitan estudios más grandes para encontrar respuestas claras sobre la seguridad y eficacia de los imanes para tratar el dolor.

Poco a poco esta medicina va rompiendo fronteras llegando a Japón y China convirtiéndose cada vez más visible expandiéndose finalmente a Estados Unidos y Europa (Livingston, 1998). Pero a medida que va creciendo esta terapia nace en paralelo la centenaria conexión entre los imanes y la charlatanería llevando a muchos a considerar esta terapia como poco creíble. Algunos estudios hechos como pueden ser el de Vallbona y Carlton (1997) reportaron nuevamente el éxito de los imanes en el alivio del dolor de rodilla con un estudio doble ciego realizado a 50 pacientes post-Polio en el Instituto Baylor de Investigación de Rehabilitación de Houston. En dicho estudio ni a los pacientes ni el personal fueron informados de que los imanes para unos eran activos y para otros eran inactivos o placebos, obteniéndose como resultado que los pacientes con imanes activos redujeron el dolor frente a los que llevaban placebo.

Por consiguiente, el Biomagnetismo Médico es una nueva herramienta para ayudar a mejorar la condición física y mental logrando envejecer de manera saludable y hoy día es reconocido como una terapia simple de orden físico, natural, externa, sin iatrogenia y sin efectos colaterales. Sólo hay que tener ciertas precauciones a la hora de usarlo, no son compatibles con dispositivos eléctricos internos, no se pueden usar en personas portadoras de marcapasos, no se deben utilizar tampoco en mujeres embarazadas, en heridas abiertas el imán no debe entrar en contacto directo en la zona afectada y no

aplicarlos en el abdomen después de una comida copiosa, ya que pueden alterar la producción del ácido y la movilidad gastrointestinal.

## **Objetivo**

### **General**

- Analizar las propiedades curativas del Biomagnetismo Médico, como una disciplina alternativa o complementaria para mejorar la salud y el proceso de envejecimiento de la población.

### **Específicos**

- Indicar la influencia que tienen los imanes sobre la salud y el envejecimiento.
- Conceptualizar el rigor científico del Biomagnetismo a fin de dar respuesta a sus propiedades curativas.
- Especificar las aportaciones curativas de esta medicina alternativa.

## **Metodología**

Para la realización del presente estudio se realiza una Revisión Bibliográfica, analizando los numerosos estudios con base en publicaciones científicas, tanto en la literatura nacional como internacional sobre la influencia del Biomagnetismo en la salud y en el proceso del envejecimiento de la población.

Para esto 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 ha usado la base de datos de revisiones sistemáticas Biblioteca COCHRANE PLUS y el buscador académico GOOGLE SCHOLAR.

Los términos de búsqueda utilizados han sido tanto en español “Medicina Alternativa”, indizado en DeCS, “Curación con imanes”, “Biomagnetismo”, “Par Biomagnético” y “Equilibrio Bioenergético”, como en inglés “Medicine,Alternative”, indizado en MeSH”, “Healing With Magnets”, “Biomagnetic”, “Biomagnetic pair” y “Bioenergetic Balance”.

En la búsqueda se obtiene un total de 42 referencias bibliográficas, limitándola a artículos de revistas científicas y capítulos de libros en español y en inglés, pero al introducir un filtro para la fecha de las publicaciones: Desde 1990 hasta 2013 se reduce el nº de artículos y revistas a 15 con respecto a la búsqueda anterior.

## **Resultados**

Como resultado de esta revisión bibliográfica y siguiendo a Goiz (2005) se puede decir que el Biomagnetismo Médico es una medicina novedosa que se ha difundido en poco tiempo por el mundo con el fin de mejorar la calidad de vida y retrasar el envejecimiento de la población pues es utilizada para mejorar la Fibromialgia (Lena y Friol, 2002), en enfermedades de la piel como la Psoriasis (Pérez, Falcón y Rodríguez, 2001), en traumatismos (Espinosa, Montero y Novoa, 2007), afecciones de rodilla (Sosa y Morfa, 2007), etc. Pero a pesar de que se demuestra una mejoría sustancial, se duda de su objetividad y del carácter subjetivo de los datos, sin embargo, se reconoce con cierta sutileza que esta terapia puede reducir el dolor sobre todo el articular y muscular que tanto afecta a la población, sobre todo a la mayor, como lo dicen los estudios de Vallbona y Clark. Dichos estudios son cruciales debido a la importancia de los fenómenos ondulatorios, energéticos o vibratorios producidos por los imanes, por lo que no es difícil imaginar que los logros de la medicina del futuro irán por ese camino.

La mayoría de los artículos encontrados simplemente exponen una serie de afirmaciones sin fundamento, lo que demerita como dice Pérez (2002) en la credibilidad de las publicaciones, pues ningún estudio científico habla de que el Biomagnetismo ataque o mate a los microorganismos causantes de la enfermedad, del dolor o de la inflamación en ese momento.



A todo esto hay que unirle que no se mencionan los resultados obtenidos en los diferentes pasos previos a seguir en cualquier ensayo clínico, lo que nos quiere decir que no cumplen mucho con los requisitos establecidos por el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La insuficiente o pobre metodología empleada acorde a las normas reconocidas para los ensayos, indica la probabilidad de que pueda surgir alguna iatrogenia.

Esta falta de regulación científica está también respaldada por el Acuerdo del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (2002) referente a la medicina Natural o Alternativa, en donde se propone aceptar e impulsar este tipo de medicinas sin rechazar ninguna de sus modalidades y sin necesidad de demostrar previamente la validez de las terapias o su inocuidad.

Así pues el Biomagnetismo Médico a pesar de marcar un hito en la historia de la medicina, su falta de pruebas científicas, basada en ensayos clínicos poco demostrables y no probados por la comunidad científica por el momento, habría que definirla como una medicina no basada en la evidencia.

No obstante a pesar de su falta de solidez científica y médica se sigue usando esta medicina alternativa o complementaria a nivel casi mundial (Ernst, 1995) puesto que hasta el día de hoy ningún país ha enunciado complicaciones cuando han usado los imanes en el tema de la salud y mejora de las dolencias físicas y psíquicas en la población en general, esto queda afianzado por la OMS emitiendo una declaración en la que confirma que los campos magnéticos y/o imanes usados correctamente no presentan riesgos para la salud.

### **Conclusiones**

En relación al tema de estudio concluyo diciendo que existe una falta de conocimientos exhaustos y críticos, con unos efectos terapéuticos dudosos y pobres.

No existe suficiente evidencia científica que corrobore los beneficios que dice aportar esta medicina natural o complementaria ni los resultados son tan fiables, ni trata tantas enfermedades como dice.

Al tratarse de un tema novedoso en el campo de la salud debemos seguir investigando más y realizar más estudios sobre el Biomagnetismo Médico y su efecto terapéutico.

### **Referencias**

- Acuerdo del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (2002). *Medicina Natural y Tradicional* (MNT). N° 4282.
- Bhattacharya, A. y Sierra, R. (1994). *El Poder Curativo de un Imán*. Valencia, España: Terapión.
- Bill, J. (2006). The resurgence of magnetic therapy. *The Pharmaceutical Journal*, 276, 480-481.
- Gerber, R. (2000). *La Curación Vibracional*. Barcelona. España: Robinbook.
- Goiz, I. (1995). *El Par Biomagnético*. México: Medicinas Alternativas y Meditación.
- Goiz, I. (2000). *El Biomagnetismo como alternativa de los Programas de Salud*. México: Medicinas Alternativas y Meditación
- Goiz, I. (2005). *Par Biomagnético, Biomagnetismo Médico y Bioenergía, Experiencias de curación*. México: Medicinas Alternativas y Meditación.
- Gómez, M. (2007). La Electromedicina, La Medicina del Futuro. *Revista VerdeMente*, 8, 2.
- Lena, R., y Friol, J. (2002) Fibromialgia y Magnetoterapia. *Revista Cubana Reumatología*, 4(1), 56-70
- Livingston, J. (1996). *Driving Force: The Natural Magic of Magnets*. U.S.A: Harvard University Press.
- Macklis, M. (1993). Magnetic Healing, Quackery, and the Debate about the Health Effects of Electromagnetic Fields. *Annals of Internal Medicine*, 118(5), 376-383.
- O.M.S. (2002-2005). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional*, 2.
- Paracelso, T. (1990). *Paracelso: Obras completas*. Barcelona. España: Edicomunicación.
- Payne, B. (1999). *The Body Magnetic*. Capitola, CA: Psycho Physics.
- Pérez, M., Falcón, L. y Rodríguez, E. (2011). Magnetoterapia en pacientes con Psoriasis. *Revista Cubana Médica Mil*, 40, 3-4.
- Sierra, R. (1990). *Energía Magnética o Bioenergética*. México: Orión.

Sosa, V. y Morfa, F. (1996). Campo Magnético discontinuo a baja frecuencia en Afecciones de rodillas. *Revista Cubana Ortopedia y Traumatología*, 10(2), 125-9.

Takur, A. (1995). *Magnetoterapia. La Curación por Imanes*. Barcelona. España: Obelisco.

Taylor, A. (2001). Static Magnetic fields for treatment of Fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(1), 53-54.

Valbona, C. y Carlton, F. (1997). Respuesta de dolor a los Campos Magnéticos Estáticos en pacientes Postpolio: un estudio piloto doble ciego. *Archivos de Medicina Física y Rehabilitación*, 78(11), 1200-1203.



## CAPÍTULO 5

### Calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple respondedores a Fampridina

Emilio Molina Cuadrado, Pablo Nieto Guindo, y Amelia Alonso Marín  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas (España)*

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad que puede dar lugar a una discapacidad neurológica devastadora e irreversible y que se caracteriza por: ser una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central, ser una enfermedad crónica y progresiva, tener un curso clínico imprevisible y pronóstico variable, siendo la principal causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes y afectar en una proporción de dos mujeres por cada varón (Bartulos, Marzo Sola, Estrella Ruiz, & Bravo, 2014).

De todas las herramientas que se utilizan para medir el grado de discapacidad en los pacientes con Esclerosis Múltiple la más utilizada es la Expanded Disability Status Scale (EDSS) que va de 0 (situación neurológica normal) a 10 (muerte). Entre estos dos extremos nos encontramos con puntuaciones intermedias como 4, en el que el paciente empieza a desarrollar un deterioro de la marcha, 6 en el que el paciente utiliza bastón para andar o 7 en el que el paciente tiene que emplear la silla de ruedas para poder desplazarse (Kurtzke, 1983). En cuanto a las dos principales herramientas empleadas para medir el deterioro de la marcha nos encontramos por un lado con el test de los 25 pasos en el que lo que se mide es el tiempo que se tarde en dar esos 25 pasos (7,62m) (Schwid, Goodman, McDermott, Bever, & Cook, 2002; van Winsen, Kragt, Hoogervorst, Polman, & Uitdehaag, 2010). Por otro lado también se utiliza la escala Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12) que evalúa la propia percepción que tiene el paciente sobre sus limitaciones en la marcha (Bethoux & Bennett, 2011; Hobart, Riazi, Lamping, Fitzpatrick, & Thompson, 2003).

La marcha es un proceso complejo en el que están implicados varios sistemas como por ejemplo: la vista, el sistema vestibular, el sistema propioceptivo y todos estos sistemas van a estar integrados a nivel de córtex y cerebelo. Esto da lugar a que en función del sitio donde se produzca el daño en los axones de mielina, dentro de todo este entramado nervioso tendremos unos síntomas más o menos graves así como un patrón de afectación de la marcha diferente, pudiéndonos encontrar con pacientes en los que el deterioro en la marcha curse más con espasticidad, o fatiga, o problemas sensoriales como parestesias, también que sea por debilidad muscular, o problemas visuales o bien por ataxia y descoordinación cuando se vea afectado el cerebelo (Holden, Gill, & Magliozzi, 1986). Sea cual sea ese patrón de afectación lo que ha quedado demostrado es que de todos los problemas que afectan a los pacientes con Esclerosis Múltiple el deterioro en la marcha junto con la afectación en la función visual son los dos aspectos que más preocupan a esta población de pacientes (Heesen et al., 2008).

Además esta afectación de la marcha no sólo va a afectar al deterioro de la marcha per sé sino que también va a tener un impacto negativo en las actividades de la vida de los pacientes repercutiendo en una menor autoestima, restricción de la vida laboral, menor capacidad para viajar y asistir a eventos y también va a repercutir negativamente en la calidad de las relaciones con la pareja, los amigos o la familia, afectando en definitiva su calidad de vida (Larocca, 2011).

A pesar de ser el problema que más preocupa a los pacientes con Esclerosis Múltiple no existía hasta la fecha ningún medicamento específicamente dirigido a tratar justamente esta afectación sino que los tratamientos eran sintomáticos, cubriendo algunos de los patrones de afectación que mencionábamos anteriormente como la espasticidad con baclofeno (Nielsen & Sinkjaer, 2000), el dolor con gabapentina (Pollmann & Feneberg, 2008) o la ataxia con memantina (Kumar, 2004). Y dentro de este contexto de total ausencia de medicamentos particularmente dirigidos a tratar el deterioro en la marcha surge la

Fampridina (Fampyra®) como fármaco específico para mejorar la marcha en pacientes con Esclerosis Múltiple y EDSS entre 4 y 7.

La efectividad de este fármaco ha sido demostrada en los estudios pivotaes (Goodman et al., 2009; Goodman et al., 2010), donde se observó que era capaz de reducir en un 25% el tiempo empleado por los pacientes respondedores en realizar el test de los 25 pasos y que además este beneficio era independiente del tipo de Esclerosis Múltiple, el grado de EDSS y el patrón de afectación con el que cursara la marcha.

Sin embargo, a pesar de esta mejora objetiva en el tiempo del test de los 25 pasos en estos pacientes, no existe hasta la fecha ningún artículo publicado donde se estudie si esta mejoría que se produce en la marcha se traduce en una mejor calidad de vida de los pacientes, por ello el objetivo del presente trabajo es analizar si existe un beneficio en la calidad de vida y ver que dominios de la calidad de vida relacionada con la salud se ven más favorecidos.

## Método

### Participantes

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con Esclerosis Múltiple que en el período entre Agosto de 2015 y Octubre de 2015 empezaron tratamiento con Fampridina por cumplir todos los siguientes criterios de inclusión: Edad 18-75 años (inclusive), diagnóstico confirmado de Esclerosis Múltiple de cualquier curso (Criterios diagnósticos de McDonald), EDSS entre 4 y 7, claudicación de la marcha confirmada por el médico, capacidad para realizar el Test de los 25 pasos con o sin ayuda por debajo de 3 minutos.

Por otro lado no debían cumplir ninguno de estos criterios de exclusión: Exposición previa a fampridina o 3-4 diamino piridina, historial de convulsiones, epilepsia u otros episodios convulsivos, aclaramiento de creatinina <80mL/min, que no iniciaran simultáneamente fingolimod y fampridina., que no tomaran simultáneamente de antihistaminicos-2 (cimetidina, ranitidina), mujeres embarazadas o que estuviesen considerando quedarse embarazadas mientras se realizara el estudio., mujeres en lactancia.

Todos los pacientes que incluyeron todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión cumplieron las siguientes características basales: 10 pacientes iniciaron tratamiento con Fampridina durante el período de estudio.

Figura 1. Distribución de pacientes por sexo

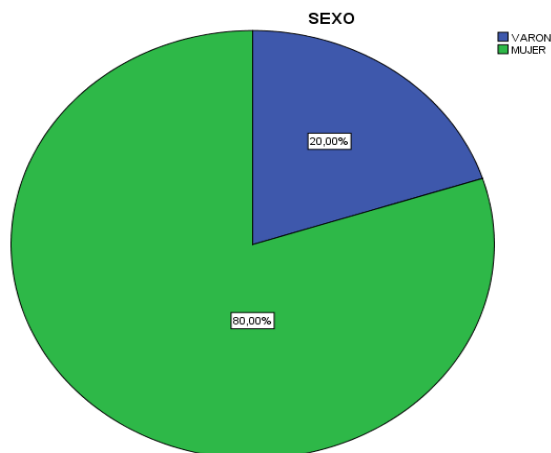


Tabla 1. Distribución por edades de los pacientes

GRUPOS DE EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ENTRE 30 Y 39	4	40,0	40,0	40,0
ENTRE 40 Y 49	4	40,0	40,0	80,0
ENTRE 50 Y 59	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

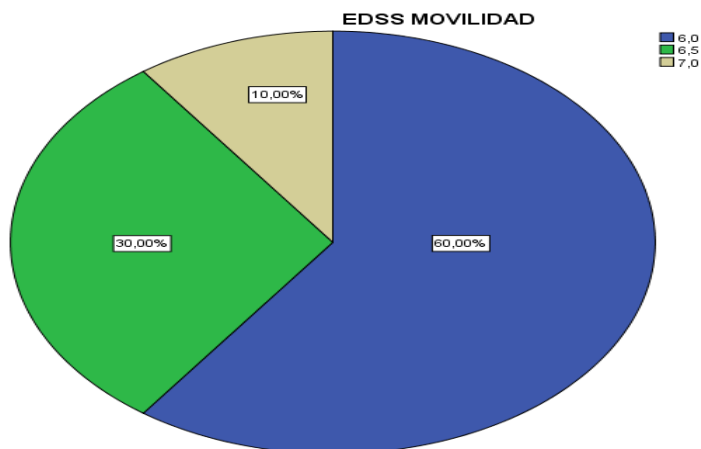
La edad media fue de 43 años IC95% (38-48)

Tabla 2. Distribución por tipo de Esclerosis Múltiple

CLINICA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RR	5	50,0	50,0	50,0
PP	2	20,0	20,0	70,0
SP	3	30,0	30,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

RR: Remitente-Recurrente. PP: Primaria Progresiva. SP: Secundaria Progresiva

Figura 2. Distribución de los pacientes por EDSS basal



En cuanto a los tratamientos de base 4 llevaban tratamientos de primera línea, 4 tratamientos de segunda línea y 2 ningún tratamiento.

Tabla 3. Tratamientos de base para la Esclerosis Múltiple

TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NINGUNO	2	20,0	20,0	20,0
INTERFER BETA 1B	1	10,0	10,0	30,0
INTERFER BETA 1A	1	10,0	10,0	40,0
GLATIRAMERO	2	20,0	20,0	60,0
FINGOLIMOD	3	30,0	30,0	90,0
NATALIZUMAB	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### *Instrumentos*

Las herramientas utilizadas para realizar el estudio fueron fundamentalmente 4.

1.-Cuaderno de recogida de datos donde en primer lugar el médico registraba que el paciente cumpliera todos los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión, en segundo lugar se registraron las siguientes variables: Edad, sexo, forma clínica de la enfermedad, EDSS actual, tratamiento concomitante para la Esclerosis Múltiple, prueba cronometrada del test de los 25 pasos, realizada dos veces sin interrupción y MSWS-12. Posteriormente a los 14 días en el cuaderno se recogía nuevamente los valores del test de los 25 pasos realizado dos veces y el MSWS-12 para valorar si el paciente era respondedor al tratamiento según los criterios indicados en la ficha técnica (ema, 2014).

2.-Test de los 25 pasos por ser el test estándar que se utiliza para evaluar la gravedad de la Esclerosis Múltiple con respecto a la función ambulatoria. Un cambio de al menos 20% en este test se considera clínicamente relevante (Kragt, van der Linden, Nielsen, Uitdehaag, & Polman, 2006). Otras características que lo hacen especialmente útil son que es sensible y reproducible, que está validado y que se puede utilizar en pacientes con gran discapacidad al suponer apenas 8 metros (Hoogervorst, Kalkers, Cutter, Uitdehaag, & Polman, 2004; Kaufman, Moyer, & Norton, 2000; Schwid et al., 2002; van Winsen et al., 2010).

3.-Escala MSWS-12, ya que es un test validado en el que el propio paciente reporta el impacto de la Esclerosis Múltiple en su capacidad para caminar. Este test consta de 12 preguntas y consiste en una escala que va de 100 (peor estado posible) a 0 (mejor estado posible). Una reducción de 4 puntos en esta escala se considera clínicamente relevante (Hobart et al., 2003).

4.-La encuesta de calidad de vida SF-36, ampliamente utilizada en estudios de calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple. El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España (Alonso, Prieto, & Anto, 1995; Vilagut et al., 2005). La versión que se ha utilizado es la versión AGUDA, el motivo de ello es que los efectos de la fampridina se empiezan a notar a partir de las dos primeras semanas de tratamiento. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. El instrumento fue administrado mediante entrevistador personal y en total intimidad. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia (McHorney, Ware, Jr., & Raczek, 1993; McHorney, Ware, Jr., Lu, & Sherbourne, 1994).

### *Procedimiento*

Se trata de un estudio cuasiexperimental de pre-post tratamiento con Fampridina en el que el esquema que se siguió fue el que se describe a continuación.

En primer lugar el médico mediante el cuaderno de recogida de datos chequeó que el paciente cumpliera todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión. A continuación se le informaba

al paciente del fármaco y se le preguntaba si quería participar en un estudio totalmente voluntario en el que lo que se quería era valorar si el medicamento aportaba algún beneficio en la calidad de vida. Para ello se pidió a todos los pacientes que entraron en el estudio que firmaran un consentimiento informado. En esta visita se realizó también los dos primeros intentos del test de los 25 pasos y el cuestionario MSWS-12.

Seguidamente los pacientes subían a la farmacia donde se recogía el consentimiento informado y los datos registrados en el cuaderno para su custodia, se realizaba el primer cuestionario SF-36 (encuesta de pre tratamiento) y se entregaba la medicación para 14 días como indica la ficha técnica (ema, 2014).

A los 14 días los pacientes volvían a la consulta como indica también la ficha técnica para repetir tanto el test de los 25 pasos como el MSWS-12 de manera que si los pacientes no mejoraban en ninguna de las dos pruebas, los pacientes se consideraban no respondedores y por tanto el tratamiento no debía de continuar (ema, 2014).

A partir de esta visita el tratamiento se dispensó mensualmente, de manera que a las 12 semanas se volvió a repetir la encuesta SF-36 (encuesta de post tratamiento).

#### *Análisis de datos*

Para las variables sexo, tipo de Esclerosis Múltiple, estado EDSS basal y tratamiento de la Esclerosis concomitante se realizó una descripción de las frecuencias.

Para la diferencia en el tiempo en realizar el test de los 25 pasos entre el período antes de tratamiento y después de tratamiento se empleó media de la diferencia y el intervalo de confianza al 95%.

Para la diferencia en el MSWS-12 entre el período antes de tratamiento y después de tratamiento se empleó media de la diferencia y el intervalo de confianza al 95%.

Para las puntuaciones de cada uno de los dominios del SF-36 del pre y de post se calculó la media, la desviación típica, el mínimo y el máximo y para las diferencias en las puntuaciones de los test entre el período pre y el post se calculó la diferencia media y el intervalo de confianza al 95%.

Para las puntuaciones de resumen del estado físico y mental también se calculó la media, la desviación típica, el mínimo y el máximo y para las diferencias en las puntuaciones de los test entre el período pre y el post se calculó la diferencia media y el intervalo de confianza al 95%.

Para el análisis se empleó el programa SPSS20®. Se realizó bootstrapping para muestras apareadas para las pruebas de significación estadística de cada uno de los ocho dominios de la calidad de vida relacionada con la salud que componen el SF-36. Todos los test fueron de dos colas y los P-valor <0,05 se consideraron significativos.

*Tabla 4. Resultados antes de iniciar el tratamiento.*

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SF-36 FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	10	,00	30,00	10,5000	8,31665
SF-36 ROL FÍSICO (0-100)	10	,00	31,25	9,3750	11,12196
SF-36 DOLOR CORPORAL (0-100)	10	12,00	100,00	50,2000	38,18318
SF-36 SALUD GENERAL (0-100)	10	5,00	77,00	23,9000	22,78133
SF-36 VITALIDAD (0-100)	10	,00	62,50	18,1250	21,74066
SF-36 FUNCIÓN SOCIAL(0-100)	10	,00	75,00	30,0000	28,98755
SF-36 ROL EMOCIONAL (0-100)	10	,00	100,00	50,8333	36,73605
SF-36 SALUD MENTAL (0-100)	10	,00	100,00	51,0000	30,34981
N válido (según lista)	10				



### Resultados

El 100% de los pacientes fueron considerados respondedores de acuerdo a los criterios de ficha técnica (ema, 2014).

La diferencia media entre la primera visita y la segunda visita en el tiempo en realizar el test de los 25 pasos fue 34,9 segundos con un IC95% (21,7-48,0), mientras que disminución media en la puntuación de la escala MSWS-12 entre la visita primera y la segunda fue de 22,8 puntos con un IC95%(7,4-38,2)

En relación a los resultados en el test SF-36 en los distintos dominios.

Tabla 5. Resultados a las 12 semanas de iniciar el tratamiento

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SF-36 FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	10	15,00	65,00	31,0000	18,22696
SF-36 ROL FÍSICO (0-100)	10	12,50	75,00	43,1250	20,29513
SF-36 DOLOR CORPORAL (0-100)	10	12,00	100,00	68,8000	35,62084
SF-36 SALUD GENERAL (0-100)	10	5,00	97,00	38,6000	27,97300
SF-36 VITALIDAD (0-100)	10	12,50	81,25	39,3750	20,20941
SF-36 FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	10	12,50	100,00	47,5000	28,74698
SF-36 ROL EMOCIONAL (0-100)	10	,00	100,00	61,6667	40,29214
SF-36 SALUD MENTAL (0-100)	10	,00	100,00	63,5000	30,91655
N válido (según lista)	10				

Tabla 6. Diferencias medias de las puntuaciones, P-valor de significación estadística e IC95% para muestras apareadas entre el período pre y post tratamiento

Bootstrap para Prueba de muestras relacionadas							
		Media	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Sesgo	Típ. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95% de BCa	
					(bilateral)	Inferior	Superior
Par 1	FUNCIÓN FÍSICA (0-100)	-20,50000	,01850	4,37327	,017	-30,00000	-13,00000
Par 2	ROL FÍSICO (0-100)	-33,75000	,14250	7,77387	,009	-48,12500	-20,62500
Par 3	DOLOR CORPORAL (0-100)	-18,60000	-,19359 <sup>b</sup>	6,61042 <sup>b</sup>	,037 <sup>b</sup>	-30,36154 <sup>b</sup>	-8,70000 <sup>b</sup>
Par 4	SALUD GENERAL (0-100)	-14,70000	-,24520	4,90039	,031	-24,50000	-7,20000
Par 5	VITALIDAD (0-100)	-21,25000	,20375	5,20746	,028	-31,25000	-12,50000
Par 6	FUNCIÓN SOCIAL (0-100)	-17,50000	-,10500	9,67171	,147	-35,00000	-1,61156
Par 7	ROL EMOCIONAL (0-100)	-10,83333	-,30250	8,69899	,255	-30,00000	3,33333
Par 8	SALUD MENTAL (0-100)	-12,50000	-,20400	3,96410	,030	-19,50000	-7,00000

a. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap iteraciones

b. Basado en 998 iteraciones

Por último las puntuaciones de resumen del componente físico y mental en el SF-36.

### Discusión

A la luz de los resultados de los test SF-36, tiempo en 25 pasos y MSWS-12, los beneficios aportados por fampridina parecen ir más dirigidos a los componentes físicos que a los psicológicos de la calidad de vida.

Todos los pacientes que han iniciado tratamiento con fampridina han sido considerados respondedores de acuerdo con los criterios indicados en ficha técnica. Estos resultados tan espectaculares cuentan con la limitación del hecho de que los pacientes se han podido esforzar en conseguir mejorar el

tiempo en el test de los 25 pasos que se realiza a los 14 días con el fin de que no se les retirara el tratamiento.

*Tabla 7. Resultados antes de iniciar el tratamiento*

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FÍSICO ESTANDARIZADO	10	13,65	30,39	24,5506	5,14958
COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO	10	13,98	58,04	38,2030	14,39840
N válido (según lista)	10				

*Tabla 8. Resultados a las 12 semanas de iniciar el tratamiento*

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
COMPONENTE FÍSICO ESTANDARIZADO	10	22,45	41,76	33,8848	6,64694
COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO	10	17,97	59,82	42,9436	16,02266
N válido (según lista)	10				

*Tabla 9. Diferencias medias de las puntuaciones, P-valor de significación estadística e IC95% para muestras apareadas entre el período pre y post tratamiento*

		Bootstrap para Prueba de muestras relacionadas						
		Media	Bootstrap <sup>a</sup>					
			Sesgo	Típ. Error	Sig. (bilateral)	Intervalo de confianza al 95% de BCa		
						Inferior	Superior	
Par 1	COMPONENTE FÍSICO ESTANDARIZADO	-9,33424	-,06319	1,18771	,001	-11,41941	-7,25948	
	COMPONENTE MENTAL ESTANDARIZADO	-4,74061	,00328	2,14811	,086	-8,81304	-1,09901	

a. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap iteraciones

Por el contrario el test SF-36, era totalmente voluntario y no estaba vinculado a la retirada del tratamiento y además al realizarse a los 3 meses y constar de 36 preguntas se limitaba bastante el posible sesgo de memoria que pudiera darse.

A pesar de que la muestra ha sido tan sólo de 10 pacientes se han encontrado resultados estadísticamente significativos para los dominios: función física, rol físico dolor corporal, salud general vitalidad y salud mental. De todos estos dominios han destacado las mejoras en el rol físico con 33,75 puntos de reducción en una escala que es de 100 puntos, vitalidad 21,25 y función física 20,50. Por el contrario en aspectos como el rol emocional y la funcionalidad social no se ha podido demostrar estadísticamente que se produzca mejora.

En cuanto a las puntuaciones de resumen también se han encontrado diferencias en el componente físico estandarizado no habiéndose demostrado diferencias estadísticamente significativas en el componente mental. Teniendo en cuenta que la mayoría de la muestra era femenina y que la edad media

de los pacientes ha sido 43 años, podemos considerar una muestra bastante representativa de la población con Esclerosis Múltiple en cuanto a estos aspectos demográficos (Bartulos et al., 2014).

La comparación de esta muestra con la población general, (Alonso et al., 1995; Vilagut et al., 2005) nos ha permitido ver que a pesar de la mejora que se produce en el componente físico estandarizado, las puntuaciones obtenidas no superan el percentil 5 de la población general.

Este trabajo de investigación ha resuelto en parte algunas de las dudas surgidas sobre si la mejora objetiva en la marcha obtenida con fampridina se traduce en una mejora en la calidad de vida y en qué dominios en concreto, demostrándose al menos en los aspectos físicos que sí produce una mejora. Este aspecto es importante teniendo en cuenta que en el 100% de la muestra estamos hablando de pacientes con EDSS entre 6 y 7, es decir que deambulan con bastón o necesitan una silla de ruedas para desplazarse, por lo que este recurso puede proporcionar cierta mejora en sus niveles de autosuficiencia. Por último queda pendiente analizar si estos buenos resultados obtenidos en el plano físico perdurarán en el tiempo para lo cual se harán nuevos estudios a más largo plazo.

## Referencias

Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. M. (1995). [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med.Clin.(Barc.)*, *104*, 771-776.

Bartulos, I. M., Marzo Sola, M. E., Estrella Ruiz, L. A., & Bravo, A. Y. (2014). Epidemiological study of multiple sclerosis in La Rioja. *Neurologia*.

Bethoux, F. & Bennett, S. (2011). Evaluating walking in patients with multiple sclerosis: which assessment tools are useful in clinical practice? *Int.J.MS Care*, *13*, 4-14.

Ema. (2014). Ficha técnica autorización Fampyra. Fecha de última actualización 07-2014. En [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002097/WC500109956.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002097/WC500109956.pdf). Ref Type: Online Source

Goodman, A. D., Brown, T. R., Edwards, K. R., Krupp, L. B., Schapiro, R. T., Cohen, R. et al. (2010). A phase 3 trial of extended release oral dalfampridine in multiple sclerosis. *Ann.Neurol.*, *68*, 494-502.

Goodman, A. D., Brown, T. R., Krupp, L. B., Schapiro, R. T., Schwid, S. R., Cohen, R. et al. (2009). Sustained-release oral fampridine in multiple sclerosis: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*, *373*, 732-738.

Heesen, C., Bohm, J., Reich, C., Kasper, J., Goebel, M., & Gold, S. M. (2008). Patient perception of bodily functions in multiple sclerosis: gait and visual function are the most valuable. *Mult.Scler.*, *14*, 988-991.

Hobart, J. C., Riazi, A., Lamping, D. L., Fitzpatrick, R., & Thompson, A. J. (2003). Measuring the impact of MS on walking ability: the 12-Item MS Walking Scale (MSWS-12). *Neurology*, *60*, 31-36.

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys.Ther.*, *66*, 1530-1539.

Hoogervorst, E. L., Kalkers, N. F., Cutter, G. R., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2004). The patient's perception of a (reliable) change in the Multiple Sclerosis Functional Composite. *Mult.Scler.*, *10*, 55-60.

Kaufman, M., Moyer, D., & Norton, J. (2000). The significant change for the Timed 25-foot Walk in the multiple sclerosis functional composite. *Mult.Scler.*, *6*, 286-290.

Kragt, J. J., van der Linden, F. A., Nielsen, J. M., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2006). Clinical impact of 20% worsening on Timed 25-foot Walk and 9-hole Peg Test in multiple sclerosis. *Mult.Scler.*, *12*, 594-598.

Kumar, S. (2004). Memantine: pharmacological properties and clinical uses. *Neurol.India*, *52*, 307-309.

Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, *33*, 1444-1452.

Larocca, N. G. (2011). Impact of walking impairment in multiple sclerosis: perspectives of patients and care partners. *Patient.*, *4*, 189-201.

McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr., Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med.Care*, *32*, 40-66.

McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med.Care*, *31*, 247-263.

Nielsen, J. F. & Sinkjaer, T. (2000). Peripheral and central effect of baclofen on ankle joint stiffness in multiple sclerosis. *Muscle Nerve*, 23, 98-105.

Pollmann, W. & Feneberg, W. (2008). Current management of pain associated with multiple sclerosis. *CNS.Drugs*, 22, 291-324.

Schwid, S. R., Goodman, A. D., McDermott, M. P., Bever, C. F., & Cook, S. D. (2002). Quantitative functional measures in MS: what is a reliable change? *Neurology*, 58, 1294-1296.

van Winsen, L. M., Kragt, J. J., Hoogervorst, E. L., Polman, C. H., & Uitdehaag, B. M. (2010). Outcome measurement in multiple sclerosis: detection of clinically relevant improvement. *Mult.Scler.*, 16, 604-610.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M. (2005). [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gac.Sanit.*, 19, 135-150.



## CAPÍTULO 6

### Protagonismo de la hormona del crecimiento en el proceso de envejecimiento

María del Carmen Moreno López\*, Purificación Martínez Segura\*\*, Cristina Maldonado Úbeda\*\*\*, y Cristina Lozano Mengibar\*\*

\**Distrito Almería (España)*, \*\**Distrito Poniente (España)*, \*\*\**Hospital Torrecárdenas (España)*

El aumento de la esperanza de vida ha reforzado un sector en el ámbito de la medicina que centra su esfuerzo en retrasar el envejecimiento y los efectos asociados a este proceso, con el fin de obtener una mejora de las funciones vitales en esta etapa. El envejecimiento lleva asociado tanto cambios estructurales como funcionales a nivel de múltiples órganos y sistemas, entre ellos el sistema neuroendocrino, la disminución marcada de algunas hormonas justifican parte de las alteraciones que se producen en la senectud. Las hormonas que más disminuyen con la edad son: La hormona del crecimiento (GH), la melatonina y las hormonas sexuales (Chatterji, 2015; Tresguerres, 2012).

La llegada de la vejez se encuentra íntimamente relacionada con el aumento de procesos oxidativos en el organismo, que afecta prácticamente a todos los sistemas, suponiendo el aumento de producción de radicales libres y su consecuente aumento en los diferentes tejidos del organismo, estos radicales libres tienen capacidad para oxidar tanto a proteínas, hidratos de carbono como a grasas además de reducir la actividad mitocondrial y la capacidad de activación de las células viejas. Dos de las moléculas más relacionadas con el proceso oxidativo son el óxido nítrico (NO) y el monóxido de carbono (CO), algunas de las hormonas que disminuyen con la edad presentan una vinculación clara con estos radicales libres, suponiendo su descenso un aumento significativo de éstos parámetros indicadores de inflamación y estrés oxidativo (Thorner, 2009; Ceda, 2010).

En el envejecimiento influyen también los mecanismos de “muerte celular programada” o apoptosis, este proceso se encuentra influenciado tanto por proteínas inductoras del mismo (Bax, Bad) como represoras (Bcl2) y del equilibrio de ambas aparecen los efectos de este proceso (Ceda, 2010; Sattler, 2013; Tresguerres, 2012). El papel de algunas hormonas en este proceso también es fundamental, ya que su administración de forma exógena cuando se encuentran en descenso mejora muchas de las funciones que se ven alteradas con el envejecimiento.

A raíz de los trabajos publicados por Rudman (1990) y colaboradores en la década de los noventa, se ha comenzado a considerar el papel del sistema endocrino en la vejez y más concretamente los efectos que suponen la administración de la hormona del crecimiento en pacientes ancianos y los beneficios de ésta en el proceso de envejecimiento. Viendo los efectos que produce en los sistemas donde la citada hormona ejerce su acción: Sistema nervioso central, regeneración ósea, diversos parámetros de la función inmunitaria, composición corporal y sistema vascular. En todos los casos se ha observado un efecto beneficioso para el organismo, produciendo un aumento de la masa magra y disminución de la grasa, aumento de la velocidad de osteointegración, mejoría del árbol vascular y prevención de la pérdida de neuronal que se produce en la zona del hipocampo (Devesa, 2010; Tresguerres, 2012).

La hormona del crecimiento (GH) es la hormona más abundante en la hipófisis, su síntesis tiene lugar en unas células especiales situadas en la porción anterior de la misma, las células somatotropas. La secreción de ésta hormona se encuentra sometida al control de dos neuropéptidos de origen hipotalámico, la somatostatina que inhibe la secreción de hormona del crecimiento y la GHRH que produce la estimulación de la misma. Recientemente ha aparecido un tercer péptido estimulador denominado ghrelina, cuya producción tiene lugar básicamente en la mucosa gástrica del estómago aunque también se produce a nivel hipotalámico en menor cuantía (Chatterji, 2015).

La hormona del crecimiento se produce de forma pulsátil, alcanzando los valores más elevados de producción durante las fases de sueño profundo u ondas lentas. Este hecho resulta relevante en el tema que estamos abordando ya que es precisamente este tipo de sueño el que se encuentra disminuido durante la senectud. La GH se trata de una hormona cuya función es anabolizante y lipolítica, entre sus funciones, se encuentran: La síntesis de proteínas, la incorporación de aminoácidos al músculo, la formación de colágeno extracelular y por tanto la inhibición del catabolismo proteico; induce la ruptura de triglicéridos en glicerol y ácidos grasos que servirán para la formación de nuevas moléculas de glucógeno. También presenta un efecto estimulador sobre el proceso de oxidación de los ácidos grasos en vez de proteínas e hidratos de carbono, efecto que cobra importancia en los periodos de ayuno prolongado. Durante la etapa de mayor producción que es en la infancia y la adolescencia la función principal de la hormona del crecimiento es contribuir al crecimiento, induciendo el crecimiento de huesos largos y los músculos gracias a su actividad anabolizante. Apoyado de otros factores como son: La nutrición y la actividad tanto de hormonas sexuales como tiroideas. El papel de esta hormona en la etapa adulta está relacionado con el mantenimiento de la composición corporal, favorece la reparación de tejidos y se ha visto que en cantidades elevadas, debido a la elevación de hidratos de carbono en sangre puede llegar a tener efecto diabotogénico (Thorner, 2009; Ceda, 2010). Mientras que las patologías relacionadas con el déficit o exceso hormonal en la infancia están ampliamente estudiadas, no ha sido hasta hace pocos años cuando han aparecido estudios sobre los efectos que tiene en un organismo adulto el déficit de GH, este síndrome se caracteriza fundamentalmente por un aumento de forma prematura de los factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, intolerancia a glucosa, fatiga, debilidad muscular, hipertensión, disminución de densidad ósea) presentando un elevado riesgo de arteriosclerosis e incrementando de forma temprana la morbilidad cardiovascular. Para esta circunstancia se encuentra aprobada en algunos países, entre ellos el nuestro el uso de hormona de crecimiento de forma exógena (Tresguerres, 2012; Devesa, 2010).

A raíz de este hecho y del trabajo publicado por Rudman (1990), se ha observado que de forma fisiológica se produce un descenso paulatino no sólo de la esta hormona sino también de los niveles plasmáticos del factor de crecimiento pseudoinsulínico (IGF-I), mediador de la mayoría de las acciones hormonales. Estos cambios unidos a los cambios a nivel metabólico y de composición corporal han llevado a considerar el envejecimiento como una forma fisiológica de GH en el adulto e incluso a acuñar un término específico para este cuadro "somatopausia". Rudman (1990) administró dosis bajas de GH a individuos varones mayores de 60 años con lo que se observó el aumento de IGF-I hasta valores similares a los existentes en individuos más jóvenes y beneficios asociados a este aumento. En este capítulo vamos a desgranar los beneficios por órganos y sistemas de la administración exógena de la GH (Tresguerres, 2012).

El objetivo fundamental de este trabajo, se basa en la realización de una búsqueda bibliográfica de lo hasta el momento publicado sobre el envejecimiento del sistema neuroendocrino y la utilidad de la administración de forma exógena de hormona de crecimiento; no sólo para la obtención de un beneficio estético sino como papel preventivo en patologías típicas del adulto mayor. Para ello hemos consultado manuales medicina y fisiología, además de haber realizado una búsqueda a través de la base de datos de Pubmed con el fin de encontrar los trabajos científicos de publicación más reciente y con datos más novedosos. Los descriptores utilizados para nuestra búsqueda fueron: Envejecimiento, hormona de crecimiento, prevención, antienvjecimiento. Limitamos la búsqueda a los artículos publicados en los últimos diez años con el fin de concretar más nuestro estudio y plasmar los datos más novedosos.

En la relación de estudios publicados se observa cierta controversia ante el uso de esta hormona como terapia antienvjecimiento (Liu, 2007; Ceda, 2010), aunque resulta indiscutible que su administración produce ciertos cambios que resultan beneficiosos a nivel de distintos sistemas.

\*Beneficios metabólicos y sobre la composición corporal: En la etapa adulta y la vejez se produce una disminución de la masa magra y un aumento de la proporción de tejido graso o adiposo, con la

consecuente reducción de fuerza muscular y de la capacidad para realizar ejercicio físico. Tanto en el déficit de GH como en la vejez se ha comprobado, que la administración de GH como terapia sustitutiva produce el efecto contrario, reduce la grasa corporal produciendo un aumento de masa magra; mejorando así la fuerza y la capacidad de ejercicio (Devesa, 2010). Si bien todos los estudios reconocen la reducción de grasa corporal con el aumento de masa muscular, algunos de los estudios más recientes niegan la mejoría en cuanto a capacidad física y su reflejo en las actividades diarias como por ejemplo subir escaleras o aumento de resistencia al caminar (Sattler, 2013).

También encontramos influencia en el metabolismo lipídico, a nivel plasmático se ha demostrado una disminución en los niveles de colesterol y una mejoría en la relación de lipoproteínas de alta y baja densidad, produciendo un aumento de colesterol HDL y una disminución de LDL (Oliveira, 2011; Tresguerres, 2009; Sattler, 2013).

\*Beneficios a nivel cardiovascular: Uno de los aspectos más estudiados y de los que más estudios respaldan este hecho, son los beneficios a nivel del árbol vascular que se obtienen con la administración exógena de hormona. Además de los cambios que se producen en el metabolismo lipídico, se ha demostrado que las personas con déficit de GH presentan una alteración de la capa vascular endotelial, presentando cierta dificultad para la vasodilatación, incluso antes de la instauración de la enfermedad aterosclerótica. Este hecho parece estar relacionado con la menor producción de óxido nítrico (NO) por parte del endotelio (Tresguerres, 2012). Los principales efectos de la GH sobre el sistema cardiovascular son la estimulación de cardiomiocitos y la producción de óxido nítrico por parte del endotelio, cuya función es mantener la homeostasis vascular, presentando efecto vasodilatador, antiagregante, inhibidor de la proliferación de miocitos vasculares y la adhesión de monocitos y macrófagos. El suplemento de GH contribuiría a disminuir el estrés oxidativo del vaso y mejorar la función endotelial, incluso es capaz de revertir lesiones vasculares incipientes como el engrosamiento de la capa media-íntima arterial (Ceda, 2010; Oliveira, 2011). En pacientes con déficit de GH, su administración ha provocado mejoría a nivel cardíaco, aumentando la masa muscular a nivel de ventrículo izquierdo y por tanto el volumen/minuto. Existen estudios experimentales donde se muestra efectos beneficiosos en el tratamiento del infarto de miocardio, presentando potencial para revascularizar un territorio (Devesa, 2010). El aumento de estrés oxidativo produce a este nivel y en otros tejidos un incremento de mediadores de la respuesta inflamatoria, lo que produce un aumento de en plasma de sustancias como la interleucina-I y TNF-alfa, la administración de GH es capaz de disminuir estos parámetros (Tresguerres, 2012).

\*Beneficios a nivel de Sistema Nervioso Central: Las lesiones degenerativas del sistema nervioso central son patologías muy limitantes, muchas de ellas actualmente en estudio por no presentar una etiología clara. Lo que sí sabemos con certeza es que son enfermedades que se presentan con más frecuencia en personas de edad avanzada y en mujeres en la etapa postmenopáusica. Los efectos de la administración de GH sobre el sistema nervioso central son muy destacables, se ha visto que producen una mejoría de la capacidad psicológica del individuo, así como efectos positivos sobre la memoria, la concentración, la alerta mental, la motivación y la capacidad de trabajo (Sattler, 2012). En este sentido hay varias líneas de estudios en los que se está trabajando y pueden dar resultados importantes en los próximos años.

Tresguerres, Ariznavarreta y su equipo (2012) han obtenido en su línea actual de investigación con ratones un “rejuvenecimiento” de varios neurotransmisores del sistema nervioso central tras la administración de hormona del crecimiento así como un aumento de neuronas, parece existir un efecto antiapoptosis en éstas, produciéndose la disminución de sustancias que inducen la muerte celular (caspasas) y un aumento de las protectoras (Bcl2, sirtuinas). Por otro lado Devesa y colaboradores (2009, 2010) defienden estudios que muestran el beneficio de la hormona favoreciendo el proceso de neurogénesis tras un daño previo, por ejemplo tras un traumatismo o un ictus. Aunque existen datos que confirman este hecho es un camino todavía largo por recorrer.



\*Beneficios a nivel óseo: En los adultos con déficit de GH la densidad mineral ósea se encuentra disminuida, presentando esta población mayor riesgo de osteoporosis. Se ha demostrado que la administración de GH tanto en individuos con déficit de ésta como en ancianos sano acelera el remodelado óseo, aumentando la densidad ósea y los marcadores de remodelación (Lafita, 2003). Varios estudios pretenden demostrar la utilidad de la GH como adyuvante en la consolidación de fracturas, aumentando la rigidez y la capacidad de carga del hueso fracturado (Tresguerres, 2012). En mujeres en periodo menopáusico, se ha demostrado que la administración de GH junto a estrógenos aporta beneficios evidentes en la masa ósea (Ángeles, 2003).

\*Beneficios sobre la piel: A nivel histológico la piel también sufre cambios con la edad, se produce un llamativo adelgazamiento de la unión dermoepidérmica y de la pérdida de volumen dérmico; en la dermis disminuyen los niveles de colágeno y de sustancia fundamental produciendo una disminución en el grosor de la misma, en la epidermis se produce tanto una reducción a nivel de células de Langhermans como de melanocitos produciéndose alteraciones en la pigmentación (Tresguerres, 2012). En estudios con animales la respuesta a la GH resulta muy evidente recuperando la epidermis el grosor perdido, produciéndose la recomposición de la dermis y la pérdida de contenido grado en la hipodermis, produciéndose un efecto rejuvenecedor (Valdés-Rodríguez, 2012).

Pero, ¿qué efectos secundarios presenta la administración de GH? Se ha observado que los tratamientos con dosis muy elevadas de hormonas durante largos periodos de tiempo producen una serie de efectos secundarios entre los que se encuentran: Intolerancia a la glucosa, aumento de la sensibilidad a insulina, síndrome del túnel carpiano y retención de líquidos. Aunque ocurren con poca frecuencia es importante tenerlos en cuenta, a pesar de que en individuos con déficit de GH los beneficios del tratamiento son muy superiores a los posibles efectos adversos (Tresguerres, 2012).

¿Presenta la administración de GH un factor de riesgo para la aparición de tumores? En los inicios de este tratamiento se pensó en el hecho de que la administración de un elemento con actividad proliferativa y antiapoptótica pudiera presentar un riesgo potencial en la aparición de tumores. Éste hecho jamás se ha demostrado a pesar de las miles de personas que reciben tratamiento en el mundo, diferente es el efecto que el IGF-I pueda presentar tanto en células sanas como anómalas, cuando ambas hormonas se encuentran en plasma a altas concentraciones. La administración de la GH, por su inducción de expresión del IGF-I, debe llevarse a cabo, por tanto, en dosis que no eleven la tasa del IGF-I circulante a valores superiores a 2 desviaciones estándares de la media normal para el grupo de edad al que pertenece el paciente tratado (Devesa, 2010).

Como conclusión podemos resumir que a pesar que en la actualidad el tratamiento con GH en el adulto se encuentra limitado al Síndrome de déficit de GH en un tiempo no muy lejano la administración de forma exógena de la hormona de crecimiento puede presentar efectos beneficiosos en ciertas patologías de origen vascular y neurológico.

## Referencias

Ángeles, L., Hernández Valencia, M., Ochoa, R., Saucedo, R. y Zárata, A. (2003). Efecto de la terapia de reemplazo hormonal sobre los marcadores bioquímicos de remodelación ósea y el eje somatotrópico en la postmenopausia. *Acta Med Grupo Angeles*, 1(1), 17-21.

Ceda, G., Dall Aglio, E., Morganti, S., Denti, L., Maggio, M., Lauretani, F., Andrea, A., Ceresini, G., Cattabiani, C. y Valenti, G. (2010). Update on new therapeutic options for the somatopause. *Acta Biomed*, 81(1), 67-72.

Chatteji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T. y Verdes, E. (2015). Health functioning, and disability in older adults-present status and future implications. *Lancet*, 385(9967), 563-75.

Devesa, J., Devesa, P. y Reimunde, P. (2010). Hormona de crecimiento: acciones y aplicaciones preventivas y terapéuticas. *Med Clin*, 135(14), 665-670.

Devesa, P., Souto, S., Lopez-Amado, M. y Arce, V.M. (2009). Recovery from neurological sequelae secondary to oncological brain surgery in an adult growth hormone-deficient patient after growth hormone treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 775-777.

Lafita, J. (2003). Fisiología y fisiopatología ósea. *Anales Sis San Navarra*, 26(3), 7-15.

Liu, H., Bravata, D.M., Olkin, I., Nayak, S., Roberts, B., Garber, A.M. y Hoffman, A.R. (2007). Systematic review: the safety and efficacy of growth hormone in the healthy elderly. *Ann Intern Med*, 146(2), 104-115.

Sattler, F.R. (2013). Growth hormone in the aging male. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 27(4), 541-555.

Thorne, M.O. (2009). Statement by the Growth Hormone Research Society on the GH/IGF-I axis in extending health span. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(10), 1039-44.

Tresguerres Hernández, J.A.F., Insua Nipoti, E., Castaño Cambara, P. y Tejero García, P. (2012). Medicina estética y antienvjecimiento. Editorial Médica Panamericana, *Efectos del tratamiento con hormona del crecimiento en el envejecimiento* (pp. 619-628). Madrid: Panamericana.

Valdés-Rodríguez, R., Torres-Álvarez, B., González-Muro, J. y Almeda-Valdés, P. (2012). La piel y el sistema endocrinológico *Gaceta Médica de México*, 148, 162-168.



## CAPÍTULO 7

### El Tai Chi como herramienta útil en el envejecimiento activo

Julia María Liria Fernández, Pedro Javier Guijarro García, y Arantzazu Sánchez Fernández  
*Área de Gestión Sanitaria Norte, Almería (España)*

La población en el siglo XX presentó un aumento de la esperanza de vida media, esta transición demográfica es un problema que afecta no sólo a la calidad de vida de las personas sino también afecta a la comunidad. El envejecimiento es más bien un proceso individual y cada persona lo experimenta de distinta forma, es una evolución normal de la vida donde existe una serie de modificaciones anatómicas, fisiológicas, neurológicas y psíquicas que afectan en mayor o menor medida según una serie de factores como la herencia, y estilo de vida (Mishara y Riedel, 2000).

Los factores que influyen en el proceso de envejecimiento, y se dice proceso porque es el resultado de las múltiples situaciones vividas por la persona a lo largo de los años y de ahí la diferencia en las características entre unas y otras (Mishara y Riedel, 2000) son por un lado las propias del individuo, su carga genética y/o biológica y por otro lado, factores a los que se expone, que son ambientales y/o externos a los que se tiene que enfrentar como son la cultura en la que vive, nivel económico, asistencial, además de la influencia que ofrece la conducta del individuo ante todo lo que le rodea, los hábitos que va adquiriendo a lo largo de los años como es el hábito de fumar, ingerir alcohol y/o drogas, ejercicio físico, dieta equilibrada, hábitos de higiene,

La OMS a finales de los años 90, adoptó el término Envejecimiento Activo, como concepto de la idea de un envejecimiento saludable de la población. Y fue en 2002, en Madrid, en la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas cuando se realizó una descripción del proceso de envejecimiento, y dejó constancia de las estrategias que eran necesarias adoptar para conseguir una calidad de vida adecuada. En general todo equipo sanitario y en particular atención primaria tienen una ardua labor, primero valorando factores influyentes de la salud de la población mayor y después saber educar, transmitir, asesorar y alentar a la población anciana a adquirir una serie de hábitos de actividad física que nos lleven al mantenimiento de una independencia, a la prevención y/o demora de las enfermedades y discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad avanzada (Biddle, 1993).

Por lo cual, desde atención primaria con equipos multidisciplinares, es el ámbito perfecto para poder poner en marcha actividades y/o programas que fomenten el Envejecimiento Activo, y dar a conocer las actividades alternativas que mejor potencien las capacidades de la persona mayor, siempre teniendo en cuenta sus preferencias (Bennet, Carmack y Gardner, 1982; Lehr, 1999; Bird, 2009).

Una actividad alternativa que se debe fomentar, dadas sus cualidades que presenta, es el Tai Chi, es una disciplina tradicional china, cuya práctica ha ido en auge, instaurándose en nuestro territorio, aun así sigue siendo desconocida por la gran parte de nuestras personas mayores por lo que es importante dar a conocer cómo contribuye a la calidad de vida. La práctica de esta disciplina tiene como objetivo un equilibrio entre el cuerpo y el espíritu, por medio de movimientos sencillos, coordinados y flexibles que facilitan la meditación, el equilibrio, la claridad mental y autorrelajación (Wolf, Kutner y Green, 1993; Mesas, 1995; Gamboa, 1997; Chung y Huang, 1998), lo que nos lleva a conseguir un beneficio psicológico, físico y social.

#### Objetivo

- Explicar los beneficios e importancia que presenta la práctica del Tai Chi en personas mayores.
- Describir la técnica del Tai Chi para familiarizarse y fomentar su práctica.

## **Metodología**

Se realiza una revisión sistemática, en las bases electrónicas MEDLINE, EMBASE, PUBMED, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, SCIELO con las palabras Tai Chi, terapia alternativa, prevención, hábitos de vida y anciano. Nos hemos centrado en trabajos en personas mayores, estudios que reflejan los cambios que se han ido experimentando con la práctica habitual, en los últimos 15 años, las publicaciones revisadas son en su mayoría de revistas científicas y en inglés.

## **Estado de la cuestión**

Los orígenes de esta actividad remonta a los templos taoístas, como un juego para entretener a los niños, era un ejercicio derivado de las artes marciales, con el tiempo se fue adaptando y utilizando como ejercicios de rehabilitación general en personas convalecientes o lesionadas (Mesas, 1999; Chung y Huang, 1998). En la actualidad la práctica del Tai Chi, al ser una actividad física, aerobia, rítmica, que coordina cuerpo y mente, puede ser practicada por personas mayores frecuentemente, y sus beneficios se reflejan en el aparato cardiovascular y musculoesquelético, proporcionando flexibilidad, aumento de la movilidad y todo ello son medidas que previenen la osteoporosis entre otras patologías (Román, 2001).

A grandes rasgos, los movimientos del Tai Chi, son lentos y van orientados a relajación de toda la musculatura corporal, va buscando movimientos complementarios entre los miembros, por ejemplo, mientras se apoya en una pierna la otra descansa, con lentitud y tranquilidad se va realizando el cambio de fuerzas, siempre manteniendo el equilibrio de la columna, concentrándose en el cuerpo y sus movimientos y apartando cualquier otro pensamiento. El cuerpo tiene que estar alineado columna recta y pies en el suelo (el cuerpo tiene que estar enraizado en el suelo para conectar su propia energía), coordinando los movimientos y la mente con la respiración, la cual es vital para la correcta práctica del Tai Chi, cada movimiento dura entre unos 5 a 7 minutos, pero siempre va pautado por el ritmo del que practica este arte (Gamboa, 1997). Se han ido realizando estudios más exhaustivos con el fin de determinar los beneficios que reporta el Tai Chi a la salud de las personas mayores que han creado un hábito de práctica de dicha actividad, lo que nos indica el auge que ha presentado desde su nacimiento en la China hasta el día de hoy. Los beneficios sobre la salud, que han sido observados mediante estudios científicos que se le atribuyen al Tai Chi son los siguientes:

En el *sistema musculoesquelético*, al ser una actividad sin estrés muscular, de bajo impacto, como habíamos mencionado antes, produce un aumento de la masa muscular y con ello un incremento de la fuerza y densidad ósea (Román, 2001; Chan et al., 2004; Choi, Moon y Song, 2005; Wayne et al., 2007), además de reducir dolor articular, lumbalgias o dolores musculares (Mesas, 1995). En el factor que están de acuerdo ampliamente es en el incremento de la flexibilidad y el equilibrio, lo que nos lleva a prevenir considerablemente el riesgo de caídas (Zhang et al., 2006; Tsang y Hui-Chan, 2003; Tsang, Wong, Fu y Hui-Chang, 2004; Taylor-Piliae y Froelicher, 2004).

En el *sistema respiratorio*, incrementa la capacidad respiratoria y con ella aparecen beneficios cardiovasculares (Taylor-Piliae y Froelicher, 2004). Las respiraciones durante el ejercicio son profundas, pausadas por ello mejora la capacidad respiratoria, aumentando la capacidad pulmonar y al mismo tiempo limpiando las vías respiratorias (Mesas, 1995). Aunque debido a la calidad metodológica, la evidencia permanece débil, el efecto del Tai Chi en personas con patologías respiratorias es positiva pero no evidente (Lorenc et al., 2014).

En el *sistema cardiovascular*, gracias a que el ejercicio del Tai Chi no es estresante, el nivel de aceptación por parte de personas con cardiopatías es mayor, no hay contraindicaciones, los beneficios que refleja son la disminución de la tensión arterial, además de mejora en el perfil lipídico, de la insulina y proteína C-reactiva, la comprobación de los resultados se visualizan a corto plazo, unas 12 semanas, lo que mejora el estado de estrés y ansiedad a la misma vez (Ng et al., 2012; Jie et al., 2013; Tsai et al., 2003).

En el **sistema neurológico**, hay estudios en los que deja de manifiesto que en pacientes con daño cerebral existe un aumento en la mejora del riego sanguíneo, mejora del equilibrio (Hui-Chan, Au-Yeung y Jervis, 2009), además de aumentar el grosor de la corteza cortical, por lo que conlleva una mejora en la estructura y en la funcionalidad cerebral (Gao-Xia et al., 2013), y producir un aumento de la estimulación del sistema nervioso (Mesas, 1995). En la enfermedad del Parkinson, tanto en el equilibrio, el ritmo al andar y bienestar general, aunque hay muestras de mejoras estadísticamente positivas en relación a la función motora, no existe pruebas suficiente para concluir la eficacia del Tai Chi (Ji, Tao, Qian y Xia, 2015).

En el **sistema metabólico**, el ejercicio mejora los niveles de glucosa en personas con diabetes tipo 2, y con ello mejora el autocuidado y la vitalidad (Chwan-Li et al., 2007; Chun-Mei y Yong-Chang, 2015) aunque hay estudios que consideran que no es evidente los beneficios de la práctica del Tai Chi en la diabetes consideran que a los estudios positivos débiles por mellas en la metodología de estudio aunque si lo consideran buen apoyo a tratamientos de base como coadyuvantes (Lee, Pittler, Kim y Ernest, 2008; Hyeong, Ji, Hyun-Ja y Hyun-Suk, 2015).

En el **sistema inmunológico**, en la Universidad Nacional Normal de Taiwán se realizó un estudio donde los grupos de trabajo que practicaban Tai Chi, presentaron mayor número de monocitos que el grupo control, por lo que presentaban mejor función respiratoria, mayor capacidad cardiovascular y mejores condiciones inmunológicas (Hsu y Ho, 2000).

**Trastorno del sueño**, aumenta la calidad de vida de las personas gracias al aumento del descanso nocturno, aunque no es del todo evidente la relación Tai Chi y sueño, si es considerado seriamente como refuerzo al tratamiento de base (Izwin, Olmtead y Moivala, 2008; Du et al., 2015). En definitiva ayuda a mantener en forma los sistemas nervioso, digestivo, respiratorio, circulatorio, reduciendo el insomnio, el cansancio, el dolor y con ello aumentando la confianza, la seguridad de la persona, la concentración y mejorando con ello la autoestima y el carácter (Gamboa, 1997).

A **nivel psicológico**, se demuestra que el ambiente del grupo de trabajo, con el refuerzo de ser actividades que se realizan al aire libre, sin estrés, fomenta positivamente el carácter de las personas, no se aíslan, evita depresiones, se integran, mejorando la autoestima (Mehling et al., 2011).

## **Conclusiones**

Es importante que desde atención primaria y las propias instituciones valoren las necesidades de la población cada vez mayor en edad, para que su funcionalidad y calidad de vida se fortalezcan, educar en hábitos de vida que le reporten beneficios, por medio de actividades alternativas que ocupen su tiempo de ocio se mantengan activos y vitales tanto física, psíquica como social.

Con el hábito de practicar Tai Chi, se ha demostrado que las personas mayores mejoran su calidad de vida alejándose así de hábitos sedentarios, mejoran autonomía, independencia, aprenden destrezas nuevas, relacionándose con el grupo de trabajo por lo que mejora la autoestima y motivación, además hay que remarcar que tras muchas investigaciones, el Tai Chi es efectivo para favorecer flexibilidad, movilidad y por lo tanto prevenir caídas, lo que explica que la importante mejora en la condición física, la movilidad, el equilibrio, la fatiga mejora y con ella la calidad de vida, se puede considerar un buen coadyuvante o un buen refuerzo a tratamientos de base. Cuanto antes se inicie el hábito de practicar Tai Chi, los beneficios de la salud y prevención de enfermedades degenerativas manifestadas, además de bajar el costo de las medidas necesarias para paliar la enfermedad por parte del sistema sanitario.

## **Referencias**

Chan, K., Qin, L., Lau, M., Woo, J., Au, S., Choy, W., Lee, K. y Lee, S. (2004). Estudio aleatorio, prospectivo de los efectos del ejercicio del tai chi sobre la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 717-722.

- Choi, J.H., Moon, J.S. y Song, R. (2005). Efecto del ejercicio de estilo Sun de tai chien la aptitud física y la prevención de caídas en las personas mayores propensas a caídas. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 150-157.
- Chun-Mei, X. y Yong-Chang, Z.M. (2015). Efectos del Tai Chi balón en el equilibrio y la función física en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Journal of the American Geriatric Society*, 63(1), 176-177.
- Chung, A. y Huang, L. (1998). *La esencia del Taichi*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro vientos.
- Chwan-Li, S., Du, F., Esperat, M.C.R., Irons, B.K., Ming-C, C., Valdez, G.M. y Thompson, E.Y. (2007). Effect of Tai Chi Exercise on Type 2 Diabetes: A Feasibility Study. *Integrative Medicine Insights*, 2, 15-23.
- Du, S., Dong, J., Zhang, H., Jin, S., Xu, G., Liu, Z., Chen, L., Yin, H. y Sun, Z. (2015). Taichi exercise for self-rated sleep quality in older people: a systematic review and meta-analysis. *Pubmed*, 52(1), 368-379.
- Gamboa, D. (1997). La enseñanza del Tai Chi en la tercera edad: Construcción de una metodología. Proyecto de Graduación. Programa de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Docencia. Vicerrectoría Académica. Universidad estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Gao-Xia, W., Ting, X., Feng-Mei, F., Hao-Ming, D., Li-Li, J., Hui-Jie, L., Zhi, Y., Jing, L. y Xi-Nian, Z. (2013). Can tai chi reshape the brain? A brain morphometry study. *Plos OUE*, 8(4), e61038.
- Hsu, J.Y., Ho, J.M. y otros. (2001). The effects of Tai chi chuan on practice on VO2Max and inmunefuncions. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 33(5) Supplement, Wednesday, May 30. USA.
- Hui-Chan, C., Au-Yeung, Y. y Jervis, C.S. (2009). Neurorehabil Neural Repair, 23(5), 515-522.
- Hyeong, L., Ji, H., Hyun-Ja, L. y Hyun-Suk, L. (2015). Una revisión sistemática y meta-análisis del tai chi para el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Mauritas*, 80(1), 14-23.
- Izwin, M.R., Olmstead, R. y Moivala, S.J. (2008). Improving sleep quality in older adults with moderate sleep complaints: a randomized controlled trial of tai chi. *Sleep*, 3(7), 1001-1008.
- Ji, Z., Tao, Y., Qian, G. y Xia, C.Y. (2015). A metaanalysis on the efficacy of tai chi in patients with parkinson disease between 2008 and 2014. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine Article ID593263*, 9 pag.
- Jie, W., Bo, F., Xiaojiang, Y., Wei, L., Fei, T., Shengjie, L. y Xingjiang, X. (2013). Tai chi for essential hypertension. *Evid Based Complement Alternat Med*, 215-254.
- Lee, M.S., Pittler, M.H., Kim, M.S. y Ernest, E. (2008). Tai Chi for tipe 2 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 25(2), 240-241.
- Lorenc, A., Wang, Y., Madge, S., Hu, X., Mian, A. y Robinson, N. (2014). Meditative movement for respiratory function: a systematic review. *Pub Med*, 59(3), 427-440.
- Mehling, W.E., Wrubel, J., Daubenmier, J.J., Price, C.J., Kerr, C.E., Silow, T., Gopisetty, V. y Stewart, A.L. (2011). Body awareness: a phenomenological inquiry into the common group of mind-body therapies. *Philos Ethics Humanit Met*, 6(6).
- Mesas, J. (1995). El Taichi: arte milenario de salud y longevidad. *Sesenta y más*, 119, 38-41.
- Mishara, B. y Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Ng, S., Wang, C., Ho, R.T., Ziela, T.E., Wong, V.C. y Lai-Wan, C. (2012). Tai chi exercise for pacients with heart disease: a systematic reviewof controlled clinical trial. *Altern ther health med*, 18, 16-22.
- Román, N. (2001). El Tai Chi y la osteoporosis. Avances en Geriátría. *Plana Mayor*. 5ª ed. Costa Rica.
- Taylor-Piliae, R. y Froelicher, E.S. (2004). Efectividad del ejercicio del tai chi en la mejora de la capacidad aeróbica: un metaanálisis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19, 48-57.
- Tsai, J.C., Wang, W.H., Chan, P., Lin, L.J., Wang, C.H., Tomlinson, B., Hsieh, M.H., Yang, H.Y. y Liu, J.C. (2003). Los efectos beneficiosos de Tai Chi Chuan en la presión arterial y el perfil lipídico y el estado de ansiedad en un ensayo controlado aleatorio. *Altern Complement Med*, 9(5), 747-54.
- Tsang, W. y Hui-Chan, C. (2003). Efectos del tai chi sobre los límites sensoriales y la estabilidad del sujeto. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 1962-1971.
- Tsang, W., Wong, V., Fu, S. y Hui-Chang, C. (2004). El tai chi mejora permanentemente el control del equilibrio en condiciones sensoriales reducidas o con dificultad. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(1), 129-137.
- Wayne, P., Kiel, D., Krebs, D., Davis, R., Savetsky-German, J., Connelly, M. y Buring, J. (2007). The Effects of Tai Chi on Bone Mineral Density in Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*, 88.
- Wolf, S.L., Kutner, N.G. y Green, R.C. (1993). El estudio Atlanta FICSIT: Dos intervenciones de ejercicios para reducir la fragilidad en ancianos. *J Am Geriatr Soc*, 41, 329-332.
- Zhang, J.G., Ishikawa-Takata, K., Yamazaki, H., Morita, T. y Ohta, T. (2006). Efectos del tai chi chuan en la función fisiológica y el miedo a caerse de los ancianos menos robustos: estudio de intervención para la prevención de caídas. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2), 107-116.

## CAPÍTULO 8

### Equinoterapia en el anciano

Pedro Javier Guijarro García, Arantazu Sánchez Fernández, y Julia María Liria Fernández  
*Área de Gestión Sanitaria Norte, Almería (España)*

Esta terapia se remonta hacia los años 377 antes de Cristo aproximadamente, Hipócrates menciona los beneficios del caballo y su uso diario dando paseos con este animal, mejorando así la salud física, emocional y social. A través del tiempo su uso o la aplicación de esta terapia se extendieron a toda Europa y posteriormente a todo el mundo (Aubrey, 2003).

La equinoterapia como su propio nombre indica es la terapia ecuestre que se aplica con equinos, ya sea caballos, ponis o asnos, hay diversas tesis que ya en su tiempo reflejaron el beneficio de tal terapia (Fuller, 1704; Hoffman, 1719; Stahl, 1734; Pringle, 1752). Fue Max Reichenbach (1953) quien después de la II Guerra Mundial describió los fundamentos teóricos de la rehabilitación de ésta disciplina (Benvenuti, 1772; Tissot, 1782), beneficios tanto físicos como psicológicos (Benavent, 2000).

En el XII Congreso Internacional de Equitación Terapéutica (2006), realizado en Brasil, se trataron las distintas actuaciones que se estaban llevando a cabo tanto en niños como en adultos en relación a sus patologías.

#### Objetivos

- Conocer qué tipo de discapacidades se pueden solucionar o paliar con la equinoterapia.
- Conocer los distintos tipos de actividades que se pueden realizar con équidos.

#### Método

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Cuidenplus, Medline y ScienceDirect (Elsevier), teniendo en cuenta las palabras clave: Équido, equinoterapia, equipo profesional, beneficios de la monta, hipoterapia, en el título o en el abstract. Se seleccionaron publicaciones en su mayoría de revistas científicas donde se llevan a cabo rehabilitación o tratamientos a personas mayores de 65 años con la equinoterapia, en un periodo de tiempo comprendido entre el 2000 y el 2015.

#### Resultados

Los estudios que se han realizado sobre la equinoterapia actúan en distintas áreas de la persona que lo práctica habitualmente (Potter, Evans y Nolt, 1994; Aubrey, 2003). Estas áreas son:

- Área motora. Donde aumenta estabilidad tronco-cabeza, fortalece la simetría corporal al andar, fomenta coordinación psicomotriz, inhibe el reflejo de movimientos tónicos y movimientos asociados, aumenta elasticidad, agilidad y fuerza muscular, resistencia, automatización de la marcha. En este aspecto se pueden abordar distintas patologías como son distrofia o debilidad muscular, fibromialgia, esclerosis múltiple, algunos politraumatismos, los ejercicios realizados con personas mayores son las mismas que se utilizan en niños con parálisis cerebral para fortalecer musculatura (Mann et al., 2008; Toigo, Leal y Ávila, 2008; Araujo, Lemos et al., 2009; Janura, Peham, Dvorakova y Elfmark, 2009; Witte, Schobesberger y Peham, 2009; Silkwood-Sherer, 2009).
- Área neurológica. Mejora la articulación de la palabra, desarrollo del sistema propioceptivo, trabaja la memoria. Hay algunas patologías que se pueden abordar desde esta perspectiva como



son algunas lesiones cerebrales, enfermedad de párkinson, demencias, Alzheimer, vértigos (Mráz et al., 2007; Soprano et al., 2010; Mosello et al., 2011; Boron et al., 2012).

- Área social. Fortalece la autoestima, autoconfianza, control de las emociones, aumenta la capacidad de atención, aprende cuidados de los animales, a relacionarse con el equipo de trabajo y compañeros, aumenta el número de vivencias. La equinoterapia influye de manera decisiva en el contexto social de la persona anciana. El hecho de trabajar con estos animales implica actuar y relacionarse con un grupo de personas y su relación con las mismas es recíproca ayudando y mejorando notablemente la depresión (tan frecuente en las personas mayores), previene el aislamiento social y mejora la autoestima, entre otras cosas, por el simple hecho de pertenecer a un grupo y realizar una actividad con el mismo, cambios conductuales, etc. (Romera, 2006; Cusack, 2008; Minguell, 2008).

La equinoterapia es una ciencia multidisciplinar que influye, actúa y mejora muchísimas patologías y afecciones a cualquier edad. Pero en el caso que se expone nos centraremos en la equinoterapia o terapias ecuestres con personas mayores, que si bien es cierto no está tan difundida como es el caso en edades más tempranas (infancia, adolescencia, edad adulta).

Los ejercicios que se expondrán más adelante, básicamente son los mismos que se realizarían en otras edades, y como ocurre siempre, hay que adecuarlos a las características físicas, psíquicas y sociales de la persona mayor.

La rehabilitación física incluye como elemento fundamental el movimiento y la tonicidad muscular (Silkwood-Sherer, 2009), así pues empleando unos fundamentos científicos que es en lo que están basadas las terapias ecuestres, podemos emplear la equinoterapia en el proceso de rehabilitación y mantenimiento de la salud y bienestar (Mann et al., 2008).

Hay que recordar que el movimiento del caballo es un movimiento tridimensional. Se puede decir que el caballo tiene tres pasos: Paso, propiamente dicho, trote y galope. Pues bien, el paso del caballo tiene una enorme similitud en lo que a movimiento se refiere del paso de una persona, así se entrenan pasivamente, mantienen los músculos que utilizamos en la marcha con la ayuda del paso del animal (Janura, Peham, Dvorakova y Elfmark, 2009).

El caballo o asno tiene una temperatura que ronda los 38°C y ese contacto físico propicia un aumento del flujo sanguíneo, relajamiento de los músculos, tendones y ligamentos.

El movimiento del caballo proporciona una estimulación multisensorial, así pues, facilita la contracción y relajación de músculos que se encuentra afectada a nivel neurológico, ya sea a nivel del sistema nervioso central como el sistema nervioso periférico. De manera que con el tiempo, entrenamiento y constancia puede automatizarse, pudiendo facilitarse la marcha, bipedestación en el suelo. Además los impulsos rítmicos que se transmiten desde el caballo a la persona favorecen el tono muscular por lo que tiene una influencia decisiva en el equilibrio y la fuerza muscular. Todo esto permite sin duda alguna mejorar la autoestima y autoconfianza de la persona mayor (Janura, Peham, Dvorakova y Elfmark, 2009; Witte, Schobesberger y Peham, 2009).

También hay que decir que la equinoterapia no solamente se puede utilizar para la rehabilitación, sino para la prevención de discapacidades, físicas o psíquicas relacionadas a veces con la edad o proceso degenerativo normal del envejecimiento (Mann et al., 2008; Araujo et al., 2009; Boron et al., 2012).

Las terapias con équidos tienen una influencia positiva actuando sobre aquellos músculos que presentan hipotonicidad, fortaleciéndolos y ayudando en su recuperación total o parcial. Los movimientos intencionados que la persona mayor ha de realizar con el animal contrarrestan parcialmente otros movimientos no intencionados por ejemplo en el caso de la enfermedad de Parkinson, dando una seguridad y autoestima a la persona (Witte, Schobesberger y Peham, 2009).

Las personas mayores practicando la equinoterapia está reforzando su vínculo social y afectivo con otras personas como compañeros del grupo, profesionales de las terapias ecuestres, etc. Así pues, es

lógico pensar, que se abordan de manera muy positiva ciertas desvinculaciones sociales, trastornos de ansiedad y depresión (Romera, 2006).

Además el contacto de las personas mayores con este tipo de animales en un porcentaje alto les hace recordar tiempos pasados, vivencias, recuerdos, experiencias pasadas de unos tiempos en los cuales no existía mecanización del campo o era el único medio de locomoción para ir de unos pueblos a otros. Por lo tanto se puede decir que el trato y el cariño con estos animales es especial.

En el proceso de realización de las terapias ecuestres se comprenden varias clases o modalidades, fueron definidas en el Congreso Internacional de Equitación Terapéutica en Toronto en 1988 (Gross, 2006): Hipoterapia, equinoterapia terapéutica, equitación adaptada.

Pero antes de entrar en la explicación de cada una de ellas hay que mencionar un aspecto muy importante sobre los profesionales que intervienen en las terapias ecuestres, se trata de un equipo multidisciplinar (Naschert, 2000), es decir, compuesto por varios profesionales de diferentes ámbitos, de manera que trabajando en las distintas áreas que componen las terapias ecuestres, esté organizado para conseguir un objetivo común.

Éste grupo de profesionales es multidisciplinar, aunque a la hora de la sesión o ejercicio se realizará entre dos, máximo tres personas si precisa monta gemelar por el grado de discapacidad de la persona (Ernst y De la Fuente, 2007): Técnicos de equitación, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, enfermeros, logopedas, terapeutas ocupacionales, pedagogos, veterinarios.

El équido ya sea caballo, asno o poni (aunque este último se considera un caballo de pequeña alzada), debe tener un carácter amable, estar familiarizado con las personas y otros animales. No debe asustarse ante cualquier estímulo que pudiera surgir de manera imprevista, expresando una actitud de indiferencia. Aunque en éste aspecto no hay que confundir indiferencia con un carácter apático, ya que como se mencionó anteriormente tiene que ser un animal afable, que garantice la seguridad del jinete (Doménec y Ristol, 2011).

El veterinario como miembro del equipo debe hacer los controles periódicos al animal, como vacunaciones, desparasitaciones, herraje de los cascos, higiene de la arcada dentaria, exploración física general, y otras consideraciones que el veterinario considere oportunas. En lo relativo a la edad del equino, no tiene que ser un animal ni muy joven, pero tampoco de una edad muy avanzada, los caballos jóvenes suelen ser por regla general algo revoltosos, juguetones, con ganas de trotar e inexpertos por el simple hecho de su corta edad y un animal con demasiada edad quizá no tiene la condición física ideal para el desarrollo de las terapias ecuestres. El rango de edad ideal está entre los 6 y los 18 años y que tenga suficiente experiencia y entrenamiento como para realizar estos ejercicios ecuestres (Naschert, 2000).

Otro aspecto a tener en cuenta es la seguridad a la hora de la realización de estas terapias.

Los équidos, como animales que son, pueden tener una reacción inesperada en un momento dado y poner en peligro la vida o integridad del jinete o de las personas que intervienen en el proceso de realización de estas terapias. Además son animales con una fuerza física considerable, por ello se hace necesario cumplir una serie de normas de seguridad y atención especial a los profesionales que intervienen en el proceso.

La persona mayor que va a ser objeto de práctica de la equinoterapia, deben aportar un informe médico en el que se indique la aptitud para la monta a caballo. De ser éste informe desfavorable, es decir, que el paciente presente alguna discapacidad física o psíquica que impida la monta a caballo, puede formar parte de otras terapias ecuestres en las que no sea necesaria.

También es necesario que se tenga en regla, según las disposiciones legales vigentes en lo relativo a las instalaciones, seguros, licencias, etc. (Muñoz, 2003).

El uso del casco cuando se va montado en el caballo se hace imprescindible para prevenir daños ante cualquier posible caída o golpe contra una pared, etc. También hay que mencionar el uso del calzado

adecuado que serán botas destinadas a tal efecto, uso de rodilleras, coderas, etc. (Medina, 2003; Newton y Nielsen, 2005).

En ésta práctica de equitación, como en otras, es necesario respetar algunas normas que la persona mayor tiene que tener presentes en su relación con el caballo como es no gritar, no realizar movimientos bruscos o cualquier otro estímulo que el caballo le haga reaccionar de manera imprevista (Newton y Nielsen, 2005).

- ***Hipoterapia:***

Es una forma de montar a caballo adoptando distintas posiciones, el movimiento que transmite el caballo a la persona es muy similar a los de la marcha humana. Ésta terapia es utilizada para la rehabilitación de discapacidades severas, donde la persona que monta apenas pueden ejercer acción alguna sobre el animal: Enfermedades neurodegenerativas, afecciones traumatológicas, patologías psíquicas, emocionales, etc.

Los movimientos tridimensionales que la persona mayor percibe cuando va montada a caballo son de una enorme complejidad, hacia arriba, hacia abajo, detrás, delante, izquierda, derecha y combinación entre ambos (Witte, Schobesberger y Peham, 2009).

La persona que va montada a caballo debe reaccionar y adaptarse a los movimientos que el caballo ejerce sobre ésta. Todo esto se percibe a través de los puntos de contacto del jinete con el caballo como son el asiento, parte interior del muslo, rodilla y pantorrilla, provocando los cambios y las influencias del movimiento del caballo hacia la persona sobre músculos, tendones, articulaciones y en general sobre todo el aparato locomotor. La base del tratamiento es la transmisión del movimiento del caballo hacia la persona mayor, de manera que el jinete está expuesto a estímulos físicos similares que se tiene cuando se camina y no al revés el jinete no estimula al animal, por lo tanto es una terapia sensorial que actúa a través de los sistemas propioceptivos que influyen en las fibras musculares, articulaciones y órganos de los sentidos como vista, oído y tacto (Romera, 2006; Ernst y De la Fuente, 2007; Witte, Schobesberger y Peham, 2009).

Podemos distinguir varios tipos de hipoterapia (Biery y Kauffman, 1989):

*Hipoterapia pasiva*, en la que la persona mayor se adapta pasivamente al cuerpo físico y movimiento del caballo, sin ninguna acción por su parte. En este tipo de terapia puede ser necesaria la monta con un profesional, para que la persona mayor no sufra ninguna caída o contratiempo.

*Hipoterapia activa*, en la que la persona mayor se monta en el animal y percibe multitud de sensaciones tanto psíquicas como físicas realizando ejercicios neuromusculares para estimular el tono muscular, el equilibrio, coordinación psicomotriz.

En ningún momento se dejará a la persona mayor sola montada en el caballo, siempre permanecerá un profesional a su lado.

- ***Equinoterapia terapéutica:***

Se realiza en personas que puedan ejercer actividades o acciones sobre el animal, que su discapacidad no entraña problemas para poder realizar ejercicios tanto de monta, a pie, etc. En este tipo de terapia se aprovecha la relación con el caballo para superar los problemas físicos, comportamientos inadecuados, y entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales. Éste aislamiento social puede estar provocado por una inadaptación fruto de carencias afectivas, vivencias concretas, malos tratos, consumo de tóxicos como el alcohol (Martínez, Hernández y Arnáiz, 2001; Fine, 2003).

Así se manifiesta un problema de comportamiento, inadaptación social, abandono personal, etc.

En la relación con el caballo la persona mayor interactúa en un medio en el que se desarrollan e influyen multitud de sensaciones, la propia relación con el animal como se ha dicho y consecuentemente la relación con el entorno y otras personas como son los profesionales de las terapias ecuestres, otras

personas que también realizan éstas prácticas, ya que normalmente se suelen hacer en grupos (Minguell, 2008).

Se deben canalizar todas las emociones hacia un entorno positivo en la relación con el caballo y el medio donde se desarrolla la escena. De esta manera se consigue un equilibrio personal propiciando un vínculo entre el caballo, personas y entorno. De esta manera se pretende conseguir una adaptabilidad para solucionar problemas, control de impulsos, tolerancia, etc. También se intenta superar problemas que afectan a la persona mayor como son seguridad, autoestima, independencia, autorrealización, etc. Y de la misma manera superación de problemas interpersonales como la relación con otras personas, responsabilidad social.

La práctica de la equinoterapia ofrece una oportunidad para trabajar al aire libre y espacios abiertos. Los caballos les van a enseñar o reforzar normas básicas para la convivencia en la sociedad.

- **Equitación adaptada:**

Este tipo de terapia se entiende en personas que practican terapias ecuestres y que presentan alguna discapacidad.

El movimiento del caballo al ser rítmico y constante regula la fuerza y el tono muscular de la persona mayor que va montada en el animal, mejorando también los movimientos involuntarios relacionados con las patologías neuromusculares. En general actúa en todo el aparato locomotor (Biery y Kauffman, 1989; Romera, 2006).

Existen diferentes accesorios para la adaptación correcta de las personas con distintas discapacidades a la anatomía del caballo. A veces se hace necesario no poner la silla de montar, con esto se transmite mejor el calor del animal a la persona.

## **Conclusión**

Los équidos son nexo de unión entre la persona mayor y los profesionales que se encargan de las terapias ecuestres.

Los animales sociales como el caballo y el hombre como ser racional forman un grupo especial, en el que el hombre se beneficia de los efectos positivos que percibe cuando tienen relación con un caballo, favoreciendo el aprendizaje, comunicación, y recuperación de ciertas patologías o afecciones.

Se ha observado a lo largo de los años que la equinoterapia acelera el proceso de rehabilitación y curación de ciertas patologías o discapacidades y la integración social, en ocasiones mucho más que si se emplean otros procedimientos distintos, lo que nos aporta un buen apoyo como tratamiento coadyuvante a tratamientos médicos de base, sin presentar contraindicaciones, además de no ser terapia invasiva, nos refuerza positivamente plan de actuación terapéutica de la persona mayor.

Los estudios que se han realizado hasta el momento son positivos, porque los beneficios son destacados, pero la evidencia pone de manifiesto que hacen falta más estudios con metodología más rigurosa, contrastándolo con grupos control para poder dar afirmaciones plausibles.

Así que estos animales se merecen un sitio especial en nuestras vidas, y tienen más que merecido nuestro respeto, admiración.

¿Qué animal da más a cambio de nada?

## **Referencias**

Araujo, T.B., Lemos, L.F.C., Araujo, R., Santana, L.A., Lopes, M. y Frank, C.R. (2009). Equoterapia para melhora do equilíbrio postural em amputados de membro inferior: um estudo piloto. *Revista Digital*, 135. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd135/equoterapia-para-amputados-de-membro-inferior.htm>

Aubrey, H. (2003). *Manual de terapias asistidas por animales. Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo Editorial.

- Biery, M.J. y Kauffman, N. (1989). Los efectos de la terapéutica Cabalgata del Equilibrio. *Actividad Física Trimestral*, 6, 221-229.
- Boron, N., Marinaro, P., Celestini, S., Del Sole, F., Magro, R., Zoppi, D., Mattei, F., Dall'Armi, V., Mazarella, F., Cesario, A. y Bonassi, S. (2012). Effect of Equestrian Therapy and Onotherapy in Physical and Psycho-Social Performances of Adults with Intellectual Disability: A Preliminary Study of Evaluation Tools Based on the ICF Classification. *Disability and Rehabilitation*, 34(4), 279-287.
- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.
- Doménech, E. y Ristol, F. (2011). *Manual práctico para técnicos y expertos en TAA*. Barcelona.
- Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Fine, A.H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.
- Gross, E. (2006). *Equinoterapia: La rehabilitación por medio del caballo*. México: Editorial Trillas.
- Janura, M., Peham, C., Dvorakova, T. y Elfmark, M. (2009). An assessment of the pressure distribution exerted by a rider on the back of a horse during hippotherapy. *Hum Mov Sci*, 28(3), 387-93.
- Mann, L., Kleinpaul, J.F., Teixeira, C.S., Rossi, A.G., Lopes, L.F.D. y Mota, C.B. (2008). Investigaçao do equilibrio corporal em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 11(2), 155-65.
- Martínez, R., Hernández, R. y Arnáiz, P. (2001). Atención a la diversidad, salud y deporte: la Equitación Terapéutica. Actas del II Congreso Internacional Educación Física y Diversidad, pp. 379-391. Murcia. Consejería de Educación y Universidades.
- Medina, O. (2003). *Análisis y selección del caballo para hipoterapia*. México: Internacional Equinoterapia, AMET.
- Minguell, F. (2008). La terapia asistida por animales: el animal como coterapeuta. *Revista Animalia*, 195, 40-46.
- Mosello, E., Ridolfi, A., Mello, A.M., Lorenzini, G., Mugnai, F., Piccini, C., Barone, D., Peruzzi, A., Masotti, G. y Marchionni, N. (2011). Animal-Assisted Activity and Emotional Status of Patients with Alzheimer's Disease in Day Care International *Psychogeriatrics*, 23(6), 899-905.
- Mraz, M., Curzytek, M., Mraz, M.A., Gawron, W., Czerwosz, L. y Skolimowski, T. (2007). Body balance in patients with systemic vertigo after rehabilitation exercise. *J Physiol Pharmacol*, 58(1), 427-36.
- Muñoz, B. (2003). *Recursos necesarios para funcionar un centro de equinoterapia*. México: Curso Internacional equinoterapia AMET.
- Naschert, E. (2000). *Equinoterapia la rehabilitación por medio del caballo*. Editorial Trillas S.A.
- Newton, A.M. y Nielsen, A.M. (2005). A review of horse-related injuries in a rural Colorado hospital: implications for outreach education. *J Emerg Nurs*, 31(5), 442-6.
- Potter, J.T., Evans, J.W. y Nolt, B.H. (1994). Therapeutic horseback riding. *J Am Vet Med Assoc*, 204(1), 131-3.
- Romerá, S. (2006). Introducción a la Equinoterapia. Disponible en [www.masarago.com](http://www.masarago.com).
- Silkwood-Sherer, D. (2009). Immediate and long-term effects of hippotherapy on symmetry of adductor muscle activity and functional ability in children with spastic cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(6), 966-74.
- Soprano, C.A., Kolanowski, A.M., Chinchilli, V.M., Colling, K., Lago, D. y Penrod, J. (2010). Effects of animal-assisted therapy for responding to passive behavior in persons with Dementia. *Gerontologist*, 50; Suplement.
- Toigo, T., Leal, J., Ávila, S.N. (2008). O Uso da equoterapia como recurso terapêutico para melhora do equilibrio estático em indivíduos da terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 11(3), 391-403.
- Witte, K., Schobesberger, H. y Peham, C. (2009). Motion pattern analysis of gait in horseback riding by means of Principal Component Analysis. *Hum Mov Sci*, 28(3), 394-405. Epub 2009 May 13.

## CAPÍTULO 9

### Relación entre propiocepción y envejecimiento

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

\*Servicio Andaluz de Salud (España), \*\*Agencia Pública Empresarial Sanitaria  
Hospital de Poniente (España)

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Puede afirmarse que las limitaciones que conlleva el envejecimiento humano emanan (de igual manera que sus potenciales y recursos) del hecho de ser un organismo vivo que una vez alcanzado sus máximo desarrollo biológico (hacia los 20 años de edad cronológica), poco a poco, se tornan menos eficientes sus subsistemas somato sensoriales produciéndose un declive progresivo de sus características físicas tales como su elasticidad cutánea, la fuerza muscular, la agudeza visual y auditiva, etc. Son características no modificables propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad por lo que forman parte de lo que los autores han considerado envejecimiento primario (Fries, 1989). Ha sido recogido por la OMS (2002) en su documento activo, las formas de envejecer y la extraordinaria variabilidad interindividual depende del largo proceso de envejecimiento. Si llegamos al máximo de nuestros recursos a lo largo de la vida, el declive probable durante la vejez no traspasaría el umbral de la discapacidad (Kalache y Kickbush, 1997).

Años más tarde hacen referencia a que la visión de envejecimiento y la vejez han ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento de declive y deterioro a la consideración del envejecimiento como una dinámica entre pérdidas y ganancias (Baltes, Freund y Li, 2005). Numerosos estudios internacionales plantean abiertamente la tendencia a un retraso de la entrada en la discapacidad y dependencia, aunque los datos son insuficientes y a veces contradictorios (Christensen, Dobl-hammer, Rau y Vaupel, 2009).

El envejecimiento se acompaña de un empeoramiento en el estado físico, lo cual puede deteriorar el desempeño funcional. Un componente del deterioro físico es la pérdida de coordinación lo cual se relaciona con un mayor riesgo de caídas y fracturas. La pérdida de coordinación hace que se pierda capacidad en el sentido de la posición del cuerpo y de los miembros superiores e inferiores en el espacio. Sin embargo, no se conoce aún el efecto de la pérdida de propiocepción asociada con el envejecimiento y si es posible o no recuperarla y/o mejorarla con la actividad física. También se ha de tener en cuenta que la atrofia muscular y la pérdida de fuerza por el proceso propio de la edad influyen en el deterioro del desempeño funcional aunque es un factor que se puede recuperar y/o mejorar con ejercicios de resistencia muscular que a su vez en el proceso de aumentar la fuerza se producen unas adaptaciones neurológicas las cuales tienen un efecto positivo en la propiocepción (Thompson, 2003). Se definió por primera vez la propiocepción en 1906 como la información sensorial que contribuye al sentido de la posición propia y del movimiento (Sherrington, 1906). El término propiocepción ha evolucionado; hoy, se conoce como la conciencia de posición y movimiento articular, velocidad y detección de la fuerza de movimiento, la cual consta de tres componentes (Saavedra, 2003; Lephart, 2003):

- a. Estatesesia: Provisión de conciencia de posición articular estática.
- b. Cenestesia: Conciencia de movimiento y aceleración.

c. Actividades efectoras: Respuesta refleja y regulación del tono muscular.

La propiocepción depende de estímulos sensoriales provenientes de los sistemas visual, auditivo y vestibular, de los receptores cutáneos, articulares y musculares, que son responsables de traducir eventos mecánicos ocurridos en los tejidos en señales neurológicas (Saavedra, 2003). La pérdida de la propiocepción con la edad es central para una serie de síndromes geriátricos, en las caídas particulares, sin embargo, es relativamente rara vez considerado en la práctica clínica. Un estilo de vida sedentario lo más probables es que acelere la pérdida de la propiocepción y así se contribuiría a la pérdida de independencia funcional y el aumento de las caídas (Suetterlin, 2014). La propiocepción se ve afectada por los cambios propios del envejecimiento, sin embargo se puede mejorar a través de ejecutar ejercicios de equilibrio que sean encaminados en la mejora de los diferentes aspectos involucrados en la propiocepción (Sagastume, 2013). Los efectos de los ejercicios de equilibrio para mejorar el sistema propioceptivo ayudan a disminuir el riesgo de caídas en los adultos mayores (Sagastume, 2013).

### **Objetivo**

Conocer y examinar los efectos positivos del trabajo propioceptivo en personas de edad avanzada con o sin patología.

### **Método**

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una búsqueda de información de artículos en diferentes bases de datos tal y como son: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet. Las palabras que han sido utilizadas para hacer la búsqueda de estudios fueron las siguientes: “Envejecimiento”, “propiocepción”, “caídas”, “equilibrio”, “inestabilidad postural”. Todos estos términos también se buscaron en inglés. La búsqueda de la terminología se hizo de forma aislada y combinando las palabras

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Los resultados que se han obtenido en este trabajo de revisión bibliográfica en relación a los artículos seleccionados han sido los siguientes que comentamos a continuación:

- 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 (Alvarado y Salazar, 2014).

- El hecho de que la propiocepción se va disminuyendo hace que se produzca una pérdida de equilibrio y que aparezcan como consecuencia las caídas. Este factor viene determinado con la edad (Ishii, Terajima, Terashima y Matsueda, 2000).

- Los enfermos de Parkinson tienen más inestabilidad independientemente de las manipulaciones sensoriales pero se muestra una dependencia similar al individuo sano sobre la propiocepción del tobillo para el control postural por tanto podría ser beneficioso en los programas de rehabilitación y como entrenamiento de prevención en las personas con enfermedad de Parkinson (Esther, Kim, Elke, Sarah, Sabine, Anat y Alice, 2014).

- La propiocepción tiene un papel sutil en el nivel de ajuste de perturbaciones viso-motoras, sin embargo desempeña un papel más relevante en el control para realizar los movimientos mientras que en ausencia de la propiocepción la atención es necesaria para supervisar los movimientos (Ingram, Van Donkelaar, Cole, Vercher, Gauthier y Miall, 2000).

- La pérdida de la propiocepción con la edad es central para una serie de síndromes geriátricos, en las caídas particulares, sin embargo, es relativamente rara vez considerado en la práctica clínica. Un estilo de

vida sedentario parece acelerar la pérdida de la propiocepción y así contribuiría a la pérdida de independencia funcional y el aumento de las caídas (Suetterlin y Sayer, 2014).

-La aparición de artritis junto con la edad, fatiga muscular, así como otros factores propios, hace que la propiocepción se vaya perdiendo o, mejor dicho, ésta disminuya (Koralewicz y Engh, 2000).

- La propiocepción desempeña un papel significativo en el arco neuromuscular aferente-aferente del control. La restauración de la propiocepción, tras una lesión, permite que el cuerpo mantenga la estabilidad y la orientación durante actividades estáticas y dinámicas (Laskowski, Newcomer-Aney y Smith, 2000).

- La información propioceptiva de tobillo y cuello se puede utilizar para balance de la orientación del control y del cuerpo, con la integración a nivel central de ambas tareas (Kavounodias, Gilhodes, Rodillo y Rodillo, 1999).

- Los músculos de la pierna, que regulan directamente el movimiento del empalme del tobillo, y los músculos dorsales del cuello, que cambian el equilibrio estático a través del sistema nervioso central, son importantes para mantener la postura derecha (Sakuma y Aihara, 1999).

- Las actividades físicas ejercen un efecto beneficioso sobre el balance en personas mayores (De Gauchard, Jeandel, Tessier y Perrin, 1999).

- Los movimientos coordinados desarrollados de manera regular, aún aquellos con una mínima carga externa, mejoran la propiocepción (Thompson, Mikesky, Bahamonde y Burr, 2003).

- Visual, táctil, y entradas propioceptivas musculares contribuyen conjuntamente pero de forma desigual a la percepción humana del movimiento dependiendo de la velocidad de movimiento en curso y la naturaleza de la información sensorial disponible. La combinación de tipos complementarios de información puede mejorar la percepción de la velocidad del movimiento de la mano, mientras que la combinación de tipos redundantes de información tiene el potencial para mejorar la calidad de la percepción sin mejorar su estimación de la velocidad. También, que se han evidenciado respuestas motoras consistentes durante la percepción de los movimientos ilusorios independientemente del origen sensorial por el cual ellos fueron inducidos fortalece una vinculación estrecha entre percepción y acción a un alto nivel del sistema nervioso central (Blanchard, Roll, Roll y Kavounodias, 2013).

-Se sugiere que la cantidad de regeneración propioceptiva de las piernas determina la influencia de la entrada vestíbulo-espinal en el movimiento del cuerpo (Dietz, Baaken y Colombo, 2001).

-Se refleja que entre pacientes con dolor de espalda y pacientes sin dolor de espalda existen diferencias de propiocepción, necesitando los pacientes con dolor de espalda programas de ejercicios propioceptivos para mejorar este tipo de dolor (Papada y Callaghan, 1998).

-Se constata que cualquier persona que desee realizar una acción o movimiento sin fijar su atención visual en dicha acción, la velocidad de reacción de sus propioceptores estará disminuida (Desmurget, Vindras, Grea y Viviani, 2000).

- Un programa de ejercicio físico podría ofrecer a los pacientes que padecen fatiga crónica la oportunidad de mejorar su fuerza, su equilibrio así como su calidad de vida siendo sólo un pequeño riesgo de recaída y ninguno de los efectos adversos que tienen otro tipo de tratamientos (Gillamo, Barbany, Blázquez, Delicado, Ventura-Farré y Javierre, 2015).

### **Discusión/Conclusión**

Una vez recopilada la información necesaria (artículos, libros...) y se ha trabajado con ella podemos decir que hemos llegado a la conclusión de que:

- La propiocepción desempeña un factor importante en el proceso de envejecimiento de las personas ya que simplemente el paso del tiempo hace que nos aparezcan patologías, limitaciones de la movilidad, atrofia muscular y como no que la propiocepción vaya disminuyendo.

- Es importante que destaquemos como el estilo de vida que llevemos va a influir en el proceso de deterioro de la propiocepción. Si llevamos una vida sedentaria a lo largo de nuestra vida va a contribuir a



que el proceso de deterioro de la propiocepción natural lo aceleremos. Si por el contrario llevamos una vida saludable y con un grado de actividad aceptable vamos a propiciar el enlentecimiento de del deterioro propioceptivo.

- Una lesión mal recuperada va a hacer que el sistema propioceptivo esté deteriorado por tanto es importante una buena recuperación de las lesiones para evitar restablecer al máximo el sistema propioceptivo.

- Hemos de destacar como influye la visión en el sistema propioceptivo ya que una visión disminuida va a hacer que nuestro sistema propioceptivo esté más torpe y por lo tanto tengamos más riesgo de lesionarnos y/o caernos.

- También merece la pena destacar la importancia de la propiocepción del tobillo y del cuello a nivel de estabilidad, coordinación, control de postura.

Finalmente y como conclusión final de este estudio de revisión bibliográfica nos hemos dado cuenta de la importancia tan grande que tiene nuestro sistema propioceptivo en la evolución de los años sobre nuestro cuerpo. Es una baza que está en nuestra mano y que tiene un potencial realmente alto por lo tanto queda aún mucha tarea por hacer en este sentido ya que nos deberíamos plantear el modo de llegar lo más autónomos posible a la vejez y así tener una mejor calidad de vida y no solo utilizarlo como una herramienta de rehabilitación tras una lesión.

## Referencias

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Blanchard, C., Roll, R., Roll, J.P. y Kavounoudias, A. (2013). Diferenciales contribuciones de visión, el tacto y la propiocepción muscular a la codificación de los movimientos de la mano. *Plos One*, 4(8), e62475.
- De Gauchard, Jeandel, C., Tessier, A. y Perrin, Pp. (1999). Efecto beneficioso de actividades físicas propioceptivo en control del balance en temas humanos mayores. *Neurosci Lett*, 273(2), 81-4.
- Desmurget, M., Vindras, P., Grea, H. y Viviani, P. (2000). Propiocepción no mandila rápidamente durante la obstrucción visual. *Cerebro Res*, 134(3), 363-77.
- Dietz, V., Baaken, B. y Colombo, G. (2001). La entrada propioceptiva elimina la impulsión vestibulo-espinal durante la locomoción humana. *Neuroreport*, 12(12), 2743-6.
- Envejecimiento humano (s.f). En wikipedia. Recuperado el 7 de febrero de 2015 de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
- Esther, B., Kim, D., Elke, H., Sarah, V., Sabine, V., Anat, M. y Alice, N. (2014). La contribución de la información propioceptiva al control postural en pacientes de edad avanzada y con pacientes de Parkinson con antecedentes de caídas. *Frontiers in Human Neurosciencie*, 8, 939.
- Gillamo, E., Barbany, J.R., Blázquez, A., Delicado, M.C., Ventura-Farré, J.L. y Javierre, C. (2015). Efectos físicos de un programa de entrenamiento en un grupo de pacientes con el síndrome de fatiga crónica. *J Sport Med Phys Fitness*.
- Ingram, Ha., Van Donkelaar, P., Cole, J., Vercher, J.L., Gauthier, G.M. y Miall, R. (2000). El papel del propiocepción y de la atención en una tarea de la adaptación del visuomotor. *Cerebro Res*, 132(1), 114-26.
- Ishii, Y., Terajima, K., Terashima, S. y Matsueda, M. (2000). La propiocepción en los ancianos con y sin fractura de la cadera. *Trauma 2000*, 14(8), 542-5.
- Kavounoudias, A., Gilhodes, J.C., Rodillo, R. y Rodillo, J.P. (1999). De la regulación del balance a la orientación del cuerpo: dos metas para el tratamiento de la información propioceptivo del músculo. *Cerebro Res De Exp*, 124(1), 80-8.
- Koralewicz, L.M. y Engh, G.A. (2000). Comparación del propiocepción en rodillas normales artríticas y de edad comparable. *Empalme Surg*, 82-A(11), 1582-8.
- Laskowski, E.R., Newcomer-Aney, K. y Smith, J. (2000). Colocar error de nuevo en dolor de espalda bajo. Comparar error que coloca de nuevo del tronco en temas con los temas crónicos del dolor y del control de espalda bajo. *Espina dorsal*, 25(2), 245-50.
- Martín Cuenca, E. (2006). *Fundamentos de fisiología*. Madrid: Thomson.
- Papada, K.P. y Callaghan, M.J. (1998). La medida del propiocepción lumbar en individuos con y sin dolor de espalda bajo. *Espina dorsal*, 23(3), 371-7.

Sagastume, M.G. (2013). Ejercicios de equilibrio para mejorar el sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor. Universidad Rafael Landívar.

Sakuma, A. y Aihara, Y. (1999). Influencia de la entrada propioceptiva de los músculos de la pierna, del muslo, del tronco y del cuello en el equilibrio de estar parado. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*, 102(5), 643-9.

Suetterlin, K.J., Sayer, A.A. (2014). La propiocepción: ¿dónde estamos ahora? Un comentario sobre la evaluación clínica, los cambios en todo el ciclo vital, implicaciones funcionales y futuras intervenciones. *Oxford Journal*, 43(3), 313-318.

Thompson, K.R., Mikesky, A.E., Bahamonde, R.E. y Burr, D.B. (2003). Efectos del Entrenamiento Físico sobre la Propiocepción en Mujeres Mayores. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*, 3(3), 223-231.

Vicente, J.M. (2011). *Envejecimiento activo*. (1ª ed.). Madrid: IMSERSO.

William, E. (2001). *Técnicas de rehabilitación en medicina deportiva* (3ª ed.). Barcelona: Paidotribo.



## CAPÍTULO 10

### **Estrategias y control desde la enfermería domiciliaria para mantener unas condiciones óptimas en la vejez**

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

\*Hospital Universitario de Móstoles, Madrid (España), \*\*Hospital Jules Bordet, Bruselas (Bélgica),  
\*\*\*Empresa Pública Hospital de Poniente, El Ejido, Almería (España), \*\*\*\*Hospital La Inmaculada,  
Huércal Overa, Almería (España)

En ocasiones nuestros mayores a cierta edad viven solos y son independientes para las actividades de la vida diaria, a pesar de que sus capacidades físicas y mentales se van mermando poco a poco, o sus costumbres no son las adecuadas para mantener una vida óptima a cierta edad.

El objetivo del tema es tratar de explicar las deficiencias en las capacidades del adulto mayor y proponer algunas estrategias y consejos para fomentar un envejecimiento saludable y con los menores riesgos posibles.

Los temas que vamos exponer en nuestra revisión bibliográfica son la hidratación, la organización de medicamentos, el ejercicio físico, ejercicio mental, alimentación, caídas y memoria.

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos en el individuo que le hacen susceptible de presentar una serie de problemas, entre ellos los problemas nutricionales (Litago-Gil, Martín-Lesende, Luque-Santiago, de Alba-Romero, Baena-Díez, de Hoyos-Alonso, 2005).

Por otro lado, si queremos cuidar y mantener la salud para favorecer el envejecimiento saludable es importante que sepamos que existen programas de entrenamiento cognitivo para personas mayores, destinados a mejorar y mantener la capacidad perceptiva, atencional y amnésica (Módenes y Cabaco, 2008). Como consecuencia de la actividad en todas las áreas, es decir, física, mental y social, se ha demostrado que favorece la conservación de las funciones cognitivas ya que con el paso de los años, éstas tienden a deteriorarse (Bentosela y Musaca, 2005).

Hasta hace algunos años, se consideraba que envejecer era un proceso claramente involutivo, hoy en día, el término vejez está lleno de esperanza y se piensa de manera que prevalezca la calidad de vida de las personas que alcancen la tercera edad, de manera que se mantengan con una buena forma, tanto física como mentalmente, habiendo programas específicos para personas mayores donde evolucionen, crezcan y desarrollen y mantengan ciertas habilidades (Posada, 2005).

Consideramos que la educación sanitaria en las personas mayores y la supervisión de sus conductas son necesarias e importantes. El personal de enfermería debe de conocer que existen alternativas y estrategias para los cambios de conductas y así, evitar algunas enfermedades y accidentes que pueden llevar a la persona a la baja calidad de vida, dependencia e incluso la muerte.

#### **Objetivo**

Nuestro objetivo es detectar deficiencias en las capacidades y conocimientos de las personas mayores y proponer estrategias para que a nuestros mayores les sea más fácil mantener ciertos hábitos, aumentando su calidad de vida y reduciendo el riesgo de enfermedad, hospitalización e incluso la muerte.

#### **Metodología**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Elsevier, Dialnet, Scielo y Medline, de donde escogimos los estudios más relevantes de

los últimos años. La cadena de búsqueda utilizada combinó los descriptos del DeCS con las palabras claves: “Vejez”, “educación”, “enfermedades crónicas”, “salud del anciano”, “automedicación”.

### **Resultados**

Para favorecer el envejecimiento saludable, Módenes y Cabaco (2008) han desarrollado una serie de características que son *“el mantenimiento y cuidado de la salud, realizar una dieta adecuada, hacer ejercicio físico, mantener un peso adecuado, no presentar conductas de riesgo como consumo de tabaco, alcohol o drogas, detección precoz de las enfermedades y llevar a cabo un entrenamiento específico de las funciones cognitivas”*. A continuación estudiaremos las que hemos considerado más relevantes como son la hidratación adecuada, la organización de los medicamentos y su consumo diario, la falta de ejercicio físico, alimentación, caídas y la falta de memoria.

#### *Hidratación adecuada*

En las personas mayores la ingesta de líquidos es disminuida por diversos factores: Menor percepción de sed, patologías fármacos, función renal, dificultad para acceder a la bebida, etc. Por ello son especialmente sensibles a la deshidratación. Es de vital importancia que ingieran la cantidad de agua adecuada para mantener una buena salud y calidad de vida, ya que la deshidratación puede llevar a la hospitalización e incluso a la muerte (Cervantes, 2011).

Hay que tener en cuenta que en diversas situaciones se ve incrementado el riesgo como por ejemplo: Estrés, actividad física, aumento de la temperatura ambiental, fiebre, vómitos y/o diarreas, diabetes descompensada, quemaduras, etc. (Molina, Molina y López, 2011).

Recomendaciones (Cervantes, 2011):

- Aporte de agua al día: Se han calculado 30-35ml por cada Kg/día. De tal manera que una persona que pese 70kg debe de beber 2100-2450mL de agua diarios (Guillén, 2001).
- Temperatura de la bebida: Entre los 11°C-14°C, preferiblemente.
- Beber sin esperar a tener sed.
- Consumir alimentos ricos en agua (frutas, verduras, etc.).
- La ingesta debe de hacerse de forma gradual, es recomendable beber más agua por la mañana y media tarde, para disminuir las micciones nocturnas.
- Aumentar la cantidad de líquidos al día situaciones antes descritas.
- Introducir alternativas al agua, como por ejemplo las infusiones, lácteos, bebidas de soja, zumos, cerveza sin alcohol.

#### *La organización de los medicamentos y su consumo diario*

La adherencia al tratamiento que tienen las personas y en especial en la tercera edad, es condicionada por el aprendizaje, inteligencia, función cerebral, modo de vida y personalidad. Es necesario que su médico evalúe de forma individual a cada anciano antes de la prescripción de un fármaco ya que se tiene que tener en cuenta algunas limitaciones y los riesgos que puede haber con la automedicación, sobredosis y polifarmacia (Mír y Larrea, 2004). La práctica irracional en el uso de medicamentos genera consecuencias negativas en algunos de los ancianos y como consecuencia se producen muchos más efectos adversos (Hanmuch y Suzanmeire, 1992). Según Santana, Bembibre, García y González (1998), los psicofármacos y antibióticos son con más frecuencia los medicamentos que más utilizan las personas mayores sin prescripción facultativa, en su estudio aseguran también que la polifarmacia, automedicación y sobredosis ocurre frecuentemente en la población geriátrica teniendo consecuencias negativas para los ancianos, contribuyendo así al fracaso terapéutico.

Para desarrollar estrategias que aumente la adherencia al tratamiento, es necesario individualizar, ya que depende de la del tipo de tratamiento, de la enfermedad y del paciente. Las intervenciones estarán dirigidas a realizar una prescripción razonada: Diagnóstico preciso, informar al paciente de la

enfermedad y de la necesidad o no del tratamiento farmacológico, seleccionar el medicamento más eficaz y adecuado a las características del paciente, informar de los objetivos a alcanzar y de la necesidad de seguir una pauta terapéutica determinada e informar sobre la posibilidad de efectos adversos. Es necesario, minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica, mejorar la información en la visita médica y de enfermería, realizar tarjetas calendario o bandejas compartimentales para el manejo de la medicación, y realizar el seguimiento con llamadas domiciliarias recordatorias (Mir y Larrea, 2004).

También, habrá que intervenir sobre las barreras que dificultan el cumplimiento (problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo, dificultad para tragar,...).

#### *La falta de ejercicio tanto físico como mental*

El organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades tanto físicas como mentales. Es cierto que la actividad física actúa de manera positiva ya sea como prevención o como mantenimiento. Se debe de individualizar el tiempo de actividad física que mejor se adapte a las necesidades y capacidades de la persona, trabajando a la intensidad y al ritmo que le sea cómodo.

Se recomienda mantenerse social, mental y físicamente activo como método para intentar prevenir o retrasar el desarrollo de demencia, fomentando hábitos alimenticios basados en la dieta mediterránea y controlando adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular (Litago-Gil *et al.*, 2005).

Realizar ejercicio físico, tiene muchos beneficios como por ejemplo, fortalecer la musculatura, mejorar la coordinación psico-motora, aumentar la flexibilidad de las articulaciones, etc. Todo esto a nivel físico, pero también aumenta las relaciones sociales, te mantiene activa socialmente manteniendo un trato con gente de la misma edad con las mismas inquietudes o situaciones, evitando así la soledad, aumentando el círculo de amistades y la autoestima.

La práctica de ejercicio físico condiciona la calidad de vida de forma positiva, a la vez que el estado físico y psicológico, mejorando la emotividad y estado de ánimo e incrementando la autoestima. Montero y Extremera (2011) afirman que uno de los factores que aumenta la longevidad es mantener un nivel de actividad física adecuada mediante el aumento del ejercicio variado y la adaptación a las capacidades actuales de las propias personas.

#### *Alimentación*

Para asegurar un óptimo estado de salud es imprescindible una correcta nutrición. Esta adquiere una especial importancia en la población anciana ya que es un factor importante en enfermedades relacionadas con la edad como la osteoporosis, Diabetes, enfermedades vasculares, etc. y por otro lado las personas mayores tienen más riesgo de presentar desnutrición, y como consecuencia el deterioro de la calidad de vida y el aumento del uso de recursos sociosanitarios.

Estudios constatan que los mayores más viejos realizan una dieta con menor aporte calórico proteínico y con una menor cantidad de vitaminas y minerales (Litago-Gil, *et al.*, 2005).

Algunas recomendaciones (Arbonés, Carbajal, Gonzalvo, González-Gross y Joyanes, 2003):

- Consejo dietético personalizado. En el anciano sano y con vida activa las recomendaciones serán similares a las del adulto joven.
- Se recomienda vigilancia periódica del peso.
- Valorar el riesgo de desnutrición teniendo presentes los riesgos que pueden desencadenarla.
- Anamnesis de la dieta y las costumbres. Conocer una buena alimentación empieza por la correcta elección de los alimentos en el mercado. Es importante cuidar su manipulación y su conservación.
- Se recomienda no recalentar platos ya preparados repetidas veces, ya que pierden propiedades.
- Dietas sencillas y fáciles de preparar.

- Fomentar comer en compañía.
- Repartir los alimentos en 4-6 comidas al día.
- Dieta variada y equilibrada con alto contenido en nutrientes. y el aporte necesario de alimentos calóricos.
- Mantenerse activo.
- Adecuado aporte proteico.
- Cuidar el aporte de calcio.
- Moderar el consumo de sal.
- Cuidar la dentadura e higiene bucal.
- En pacientes de riesgo un incremento de la ingesta de determinados alimentos para aumentar el aporte de proteínas, energía, minerales y vitaminas, es una medida eficaz que mejora el estado nutricional del anciano.
- Disfrutar de la comida.

### *Caídas*

En la tercera edad, debido a diversas causas aumenta el riesgo de caídas, las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio tienen el 33% de posibilidades de sufrir una caída anual, aumentando a un 40% cuando su edad sobrepasa los 70 años (Barragán, Moiso, Mestorino, Ojea y Barragán, 2007):

Las causas intrínsecas del 95% de las caídas que se producen realizando alguna actividad cotidiana son:

- Neurológicas: Enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, demencia, epilepsia, tumores, neuropatías periféricas.

- Musculoesqueléticas: Artritis, osteoporosis, fracturas, lesiones traumáticas de los ligamentos como por ejemplo, el esguince, enfermedad de la gota.

Enfermedades cardiovasculares: Cardiopatía isquémica, arritmias, hipotensión, insuficiencia cardíaca.

- Algunos medicamentos pueden ser la causa de las caídas siendo los principales los que retardan la función cerebral y el control de la postura: Analgésicos, hipnóticos, antidepresivos, ansiolíticos, vasodilatadores, hipotensores, antiarrítmicos, etc. Se considera que la toma de más de 4 de estos medicamentos constituye un factor de riesgo para las caídas.

- Enfermedades visuales, auditivas y del equilibrio.

- Alcohol, principalmente y drogas.

- Episodios agudos de deshidratación, fiebre, anemia, mareos, etc.

Las causas extrínsecas que destacamos son:

- Los sueños que puedan ser resbaladizos por estar encerrados, mojados o con alfombras sin sujetar.

- Los cuarto de baño en los que falten agarraderas o que no haya en el plato de ducha alfombrillas antideslizantes o sanitarios con una altura inadecuada para que el anciano se siente o se levante con facilidad.

- Cocina, con objetos de uso colocados en lugares de difícil acceso. Banquetas o escaleras en malas condiciones.

- Ropa inadecuada, zapatos con baja adherencia.

- Pasillos con muebles que obstruyen el paso.

- Escaleras con pasamanos inadecuados o ausentes, escalones en malas condiciones.

- Iluminación de la casa escasa o ausente, interruptores de luz con difícil acceso.

Es necesario destacar algunas medidas de forma general para prevenir dichas caídas, como son: Una nutrición adecuada, realizar ejercicio físico para mantenerse en forma y estar ágil, prevenir la

osteoporosis, eliminar los posibles riesgos medioambientales, asistencia a programas educativos, identificar las causas de las caídas previas y así evitar nuevas caídas por las mismas causas.

Es importante hacer una valoración de la vivienda y valorar los cambios que deben por los peligros presentados para la persona mayor, siempre considerando las capacidades de la vivienda y el coste económico.

La modificación de la vivienda para que sea de bajo riesgo debe diseñarse de la siguiente manera (Barragán, Moiso, Mestorino, Ojea y Barragán, 2007):

- Se deberá de tener en cuenta que las personas mayores pueden llegar a andar con bastones o andadores, así que las puertas y pasillos deben de tener unos 80 cm.
- La cocina debe de tener los armarios de tal manera que queden en un solo plano y todo esto al alcance de la mano.
- En el baño, el water debe de tener barras con las que apoyarse cuando el anciano/a esté sentado en él y quiera levantarse, al igual que en la ducha. Es importante también cambiar la bañera por un plato de ducha.

### *La memoria*

Está comprobado que la memoria inicia un deterioro a partir de los 60 o 70 años en cuanto a la adquisición, almacenamiento y recuperación de la información. Así, en el envejecimiento, una de las capacidades cognitivas que antes se deteriora es la memoria. Es una manifestación del proceso de deterioro asociado a la edad, por lo que no se considera patológica. Aun así, se puede retrasar su deterioro realizando con frecuencia tareas cognitivas ya que se ha demostrado que las personas que las realizan tienen un cerebro más activo que las personas que no las realizan. Las quejas de memoria pueden ser interpretadas como olvidos benignos asociados al envejecimiento o bien pueden ser la puerta de entrada para anunciar el inicio de una patología. La memoria es la función cognitiva, que más se estudia por la presencia de su sintomatología.

Recomendaciones para favorecer los procesos mentales como atención, memoria, orientación y funciones ejecutivas (Módenes y Cabaco, 2008):

- *Mantener las actividades más cotidianas como cocinar, conversar o leer el periódico.*
- *Practicar juegos de mesa, como el parchís, dominó, ajedrez, cartas, trivial, etc.*
- *Leer el periódico, ver y escuchar las noticias de los telediaros, escuchar la radio.*
- *Salir a pasear, conversar con otras personas.*
- *Acudir a algún grupo de gimnasia, natación, yoga, etc.*
- *Realizar otras actividades como hacer crucigramas, sopas de letras y otro tipo de pasatiempos.*

También existen diversas técnicas para paliar los olvidos cotidianos como son las ayudas externas, denominadas también ayudas ambientales, se llaman así porque se centran en el medio externos que rodea a la persona a través del uso de carteles, flechas, áreas coloreadas, etc. que les ayuden a recordar. Como por ejemplo: Utilización de diarios, agendas (electrónicas o manuales) alarmas, etc. También es muy útil crear un sitio para cada cosa y poner cada cosa en su sitio automáticamente. Se trata de crear un sitio concreto para colocar ciertos objetos como llaves, gafas, etc. de tal manera que, automatizando esta conducta, se localizará más rápidamente el objeto deseado.

Los autores Módenes y Cabaco (2011), afirman que *“los programas de entrenamiento para personas mayores permiten definir claramente el olvido cotidiano de cada persona para poder poner en marcha estrategias o técnicas que permitan aliviar dichos olvidos. De esta manera, un primer apartado establece qué se debe hacer para que no se olvide. Es importante centrar la atención en la tarea que se está llevando a cabo y repetir en voz alta lo que se está haciendo: «Estoy apagando la plancha». Igualmente se deben tomar referencias para poder recordar, por ejemplo cómo iba vestido cuando*



estaba apagando el gas, o cerrando la puerta. Estas medidas previas, favorecen su recuerdo después con actividades como pensar nuevamente en el acontecimiento, buscar las referencias e indicios anteriores, y volver visualmente al último lugar”.

### Discusión/Conclusiones

La evidencia científica consultada demuestra que debido a los cambios físicos y psíquicos que se producen a ciertas edades, las personas mayores tienen que estar informadas y deben de recibir educación sanitaria por parte de un profesional para que a través del cambio de algunas conductas prevengan enfermedades, dolencias, hospitalización e incluso su muerte. Contribuyendo al control de algunos aspectos básicos para su vida, a los que de manera adaptativa pueden ir logrando, hacemos que en la medida de lo posible tengan un envejecimiento óptimo y saludable.

### Referencias

- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M. y Joyanes, M. (2003). Nutrición y Recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo. *Nutrición Hospitalaria*, 18(3).
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M.D.L.Á., Ojea, O.A. y Barragán, H. (2007). *Fundamentos de salud pública*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Bentosela, M. y Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Cervantes Borunda, M.S. (2011). La cerveza como bebida rehidratante después del ejercicio. Efectividad y seguridad para el consumidor.
- De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12(2), 285-292.
- Hanmuchi, A. y Suzanmeire, N. (1992). Uso de sustancias para alivio inmediato del dolor (SATA) en pacientes con cefalea, estudio de una población ambulatoria. *Rev Assoc Med Bras*, 38(1), 17-23.
- Litago-Gil, C., Martín-Lesende, I., Luque-Santiago, A., de Alba-Romero, C., Baena-Díez, J.M. y de Hoyos-Alonso, M.C. (2005). Actividades preventivas en los mayores. *Aten primaria*, 36(Supl 2), 93-101.
- Mir, F.M., y Larrea, V.P. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema nacional de Salud*, 28(5), 113-120.
- Módenes, P.F. y Cabaco, A.S. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de educación*, (10), 369-383.
- Molina, P.A.J.L., Molina, R.M.L. y López, M.C.J. (2011). CAPÍTULO 5 Deshidratación en el anciano. *Salud y cuidados en el envejecimiento*, 29.
- Montero, P.J.R., y Extremera, A.B. (2011). Efectos del ejercicio aeróbico sobre los estados de ánimo en mujeres mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (20), 43-47.
- Pedraza, C. y Pedraza, A. (2000). Influencia de la actividad física, en la aptitud física en individuos de tercera edad. *Trabajo de investigación*. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. *Recuperado el*, 10.
- Posada, F.V. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. *SP Hermandis, & MS Martínez, Gerontología*, 147-148.
- Guillén Sans, R. (2001). Agua y bebidas no alcohólicas. En guías alimentarias para la población española. IM&CS.A. Madrid. 147-158.
- Rodríguez, E.P., Zorat, M. y Gené Badia, J. (2001). Cumplimiento y entrevista clínica. *Med Clin (Barc)*, 116(Supl 2), 52- 55.
- Santana Vasallo, O., Bembibre Taboada, R., García Núñez, R. y González Ávalos, E. (1998). Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4), 316-319.

## CAPÍTULO 11

### **Beneficios que aporta el animal como recurso para el mantenimiento de la calidad de vida tras la jubilación**

Lidia Ruiz Calatrava\*, Juan Marcos Hernández López\*, Francisca López Gutiérrez\*\*, y Patricia Sánchez Alonso\*\*\*

*\*Watford General Hospital (Reino Unido), \*\*Empresa Privada. Servicio Andaluz de Salud (España), \*\*\*Hospital El Escorial (España)*

En las últimas décadas la esperanza de vida de las personas se ha visto aumentada considerablemente, por lo que las políticas de salud pública y de desarrollo socioeconómico se pueden considerar exitosas; sin embargo, no se debe olvidar y se ha de tener en cuenta que la sociedad tiene que estar preparada para adaptarse a ese cambio y poder abarcar el mantenimiento de la salud y la participación en la sociedad junto a las personas mayores (Murga del Pozo, 2013).

En el proceso de envejecimiento durante el transcurso de la vida, las personas experimentan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social, que repercuten en mayor o menor medida en su calidad y estilo de vida. La perspectiva biológica va marcando los cambios en la estructura anatomofisiológica del organismo, con el deterioro sucesivo de los sentidos y de las capacidades físicas. En la perspectiva psicológica, encargada del área cognitiva y del área afectiva, es donde se dan los cambios a nivel de pensamiento, comportamiento y autopercepción. Y por último, la perspectiva social, en la cual interviene la propia persona, la comunidad que le rodea y el ambiente en el que se relaciona, se caracteriza por un cambio de visión del grupo de iguales y/o comunidad (Ruiz, 2007).

A la llegada a la jubilación, cada persona empieza a percibir y padecer cambios y modificaciones en su vida, ya que debido a la interrupción de la vida laboral también se rompe ese vínculo que mantenía a la persona en activo y unida a la sociedad. Éste hecho puede representar un impacto negativo en el individuo, que ve como su tiempo libre ha aumentado considerablemente, ha dejado de tener esa responsabilidad laboral, en definitiva ese rol, que tiempo atrás le había mantenido activo y alerta (López y Ruiz, 2013; Pons, Mogollón y Falconi, 2014).

Llegados a este punto, la persona debe volver a orientar su vida de manera que sus necesidades tales como la necesidad de estabilidad, necesidad social, de participación social, de pertenencia a un grupo, de aceptación social, necesidad de reconocimiento o de autorrealización, se vean cubiertas y así evitar sentimientos de improductividad, el sedentarismo, el aislamiento y la soledad (Colvin y Rutland, 2008).

El ser humano, en su proceso de evolución, se ha relacionado con diferentes especies de animales. Durante muchos años, aproximadamente desde el periodo Neolítico, el ser humano ha disfrutado de la relación con el Canis (perro), que a lo largo de la vida y al igual que nuestra especie, ha ido desarrollando cambios morfológicos y fisiológicos, dando lugar a diferentes razas de perros. La interacción entre el perro y las persona ha dado lugar a innumerables beneficios tales como la estimulación de los sentidos, desarrollo de empatía y autoestima a nivel psicológico; mantenimiento de la capacidad física e independencia a nivel físico y fomentando la participación e interacción a nivel social (Buil y Canals, 2012; Gómez, Aterhortua y Orozco, 2007; Jakovcevic y Bentosela, 2009; Gutiérrez, Granados y Piar, 2007; Knobel, Laurensen, Rudovick y Cleaveland, 2008).

Hoy día, se proponen varias terapias en las cuales, se incluyen animales en ellas. El objetivo principal de dichas terapias es el mantener y reforzar la calidad de vida de las personas, mediante la interacción con un animal de compañía, que le sirva de motivación y de estímulo, promoviendo también su actividad física, autonomía y su socialización con el entorno que le rodea (Dabanch, 2003).

## Objetivo

El objetivo de esta revisión bibliográfica es mostrar los beneficios que le puede aportar al anciano un animal de compañía, en concreto el perro, para mantenerlo activo durante su proceso de envejecimiento y tras la ruptura del lazo social que supone la jubilación, como terapia cognitiva, socializadora y física.

## Metodología

Este estudio descriptivo es una revisión bibliográfica revisada en diferentes fuentes como son: bases de datos como CUIDEN Plus, Medline y CINAHL (Cumulative, Index to Nursing and Allied Health Literature), el buscador científico Google Scholar y por último, el motor de búsqueda de Enfermería 21, Encuentr@.

Para ello, se utilizó una búsqueda adaptada específica en cada base de datos, buscador científico y motor de búsqueda mencionado con anterioridad, mediante la utilización de los siguientes descriptores: “calidad de vida”, “jubilación”, “terapia asistida con animales” animales y rehabilitación”, “animales de compañía” y “perro y envejecimiento” combinadas con descriptores MesH tales como: “dog” y “ageing”.

Una vez realizada la búsqueda, se incluyeron artículos de investigación, capítulos de libro, libros completos y guías de protocolo publicados desde el año 2000 hasta la actualidad.

Se determinaron como criterios de inclusión los documentos científicos publicados entre el período de tiempo mencionado anteriormente y que incluían dentro de su contenido programas de envejecimiento con animales y temas relacionados con los beneficios que aportan los animales de compañía al paciente envejecido. De tal manera, se determinaron como criterios de exclusión, los documentos que no estaban dentro del período de búsqueda y que no incluían en su contenido temas relacionados con el elegido para este estudio de investigación.

## Resultados

### *Breve recorrido histórico*

Desde épocas muy antiguas, los perros sirvieron a los humanos en tareas como la caza, la recolección, el pastoreo, evolucionando al rescate de personas u objetos, a la protección como escolta y finalmente como soporte colaborando en las terapias y asistiendo a discapacitados. También interviniendo en el proceso de adaptación a la enfermedad y a su tratamiento complementario, dando como resultado una mejora en la calidad de vida de las personas (Bentosela y Mustaca, 2007; Gómez *et al.*, 2007).

A lo largo de la historia, han sido muchas las personas que casualmente han descubierto los innumerables beneficios que aportan los animales a nuestras vidas. Fue en Inglaterra en el Retreat de York (fundado en 1792 por la “Society of Friends”) donde William Tuke ya incluyó a animales como terapia en el tratamiento de enfermos mentales sin métodos coercitivos, ya que intuyó que los animales podían transmitirles ciertos valores humanos como por ejemplo, el autocontrol a través de un refuerzo positivo. En 1867, en Alemania se incluyeron a animales en el tratamiento de pacientes con Epilepsia, además de pacientes con trastornos físicos y mentales. Entre 1944 y 1945, en Estados Unidos se utilizaron animales como terapeutas, para tratar a los militares de traumas emocionales y lesiones tras la segunda Guerra Mundial. En 1948 en Nueva York, utilizaron a los animales para la interacción con niños y jóvenes con trastornos del comportamiento. Años después, en 1953, el Dr. Boris M. Levinson, fue el pionero en la interacción de perros con niños que presentaban déficit de atención y problemas de comunicación. Descubrió el gran potencial de los perros como co-terapeutas por casualidad, cuando su perro “Jingles” se encontraba en su consulta y apareció una madre con su hijo antes de la hora programada. Fue entonces cuando el niño, que en ocasiones anteriores se había mostrado retraído e incommunicativo, al ver al perro reaccionó positivamente, relacionándose con él. En 1966, en Noruega, el músico ciego Erling Stordahl, fundó el Centro Beitostolen, para la rehabilitación de invidentes y de

personas con discapacidad física. En 1974, Samuel y Elisabeth Corson, trabajaron con 50 perros como coadyudantes en el tratamiento de enfermos psiquiátricos que no respondían al tratamiento tradicional y obtuvieron grandes y beneficiosos resultados como la mejora de la autoestima, independencia, comunicación y responsabilidad en sus pacientes. A principios de la década de los 80, Erika Friedman, James Lynch y S. Thomas publicaron un estudio en el que explicaban como influían el aislamiento, el desarraigo social y la soledad en el riesgo de morbimortalidad prematura en las naciones post-industrializadas. Enlazaron la soledad con un riesgo aumentado de hipertensión en enfermedades coronarias. También relacionaron que la relajación, la menor inquietud autonómica y la longevidad aumentada eran propiciadas por las mascotas, además de aumentar la comunicación y la relación con el entorno y la sociedad. En 1986, McCurdy, en Columbia, afirmó que las visitas de los animales de compañía a pacientes les producían un descenso en su nivel de ansiedad, disminución de la presión sanguínea y percepción de la soledad. En 1987, en España, se inauguró la Fundación Purina con la intención de promover el rol de los animales de compañía en la sociedad, actuando con personas mayores, pacientes con afecciones psiquiátricas, reclusos y niños con diferentes deficiencias. En 1990, también en España, nació La Fundación Once del perro guía, para más tarde en 1999 crear la Escuela de perros guía de la Once, en la que se adiestran 100 perros por año destinados para la ayuda de invidentes de toda Europa (Buil *et al.*, 2012; Martínez, 2008; Oropesa, García, Puente y Matute, 2009; Zamarra, 2002).

En 1991, James Serpell, en Reino Unido, en su estudio evidenció la reducción de problemas de salud en los dueños que adquirían una mascota, aumentando además la autoestima y la práctica de ejercicio. En ese mismo año, Anderson y sus colaboradores, en los resultados de sus investigaciones observaron una disminución en la presión arterial, colesterol y triglicéridos de las personas que poseían mascotas. En 1995, Ian Robinson aseguraba la disminución del estrés, ansiedad e hipertensión arterial al estar en contacto con animales. A partir del año 2000, nacieron asociaciones españolas tales como la Asociación AIAP (Asociación de intervenciones Asistidas con Perros), la Asociación AEPA (Asociación Española de Perros de Asistencia), la Asociación ANTA (Asociación Nacional de Terapias y Actividades asistidas con animales), la Fundación Affinity, la Fundación Bocalán y la Asociación AETANA (Asociación Española de Terapias Asistidas con Animales y Naturaleza), todas ellas dedicadas a causas como la integración de personas discapacitadas en la sociedad a través del perro, a la promoción de los animales de compañía y los beneficios que éstos aportan en las personas sobre su salud; y a la instrucción de perros para personas discapacitadas (Buil *et al.*, 2012).

*Beneficios que presentan los animales de compañía, en concreto el perro, sobre el envejecimiento*

Los perros poseen unas aptitudes muy peculiares que les permiten interactuar con el ser humano, percibiendo las señales que éste le emite y utilizando dicha información para solucionar cualquier problema o necesidad que surja, modificando incluso su comportamiento dependiendo de lo que la persona le transmita. Se puede decir que las habilidades comunicativas interespecíficas que poseen los perros domésticos superan a las presentadas por otras especies (Bentosela *et al.*, 2007; Cusack, 2008; Gutiérrez *et al.*, 2007; Zamarra, 2002).

El vínculo que se crea entre el animal de compañía y la persona es una herramienta de gran valor, ya que mejora la calidad de vida en pacientes que se enfrentan a diferentes pérdidas en lo referente a lo social, económico y relacionado también con la salud. La posesión de un perro como mascota, se puede considerar un hecho que genera grandes beneficios por un mínimo coste, promoviendo el bienestar físico y psicológico de las personas. Muchas personas han descubierto como los perros son capaces de colmar sus necesidades emocionales vitales con su simple compañía y afirman como la responsabilidad del cuidado del animal les hace sentirse útiles y realizados, en definitiva, llenos de vida y de amor (Gutiérrez *et al.*, 2007).

Como fruto de la interacción de la persona con el perro, se obtienen innumerables beneficios en diferentes esferas como son las siguientes:

1. Esfera cognitiva y psicológica:

El nivel de atención en la persona se verá aumentado, ya que el perro estará constantemente reclamando atenciones de su dueño manteniéndolo siempre alerta, dándole muestras de cariño, afecto, compañerismo y cubriendo dos de las necesidades básicas de las personas que Abraham Maslow detectó en su día, como son la necesidad de ser aceptado tal cual es cada uno, con sus limitaciones y la necesidad de ser apreciado y reconocido para su bienestar personal. Los perros tienen esa cualidad, ese don de aceptación, de no juzgar y de implicación en la relación con la persona. Son capaces de percibir el estado de ánimo de la persona e intentar mejorarlo mediante su compañía a cada paso, con muestras de apoyo como son para ellos un lametón, una caricia con la cabeza, dar con la pata, etc. Muy importante también, es que el animal mantendrá a la persona entretenida, evitando que pase tiempo pensando en sus dolencias o preocupaciones y dándole compañía para que no experimente o reduzca en la medida de lo posible sentimientos como la soledad y la tristeza. El perro por su forma de ser y de reclamar suele generar comportamientos cómicos que propician la risa, la consecuente alegría y el mantenimiento de la atención por parte de la persona. La memoria a corto y largo plazo también se verá beneficiada por las repetidas muestras, llamadas de atención y reclamos por parte del animal, que a su vez tendrá un impacto positivo y motivacional, como reforzador de conductas en la persona y potenciador del aprendizaje (Baun y McCabe, 2003; Cusack, 2008; Fine, 2003; Gómez *et al.*, 2007).

2. Esfera psicomotora:

La actividad física de la persona se va a mantener activa, debido a los paseos y demás atenciones que reclame el perro, evitando así el sedentarismo y la improductividad. El contacto físico con el perro, va a favorecer la realización de ejercicios de motricidad fina en la persona, muy valiosos, en actos como pueden ser acariciar, cepillar o alimentar al animal. En ésta esfera también cabe destacar el fomento de la autonomía de la propia persona incitada por el animal (Zapata, 2009).

3. Esfera socializadora o reductora de las barreras sociales:

Aquí el perro actúa como nexo de unión con la sociedad, promoviendo la participación e implicación en la misma, la relación con la comunidad y el aumento de las relaciones afectivas interpersonales evitando el aislamiento de la persona (Pérez, Echevarría, Araya y Cid, 2005).

4. Esfera comunicativa y del lenguaje:

Los animales favorecen la comunicación tanto verbal, como no verbal con ellos mismos y mediante la interacción con otras personas, ya que sirven de estímulo y de medio para que se produzca esa interacción (Oropesa *et al.*, 2009).

5. Esfera biológica de salud:

Los animales son capaces de transmitir tranquilidad y relajación simplemente mediante su contemplación, lo que supone una gran ventaja en cuanto a la reducción de los niveles de estrés y ansiedad. Se ha demostrado el descenso de cifras tales como las de la tensión arterial, el colesterol y los triglicéridos. Tiempo atrás, se observó en los animales una reducción de la presión arterial al ser acariciados, similar a la que la que observa en las personas al estar en contacto con los animales.

Se sabe que el estar en contacto con animales aumenta la supervivencia en afecciones coronarias y disminuye los problemas menores de salud (Fundación AETANA, 2010).

*Cuidados al perro:*

La convivencia con un animal de compañía, le aporta al cuidador innumerables beneficios, pero también se debe tener en cuenta que esa convivencia puede generar algunos riesgos.

Se conoce por Zoonosis a las enfermedades infecciosas que pueden ser contagiadas de animales vertebrados a las personas en condiciones naturales. Dichas enfermedades pueden ser transmitidas mediante agentes infecciosos en forma de parásitos, hongos, virus, rickettsias, etc. Es por ello, por lo que los perros precisan de controles veterinarios rutinarios en los que se llevan a cabo las vacunaciones y desparasitaciones pertinentes para prevenir dichas enfermedades, lo que estos controles, también son

beneficiosos para el cuidador ya que implica una obligación más (Dabanch, 2013; Jofré, 2005; Velásquez, 2012).

### Discusión/Conclusiones

Como conclusión son numerosos los beneficios que aporta el poseer un perro en la tercera edad y más aún tras la jubilación, ya que aumenta la calidad de vida de los ancianos, actuando como “antioxidantes” en la persona, tanto a nivel cognitivo y psicológico, como a nivel social, psicomotor y quizás económico, ya que se podría plantear una disminución en la toma de medicación y así, se reducirían los gastos a nivel sanitario tanto para el anciano como para el sistema de salud.

El perro tiene la capacidad de captar la atención y mantener la mente de su dueño activa y pendiente a él. Con ello consigue entretener a la persona, que tenga la mente distraída y evite estar pensando en sus preocupaciones.

Es un gran dinamizador, fiel amigo del hombre, con el que no repara en mimos, muestras de afecto y gratitud, que hacen que la persona se sienta querida, acompañada y feliz, evitando así sentimientos de soledad.

El animal también colabora con el mantenimiento psicomotor de la persona promoviendo la actividad física y el ejercicio, dejando de lado el sedentarismo.

A la vez el perro servirá de estímulo y de nexo de unión con la sociedad, fomentando las relaciones interpersonales y el no aislamiento de la sociedad.

No menos importante es el hecho de que la persona se sienta responsable de ese animal y que los cuidados del mismo dependan de él. Este aspecto es vital, ya que la persona concibe el cuidado del perro como un rol que tiene que desempeñar correctamente, que le da importancia a su persona y le sigue manteniendo productivo como antes de su jubilación.

Hoy día, poseer un animal de compañía se ha convertido en una necesidad esencial para muchos, que sienten al perro y se relacionan con él considerándolo uno más de la familia.

Destacar una noticia de actualidad publicada el pasado 29 de marzo de 2015 en el Periódico Pregón (Tramontini, 2015) en el cual, una señora que había estado cuidando de manera constante a perros callejeros, falleció y el día de su velatorio, aparecieron en el tanatorio gran parte de los perros a los cuales alimentaba y cuidaba. Este hecho, demuestra la fidelidad y agradecimiento que el perro tiene hacia la persona que le brinda su protección y cariño.

### Referencias

- Banks, M. R., y Banks, W. A. (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), 428-432.
- Baun, M.M. y McCabe, B.W. (2003). Companion Animals and Persons with Dementia of the Alzheimer's Type Therapeutic Possibilities. *American Behavioral Scientist*, 47(1), 42-51.
- Bentosela, M. y Mustaca, A.E. (2007). Comunicación entre perros domésticos (*Canis Familiaris*) y hombres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 375-387.
- Buil, I. y Canals, M. (2012). *Terapia Asistida con Animales*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Interactions of People & Animals*, 21(3), 285-295.
- Colvin, M. y Rutland, F. (2008). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. *Louisiana Tech University*. Documento en línea consultado el 15 febrero de 2015 en: <http://www.business.latech.edu/>.
- Cusack, O. (2008): *Animales de Compañía y Salud Mental. 2ª Edición. Fundación Affinity*. Barcelona: Fondo Editorial.
- Dabanch, J. (2003). Zoonosis. *Revista Chilena de Infectología*, 20(1), 47-51.
- Fine A.H. (2003): *Manual de Terapia Asistida por Animales. Fundación Affinity*. Barcelona: Fondo Editorial.
- Fundación AETANA (2010). Gestión del estrés en animales de terapia. Etología equina. *Psicoterapia asistida con animales y naturaleza. Revista Taca, I*, 14-20.

- Gómez, L.F., Aterhortua, C.G. y Orozco, S. (2007). La influencia de las mascotas en la vida humana. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20, 377-386.
- Gutiérrez, G. Granados, D.R. y Piar, N. (2007). Interacciones humano – animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 163-184.
- Jakovcevic, A. y Bentosela, M. (2009). Diferencias individuales en los perros domésticos (Canis Familiaris): Revisión de las evaluaciones conductuales. *Interdisciplinaria*, 26(1), 49-76.
- Jofré, L. (2005). Visita terapéutica de mascotas en hospitales. *Revista Chilena de Infectología*, 22(3), 257-263.
- Knobel, D.L., Laurenson, K.M., Rudovick, R. y Cleaveland, S. (2008). Development of an Item Scale to Assess Attitudes towards Domestic Dogs in the United Republic of Tanzania. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of the People & Animals*, 21(3), 285-295.
- López, F. y Ruiz, L. (2013). Autopercepción de la salud de los mayores almerienses. En Gazquez, J.J. (Coord), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento, Volumen I* (pp. 379-384). Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.
- Martínez, R. (2008). La terapia asistida por animales una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa: Boletín de estudios e investigación*, 9, 117-146.
- Murga del Pozo, L. (2013). *Una propuesta de actuación socioeducativa para un Centro de Día de mayores de la ciudad de Valladolid*. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo social - Universidad de Valladolid.
- Oropesa, P., García, I., Puente, V. y Matute, G. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *MEDISAN*, 13(6), artículo en línea consultado el 15 de febrero de 2015 en [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san15609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san15609.htm).
- Pérez, S., Echevarría, G., Araya, P. y Cid, L. (2005). *El contacto entre pacientes y animales. Un estudio en niños y adolescentes participantes de Terapia Asistida por animales desde una perspectiva Humanista Gestáltica*. Santiago: Universidad Académica de Humanismo Cristiano.
- Pons, M., Mogollón, M.M. y Falconi, G. (2014). *Paso a paso. Una propuesta para promover el respeto y el valor de adulto mayor en la sociedad*. Quito: Colegio de comunicación y artes contemporáneas – Universidad San Francisco de Quito.
- Ruiz, T. (2007). *Enfermería Geriátrica*. Almería: Universidad de Almería.
- Tramontini, A. (2015). Perros callejeros despidieron en el velatorio a quien los alimentaba. *Periódico Pregón*. Artículo en línea, consultado el 30 de marzo de 2015, en <http://periodicopregon.com.ar/perros-callejeros-despidieron-en-el-velatorio-a-quien-los-alimentaba>.
- Velásquez, F. I. (2012). *Zoonosis y tenencia responsable de animales de compañía: un estudio con alumnos de educación básica de la región metropolitana de Chile*. Portugal: Universidad do Minho.
- Zamarra, M.P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *Temas de hoy*, 143-149.
- Zapata, J.A. (2009). *Proyecto de Grado “Animal Society LTDA. Unidad Especializada en el Comportamiento Animal*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.

## CAPÍTULO 12

### Las personas mayores ante la telemedicina

Ana Isabel Lozano Zorrilla, Verónica Milagros Ramos Parra,  
y Paula del Carmen Espinoza Serrano  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería (España)*

El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», o aumento porcentual del grupo de más de 80 años, este tema que nos estamos planteando sucede sobre todo en el sexo femenino, en mayor medida si lo comparamos con el sexo masculino. (Bos, Vu, Levin y Bulatao, 1992; Pérez Martínez, 2005; Ruiz Fernández, Rabadán Asensio y Fernández Ajuria, 2013).

Las personas mayores, más sanas y autónomas, se están transformando en un colectivo demandante de servicios especializados en relación con el ocio, la cultura, la vida saludable, las relaciones personales, etc. Estas personas mayores tienen que hacer un esfuerzo aun mayor que el resto de la sociedad para adaptarse y evolucionar al mismo ritmo que la tecnología. (Nakajima y Juzoji, 2002; Stanberry, 2000; Zhao, Yagi). También de manera paralela las nuevas tecnologías evolucionan y nos ayudan a facilitar y garantizar una mejor calidad de vida para personas con necesidades específicas, generalmente limitadoras, pero que gracias a estos desarrollos pueden superar sus dificultades. (Yellowlees, 1997).

La atención sanitaria ha ido variando en las últimas décadas, pasando de una asistencia enfocada a la enfermedad, a una atención más global dirigida al ciudadano. Muchos de los servicios que precisan nuestros mayores pueden prestarse utilizando las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). (Jeran, Schlachta, Epperly y Barnes-Camp, 1998; Vergeles Blanca, 2001).

En la actualidad las TIC se han combinado para dar lugar a la telemedicina a fin de brindar asistencia médica a quien la requiera en sitios distantes. (García Fortea y Lorca Gómez, 2005; Monteagudo, Serrano, Hernández Salvador, 2005).

#### **Objetivo**

Como objetivo principal nos hemos planteado definir las distintas aplicaciones que se pueden dar a la telemedicina y como objetivo más específico, determinar los distintos beneficios de la telemedicina.

#### **Metodología**

Se ha realizado una revisión bibliográfica tanto en inglés como en español de diferentes bases de datos tales como MEDLINE, PUBMED, COCHRANE PLUS, SCIELO, CUIDEN. Se revisaron tanto ensayos clínicos como artículos de revisión de los últimos años. Los descriptores utilizados fueron: Anciano (elderly), telemedicina (telemedicine), aplicaciones (applications), beneficios (benefits).

Tras la combinación de los diferentes descriptores con los indicadores booleanos AND y OR, los registros obtenidos oscilaron entre 25 y 12, siendo excluidos aquellos artículos que no se encontraban directamente relacionados con el objetivo del trabajo. Los artículos a los que se hace referencia, asciende a un total de 20, considerándose como los más relevantes para el presente trabajo.

#### **Resultados/Estado de la cuestión**

El prefijo tele colocado delante de cualquier palabra indica semánticamente “a distancia”. Así, en sentido estricto, telemedicina significa “medicina a distancia”. Prestación de servicios de medicina a distancia (Vergeles, 2001).



Diferentes instituciones/organizaciones que tienen competencia directa en esta materia han propuesto diferentes definiciones; las más aceptadas son la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define telemedicina como *“el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y accidentes, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven”* (Martínez Ramos, 2009: 63).

La American Telemedicine Association (ATA) (2000) propone otra definición, considera la telemedicina como *“el intercambio de información médica, desde un punto/sitio hacia otro, por medio de las comunicaciones electrónicas con el objeto de mejorar el estado de salud de un individuo”* (Martínez Ramos, 2009: 63).

La Telemedicina se pueda dar de muchas formas diferentes, como por ejemplo el caso de dos médicos que discuten un diagnóstico vía telefónica, hasta el empleo de la tecnología más avanzada en cuanto informática y comunicación para realizar algo tan simple como una consulta, un diagnóstico o algo más complicado como podría ser una cirugía a distancia.

Aplicaciones de la telemedicina:

La aplicación de las nuevas tecnologías al campo de la medicina y más concretamente en los sistemas de diagnóstico y control enmarcado dentro de lo que se denomina telemedicina, adquiriendo una relevancia de menos a más cada día, no sólo a profesionales del mundo de la medicina, sino a los propios pacientes por su sencillez, prontitud y ahorro de visitas a centros médicos. Es posible intercambiar información en cualquier formato (texto, imágenes, sonidos, etc.), esto hace que potencialmente las aplicaciones de la telemedicina sean muy numerosas. Algunas de las principales aplicaciones en este campo son las siguientes:

- Teleasistencia: Es un servicio que empleando la telefonía, que puede ser fija o móvil y disponiendo de equipos informáticos de comunicaciones, da la opción a personas mayores, que no necesitan una atención constante y presencia física, que ante situaciones de emergencias sanitarias, así como estados de abandono, soledad y otros de índole parecido, exista siempre una comunicación directa y personal al paciente a cualquier hora del día y en los 365 días del año.

La utilización del usuario de detectores automáticos de caídas, tienen el potencial de reducir el tiempo de rescate, reducir la gravedad de la lesión posterior y mejorar el resultado de una caída.

Existe un contacto periódico del centro de atención a la persona usuaria del servicio, ya que es necesario seguir permanentemente, tener actualizados los datos y si fuera necesario intervenir si la situación lo aconseja, y que los usuarios se comuniquen con el centro de recepción para cualquier consulta o duda que le pueda surgir. El almacenamiento de las historias clínicas en bases de datos es otra aplicación que surgió a partir de la teleasistencia, facilitando al médico la labor de búsqueda de las mismas en el momento de la atención al paciente.

Este servicio además de la atención en caso de urgencias y paliar situaciones de soledad, ofrece la comunicación con el cliente para recordarle citas como si de la función de una agenda se tratara (Monteagudo y otros, 2005).

- Monitorización: Dentro del campo de la telemedicina otorga a los profesionales de la sanidad una información y visión completa del paciente, dentro de las pruebas diagnósticas realizadas, con los valores y resultados en tiempo para poder realizar el tratamiento más idóneo que el usuario necesite, y con la opción de asistencia lejana. Como norma se realiza desde el propio domicilio del usuario o centros de salud. Los sistemas de seguimiento de la actividad y del comportamiento pueden ayudar a los cuidadores a no perder de vista lo que están haciendo los ancianos, sin inmiscuirse en su privacidad. Con el avance de la tecnología en el campo de la telemedicina son cada día más diversos y sofisticados los

valores obtenidos del paciente, que pueden ser desde variables de insulina, frecuencias cardíacas, procesos de diálisis y otros estudios fisiológicos, entre los más destacados (Norris, 2002).

- Servicios de información sanitaria y medicina preventiva: Probablemente esta sea una de las áreas más prácticas y de mayor desarrollo en cuanto a las prestaciones que las TIC pueden ofrecer a la sociedad, especialmente a los ancianos, mediante vía internet o telefonía móvil, ya sean por mensaje o voz, toda la información a aportar al usuario de sus sucesivas citas médicas, vacunación o cualquier información sanitaria de interés para el teórico paciente. Sin olvidarse del uso de agendas para completar la información, ya que el fin es recordarle una tarea específica en cualquier tiempo, antes estipulado, de forma ocasional o periodo fijado, como puede ser una cita médica, gestión hospitalaria, uso de medicamentos y cualquier otra información o trámite sanitario.

Para tener una información actual, constante y veraz se ponen a disposición de los profesionales sanitarios, aparte de los canales convencionales de siempre, gran número de páginas web de gran solvencia con todo tipo de información sobre las más diversas enfermedades, destacando sida, diabetes, tumores, igualmente facilitan información de ejercicios, dietas e higiene (Nakajima y Juzoji, 2002; Norris, 2002; Ferguson, 2006).

- Telecirugía: Es un procedimiento que se emplea por parte del cirujano, que debido a diversas razones como distancia del paciente, riesgos para el equipo médico, difícil accesibilidad a la zona a tratar. Por todo ello se ha ido innovando desde la robótica, las telecomunicaciones y medios tele-electrónicos, prestando y poniendo a disposición toda esa tecnología a los equipos quirúrgicos para sus intervenciones, que de un modo convencional no se podría llevar a cabo la intervención (Stanberry, 2000).

- Servicios de geolocalización: La implantación de las funciones de localización por satélite, denominado GPS en los terminales móviles, dan una ubicación precisa y al instante de una persona u objeto. Con esta funcionalidad pueden aportar la localización de las personas mayores que no se encuentran en casa y carecen de telefonía fija. Estos localizadores de personas permiten ubicar a su portador en caso de que éste se encuentre perdido o desorientado, dando una mayor tranquilidad a sus familiares o cuidadores. Muy útil en enfermos de Alzheimer y demencia senil (Lamminen, 1999).

Beneficios de la telemedicina:

Hoy día, gracias a las TIC, la Telemedicina posibilita una amplia interacción entre el Sistema Sanitario y los ciudadanos lo cual mejora la asistencia sanitaria y, por tanto, incrementa la satisfacción de sus usuarios.

Son múltiples los beneficios que las distintas aplicaciones de la telemedicina pueden aportar a las instituciones sanitarias, a los pacientes y a los profesionales del sector. También presentan algunos inconvenientes derivados, sobre todo, del uso inapropiado y de los aspectos económicos ligados a estas tecnologías, que pueden ser la paulatina carencia de relación entre profesionales sanitarios y pacientes, al no existir presencia física de los intervinientes, dudas sobre la calidad de la información médica, necesidad de entrenamiento adicional. El intercambio de información que obtenemos mediante la telemedicina no está exento de riesgos, y solamente el control del desarrollo dentro de unos límites éticos puede asegurarnos el éxito.

La telemedicina aporta las siguientes ventajas:

- Permite el acceso a la atención médica de alta calidad, independientemente de la localización geográfica. Acceso a la prestación sanitaria a lugares dispersos y muy alejados geográficamente (zonas rurales alejadas, zonas muy distantes, países subdesarrollados o que no exista personal médico), que por su ubicación y situación no se puede trasladar a un centro médico (cosmonautas en el espacio, internos de centros penitenciarios, montañeros, expedición científica, empleados de plataformas petrolíferas, turistas de cruceros, personal embarcado, etc.) (Mair y Whitten, 2000).

- Acceso a mejores prestaciones en salud. Facilita la concepción integral del paciente, apoyando el desarrollo de un nuevo modelo sanitario centrado en el paciente, al facilitar la integración entre niveles evitando duplicidades y sin perder la calidad en ningún eslabón de la cadena asistencial (Aas, 2002).
- Reducción de traslados innecesarios de pacientes, médicos, especialistas, etc. Así por ejemplo los pacientes obtienen atención médica experta sin tener que moverse de su comunidad, reduciendo los costos que le supondría al enfermo y su familia en caso de necesitar trasladarse a otra ciudad para acudir a la consulta del especialista (Hjelm, 2005).
- Mejora de la accesibilidad. Los pacientes acceden a una atención del nivel terciario sin dejar sus localidades, lo que se traduce en un menor tiempo en la realización del diagnóstico y, consecuentemente, del tratamiento correspondiente. Con esto se consigue disminuir las demoras y los consiguientes problemas graves que podrían acarrear para el paciente (Stanberry, 2000).
- Da una información previa del paciente, antes de la personación del equipo de emergencias o para efectuar su traslado en ambulancia mecanizada o convencional. Esto se aplica no sólo a la atención primaria recibida en el sitio, sino también a la optimización de las condiciones y de los destinos del traslado al contar con la información pertinente a tiempo (Norris, 2002).
- Aumenta la accesibilidad de la información a todos los niveles asistenciales. Así, no sólo provee apoyo científico y tecnológico a los profesionales facilitando su formación continua, sino que aumenta el conocimiento sanitario de la población y fomenta el autocuidado (Ferguson, 2006; Norris, 2002).
- Reducción de costos. En algunos casos, revierte sobre el sistema, los gastos de desplazamiento del profesional que presta la asistencia, ya que es este el que soporta ese gasto; en otros, los beneficios son para el paciente, puesto que algunos modelos de organización de la sanidad con carácter eminentemente privado trasladan estos gastos al enfermo.

La telemedicina la relación de efectividad y gasto, es muy variable por la inversión realizada, el número de consultas realizadas y medios empleados, como norma general su rentabilidad es a medio o largo plazo.

La evidencia pone de manifiesto que la intervención más costo-efectiva es el seguimiento telefónico, dando las mejores prestaciones a los precios más asequibles (Canto, 2000).

- Mejorar la utilización y aprovechamiento de los recursos del sistema sanitario. El empleo de la telemedicina es para pacientes y personal sanitario una mejora en la calidad de la prestación sanitaria, dando una ayuda a personas, que por su profesión, situación o lugar de residencia estén necesitadas (Hagan, Morin y Lépine, 2000).

### **Discusión/Conclusiones**

- La Telemedicina, está revolucionando tanto la relación médico-paciente como la relación entre profesionales y es de vital importancia en la época actual.
- Son numerables las aplicaciones y ventajas que tiene la telemedicina, tanto para el sistema de salud en general como para médicos y pacientes.
- Mejora la calidad de vida de los enfermos crónicos, les permite estar en su entorno, vivir independientemente y no sentirse atados a una institución social.
- La Telemedicina nos brinda la oportunidad de utilizar la tecnología en beneficio de la sociedad.

### **Referencias**

- Aas, I.H. (2002). Learning in organizations working with telemedicine. *J Telemed Telecare*, 8, 107-111.
- Bos, E., Vu, M.T., Levin, A. y Bulatao, R.A. (1992). *Estimates and projections with related demographic statistics*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Canto Neguillo, R. (2000). *Telemedicina: Informe de Evaluación y aplicaciones en Andalucía*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

- Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del INSALUD. Subdirección General de Informática del INSALUD. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). *Plan de Telemedicina del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ferguson, J. (2006). How to do a telemedical consultation. *Journal of telemedicine and telecare*, 12(5), 220-227.
- García Fortea, P. y Lorca Gómez, J. (2005). Evaluación Económica en Telemedicina Clínica. *RevistaeSalud.com*, 1(1), 1-8.
- Hagan, L., Morin, D. y Lépine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, selfcare practices and cost savings. *Public Health Nurs*, 17(4), 305-313.
- Hjelm, N.M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of telemedicine telecare*, 11(2), 60-70.
- Jerant, A.F., Schlachta, L., Epperly, T.D., y Barnes-Camp, J. (1998). The telemedicine house call. *Fam Pract Management*, 5, 18-28.
- Lamminen H. (1999) Mobile satellite systems. *J Telemed Telecare*, 5(2), 71-83.
- Mair, F.S. y Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *Bmj*, 320 (7248), 1517-1520.
- Martínez Ramos, C. (2009). Telemedicina. Aspectos Generales. *Reduca*, 1(1), 61-79.
- Monteagudo, J.L., Serrano, L. y Hernández Salvador, C. (2005). La telemedicina: ¿Ciencia o Ficción? *An. Sist. Sanit. Navarra*, 28(3), 309-323.
- Norris, A.C. (2002). *Essentials of telemedicine and telecare*. England: John Wiley & Sons Ltda.
- Pérez Martínez V.T. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21, 1-2.
- Ruiz Fernández, J., Rabadán Asensio, A. y Fernández Ajuria, A. (2013). *IV Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Stanberry, B. (2000). Telemedicine: barriers and opportunities in the 21st century. *Journal of internal medicine*, 247(6), 615-628.
- Vergeles Blanca, J.M. (2001). Telemedicina: algo más que medicina a distancia. *Atención Primaria*, 27, 1-2.
- Yellowlees, P.M. (1997). Successful development of telemedicine systems-seven core principles. *J Telemed Telecare*, 3(4), 215-222.
- Zhao, Y., Yagi, Y., Nakajima, I. y Juzoji, H. (2002). IP telephony- new horizon for telemedicine and e-health. *J Med Syst.*, 26(4), 277-283.



## CAPÍTULO 13

### **Influencia de la hemodiálisis en la calidad de vida y técnicas de afrontamiento de pacientes mayores**

Isabel María Molina Martínez, Margarita Torres Amengual, y Beatriz García Maldonado  
*Hospital Torrecárdenas (España)*

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema de salud pública universal.

En España, según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) que fue diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país y promovido por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de ERC, siendo del 6,8% para los estadios 3-5, aunque existían diferencias importantes según grupos de edad (3,3% entre 40-64 años y 21,4% para mayores de 64 años), (Otero, Gayoso y García, 2010).

En esta enfermedad, los riñones, de forma progresiva y generalmente irreversible, son incapaces de retirar las sustancias tóxicas del organismo. Cuando la función renal se vuelve débil, el organismo necesita de otro proceso que logre suplir las necesidades de filtraje, depuración y purificación de la sangre, eliminando toxinas, sales, otros minerales y productos del metabolismo celular, además del exceso de agua del organismo. Cuando los riñones comienzan a funcionar de manera insuficiente, todas estas sustancias quedan retenidas en exceso en el organismo, pudiendo provocar edemas, hipertensión arterial e incluso insuficiencia cardíaca, entre otras.

Entre las etiologías que conducen a la IRC, encontramos entre las más comunes la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, glomerulonefritis, riñón cístico, nefritis intersticial, obstrucción, entre otras. Cuanto más progresan o se agravan esas enfermedades, mayores son las complicaciones renales. El control de estas patologías pueden evitar el inicio de daño renal, incluso puede favorecer la regresión de la enfermedad a fases muy iniciales y ralentizar su progresión cuando ya está establecida (Pons et al, 2006).

Aunque la edad no es un factor determinante, se sabe que con los años la función renal se puede deteriorar lenta y progresivamente, y se añaden también otros factores vasculares inherentes al proceso de envejecimiento. Además, también existe influencia farmacológica, como es el caso de los fármacos nefrotóxicos. Éstos son utilizados en edades avanzadas, en usuarios con pluripatología previa y, en muchas ocasiones, se utilizan con desconocimiento de la presencia de alteración de la función renal, (Nunes y Lobo, 2012).

Pons, et al (2006), entre otros, han analizado el papel de los factores de riesgo cardiovascular clásicos como prevalentes en la aparición y desarrollo de la ERC. En un análisis del Framingham Heart Study, la presencia de estos factores, especialmente la edad, la HTA, la DM, la concentración baja de colesterol HDL y el consumo de tabaco fueron predictores de aparición de ERC durante el seguimiento a 18 años de una cohorte poblacional de personas sin ERC al inicio.

Cuando la función excretora y reguladora de los riñones se ve gravemente afectada, se hace necesaria la realización de un tratamiento que remueva las impurezas acumuladas en la sangre, decurrentes de la deficiencia en el mecanismo de filtraje glomerular del riñón para lograrse una rehabilitación, es una expectativa para una vida razonable del enfermo renal crónico. El tratamiento a seguir varía según la etapa de la enfermedad, en los tres primeros estadios, será muy importante el control de los factores de

riesgo, el tratamiento de las patologías asociadas, y disminuir los factores de progresión (Morga-Garre, Navarro-Perán, Torralba-Madrid y Saura, 2014).

Con frecuencia, los pacientes precisan de una terapia de reposición renal. Entre ellas encontramos la hemodiálisis (HD), esta técnica es invasiva, su finalidad es la de suplir parcialmente la función de los riñones, con ésta se consigue mantener y prolongar la vida de los pacientes.

La HD consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular, ya sea a través de un catéter vascular o fístula arteriovenosa, dicha sangre va a un dializador o filtro de doble compartimiento, seguidamente pasa por el interior de los capilares en un sentido, bañando dichos capilares, y en sentido contrario pasa el líquido de diálisis. De esta forma ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable, y se consigue la circulación de agua y solutos. Con esta técnica se disminuyen los excesos de niveles en sangre de sustancias tóxicas, tarea que realiza el riñón sano. Esta técnica se realiza durante 3-4h durante varios días a la semana, lo cual influye encarecidamente en la vida del usuario. El paciente en HD va a experimentar grandes cambios en su vida personal, derivados de las restricciones que impone vivir dependiente de una máquina, y las implicaciones que esto va a tener en todos los ámbitos de su vida. Afrontar una enfermedad que es crónica y progresiva, con múltiples demandas, cuyo tratamiento es continuado e invasivo, produce importantes cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social tanto para el paciente y como para su familia, (Cobo et al, 2011).

Para el individuo, cuando las limitaciones no pueden compensarse mediante la adaptación del entorno, se aumenta la dependencia a la ayuda de otras personas. Esto es debido a una restricción en la participación en las actividades de la vida cotidiana, asociándose esta dependencia a morbimortalidad, siendo un predictor más de supervivencia (Andreu, Puig y Cases, 2012).

Además de las características de la IRC y su tratamiento, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, los cambios en la dieta, en las relaciones familiares y sociales, y en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros, explican la aparición de trastornos emocionales y cambios en la calidad de vida percibida.

La hemodiálisis no cura, ni revierte la enfermedad renal y no es capaz de compensar las pérdidas de las actividades endócrinas o metabólicas del riñón ni el impacto que la insuficiencia renal y su tratamiento aportan sobre la calidad de vida de los portadores.

### *Calidad de vida y hemodialisis*

La calidad de vida (CV) es un concepto de interés general en los diversos contextos de la sociedad, puede entenderse como la cantidad de bienes material o espiritual que viene asociada con ciertos indicadores psicológicos, biomédicos, conductuales y sociales, constituye una medida percepción subjetiva personal que varía a lo largo del tiempo.

El interés en cuantificar y calificar la calidad de vida viene en aumento, convirtiéndose en un importante indicador de la salud y el bienestar de los usuarios, en especial en situaciones de enfermedad crónica, como es el caso de los pacientes tratamiento de hemodiálisis (Costa-Lima, Osawa-Fuzii, Alencar-Pinho, Tavares-Melo, y Fujiki-Hashimoto, 2010).

El progreso en avances terapéuticos y tecnológicos en el área de diálisis ha contribuido a la disminución de la mortalidad de la enfermedad renal. Debido al aumento de la supervivencia de estos pacientes, ha dado mayor énfasis a las complicaciones que pueden disminuir la calidad de vida.

Los resultados de diferentes investigaciones evidencian la prevalencia de depresión y ansiedad, entre otros problemas psicológicos, en una proporción elevada en pacientes con IRC.

Según Rodríguez-Campuzano y Frías-Martínez (2005), los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficientemente en cuenta, no se detectada cómo esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales, y concretamente en la calidad de vida.

Existen diferentes actuaciones para ayudar a los pacientes con estos problemas, Ramirez-Ruiz, Soto-Pica, Barrios-Rodríguez, y García-Gutiérrez (2011), describen seis puntos clave que creen son los que van a determinar el cambio de actitud en estos pacientes: información sobre su enfermedad, adecuar el tipo de tratamiento a cada paciente, orientación sobre dietas (menús preparados), apoyo psicosocial y moral periódico e interacción, y favorecer la aceptación de la enfermedad.

El apoyo social ofrecido al paciente renal crónico y cómo se percibe es de suma importancia para el desarrollo de nuevas estrategias para ayudar en la preservación de la calidad de vida, aliviar el sufrimiento ante la enfermedad que tanto debilita y convierte en dependiente, (Pedroso y Sbardelloto, (2008).

### **Objetivos**

En este trabajo se han planteado varios objetivos:

*Objetivo principal:* analizar la relación entre calidad de vida y hemodiálisis.

*Objetivo secundario:* examinar las técnicas de afrontamiento que desarrollan los pacientes durante su proceso de enfermedad.

### **Metodología**

producción científica publicada en base de datos Cuiden, Medline, Lilacs y Biblioteca Crohane Plus.

Los descriptores utilizados fueron: "Dialisis renal", "Hemodialisis", "Técnicas de afrontamiento" e "Insuficiencia Renal Crónica".

En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español, portugués e inglés. También se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones: desde 2005 hasta 2015, obteniéndose un total de 37 resultados. De dichos trabajos se desecharon aquellos que no consideramos útiles para este estudio.

### **Estado de la cuestión**

La calidad de vida relacionada con la salud se considera un marcador clínico más en las enfermedades de tipo crónico como la insuficiencia renal crónica, pues el paciente ha de aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la propia enfermedad y la aplicación de las distintas formas de tratamiento, que modifican su estilo de vida en mayor o menor medida, (Lozano-Zorrilla, Espinoza-Serrano, y Ramos-Parra, 2014).

La HD ha permitido y permite vivir a un número importante de personas en el mundo con IRC, no obstante, no resuelve todos los problemas derivados de la enfermedad: desnutrición debida ala eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, etc. Además de la dependencia vital que crea en el paciente, pues necesita una máquina para vivir, teniendo que asistir al menos tres veces por semana al centro asistencial y permanecer allí detres a cuatro horas, dependiendo de las necesidades de cada paciente, (Cristóvão, 2013).

Según Lozano-Zorrilla, Espinoza-Serrano y Ramos-Parra, (2014), se estima que las personas que son sometidas a hemodiálisis tienen una esperanza de vida en torno a los cuatro años. Esta cifra es muy relativa, pues se conocen casos de pacientes que han disfrutado una vida plena de hasta 25 años, aunque como indica la Fundación Nacional del Riñón "Todavía no sabemos cuánto tiempo vivirán los pacientes con diálisis renal", "Creemos que algunos pacientes con diálisis podrían vivir tanto como las personas que no tienen insuficiencia renal".

Según los estudios consultados, tras un año de seguimiento, los pacientes que continúan en hemodiálisis experimentan cambios muy importantes en la calidad de vida. La edad del paciente determina el componente de funcionalidad física, y este mismo aspecto de la calidad de vida que explora la capacidad física de los sujetos se relaciona de forma negativa con el índice de comorbilidad. Con la edad suelen aparecer enfermedades clínicas asociadas, como son las enfermedades vasculares y



neoplásicas. Además, es evidente la influencia del estado psicológico del paciente en la CV, especialmente en su componente funcional.

Muñoz-Sancho, Oto-Royo, Barrio-Alonso, y Fernández (2006), relatan en su estudio como el estado depresivo, aún cambiando en el tiempo, mantiene su influencia en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Sugieren que tal vez el tratamiento en sí (las sesiones de hemodiálisis) no tengan tanta importancia como es el propio estado depresivo del sujeto. De esta manera intentan justificar el deterioro de la CV en pacientes en tratamiento con hemodiálisis, con respecto a la población general.

Perales-Montill, García-León y Reyes-del Paso (2012), destacan que las principales técnicas para afrontar las situaciones estresantes debidas al tratamiento con hemodialisis son: el apoyo social (los recursos materiales, cognitivos y afectivos que la personas obtiene), la autoeficacia (autocuidados, adherencia al tratamiento, etc) y el optimismo disposicional (visión general positiva y expectativas de futuro).

Los pacientes utilizan principalmente como estrategia de afrontamiento al dolor crónico la autoafirmación, búsqueda de información y distracción. Aunque se ve necesaria la realización de nuevas investigaciones que clarifiquen este tema; diversas líneas de investigación pueden sugerirse tales como: estudios de costo-beneficio por modalidad de tratamiento, apego al tratamiento, intervenciones psicosociales o educativas y el impacto en la CV percibida, calidad de la atención contra calidad de vida percibida, adecuación de diálisis versus calidad de vida percibida, por mencionar algunas, (Meza-García, Reynaga-Ornelas y Baldwin, 2013).

## **Discusión**

Los pacientes con terapias HD experimentan cambios importantes en diversas áreas de su vida, a nivel físico, psicológico y social, teniendo que desarrollar diferentes mecanismos de afrontamiento adaptativos que lleven a una óptima calidad de vida relacionada con la salud. Esta enfermedad no sólo es percibida como una amenaza o como una pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal, sino que también supone un desafío de adaptación a su nueva situación.

Podemos concluir, que cada individuo tiene diferentes estrategias físicas, mentales y sociales de afrontamiento y adaptación a la enfermedad renal y sus complicaciones. Los aspectos que más afectan a la calidad de vida de estas personas, suelen ser: sobrecarga de la enfermedad renal, función física, apoyo social y salud general, lo que lleva a la reflexión sobre un cuidado más planificado e integral proporcionado por el equipo de salud para estas personas.

La promoción de la salud debe ser asumida como una responsabilidad de todos los sectores, empezando por los gobiernos que deben fomentar el diseño de políticas públicas que promuevan la salud, la inversión en actividades de investigación y que se centren en la mejora de la calidad de vida de la población estimulando.

## **Referencias**

Andreu-Periz, L., Puig-Lobet, M. y Cases-Amenós, A. (2012). Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. *Nefrología*. 32(5):613-21.

Cobo-Sánchez, J.L., Pelayo-Alonso, R., Ibareguren-Rodríguez, E., Aja-Crespo, A., Saenz de Buruaga-Perea, A., Incera-Setién, M.E., Vicente-Jiménez, M.Y., Sainz-Alonso, R.A., Merino-González, L., Serrano-Rubio, A.I., Pérez-Garmilla, A.I. y Alonso-Nates, R.A. (2011). Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 14 (2): 98-104.

Cristóvão, A.F. (2013). Dificultades y estrategias en el manejo del régimen terapéutico en el paciente renal crónico en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 16 (4): 247-255.

Costa-Lima, A.F., Osawa-Fuzii, S.M., Alencar-Pinho, N., Tavares-Melo, A.C. y Fujiki-Hashimoto, T.H. (2010). Processo de enfermagem na prática de hemodiálise: a experiência das enfermeiras de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12):39-45.

Lozano-Zorrilla, A.I., Espinoza-Serrano, P.C., y Ramos-Parra, V.M. (2014). 30 Años en hemodiálisis. Afrontamiento de la enfermedad renal crónica. *Paraninfo Digital: Monográficos de investigación en salud*. AñoVIII,(20) [Consultado el 10/02/2015] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/016.php>

Meza-García, C.F., Reynaga-Ornelas, L., Baldwin, C.M., Caudillo-Cisneros, C., Dávalos-Pérez, A., y Jiménez-Garza, O.A. (2013). Descripción de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal, en el estado de Guanajuato. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 21(3): 103-110.

Morga-Garre, S., Navarro-Perán, M.A., Tarralba-Madrid, M.J. y Saura, A.M. (2014). Un estudio de calidad de vida y grado de satisfacción con los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Paraninfo Digital: Monográficos de investigación en salud*. AñoVIII,(20) [Consultado el 10/02/2015] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/232.php>

Muñoz-Sancho, R., Oto-Royo, A., Barrio-Alonso, R., Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica*, 9(1):55-58.

National Kidney Foundation. Dialysis. (2013) Available at: <http://www.kidney.org/atoz/content/dialysisinfo.cfm>. Accessed Mayo-Junio, 2013.

Nunes, C. Y Lobo, A. (2012). Estudio de las dimensiones de la calidad de vida en pacientes hemodializados. *Revista de Enfermagem Referencia*, 3(8):39-45.

Otero, A., Francisco, A., Gayoso, P. y García, F. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the Epirce study. *Nefrología*, 30(1):78-86.

Pedroso, R.S. y Sbardelloto G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. 4 (7): 32-35.

Perales-Montilla, C.M., García-León, A. y Reyes-del Paso G.A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista nefrología*; 32(5):622-30.

Pons, R., Torregrosa, E., Hernandez-Jaras, J., García, H., Rius, A., Calvo, C., Sánchez-Canel, J., Pin, M. y Maduell, F. (2006). The cost of pharmacologic treatment in chronic renal disease. *Nefrología*, 26(3):358-364.

Ramírez-Ruiz, M., Soto-Pica, M.T., Barrios-Rodríguez, P., García-Gutiérrez, M.D. (2011). Medida de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Paraninfo digital, Monográficos de investigación en salud*. AñoV,(14) [Consultado el 10/02/2015]. Disponible en:<http://www.index-f.com/para/n14/033d.php>

Rodríguez-Campuzano, M.L. y Frías-Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*. Vol. 15(2), 169-185.



## CAPÍTULO 14

### Aportaciones de los alumnos universitarios mayores a las políticas de innovación curricular

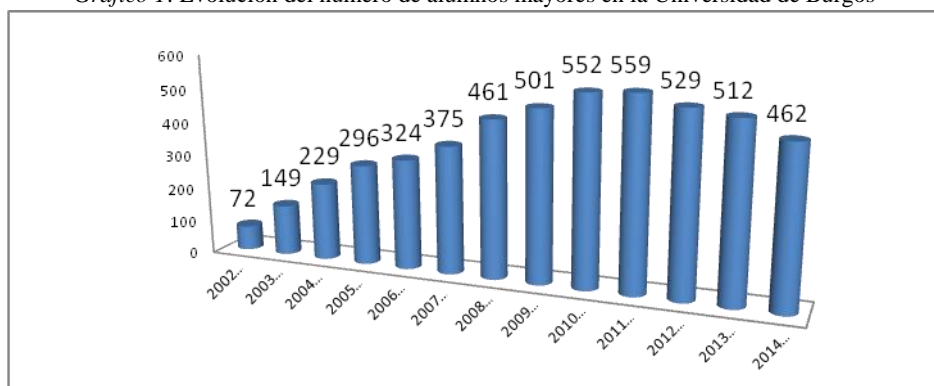
M<sup>a</sup> Isabel Luis Rico, M<sup>a</sup> del Camino Escolar Llamazares, Carmen Palmero Cámara, y Tamara de la Torre Cruz  
*Universidad de Burgos (España)*

En la configuración del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), la formación permanente centra el discurso de la construcción de nuevas formas de organización universitaria que den satisfacción a los objetivos de formar, innovar y transferir el conocimiento para asegurar un futuro justo y sostenible en todas las generaciones. Así, en la Estrategia Universitaria 2015, como en los objetivos europeos 2020, se plantea la responsabilidad académica para promover cambios de eficiencia y eficacia social incrementando la contribución de la universidad en los procesos de aprendizaje a lo largo de la vida.

La responsabilidad social de la universidad, como parte de la triple misión universitaria, hunde sus raíces en la conceptualización de la formación a lo largo de la vida, sirviendo de fundamentación y justificación conceptual de los Programas Universitarios para Personas Mayores (PUMs), como formación académica no profesionalizante que garantiza la participación plena de las personas mayores en la sociedad del conocimiento. Enlazando con los factores determinantes del envejecimiento activo, ya que dota a las personas mayores de las competencias necesarias para ejercer de forma activa su ciudadanía a través del empoderamiento individual, haciéndose presente en la sociedad y participando de las decisiones políticas, económicas y sociales, contribuyendo al desarrollo social y, por ende, al empoderamiento social.

La Universidad de Burgos desde el cursos 2002/2003 implementó el Programa Interuniversitario de la Experiencia (PIE), manteniendo un claro compromiso con el aprendizaje a lo largo de la vida como parte fundamental de la función social de la Universidad. En la actualidad tiene 4 sedes dependientes de la Universidad de Burgos: Burgos, Aranda de Duero; Miranda de Ebro y Villarcayo. Esta iniciativa está financiada por la Junta de Castilla y León y se realiza en colaboración con todas las universidades públicas y privadas de la Comunidad.

Gráfico 1: Evolución del número de alumnos mayores en la Universidad de Burgos



Por otro lado, la sociedad actual se encuentra inmersa en un proceso de definición de políticas económicas y sociales que permitan un cambio en los procesos productivos y en la configuración del tejido emprendedor, debido a la situación de crisis financiera que marca y determina las propuestas.

La actividad emprendedora - motor del desarrollo económico y social (Orrego, 2009; Sánchez, 2011)- se encuentra en la actualidad en pleno desarrollo, pudiendo considerar su marco teórico como un campo en construcción que precisa todavía del suficiente *corpus* para su análisis y la estipulación consensuada de los perfiles del emprendedor (Brazeal y Herbert, 1999; Veciana, 2007). Un elemento clave para el crecimiento económico y la competitividad de los países emergentes es la creación de nuevas empresas (Audretsch, 2009; Valencia, 2012; Castillo, 2013; Moscoso y Botero, 2013) que precisa de la creatividad y capacidad de innovación del emprendedor (Casson, 1982; Hawkins y Turla, 1987; Hofer, 1988), que bien formado emerge como agente de transformación socioeconómica.

Desde nuestro punto de vista, entendemos el emprendimiento como la creación de ideas, empresas y patentes así como todo el proceso de su gestación, incluso en aquellos casos en los que no se alcanza su puesta en práctica, habiendo sido señalado por diversos autores como uno de los componentes clave para el crecimiento y desarrollo social y económico (Agarwal, Audretsch y Sarkar, 2007; Baumol, 2004; Baumol y Strom, 2007; Jiménez Palmero et al., 2012; Zacharakis, Bygrave y Shepherd, 2000). El emprendimiento se encuentra íntimamente ligado a la innovación, al crecimiento de la productividad, la competitividad, el crecimiento económico, la creación de empleo e incluso el éxito a nivel personal (Grilo y Thurik, 2005; Luis, De la Torre, Gañan, Palmero y Jiménez, 2013). En este sentido, los emprendedores innovan, transforman sus ideas en negocios, crean empresas, desarrollan proyectos para ofrecer productos y servicios diferentes, contribuyendo así a la generación de empleo y riqueza económica y social en el territorio donde se asientan, asumiendo las diferentes manifestaciones de la iniciativa emprendedora: creación de empresas; emprendimiento social; emprendimiento en ámbitos cultural, científico y deportivo, así como *the intraprenurship* (García Cabrera et al., 2014; Pérez González, 2013; Valliere y Peterson, 2009).

Nuestro trabajo profundiza en la compleja interacción entre educación y emprendimiento centrando la atención en la dimensión formativa, pues concebimos el fenómeno del emprendimiento como una de las necesidades actuales de la juventud para lograr su independencia (Pérez González, 2013), que deben ser abordadas desde el plano de la educación. Tal y como señala Perrenoud (2009), consideramos fundamental implementar en los planes de estudio, desde la enseñanza obligatoria pasando por la enseñanza profesional hasta llegar a la universitaria, el emprendimiento como competencia a trabajar.

Competencia, por otra parte, esencial para facilitar la transición entre la formación reglada y el mundo laboral (Martínez-Mediano et al., 2013), si consideramos como tal término el conjunto de conocimientos, los procedimientos y las actitudes que permitirán a los alumnos adaptarse a una sociedad inmersa en un entorno económico y social dinámico y cambiante, abordar los problemas desde una perspectiva multidisciplinaria y no fragmentada y contar con una formación integral basada en el desarrollo de la inteligencia cognitiva pero también de la inteligencia emocional. (Attewell, 2009; Escudero Muñoz, 2009; Gonazi, 2003; Cano García, 2008; García Cabrera et al., 2014)

El texto que presentamos se vincula al Proyecto de Investigación *"De los tiempos educativos a los tiempos sociales: la construcción cotidiana de la condición juvenil en una sociedad de redes. Problemáticas específicas y alternativas pedagógico-sociales"* (proyecto coordinado EDU2012-39080-C07-00) y al subproyecto *"De los tiempos educativos a los tiempos sociales: El impacto de la educación en la red de emprendimiento de los jóvenes. Competencias e innovaciones curriculares"* (EDU2012-39080-C07-06), cofinanciado en el marco del Plan Nacional I+D+i con cargo a una ayuda del Ministerio de Economía y Competitividad, y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER, 2007-2013).

La presencia en la Universidad de personas mayores supone un valor añadido a la organización (Stebbins 2004, 2007), debido a sus conocimientos y experiencias sobre aspectos clave de la actualidad.

Por ello, dentro de la investigación desarrollada nuestro objetivo es introducir innovaciones curriculares en el ámbito de la educación formal, que determinen el desarrollo de competencias emprendedoras en los jóvenes a través de las aportaciones de las personas mayores como colectivo emergente (COM, 2013), como recurso valioso para el emprendimiento debido a su formación, experiencia, conocimientos, aptitudes necesarias para poder participar en la creación de empresas y en el apoyo a emprendedores.

### Método

#### Participantes

La población objeto de estudio son las personas mayores de 50 años matriculadas en el curso 2014/2015 en el programa universitario de mayores de la Universidad de Burgos: el Programa Interuniversitario de la Experiencia.

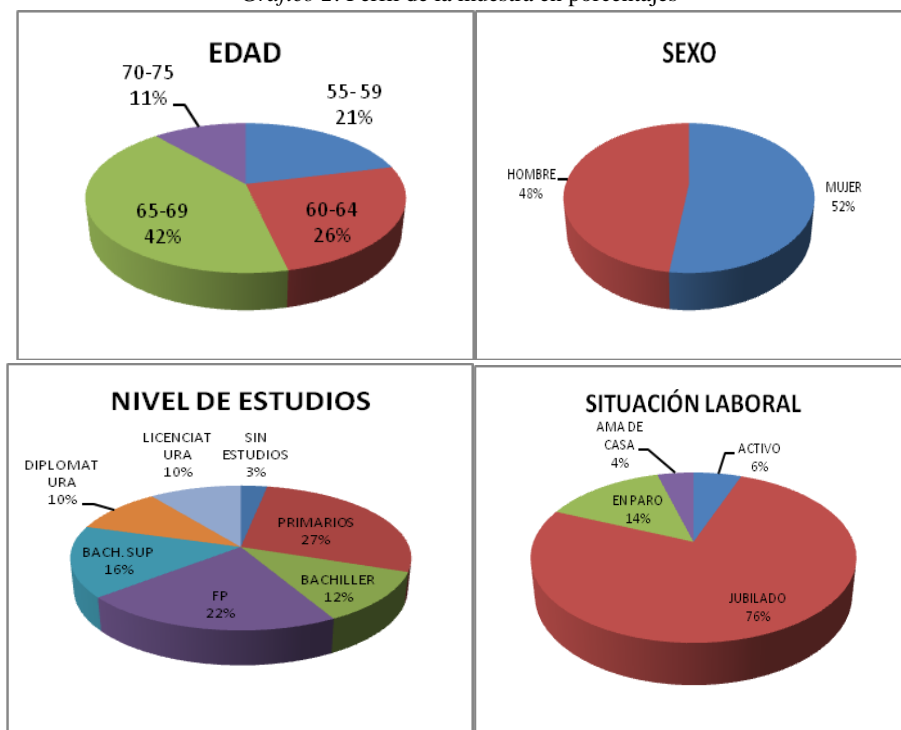
Para la obtención de la muestra, una vez determinada la población objeto de estudio basado en los datos de matrícula, hemos aplicado un margen de error del  $\pm 3$ , con un nivel de confianza del 95% y un nivel de heterogeneidad del 50%. La muestra a obtener para cumplir con lo fijado es:

Tabla 1: Tamaño de la muestra

Población objeto de estudio	Tamaño de la muestra	Cuestionarios obtenidos
600 alumnos	95% y $\pm 3$	385 alumnos 400 cuestionarios

Tras el análisis del bloque correspondiente a los datos clasificatorios la muestra ofrece un perfil referido a: sexo, edad, nivel de estudios y situación laboral mostrado en el gráfico 1 con los porcentajes de cada uno de los ítems.

Gráfico 2: Perfil de la muestra en porcentajes



### *Instrumentos*

Una vez definida la naturaleza de la información que pretendemos obtener con la aplicación del cuestionario y teniendo en cuenta que se trata de una investigación descriptivo-explicativa, hemos optado por diseñar un cuestionario cerrado, por la concreción de las preguntas, administrado a través de encuesta personal realizada en cada una de las poblaciones de las sedes para asegurarnos un porcentaje de respuesta alto y poder adaptarse al nivel cultural del encuestado.

En la fase de estructuración del cuestionario, delimitación del contenido, así como en la validación por jueces de las afirmaciones propuestas para cada uno de los criterios seleccionados han colaborado profesores vinculados a la Unidad de Calidad de la Universidad de Burgos, así como expertos del ámbito de las ciencias empresariales.

El cuestionario sobre Competencias emprendedoras en el ámbito de la educación formal se estructura de la siguiente forma:

-Encabezamiento: Especifica el objetivo del cuestionario

-Bloque 1: Datos clasificatorios: en este bloque se han introducido datos que nos ayuden a determinar el perfil de la muestra en referencia a datos tales como: año de nacimiento, sexo, nivel de estudios, situación laboral.

-Bloque 2: Conocimiento personal de emprendedor: se pretende conocer si las personas encuestadas conocen de forma personal y cercana a algún emprendedor, para ello se realiza una pregunta de respuesta dicotómica, sí o no. En caso de ser afirmativa deben establecer la relación familiar o de amistad con el emprendedor a través de la selección de las opciones marcadas.

-Bloque 3: Competencias emprendedoras: pretende delimitar la percepción de las personas mayores sobre la inclusión de los descriptores que conforman los indicadores de la competencia emprendedora: Autonomía personal; Liderazgo; Innovación y Habilidades empresariales en el ámbito de la educación primaria y en la educación secundaria. El procedimiento de valoración de cada uno de ellos se ha elaborado a través de la asignación del valor en una escala ordinal continua, tipo Likert, de 5 cuantificadores lingüísticos donde 1 corresponde a Nada importante, y 5 a Muy importante.

Los aspectos incluidos dentro de este bloque de valoración relacionado con la Autonomía Personal son: Autoestima y confianza, Espíritu de superación, Responsabilidad en sus actos, Saber gestionar el trabajo, Tomar decisiones y resolver problemas.

Los aspectos incluidos dentro del bloque Liderazgo son: Habilidades de comunicación y negociación, Trabajar en equipo, Asumir riesgos, Ser entusiasta, Saber influir positivamente en los demás.

Los aspectos incluidos dentro del bloque Innovación son: Desarrollar nuevos proyectos, Ser creativo en ideas, procesos y acciones, Generar cambio, Planificar y hacer realidad proyectos, Visión de futuro.

Los aspectos incluidos dentro del bloque de Habilidades empresariales son: Identificar el negocio, Conocimiento económicos y financieros, Gestión de recursos humanos, Saber desarrollar los proyectos, Estrategias de marketing, Responsabilidad social y sentido ético.

### *Procedimiento*

Nuestra investigación pretende verificar los aspectos incluidos en el punto anterior utilizando una combinación de enfoques metodológicos cuantitativos y cualitativos asumiendo la complementariedad que se produce entre ambos y convencidos de la riqueza que aporta al trabajo científico la utilización de varias estrategias metodológicas que se complementan y promueven el análisis de una realidad compleja desde orientaciones multimetodológicas. La metodología cuantitativa es utilizada para la obtención de información a través de la cuantificación de los datos de las variables establecidas utilizando un cuestionario estructurado con muestreo aleatorio, aplicados personalmente de forma individualizada. La investigación muestra así un carácter descriptivo-explicativo, ya que obtenemos información sin realizar

ningún tipo de intervención experimental que suponga un posible cambio en sus actuaciones, ni consideraciones.

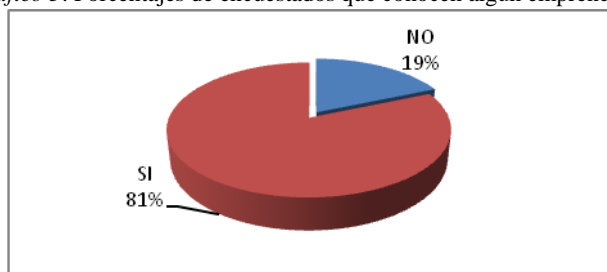
#### *Análisis de datos*

En el procesamiento y análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows.

#### **Resultados/**

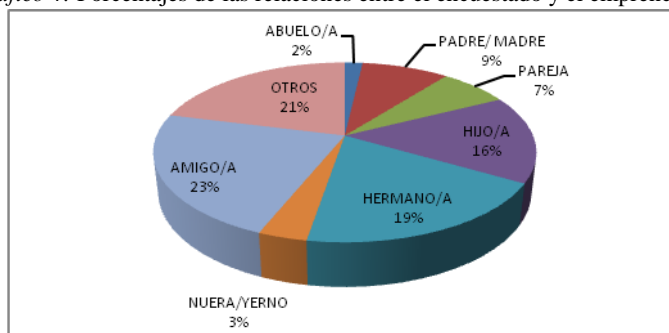
En el análisis del Bloque 2 sobre el conocimiento de emprendedores de las personas encuestadas nos arrojan los porcentajes que mostramos en el gráfico 3.

*Gráfico 3: Porcentajes de encuestados que conocen algún emprendedor*



De los encuestados que han contestado afirmativamente se establecen las siguientes relaciones entre el encuestado y el emprendedor al que se refieren, las cuales mostramos en el gráfico 3.

*Gráfico 4: Porcentajes de las relaciones entre el encuestado y el emprendedor*



Los resultados obtenidos tras el análisis de la información proveniente de la explotación de datos del cuestionario aplicado a los alumnos de los Programas para Mayores de la Universidad de Burgos, los presentamos a través de la comparación de las medias totales de los descriptores incluidos en los bloques de Autonomía personal; Liderazgo; Innovación; Habilidades empresariales en la educación primaria y Secundaria, así como también hemos aportado las medias resultantes para cada uno de ellos en función de los datos del Bloque 2 sobre el conocimiento personal del emprendedor.

A continuación mostramos las tablas correspondientes a las puntuaciones medias de cada uno de los bloques, así como su representación a través de gráficos.

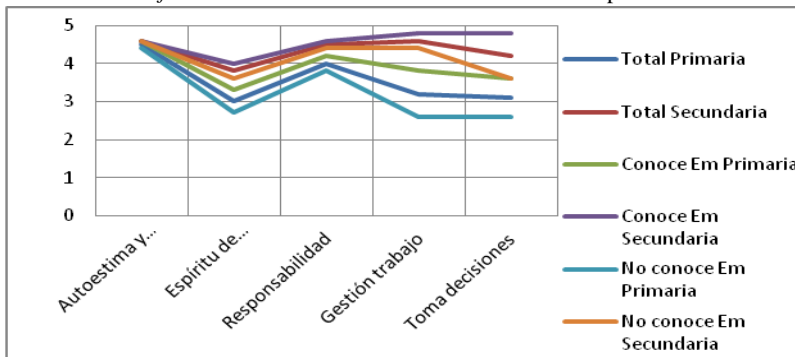


Autonomía Personal:

Tabla 2: Puntuaciones medias sobre el bloque de Autonomía Personal

	Total		Conoce Empresario		No conoce Empresario	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Autoestima y confianza	4,5	4,6	4,6	4,6	4,4	4,6
Espíritu de superación	3	3,8	3,3	4	2,7	3,6
Responsabilidad	4	4,5	4,2	4,6	3,8	4,4
Gestión trabajo	3,2	4,6	3,8	4,8	2,6	4,4
Toma decisiones	3,1	4,2	3,6	4,8	2,6	3,6

Gráfico 5: Puntuaciones medias sobre Autonomía personal

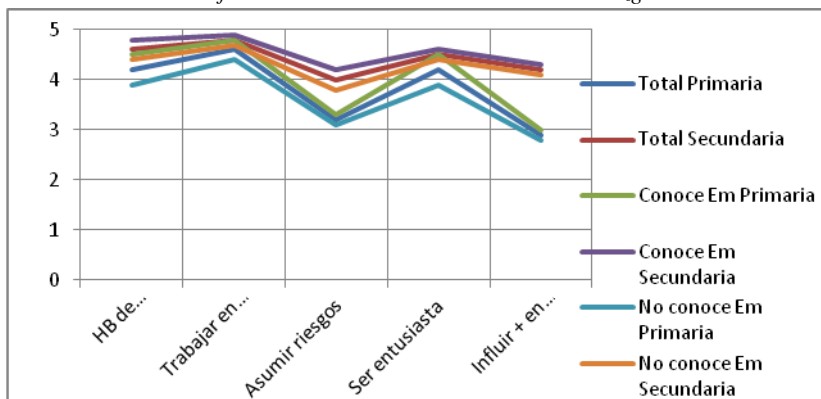


Liderazgo:

Tabla 3: Puntuaciones medias sobre el bloque de Liderazgo

	Total		Conoce Empresario		No conoce Empresario	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
HB de comunicación	4,2	4,6	4,5	4,8	3,9	4,4
Trabajar en equipo	4,6	4,8	4,8	4,9	4,4	4,7
Asumir riesgos	3,2	4	3,3	4,2	3,1	3,8
Ser entusiasta	4,2	4,5	4,5	4,6	3,9	4,4
Influir + en los demás	2,9	4,2	3	4,3	2,8	4,1

Gráfico 6: Puntuaciones medias sobre Liderazgo

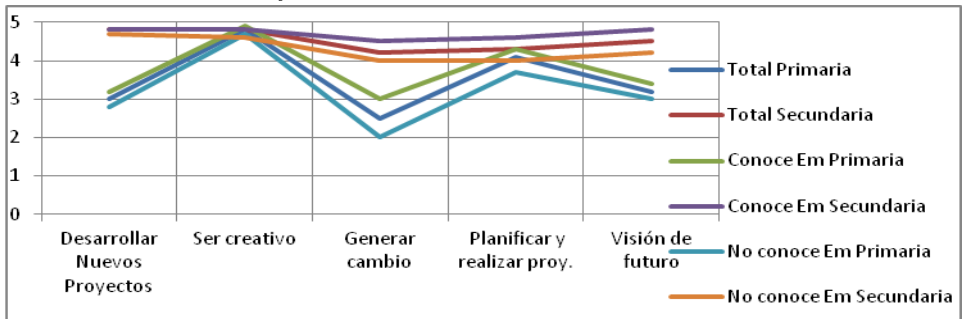


Innovación:

Tabla 4: Puntuaciones medias sobre el bloque de Innovación

	Total		Conoce Empresario		No conoce Empresario	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Desarrollar Nuevos Proyectos	3	4,8	3,2	4,8	2,8	4,7
Ser creativo	4,8	4,8	4,9	4,8	4,7	4,6
Generar cambio	2,5	4,2	3	4,5	2	4
Planificar y realizar proy.	4,1	4,3	4,3	4,6	3,7	4
Visión de futuro	3,2	4,5	3,4	4,8	3	4,2

Gráfico 7: Puntuaciones medias sobre Innovación

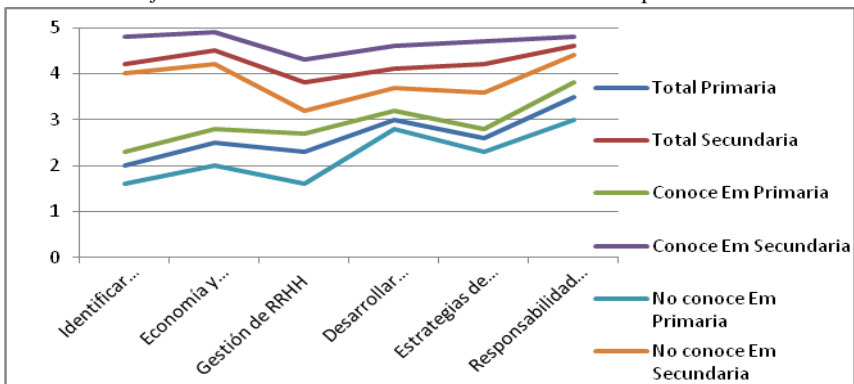


Habilidades empresariales:

Tabla 5: Puntuaciones medias sobre el bloque de Habilidades Empresariales

	Total		Conoce Em		No conoce Em	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Identificar Negocio	2	4,2	2,3	4,8	1,6	4
Economía y finanzas	2,5	4,5	2,8	4,9	2	4,2
Gestión de RRHH	2,3	3,8	2,7	4,3	1,6	3,2
Desarrollar proyectos	3	4,1	3,2	4,6	2,8	3,7
Estrategias de marketing	2,6	4,2	2,8	4,7	2,3	3,6
Responsabilidad social	3,5	4,6	3,8	4,8	3	4,4

Gráfico 8: Puntuaciones medias sobre Habilidades Empresariales



## Discusión

La presencia de las personas mayores como colectivo destinatario de las acciones relativas al emprendimiento por el valor añadido que supone su formación, conocimiento y experiencia dentro del emprendimiento, ha aportado a la investigación aquí presentada la percepción sobre aspectos relativos a la inclusión de indicadores competenciales en las áreas de Autonomía personal, Liderazgo; Innovación y Habilidades empresariales tanto a nivel de educación primaria como secundaria.

Tras el estudio de los resultados obtenidos podemos afirmar que:

-Dentro del área de Autonomía Personal los descriptores competenciales que obtienen mayores puntuaciones referidas a su importancia dentro del currículo son la Autoestima y Confianza y la Responsabilidad de sus actos, siendo las valoraciones superiores a 4 puntos, mientras que los menos valorados con puntuaciones entre 3 y 4 son el Espíritu de superación, Saber gestionar el trabajo y la toma de decisiones y Resolución de problemas. Se observa que las puntuaciones son más elevadas en todos los descriptores en la enseñanza Secundaria así como por las personas que conocen a algún emprendedor

-En el área de Liderazgo los descriptores competenciales que se sitúan en una puntuación por encima de los 4 puntos son: Habilidades de comunicación y negociación; Trabajar en equipo y Ser entusiasta, siendo los de menor puntuación Asumir riesgos e Influir de manera positiva en los demás. Se observa mayores puntuaciones sobre la importancia de incluir estos aspectos en la educación secundaria, estableciéndose una distancia de más de 1 punto en el caso de Asumir riesgos e Influir de manera positiva en los demás. También se mantiene la tendencia de mayor valoración por parte de las personas que conocen a emprendedores.

-En el área de Innovación se establecen puntuaciones superiores a 4 para todos los descriptores competenciales en el caso de la educación secundaria mientras que en la primaria solo Ser creativo en ideas, procesos y acciones y Planificar y hacer realidad un proyecto se mantiene por encima de 4. En el caso de Generar cambio la distancia establecida entre ambos niveles educativos es de 2 puntos.

-En el área de habilidades empresariales las puntuaciones son superiores a 4 o próximas en el caso de la educación secundaria mientras que en las valoraciones de su inclusión en el nivel de primaria no llegan a superar tal puntuación, estableciéndose en el caso de Conocimientos económicos y financieros y Gestión de Recursos Humanos una distancia superior a los dos puntos.

De forma general podemos aportar a la discusión de resultados que las personas mayores encuestadas dan mayor importancia a la inclusión de áreas competenciales en el nivel de educación primaria a aspectos que se incluyen dentro del perfil psicosocial del emprendedor, dejando la formación emprendedora para la educación secundaria. No obstante, también debemos señalar las puntuaciones más elevadas obtenidas por parte de las personas que conocen a emprendedores en todos y cada uno de los descriptores presentados.

Sin eludir las funciones que las sociedades modernas atribuyen a los sistemas educativos en la construcción de una sociedad más justa y cohesionada, se debe profundizar en el diseño curricular y organizativo para que la educación secundaria y profesional respondan también a la demanda social y económica, aparecida con notable énfasis a lo largo de esta última década, de incrementar la creación de empresas, asumiendo entre sus objetivos que los jóvenes que alcanzan estas cotas educativas hayan adquirido las competencias asociadas a la tarea de poner en marcha su propia actividad empresarial y el autoempleo que requiere la sociedad del siglo XXI.

## Referencias

Agarwal, R., Audretsch, D.B., y Sarkar MB. (2007). The process of creative construction: Knowledge spillovers, entrepreneurship, and economic growth. *Strategic Entrepreneurship Journal* 1(3-4), 263-286.

Ahmad, N. H., Halim, H. A., y Zainal, S. R. M. (2010). Is entrepreneurial competency the silver bullet for SME success in a developing nation? *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2(1), 217-236.

- Ahmad, N. H., Wilson, C., y Kummereow, L. (2011). A cross-cultural insight into the competency-mix of SME entrepreneurs in Australia and Malaysia. *Journal of Business and Management Science*, 4(1), 33–50.
- Attewell, P. (2009). ¿Qué es una competencia? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 16, 21-43. doi:10.7179/PSRI.
- Audretsch, D. (2009). “The Entrepreneurial Society”, *Journal of Technology Transfer*, 34 (3), 245-254.
- Bas Peña, E. (2007). El Prácticum en la Titulación de Pedagogía: discurso y práctica profesional. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 14, 139-153. doi:10.7179/PSRI.
- Baumol, W.J. (2004). *The free-market innovation machine: Analyzing the growth miracle of capitalism*. Princeton University Press: Princeton.
- Baumol, W.J., y Strom, R.J. (2007). Entrepreneurship and economic growth. *Strategic Entrepreneurship Journal* 1(3-4), 233-237.
- Binks, M., Starkey, K., y Mahon, C.L. (2006). Entrepreneurship education and business school. *Technology Analysis and Strategic Management*, 18(1), 1-18
- Brazeal, D. & Herbert, T. (1999). The genesis of Entrepreneurship. *Entrepreneurship, Theory & Practice*, 23(3), 29-45.
- Cano García, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. Profesorado. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 12(3), 1–16.
- Casson, M.C. (1982). *The Entrepreneur: An Economic Theory*. Oxford: Martin Robertson
- Castillo, J. O. C. (2013). Investigando el entrepreneurship tras un marco teórico y su aporte al desarrollo económico de Colombia. *Revista EAN*, (66).
- Comunicación de la Comisión Al Parlamento Europeo, al y al Comité de las Regiones Plan de Acción Sobre Emprendimiento 2020, (2013). Relanzar el espíritu emprendedor en Europa. Bruselas
- Chandler, G. N., y Jansen, E. (1992). The founder’s self-assessed competence and venture performance. *Journal of Business Venturing*, 7 (3), 223–236.
- Davidsson, P. (2004) *Researching entrepreneurship International Studies in Entrepreneurship*. Boston: Springer Science Inc.
- Davidsson, P. Honig, B. (2003). The role of social and human capital among nascent entrepreneurs. *Journal of Business Venturing*. 18(3): 301-331.
- Delmar, F. y Davidsson, P. (2000). Where do they come from? Prevalence and characteristics of nascent entrepreneurs, *Entrepreneurship & Regional Development*, 12, 1–23.
- Escudero Muñoz, J. M. (2009). Las competencias profesionales y la formación universitaria : posibilidades y riesgos. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 16, 65–82. doi:10.7179/PSRI.
- Fourie, L. (2008). Establishing a culture of intrapreneurship as a contributor to sustainable economic growth. *Journal of Business Venturing*, 7(3), 223-236.
- Freytag, A. y Thurik, A.R. (2007) Entrepreneurship and its determinants in a cross country setting, *Journal of Evolutionary Economics*, 17(2), 117-131.
- García Cabrera, A. M., Déniz Déniz, M. C., García Soto, M. G., Martín Santana, J. D., Suárez Ortega, S. M., & Cabrera Suarez, M. K. (2014). ¿Los títulos de administración de empresas adaptados al EEES en España forman directivos emprendedores? *Bordón. Revista de Pedagogía*, 66(2), 75–92. doi:10.13042/Bordon.2014.66205.
- Gonczi, A. (2003). Teaching and learning of the key competencies. En Rychen, D.S., Salganik, L. H., & McLaughlin, M. E. (Eds.) 97-99. *Contributions to the Second DeSeCo (Definition and Selection of Key Competencies) Symposium*. Neuchâtel: Swiss Federal Statistical Office.
- Grilo, I. y Thurik, R. (2005) Latent and actual entrepreneurship in Europe and the US: some recent developments, *International Entrepreneurship and Management Journal*, 1(1), 441-459.
- Hawkins, K. y Turla, P.A. (1987). Compruebe sus dotes de emprendedor. Bilbao. Deusto
- Herrera Echeverri, H. (2009): Investigación sobre redes sociales y emprendimiento. Revisión de la literatura y agenda futura. *Innovar Journal*, vol. 19 (33), 19- 33
- Hofer, CH.W. (1988). *Entrepreneurship Research: Past, Present and Future*. Athens, Georgia: University of Georgia
- Hornaday, J. A. (1971) Research about living entrepreneurs. En G. A. Kent, D. L. Sexton y K. H. Vesper (ed.), *Encyclopedia of Entrepreneurship*, 20-34. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Jiménez, A, Palmero, C y Alonso, P. (2005). Educación Superior y empleo. Escenarios, desafíos formativos y compromisos de sus actores. Análisis desde el caso español, *Revista de la Educación Superior*, 133, 53–64.

- Jiménez Palmero, A, Palmero Cámara, C y Jiménez Eguizábal, A. (2012). El impacto de la educación secundaria y superior en la creación de empresas en la Unión Europea, *Revista Española de Pedagogía*, 252, 201–219.
- Johannison, B.; Ramírez, M. y Karlsson, G.(2002): The institutional embeddedness of local inter-firm networks: A leverage for business creation. *Entrepreneurship and Regional Development*, 14, 297-315
- León, O. G., & Montero, I. (2012). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (p. 454). Madrid: Mc Graw Hill / Interamericana de España S.A.U.
- Luis, I., De la Torre, T., Gañán, A., Palmero, C., Jiménez, A. (2013). Formación universitaria para mayores: innovación curricular y competencias emprendedoras. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(0), 175-186.
- Man, T.W.Y. (2001). *Entrepreneurial competences and the performance of small and medium enterprise in the Hong Kong services sector* (Tesis doctoral en el Departamento de Gestión de la Universidad Politécnica de Hong Kong). Base de Datos ProQuest Information and Learning, Universidades Politécnica de Hong Kong, Hong Kong.
- Man, T. W.Y., Lau, T. y Chan, K.F. (2002). The competitiveness of small and medium enterprises: a conceptualization with focus on entrepreneurial competences. *Journal of Business Venturing*, 17(2), 123-142.
- Man, T. W.Y., Lau, T. y Snape, E. (2008). Entrepreneurial competencies and the performance of small and medium enterprises: An investigation through a framework of competitiveness. *Journal of Small Business and Entrepreneurship*, 21 (3), 257-276.
- Martinez-Mediano, C., Lord, S. M., & Riopérez Losada, N. (2013). Programa de Desarrollo de Competencias para el Aprendizaje a lo Largo de la Vida para Estudiantes de Educación Superior. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 137-151. doi:10.7179/PSRI.
- McClelland, D.C. (1975). *Power: the inner experience*. New York, Irvington.
- Moscoso Escobar, J. y Botero Botero, S. (2013). Métodos de valoración de nuevos emprendimientos Semestre económico, 16 (33), 237-264
- Moya M. (2008). Worldwide Business startups. En línea. Disponible en [http://www.moyak.com/researcher/resume/papers/business\\_startups.html](http://www.moyak.com/researcher/resume/papers/business_startups.html). [Consulta 22 enero 2011].
- North, D.C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: University Press.
- Orrego Correas, C.I. (2009). Localización: Pensamiento y gestión: revista de la División de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte. 27, 235-252
- Pérez Gonzalez, M. J. (2013). Emprendimiento, iniciativa y creatividad. In *Cómo ser competente. Competencias profesionales demandadas en el mercado laboral* (pp. 108–112). Salamanca: Servicio de Inserción Profesional Practicas y Empleo.
- Pérez Serrano, G. (2000): Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-40
- Perrenoud, P. (2009). Enfoque por competencias, ¿una respuesta al fracaso escolar? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 16, 45-64. doi:10.7179/PSRI.
- Quecedo, R. y Castaño, C.: Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-10
- Ramos Sánchez, J. L. (2011). Investigación cualitativa. In S. Cubo Delgado, B. Martín Marín, & J. L. Ramos Sánchez (Eds.), *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud* (pp. 411–456). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rathna, K. G. y Vijaya, T. G. (2009). Competencies of entrepreneurs and intrapreneurs: A comparative study. *South Asian Journal of Management*, 16 (2), 28-46.
- Reyero, D. (2009). El peso del Estado en la educación. Una aproximación crítica desde la economía liberal. *Revista Española de Pedagogía*, 244, 409-425.
- Sáez, F. (Coord.) (2000). *Formación y empleo*. Fundación Argentaria. Visor: Madrid.
- Sánchez García, J.C. (2011). Entrepreneurship: Introduction *Psicothema* 23 (3), 424-426
- Stebbins, R.A. (2004): Between Work and Leisure: the common Ground of two separate worlds, Transaction, New Brunswick, NJ.
- Stebbins, R.A. (2007): Serious Leisure: A perspective for our time, Transaction, New Brunswick, NJ.
- Uhlener, L. y Thurik, R. (2007). Postmaterialism influencing total entrepreneurial activity across nations, *Journal of Evolutionary Economics*, 17(2), 161-185.
- Veciana, J.M. (2007). Entrepreneurship as a Scientific Research Program-. En: Cuervo, A.; Ribeiro, D.; Roig, S. (Eds): *Entrepreneurship: Concepts, Theory and Perspective*. Springer, New York, pp. 23-72.

Valdemoros, M.A.; Ponce de León, A. y Sanz, E. (2011): Fundamentos en el manejo del NVIVO como herramienta al servicio de estudios cualitativos. *Contextos educativos* 14, 11-29.

Valencia Agudelo, G.D (2012). Autoempleo y emprendimiento. Una hipótesis de trabajo para explicar una de las estrategias adoptadas por los gobiernos para hacer frente a los procesos del Mercado. *Semestre económico*, 15(32), 103-128

Valliere, D. y Peterson, R. (2009). Entrepreneurship and economic growth: Evidence from emerging and developed countries. *Entrepreneurship and Regional Development*, 21(5), 480-559.

Wennekers, A.R.M. y Thurik, A.R. (1999). Linking entrepreneurship and economic growth, *Small Business Economics*, 13(1), 27-55.

Zacharakis, A.L., Bygrave, W.D., y Shepherd, D.A. (2000). *Global entrepreneurship monitor: National entrepreneurship assessment: United States of America*. Kansas City: Kauffman Center for Entrepreneurial Leadership



## CAPÍTULO 15

### Envejecer bien física, psicológica y socialmente

María José Cobos Carvajal, Almudena López Castaño, e Inmaculada López Caler  
*Servicio Andaluz de Salud. Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

Podríamos definir el envejecimiento como un proceso natural continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Si consideramos que la esperanza de vida se sitúa en 80 años y que el máximo de años a los que una persona puede llegar es de aproximadamente 115, se podría decir que se dispondrá de un potencial de 50 años para envejecer; un periodo más amplio que la niñez, juventud o incluso la madurez (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011). Frecuentemente, aún se asocia a la tercera edad una imagen de decrepitud, deterioro y enfermedad y que además se le rechaza por no ser productivos, sin llegar a considerar la aportación que ofrecen a la sociedad de su sabiduría, experiencia y colaboración.

Es una realidad que la población mundial denominada “Tercera edad”, debido al aumento en la esperanza de vida, está aumentando de forma continuada más rápidamente que otros grupos de edad, produciendo un envejecimiento acelerado en la población que en el caso de España es muy acusado. Esta situación implica necesariamente un replanteamiento de conceptos de las personas mayores.

El proceso de adaptación de las estructuras sociales para favorecer las oportunidades de desarrollo de los mayores se inicia durante el Año Internacional de las Personas de Edad, promovido por Naciones Unidas en 1999, ese mismo año la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone en marcha el “Movimiento global para el envejecimiento activo” y participa con el “Abrazo mundial” y en 2005 presenta el informe sobre el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que mediante sus tres pilares: Salud, participación y seguridad, ofrece propuestas de acción en varios sectores y a diferentes niveles. Actualmente la OMS se ha comprometido a fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos sus programas de desarrollo.

En el marco europeo, la inauguración en Copenhague del “Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional 2012”, que incluye estrategias globales de actuación, es el resultado de las exigencias de los cambios demográficos registrados en Europa en las últimas décadas y de un largo proceso de estudio, concienciación y trabajo, en el que España ha jugado un papel muy importante (Cordero del Castillo 2013).

La importancia de mantener la actividad en el grupo de la tercera edad es grande por la repercusión que tiene en la salud del mismo, por lo que afecta a su entorno, a los sistemas de salud y a las economías, presionando todo ello a nuestro sistema de bienestar. La Organización Mundial de la Salud (2014) en su comunicado de prensa titulado “Envejecer bien, una prioridad mundial”, alude a la advertencia que la revista “The Lancet” publica en relación al envejecimiento, en el sentido de que si los sistemas de salud no encuentran estrategias efectivas para abordar los problemas del envejecimiento mundial, la creciente carga de enfermedades crónicas afectará enormemente al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y su entorno, lo que se convierte en un importante reto mundial de salud pública. Augura el mismo comunicado que “serán necesarias reformas profundas y fundamentales en los sistemas de salud y atención social, cuidando no acentuar las desigualdades, que son la gran causa de la mala salud y las limitaciones funcionales en las personas mayores”.

Para obtener una respuesta más sostenible y eficiente que los modelos actuales y que nos permita conseguir un envejecimiento activo y saludable y, sobre todo, que evite la continuidad del aumento sin precedentes de la prevalencia de la cronicidad, parece necesario establecer una visión más colaborativa,



integrada y centrada en la persona mayor como un gran potencial de mercado y una oportunidad para Europa. Acciones innovadoras para la prevención del deterioro funcional y la patología crónica evitarán una sobreutilización de los cuidados y los servicios sanitarios, y permitirán vivir más y con mejor calidad de vida, para ello es esencial la participación y colaboración organizada y coordinada de todos los equipos asistenciales multidisciplinares en la cadena de cuidados. En este sentido, el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 130ª Reunión, entre otros asuntos, insta a los Estados Miembros a prevenir las enfermedades no transmisibles con el fin de reforzar las políticas y programas relativos al envejecimiento saludable y conseguir el máximo grado posible de salud y bienestar para las personas mayores.

García (2013) considera que el elemento fundamental y clave del éxito sostenible para la prevención del deterioro funcional y la patología crónica radica en que el anciano conozca y pueda controlar su propia enfermedad. Este empoderamiento se obtendría a través de la educación sanitaria, que ha quedado demostrado que es la herramienta más efectiva y eficiente para el control de la patología crónica, mejorando la calidad de vida y el estado de salud a corto plazo, pero para el largo plazo se recomiendan más estudios. Márquez-González, Fernández-Fernández, Romero-Moreno, y Lozada (2012) defienden la idea de que la intervención psicológica con personas mayores para promocionar su envejecimiento activo y con éxito se puede ver especialmente enriquecida y complementada por el enfoque terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que se presenta como especialmente útil para ayudar a personas mayores cuya implicación en actividades y acciones significativas se encuentra interferida o bloqueada por dificultades de tipo psicológico, relacionadas con problemas para aceptar o adaptarse a cambios importantes en sus vidas, como pueden ser pérdidas. Villar (2012) señala un punto de vista complementario resaltando cómo la generatividad en la vejez ofrece una perspectiva particularmente prometedora desde el punto de vista del desarrollo personal y social, que estudia cómo las personas mayores son capaces de evitar o superar dificultades, mantener elementos importantes en su vida e incluso acumular competencias y ganancias hasta edades muy avanzadas, buscando las claves del buen envejecer para que cada vez más personas puedan disfrutar durante más años de una vejez saludable no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y social.

La Comisión Europea (2010) propone un proyecto sobre el envejecimiento activo y saludable con objetivo de conseguir en 2020 que los ciudadanos vivan, como media, dos años más de forma independiente y con buena salud, al mismo tiempo que se mejora la sostenibilidad y eficiencia de nuestros sistemas sociales y de asistencia sanitaria.

Para que se mantenga la actividad de este grupo de edad, se necesita inicialmente un buen estado de salud, por lo que la prevención y detección temprana de enfermedades supondría un menor coste que la curación o el mantenimiento de enfermedades crónicas. Según indica el Informe sobre Demografía de 2011 publicado por la Oficina Europea de Estadística, los habitantes de Europa viven hoy más tiempo y lo hacen de forma más saludable que nunca. Una reciente investigación cualitativa señala que entre los factores que influyen en el bienestar en la vejez, adquieren mayor relevancia los elementos relacionales, tanto familiares como sociales. Permanecer integrados como parte de la familia y del grupo social al que pertenecen constituye un estímulo psicológico positivo porque les hace sentirse realmente necesarios, también conlleva una actividad social positiva, aunque podría estar condicionada, en su caso, por sus condiciones fisiológicas, además, la interdependencia familiar y la solidaridad intergeneracional permiten una seguridad económica y afectiva más allá de los cambios económicos y sociales. Una proporción considerable de personas mayores que se mantienen con autonomía y con capacidad de decisión, realiza una importante contribución al bienestar de sus familias, de otras personas cercanas y desarrollan actividades de diferente índole que se traducen en valiosas aportaciones al bienestar de la sociedad.

Conseguir un envejecimiento activo para las próximas generaciones, plantea nuevos retos y oportunidades (Zunzunegui y Béland 2010). Para la integración de este grupo a la sociedad activa, se

necesitan nuevas estructuras sociales donde tengan cabida con posibilidades de desarrollo y una nueva imagen positiva que facilite su aceptación social. El entorno de transformación en el que se ven envueltos sectores como el económico, social, político y familiar, tiene implicaciones y consecuencias de diversa naturaleza en los diferentes grupos de población, en particular en lo que respecta a las personas mayores. En la actualidad el envejecimiento activo hay que enfocarlo necesariamente desde la óptica de la crisis económica y social que vivimos, dentro de la cual, la tasa de mortalidad sigue descendiendo, pero lo hace a un ritmo enlentecido por las condiciones de la crisis (Benmarhnia, Zunzunegui, Llácer y Béland 2014).

Los estudios realizados sobre la salud de las personas mayores, revelan disparidad de conclusiones debido a que los programas que han de contribuir a lograr un envejecimiento activo, están siendo influenciados por la economía y las políticas de la crisis, y aunque las actuaciones y políticas para establecer el envejecimiento activo varíen y se adapten a cada sociedad según el modo de vivir de las poblaciones, hay convergencia en que han de ser intersectoriales (en sectores distintos además del sector de la salud), como por ejemplo estimular la continuación laboral durante más tiempo eliminando obligaciones fiscales después de la jubilación, pues la vida activa protege la salud de las personas que se integran en ella; persistir en medidas de bajo coste como la prevención y detección temprana de enfermedades, promocionar la reducción de la ingesta de sal, aumentar el número de vacunaciones. Son experiencias positivas extraídas del ámbito internacional merecedoras del estudio de una posible adaptación a las circunstancias de cada población. Gluzmann (2013) con datos de la Encuesta Mundial Gallup intenta aproximar la relación: Cambio en el bienestar-crecimiento, obteniendo una relación positiva, que anteriormente había sido cuestionada en otros análisis que concluían en que los países con mayores tasas de crecimiento económico son los que presentaban menores niveles de bienestar.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010) con el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, ha supuesto el tratamiento de un asunto complejo pero imprescindible en la actualidad, los sistemas de salud y de servicios sociales deben estar íntimamente coordinados dada la importancia de las necesidades concretas de las personas a quien se dirigen. La inversión para el bienestar de la tercera edad nos proporcionará los beneficios de una población de personas mayores más sana, feliz y productiva, pero serán necesarios estudios futuros para conocer los efectos reales de los programas de participación activa de nuestras personas mayores, tanto a nivel físico, como psíquico y social.

La promoción que se realiza desde los ayuntamientos para la participación social de las personas mayores, colabora eficientemente en sus actividades sociales mediante descuentos en el transporte público, actos culturales, incluso se han iniciado universidades para la tercera edad. La literatura científica ha señalado la evidencia de los beneficios que aportan las redes sociales a la salud de la población y en particular a las poblaciones mayores.

Los mayores de hoy son los jóvenes de ayer, que han recolectado a lo largo de su vida conocimientos, vivencias y experiencias acumuladas, y que hoy están dispuestos a compartirlas con las nuevas generaciones. Se apuesta por las escuelas como lugar de encuentro intergeneracional donde los mayores además de transmitir sus conocimientos y valores, ejercen la figura del abuelo que fomenta la relación con la familia, en especial con los menores, con quienes comparten actividades de carácter cognitivo, psicomotoras, lúdicas y sociales. El objetivo de estos encuentros es el diálogo y la comprensión mutua.

### **Objetivo**

El objetivo de esta revisión sistemática es analizar los avances obtenidos con la implantación de los programas y políticas de envejecimiento activo y saludable de los últimos años y sus efectos sobre la salud de nuestros mayores a nivel físico, psíquico y social.

## **Metodología**

Realizamos una búsqueda sistemática con análisis de la misma para establecer evidencias sobre la relevancia actual del envejecimiento activo. La selección de los artículos que forman parte del presente estudio fue consultada principalmente en las bases de datos CUIDEN, SciELO y PubMed, así como información obtenida de las páginas web de organismos oficiales. Los descriptores usados para la búsqueda han sido: Envejecimiento, esperanza de vida, medioambiente, población mayor y salud. El idioma elegido ha sido el español y el período de tiempo está comprendido entre 2010 y 2015.

## **Resultados/Estado de la cuestión**

La totalidad de los trabajos analizados indican que el proceso de adaptación de las estructuras de la sociedad para incluir a las personas mayores como parte activa de la misma es un hecho, y que incluye actuaciones intersectoriales y globales.

La evidencia constata como en todos los niveles territoriales existe la conciencia del envejecimiento de la población y sus consecuencias. A nivel mundial las Naciones Unidas y la OMS tomaron la iniciativa de fomentar el desarrollo de los mayores, de forma que actualmente en todos los programas de desarrollo de la OMS figura como componente indispensable el fomento del envejecimiento activo. Este organismo ha advertido recientemente sobre el peligro que supone para el bienestar y la calidad de vida de los mayores a nivel mundial, la creciente carga de enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En el ámbito de la Unión Europea, la Comisión Europea en concordancia con las directrices trazadas por la OMS, considera como una parte vital las estrategias contempladas en su documento “Iniciativa emblemática de Europa 2020. Unión por la innovación” que elige la innovación social como modelo de desarrollo e implementación de nuevas ideas para satisfacer las necesidades sociales y la creación de nuevas relaciones sociales o colaboraciones (Comisión Europea, 2010). Este documento también sirve de base para el proyecto “Innovage”, que contempla innovaciones sociales de fuerte impacto en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores.

En España, García (2013) señala a la educación sanitaria como la herramienta más efectiva y eficiente demostrada para la prevención del deterioro funcional y la patología crónica. Por otra parte y como complemento, Márquez-González et al (2012) defienden la intervención psicológica para promocionar el envejecimiento activo con éxito entre los mayores.

Las actuaciones y políticas particulares de nuestro país, pionero en el ámbito del envejecimiento activo y saludable, le confiere ventajas con respecto a los demás y permite que su papel en la colaboración de los diseños mundiales en este campo sea relevante. Continuamente se actualiza la legislación para adaptar el envejecimiento activo al siglo XXI.

El avance de la Evaluación Anual del ejercicio 2014 de los resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia refleja la importancia que se le confiere a éste ámbito en base a los desarrollos en positivo obtenidos en una comparativa a tres años, periodo de tiempo incluido en la crisis económica.

La continuación de las relaciones tanto familiares como sociales destacan entre los factores que más influyen en el bienestar de la tercera edad.

## **Discusión/Conclusiones**

Para las próximas décadas la demanda de cuidados para el colectivo de personas mayores dependientes sufrirá un notable incremento, entre otras causas por el llamado “envejecimiento del envejecimiento” y por los cambios acontecidos en la familia.

Zunzunegui y Béland (2010) indican cómo dentro de los programas para establecer el envejecimiento activo y saludable, sería justo y eficiente valorar la lucha contra las desigualdades y la mejora de las condiciones de vida a lo largo de toda la trayectoria vital, pues las condiciones de vida desde la infancia hasta la vejez en cada sociedad determinan la forma de envejecer de sus individuos.

En conclusión, el modelo de envejecimiento activo y saludable es una estrategia global que persigue maximizar la participación y el bienestar de la tercera edad. Hoy, aun falta aunar conceptos, actitudes y políticas de muchos países que se centran exclusivamente en el mercado del trabajo, lo que excluye del modelo a las personas más frágiles y las que no alcanzan este mercado, o bien, enfatizan la actividad física dando de lado a la importancia de mantener la capacidad mental y la actividad social. El objetivo del envejecimiento activo y saludable es la actuación conjunta de todos los sectores en todos los niveles para conseguir el bienestar físico, psíquico y social de la tercera edad.

En Europa hay todavía muchas políticas nacionales y europeas que no aplican el concepto global del bienestar físico, psíquico y social. En España, país pionero en materia de envejecimiento, hemos logrado ser el primer país de Europa en esperanza de vida y uno de los más longevos del mundo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011). Nuestros mayores se adaptan a los cambios de nuestra sociedad, tienen nuevas formas de vida, participan en acciones intersectoriales y sus convicciones y objetivos difieren bastante de los mayores de hace sólo unas décadas. Hoy la sociedad española cuenta con ventajas para el establecimiento del envejecimiento activo como:

- la legislación,
- las pensiones,
- el sistema de salud,
- la Ley de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, que nace con el objetivo de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía,
- los pactos sobre la protección social,
- el asociacionismo, la Confederación Estatal de Mayores Activos es una entidad formada por personas mayores sin fines lucrativos para fomentar la actividad tras la jubilación y seguir siendo personas útiles para la sociedad, colaborando así a la realización personal en esta etapa de la vida,
- las fuertes redes sociales y familiares,
- la participación social,
- El Instituto de Mayores y Servicios Sociales, organismo que ha publicado el “Libro blanco del envejecimiento activo”, una iniciativa del gobierno de España a modo de guía para las políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y que nace a partir de dos encuestas: una que refleja las opiniones de las personas mayores sobre sí mismas y sobre su situación en la sociedad; y otra sobre la opinión general de la población a cerca de las personas mayores. El documento reclama la colaboración de todas las instituciones, entidades, sectores, agentes y colectivos sociales para fomentar y extender la cultura del envejecimiento activo y saludable.
- El Consejo Estatal de las Personas Mayores, un órgano colegiado de orden consultivo cuya función general es canalizar hacia la Administración General del Estado las iniciativas y demandas de las personas mayores,
- la costumbre de incluir la marcha en la actividad cotidiana, y
- la dieta mediterránea, que es una de nuestras mayores reservas de salud, calidad de vida y longevidad.

Y en contra:

- las desigualdades económicas,
- la pobreza en la vejez,
- la debilidad de los servicios sociales y
- las barreras a la integración laboral como parte de la participación social de las personas mayores.

Demasiado a menudo seguimos pensando que hacerse mayor es una complicación, hay que empezar a creer que es una oportunidad (Cordero del Castillo, 2013). Para que la figura del jubilado marginado por la sociedad por no ser productivo económicamente forme parte del pasado, necesitamos afrontar las transformaciones producidas por los cambios demográficos que se han realizado y las que están en marcha. Una persona mayor activa y saludable seguirá participando activamente en la sociedad y disfrutará de una vida autónoma y enriquecedora (García, 2013).

## Referencias

- Benmarhnia, T., Zunzunegui, M.V., Llácer, A. y Béland, F. (2014). Impacto de la crisis económica en la salud de las personas mayores en España: pistas de investigación sobre la base de un análisis de la mortalidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 137-41. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.016
- Comisión Europea. (2010). Iniciativa emblemática de Europa 2020 Unión por la innovación. Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:es:PDF>
- Cordero del Castillo, P. (2013). 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. *Humanismo y Trabajo Social*, 11, 101-117.
- García, F. (2013). Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 459-62. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.09.005
- Gluzmann, P. (2013). *Bienestar Subjetivo y Crecimiento Económico: Analizando la Paradoja del Crecimiento Infeliz en la Encuesta Mundial Gallup* (Documento de Trabajo Número 152). Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo*. Recuperado de: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)
- Márquez-González, M., Fernández-Fernández, V., Romero-Moreno, R. y Lozada, A. (2012). La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo. *Informació Psicológica*, (105), 42-59.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). “Envejecer bien”, una prioridad mundial. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
- Villar, F. (2012). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Informació Psicológica*, (104), 39-56.
- Zunzunegui, M.V. y Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 68-73. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.08.004

## CAPÍTULO 16

### La vejez. Visto desde una perspectiva sanitaria y sociosanitaria

Ana García López\*, Margarita Torres Amengual\*, Casilda Antonia Martínez Fernández\*\*,  
Trinidad Luque Vara\*\*\*, e Inmaculada González Morales\*

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

Un estereotipo es la percepción exagerada y simplificada que se tiene sobre una persona o grupo de personas que comparten ciertas características. Actualmente, en la comunidad existen muchas conductas estereotipadas (Domínguez, 2011).

El estudio de Carbajo (2009) especifica las valoraciones que se han dado, según distintas civilizaciones, a la vejez; y las determina como positivas cuando se consideraba al anciano como sabio y negativas cuando la sociedad, trataba al anciano como ser dependiente.

Estos cánones positivos y negativos producen una desvalorización de esta etapa, generando creencias que pueden modificar la relación hacia el usuario mayor, influenciando negativamente sobre los cuidados de los usuarios tanto a nivel familiar como profesional (Domínguez, 2011).

Según el artículo de Losada (2004) los profesionales de salud utilizan distintas terapias según grupo de edad, un ejemplo es que la receta de fármacos en la tercera edad es inferior a otros grupos, también hace referencia a que los adultos mayores tienden a comportarse como la sociedad espera, por lo tanto adoptan la misma imagen negativa de su grupo de edad que el resto de la sociedad.

En esta misma línea, el estudio de Fernández (2003), realizado en España con 2334 participantes, trabajó sobre la percepción de la sociedad ante los mayores y la propia percepción de los ancianos hacia sí mismos, resultando que las personas con edad avanzada consideraron que la sociedad posee estereotipos muy negativos sobre esta etapa de la vida, al contrario que cuando hacen ellos mismos la valoración, donde poseen una valoración más positiva, un 46,5% respondió que la sociedad los consideraba enfermos, mientras que, el 49,5% no se consideraba de tal condición. En cuanto a la tristeza, el 41,7% consideró que la sociedad los veía así; frente al 56% que no se consideraba triste.

En el estudio de Gascón (2007) y Martín (2012) se especifica que los valores sociales actuales están muy alejados del envejecimiento, aludiendo a la sociedad actual como generadora de múltiples estereotipos negativos, y provocando así que la propia generación de personas mayores considere para sí misma o para otros mitos relacionados con el envejecimiento, este tipo de percepción peyorativa, se denomina viejismo, siendo profundamente negativo para el abordaje de personas mayores en cuanto a calidad de vida y su propia supervivencia. (Fernández-Ballesteros, 2004).

Dentro del viejismo, cabe destacar que entre los estereotipos más comunes, existe una percepción muy generalizada que obtiene un nivel elevado de estereotipo en personas mayores, ésta es la sexualidad, la tendencia a considerar al adulto mayor como ser “asexuado” sin necesidades sexuales es común entre la sociedad con mitos como: “*la sexualidad se agota con los años*”, “*Los ancianos están incapacitados fisiológicamente para la sexualidad*”, “*Los ancianos no tienen deseos, intereses ni necesidades sexuales.*” (Ocampo & Arcila, 2006; Alcántara, Torres, Martínez & García, 2014). El estudio de Esguerra (2007) habla del término “muerte sexual” en el envejecimiento, como factor generador de ansiedad en la edad adulta madura que posiblemente pudiera generar dificultades reales en la sexualidad, debido a su componente psicológico.

Actualmente existe un interés extraordinario por profundizar en la investigación sobre el envejecimiento, como demuestran los numerosos estudios al respecto, se hace necesario el cambio de

actitud hacia el envejecimiento para conseguir atender a los usuarios con edad avanzada de la forma más idónea, y con ello, promover una mejor calidad de vida, los cuidadores informales y profesionales de atención directa al anciano, para el correcto desarrollo de su trabajo deben no poseer un nivel de estereotipo elevado, puesto que, en caso contrario las aportaciones a este grupo, no solo no serían las idóneas sino que se podrían enmascarar patologías y reducir con ello considerablemente su cantidad y calidad de vida.

Los objetivos del presente estudio, pretenden:

- Identificar los Estereotipos sobre la vejez de los participantes.
- Determinar las diferencias significativas entre los grupos de cuidadores informales y profesionales de atención directa (sanitarios), sobre los estereotipos negativos de la vejez.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra del estudio constó de 40 personas, clasificadas en dos grupos: sanitarios y cuidadores informales.

Los criterios de inclusión para el grupo de sanitarios fueron, que tuvieran más de cinco años de experiencia profesional con personas de edad mayor a 65 años y que quisieran participar en el estudio.

Los participantes del estudio que pertenecían al grupo de cuidadores informales, fueron captados en un centro de salud de Almería, como criterio de inclusión debían poseer la acreditación como cuidador familiar, y poseer más de dos años de experiencia como principal, en el cuidado de su familiar.

En ambos casos, se excluyeron a menores de edad, personas con dificultades comunicativas, y personas que no quisieran participar en el estudio.

### *Instrumentos*

Para la evaluación de los estereotipos negativos en la vejez, se utilizó el cuestionario FAQ (Facts on Aging Quizzes) validada, de Palmore (1990).

El cuestionario FAQ constó de 25 frases sobre mitos sobre la vejez con respuesta dicotómica verdadero/falso.

Ítem 1: La mayor parte de las personas mayores están seniles.

Ítem 2. La vista y el oído empeoran en la vejez.

Ítem 3. La rapidez para ejecutar cosas disminuye con la edad.

Ítem 4. Los conocimientos y la experiencia pueden ampliarse a lo largo de la vida.

Ítem 5. Según nos hacemos mayores se va incrementando la probabilidad de enfermar.

Ítem 6. Las personas mayores suelen tener menos accidentes que las más jóvenes.

Ítem 7. Las personas mayores pueden aprender aproximadamente tanto como las más Jóvenes.

Ítem 8. Las personas mayores suelen tener más accidentes que las más jóvenes.

Ítem 9. La fuerza física disminuye con la edad.

Ítem 10. Las personas mayores son más infelices que las más jóvenes.

Ítem 11. La personalidad cambia fuertemente con la edad.

Ítem 12. Los jóvenes aprenden más rápidamente que los viejos.

Ítem 13. La mayor parte de las personas mayores dicen que se aburren.

Ítem 14. La depresión es un problema muy común en la vejez.

Ítem 15. Los sentimientos de soledad se producen cuando no tienes familia.

Ítem 16. Con la edad se pierde la capacidad para tener relaciones sexuales.

Ítem 17. Con la edad se tiene menos interés por el sexo.

Ítem 18. Las personas mayores se parecen más entre sí que las más jóvenes.

Ítem 19. La imagen que uno tiene de sí mismo suele mantenerse a lo largo de la vida.

Ítem 20. Hacer ejercicio físico regular puede perjudicar la salud.

Ítem 21. En la vejez, se hace muy difícil cambiar.

Ítem 22. Durante la vejez es difícil prevenir la enfermedad.

Ítem 23. Poca comida de alta calidad es una buena receta para envejecer bien.

Ítem 24. En general, las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.

Ítem 25. Existe una enorme continuidad en la vida de las personas: en general, se envejece como se ha vivido.

Cada reactivo o ítem se clasificó a su vez en cuatro dimensiones:

Dimensión 1. Relacionada con cambios fisiológicos: pertenecientes los reactivos 1, 2, 3, 9, 16, 18.

Dimensión 2. Relacionada con cambios en el estado de salud y dependencia: pertenecientes los reactivos 5,8, 17, 20, 22, 23.

Dimensión 3. Relacionada con cambios psicológicos: aprendizaje, personalidad y autoconcepto: pertenecientes los reactivos 4, 6, 7, 11, 12, 13, 19, 21 y 25.

Dimensión 4. Relacionada con los cambios respecto a la sociedad: pertenecientes los reactivos: 10, 14, 15 y 24.

### *Procedimiento*

Se informó a la dirección del centro de salud sobre el trabajo, objetivos y características del estudio.

Tras ésto, se contactó con todos los participantes facilitados por el centro de salud, se les informó sobre el estudio y solicitó su consentimiento en el caso de que, quisieran participar.

Se informó sobre la confidencialidad de datos, y se recordó que, en todo momento la participación era voluntaria.

A cada participante se le facilitó una encuesta autoadministrada, donde se incluyó: edad, tipo de dedicación (familiar o profesional), tiempo de experiencia en el tipo de dedicación, y encuesta FAQ.

### *Análisis de datos*

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal descriptivo.

Tras la recogida de datos, éstos se clasificaron e incluyeron para su análisis estadístico en el programa SPSS 20.0.

Se realizó un análisis descriptivo, para su descripción se utilizó media, desviación típica, y frecuencia en porcentajes.

Se utilizaron histogramas para expresar la frecuencia de respuesta de los reactivos según dimensiones.

Para determinar las diferencias entre grupos de sanitarios y cuidadores familiares, se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

Los datos extraídos de Chi-cuadrado se expresaron mediante tablas para facilitar su lectura y comprensión.

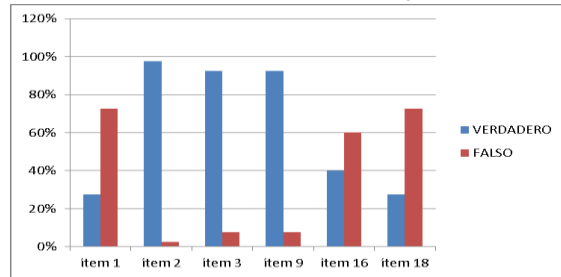
### **Resultados**

La media de edad de los participantes fue de 37,75 años  $\pm$  10,45 DE.

La *Gráfica 1* muestra los porcentajes de respuesta sobre la dimensión 1. En esta dimensión, la pregunta que obtuvo mayor porcentaje de estereotipo negativo fue el ítem 16, donde el 40% consideró verdadera la afirmación “Con la edad se pierde la capacidad para tener relaciones sexuales”, el resto de ítems para esta dimensión obtuvieron resultados menos estereotipados.

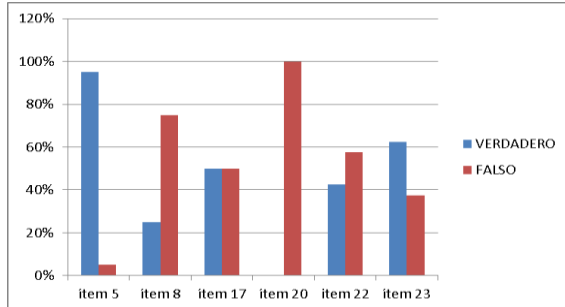


Gráfica 1. Frecuencia de respuesta en la dimensión 1. Relacionada con cambios fisiológicos



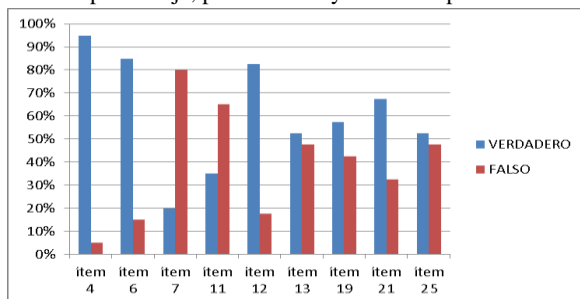
En la dimensión 2 (Gráfica 2) el ítem 17 “Con la edad se tiene menos interés por el sexo” obtuvo un 50% de estereotipo negativo. El 42,5% consideró que “durante la vejez es difícil prevenir la enfermedad”.

Gráfica 2. Frecuencia de respuesta en la dimensión 2. Relacionada con cambios en el estado de salud y dependencia.



En la dimensión 3 (Gráfica 3) El 80% consideró falso que “Las personas mayores pueden aprender aproximadamente tanto como las más jóvenes”. El 52,5% afirmó que “La mayor parte de las personas mayores dicen que se aburren” (ítem 13). El 42,5% consideró falso “La imagen que uno tiene de sí mismo suele mantenerse a lo largo de la vida” (Ítem 19). El 67,5% consideró verdadero “En la vejez, se hace muy difícil cambiar” (Ítem 21). El 47,5% consideró falso “Existe una enorme continuidad en la vida de las personas: en general, se envejece como se ha vivido.”

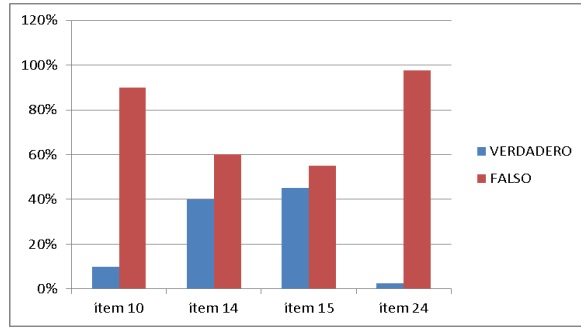
Gráfica 3. Frecuencia de respuesta en la dimensión 3. Relacionada con cambios psicológicos: aprendizaje, personalidad y autoconcepto.



Con alusión a los cambios respecto a la sociedad (Gráfica 4), el 40% consideró verdadero que “La depresión es un problema muy común en la vejez” (ítem 24)

El 45% consideró verdadero “Los sentimientos de soledad se producen cuando no tienes familia” (Ítem 15).

Gráfica 4. Frecuencia de respuesta en la dimensión 4.  
Relacionada con los cambios respecto a la sociedad.



Se relacionaron estadísticamente los 25 ítems del cuestionario con ambos subgrupos, sanitarios y cuidadores informales, mediante Chi-cuadrado de Pearson, Así como podemos observar en la tabla 1.

En el ítem 20 el 100% de la muestra determinó el reactivo como falso, no calculándose con ello el estadístico por ser una constante.

Tabla 1. Chi-cuadrado de Pearson en grupo sanitarios y cuidadores informales

	Chi-cuadrado de pearson	Sign. Asintónica bilateral	gl	N
Ítem 1	0,125	0,723	1	40
Ítem 2	1,026	0,311	1	40
Ítem 3	0,360	0,548	1	40
Ítem 4	2,105	0,147	1	40
Ítem 5	2,105	0,147	1	40
Ítem 6	3,137	0,077	1	40
Ítem 7	0,625	0,429	1	40
Ítem 8	2,133	0,144	1	40
Ítem 9	0,360	0,548	1	40
Ítem 10	1,111	0,292	1	40
Ítem 11	0,440	0,507	1	40
Ítem 12	1,558	0,212	1	40
Ítem 13	2,506	0,113	1	40
Ítem 14	0,417	0,519	1	40
Ítem 15	6,465	0,011	1	40
Ítem 16	0,417	0,519	1	40
Ítem 17	0,400	0,527	1	40
Ítem 18	1,129	0,288	1	40
Ítem 19	0,102	0,749	1	40
Ítem 20	-	-	-	40
Ítem 21	2,849	0,091	1	40
Ítem 22	2,558	0,110	1	40
Ítem 23	0,107	0,744	1	40
Ítem 24	1,026	0,311	1	40
Ítem 25	0,902	0,342	1	40

En la afirmación “*Los sentimientos de soledad se producen cuando no tienes familia*” se determinó que entre los grupos y la frecuencia de respuesta ambas variables no fueron independientes ( $p < 0,011 < 0,05$ ), siendo el grupo de cuidadores el que obtuvo un resultado estereotipado negativo (65%).

### Discusión

En cuanto a los estereotipos negativos en la dimensión fisiológica, únicamente destacó, en ambos grupos, que *la capacidad para mantener relaciones sexuales se pierde*.

Según el trabajo de Ocampo & Arcila (2006) el envejecimiento es una etapa para los hombres en los que se necesita de mayor estímulo para conseguir la erección, existe una disminución de la sensibilidad peneana generada por cambios fisiológicos del envejecimiento, pero esta función no se pierde en ningún caso, mientras que las mujeres pueden mantener el orgasmo hasta la vejez avanzada, con modificaciones fisiológicas. En ningún caso, pese a estas modificaciones, existe incapacidad en las relaciones sexuales; la pluripatología, disminución de la libido, se pueden generar mayores dificultades en la sexualidad, pero no es propio de la vejez. Cabe destacar que, en el estudio de Alcántara et al. (2014) y Domínguez (2011), este mismo reactivo obtuvo porcentajes mucho más elevados.

En la misma línea, la mitad de la muestra consideró que *tenían menos interés por el sexo*, relacionándolo con el punto anterior, debemos reconocer que este tema es tabú en la sociedad por lo tanto existe poca comunicación con respecto a este tema, y así, como los autores Ocampo & Arcila (2006) especifican, la persona con mayor edad se considera como ser asexuado, sin necesidades en este ámbito, por lo tanto de ahí esta percepción. Estos estereotipos podrían disminuir o erradicarse mediante programas de educación sanitaria a la población.

Una parte importante de la muestra determinó que *durante la vejez es difícil prevenir la enfermedad* (42,5%), en el estudio de Fernández (2003) un 46,5% consideró a las personas mayores enfermas, mientras que un 49,5% de los ancianos no lo consideró. Actualmente existen programas de actuación para el envejecimiento activo de la población, programas de vacunación,... el mito de difícil prevención es peligroso puesto que es un arma de doble filo, la persona mayor podría decidir no emprender ninguna mejora en su vida puesto que consideraría la enfermedad como proceso natural del envejecimiento, aumentando así los niveles de morbimortalidad.

Pese a que un alto porcentaje respondió que *las personas pueden aprender a lo largo de la vida*, un porcentaje elevado consideró que *las personas mayores no pueden aprender tanto o más que las jóvenes*, aquí se deben tener en cuenta aspectos añadidos al aprendizaje, la curiosidad y la predisposición y/o motivación son fundamentales en este punto donde, pese a que sí la forma de adquirir los conocimientos son diferentes, la adquisición de los mismos también pueden verse influenciados positivamente, puesto que el usuario mayor, dispone de más tiempo, más entusiasmo y otro tipo de aprendizaje.

Un 35% consideró que *la personalidad cambia fuertemente con la edad*, datos inferiores al estudio de Alcántara et al. (2014) en el que resultaron el 46,5% de la muestra.

El estudio de Alcántara et al. (2014) obtuvo un elevado porcentaje en el reactivo *La mayor parte de las personas mayores dicen que se aburren*, en comparación con el presente estudio. Cabe destacar que, pese a que son porcentajes menos elevados, siguen siendo altos.

En la vejez, se hace muy difícil cambiar obtuvo una respuesta estereotipada (67,5%) que se corresponde con el estudio de Domínguez (2011), cuando en realidad, nuestra conducta cambia a lo largo de la vida, modificándose según las necesidades oportunas.

Un 47,5% evaluó como falso al ítem *Existe una enorme continuidad en la vida de las personas: en general, se envejece como se ha vivido*. En realidad, hábitos saludables como una alimentación equilibrada, junto con un ejercicio físico regular, evitar el estrés y tóxicos, etc., son prácticas que promueven la salud y mejoran la calidad de vida del usuario, por lo tanto influye también en el envejecimiento del individuo.

Los ítems 10, 14 y 15 de la Dimensión 4, obtuvieron resultados elevados; éstos dos últimos se corresponden al estudio de Domínguez (2001).

Un alto porcentaje (90%) consideró que *Las personas mayores son más infelices que las más jóvenes* resultado muy por encima del estudio de Fernández (2003) donde un 41,7% consideró que la tristeza es atributo de la vejez. El 40% consideró que la depresión es un problema muy común en la vejez.

Nuestros participantes asociaron que *los sentimientos de soledad se producen cuando no tienes familia*, datos inferiores al estudio de Alcántara et al. (2014).

No existieron diferencias significativas entre grupos e ítems del cuestionario, excepto en cuanto a la soledad, que sí existió, una afirmación que parece estar influenciada por las experiencias personales de los cuidadores familiares, al contrario del grupo de sanitarios, quienes tienen una perspectiva más amplia y objetiva del usuario anciano en el domicilio.

En comparativa con estudios anteriores, la mayoría de los reactivos con alto nivel de estereotipo obtienen porcentajes inferiores a estudios realizados con distinto tipo de muestra. Posiblemente existe una influencia menos rígida sobre los estereotipos en el personal de atención directa y los cuidadores familiares, las actitudes que encaminan a la persona a dedicarse al cuidado y atención a usuarios de edad avanzada junto con los conocimientos obtenidos por la experiencia evocan en resultados más realistas y coherentes con la realidad, pese a ello, se hace necesaria la implementación de plataformas para erradicar o reducir estos estereotipos.

## Referencias

Alcántara Santiago, Z. R., Torres Amengual M., Martínez Fernández C.A., García Jiménez E. (2014) ¿Somos conscientes de nuestras creencias? Estudio piloto. *Parainfo Digital*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/381.pdf>

Carbajo Vélez, M. D. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96.

Domínguez Orozco, M. E. (2011). La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 222- 235  
Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin>.

Esguerra Velandia, I. (2007). Sexualidad después de los 60 años. *Avances en enfermería*, 25(2), 124-140.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas*, 1, 27-38.

Fernández Jiménez, C. (2003) Estereotipos sobre la vejez y niveles de dependencia. *Geriatrka. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 19 (9-10), 32-38. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/17736>

Gascón, S. (2007). Imágenes Negativas y estereotipos sobre la vejez. Una forma de maltrato que incide en las políticas y programas. *Instituto Universitario ISALUD*. Recuperado de: <http://www.chubut.gov.ar/terceraedad/imagenes/abuso>.

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. Recuperado de: <http://imisersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Martín Maraver, M. A. (2012). Representaciones y significados acerca de la vejez institucionalizada. *UOC*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10609/14641>

Ocampo, J. M., Arcila Rivera, A. (2006). Sexualidad y envejecimiento. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.*, 20(2), 906-916.

Palmore E. B. (1990) Ageism: Negative and positive. Series on Adulthood and Aging (Volume 25). New York: Springer.



## CAPÍTULO 17

### Calidad de vida y menopausia

Alba Rivas Jerez\*, Jesús Arco Arredondo\*\*, María de los Ángeles Rodríguez Pérez\*\*\*, Isabel López Martín\*, y Vanessa Cantos Uncala\*

\*University Hospital North of Midlands (Reino Unido), \*\*Hospital Virgen de las Nieves (España),

\*\*\*Hospital Miguel Servet (España)

El climaterio es un periodo biológico de cambio en la vida de la mujer que delimita el paso de la vida reproductiva a la senectud, siendo su instauración progresiva y su duración variable (Álamo, 1998). Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a esta (Roberts, 2007). Es un acontecimiento que afecta a todas las mujeres y que no se asocia a la génesis directa de ninguna patología. La OMS la sitúa entre los 45-64 años de edad (OMS, 1981). En España la edad media de menopausia se presenta entre los 46'7 y 50'1 años pudiendo estar influenciada la edad de aparición por factores genéticos, obesidad o tabaquismo (Altarriba, López, Marín, Quiles y Furió, 2006). La experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencias (Capote, Segredo y Gómez, 2011).

En la actualidad el incremento de la esperanza de vida en nuestra sociedad, hace que un número progresivamente mayor de mujeres viva durante más tiempo en el periodo posmenopáusico, que va a suponer aproximadamente un tercio del ciclo vital de la mujer (González, Pérez, Britapaja, Martín y Salas, 2014).

La atención a la mujer menopáusica es considerada hoy día como una prioridad sanitaria en nuestro país. Sin embargo, dentro del marco sanitario es objeto de fuertes controversias (Dueñas, 1999), que expresan grandes diferencias respecto al climaterio, que lo han convertido en uno de los aspectos de la salud pública que genera mayor debate (Martín y Iglesias, 1999) tanto entre los profesionales de la salud, como en la población y particularmente en las mujeres.

El papel de la Atención Primaria como primer y en ocasiones único contacto con la mujer menopáusica, hace necesario conocer los significados que esta etapa tiene para las mujeres además de conocer los cambios que genera, y poner a su disposición métodos y medios necesarios para que este periodo sea un periodo sin trastornos y en el que se adquiera una alta calidad de vida (Olazábal, García, Montero, García y Pastor, 2000). El manejo y seguimiento de las manifestaciones climatéricas es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual (Marín, Pastor, Quiles y Bueno, 2000).

#### Objetivos

- Determinar los cambios físicos y psíquicos en la menopausia.
- Conocer cómo repercute la menopausia en la calidad de vida de las mujeres.

#### Metodología

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó una revisión de artículos de investigación sobre la calidad de vida y menopausia. Estos artículos se obtuvieron de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud Medline, ScienceDirect, Scielo, Cuiden Plus y Dialnet limitando la búsqueda para afianzar una evidencia científica en un periodo de tiempo que comprende bibliografía desde el año 1981 hasta el 2014, ya que no hay suficientes artículos de años recientes. Las búsquedas se

realizaron entre Febrero y Marzo de 2015. Para tal fin se utilizaron una variedad de descriptores relacionados con los objetivos propuestos (menopausia, climaterio, calidad de vida, profesionales de la salud, afrontamiento, prevención), lo que ha permitido realizar con máxima efectividad este trabajo de investigación.

## Resultados

La primera consideración en esta revisión es una aclaración sobre los términos menopausia y climaterio.

Según la Organización Mundial de Salud el termino menopausia se puede definir como "cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas" (p.2). En la actualidad, la edad media de presentación es aproximadamente a los 50 años ( $\pm 5$ ).

Definición de climaterio: periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y abarca, aproximadamente, desde un año antes hasta otro después de la menopausia. El climaterio incluye como acontecimiento principal la menopausia (Arnedillo, Pozo y Zarazaga, 2005), pero empieza años antes que ésta, alrededor de los 45 años, y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el principio de la senectud. La menopausia se considera uno de los indicadores del inicio del envejecimiento en la mujer (Arnedillo et al., 2005), por lo que la menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que caracterizan el periodo climatérico (Marín, 2010).

La Menopausia es el momento en que la mujer deja de tener la regla, pero esta etapa implica una serie de cambios tanto físicos como emocionales, y éstos pueden darse antes, durante y después de ésta. La causa de la menopausia no se conoce con exactitud pero constituye una etapa en la vida de la mujer que se inicia con la declinación de la función ovárica, motivada por el paulatino agotamiento folicular, provocando la desaparición de la ovulación y la falta de producción de estrógenos y progesterona.

Durante el climaterio se producen importantes cambios físicos, psicológicos y socioculturales con consecuencias vitales positivas, pero también, se incrementan determinados riesgos para la salud, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares (Domínguez, Galindo, Izquierdo, Jiménez y Sevillano, 2005). Los hábitos de salud van a tener suma importancia, tanto para paliar síntomas como para evitar ciertas enfermedades (Rivas, 2009).

A nivel mundial, existen diversas líneas de investigación referidas principalmente a los cambios físicos en el climaterio, ya que el incremento en el periodo de vida en la tercera edad está acompañado de una pérdida de calidad de vida, debido al desarrollo de deficiencias y enfermedades crónicas, que se encuentran relacionadas con los cambios hormonales. El climaterio para la vida de las mujeres está constituido por: un factor fisiológico, uno social y uno psicológico. Por eso hay que entender el síndrome climatérico desde un punto de vista biopsicosocial (Casamadrid, 1986). El cambio más característico en esta etapa es la disminución relativa de estrógenos, teniendo consecuencias específicas en aquellos órganos que poseen receptores de estrógenos como son el ovario, el endometrio, tejido vaginal, hipotálamo, tracto urinario, esqueleto, piel y el sistema cardiovascular (Concepción y Ramos, 2013).

Los cambios que se inician en el climaterio son ciertamente un proceso fisiológico, pero para la gran mayoría de las mujeres la falta ovárica provoca deterioro orgánico con consecuencias sobre los órganos anteriormente citados.

### *Signos y síntomas*

Entre los signos y síntomas más frecuentes durante el climaterio, se pueden encontrar y observar según los distintos artículos revisados:

1. Sofocos, sofocaciones u oleadas de calor. Es un incremento de la temperatura en la cara, cuello o tórax, y suelen ir acompañados de un exceso de sudor, escalofríos, enrojecimiento de la piel o

palpitaciones (Rivas, 2009). Se presentan durante el día o la noche, pueden durar desde segundos a varios minutos.

Para prevenir estos sofocos, cabría recomendar:

- No abrigarse demasiado.
- Bajar la calefacción para disminuir la temperatura ambiental.
- Utilizar ropa de algodón.
- Reemplazar el café, té bebidas de cola por zumos naturales.
- No fumar.
- Aprender a relajarse.
- Tomar abundantes líquidos.

## 2. Alteración del aparato urogenital.

En cuanto a las alteraciones en los ovarios se observa que este deterioro es consecuencia del agotamiento folicular (Altarriba et al., 2006). La reducción en la producción de estrógenos hace que el útero se vea atrofiado y sus paredes adelgacen al igual que la pared de la vagina, la cual se hace mucho más débil, frágil, delicada y se reduce su humedad natural (Rivas, 2009). Esto puede producir una sensación de escozor, sequedad y repercutir en las relaciones sexuales dando lugar a dispareunia (Florido y García, 2007). También son frecuentes las incontinencias urinarias, las infecciones vaginales y de orina. A menudo ocurren molestias urinarias y una mayor frecuencia de micción. Se puede observar también atrofia mamaria y cutánea. En cuanto a las mamas van perdiendo parénquima y produciéndose un descenso de elasticidad (Altarriba et al., 2006), y en relación con la atrofia cutánea se observa prurito general, piel seca y fragilidad capilar.

3. Disminución del deseo sexual. La disminución de la libido es otro síntoma asociado a la menopausia. Sin embargo, los resultados de ensayos clínicos concluyen que no existe relación. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales está más relacionada con la dispareunia por la sequedad vaginal, la pérdida de la pareja (separación, divorcio, viudedad) y la disminución de deseo en la pareja que con disminución de la libido en las mujeres (Bailón, 2004).

4. Problemas urinarios. Las alteraciones en la mucosa de la vejiga y la uretra incrementarán la frecuencia urinaria diurna y/o nocturna, así como pequeñas pérdidas de orina relacionados con algún esfuerzo de la vida diaria. Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica, que serán ensayados de manera individual con cada paciente (Rivas, 2009). En general, los ejercicios de suelo pélvico ayudarán a fortalecer los músculos para prevenir estas incontinencias.

5. Obesidad. Este aumento de peso y la redistribución de la grasa se consideran factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares. La alimentación influye de una manera decisiva sobre el aparato circulatorio. El aumento de masa corporal influye en el trabajo del corazón y tiende a la producción de hipertensión, pero, sobre todo, lo más importante es su poder aterogénico. Los valores de LDL, se elevan progresivamente en la mujer posmenopáusica como consecuencia de la falta de estrógenos y una dieta adecuada puede rebajar el colesterol y las LDL y prevenir contra depósitos de ateroma en las arterias, y por lo tanto, disminuir la incidencia del infarto de miocardio (Altarriba et al., 2006).

Las enfermedades más comunes derivadas de la alteración en el riego sanguíneo son la angina de pecho y el infarto agudo de miocardio. Todas ellas tienen lugar como consecuencia de una obstrucción de las arterias (ateroesclerosis), lo que provoca una carencia de sangre y oxígeno en los órganos del cuerpo. Los resultados de la mayoría de los estudios observacionales publicados durante décadas concluyeron que los estrógenos tenían un efecto cardioprotector y que tras la menopausia se producía un incremento del riesgo cardiovascular, por lo que diversos organismos y sociedades científicas recomendaban la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares con tratamiento estrogénico en mujeres posmenopáusicas.

6. Osteoporosis. Los síntomas se derivan de la pérdida acentuada de la masa ósea y de la disminución en la fuerza de los huesos. Se incrementa por tanto, el riesgo de fractura, siendo las más comunes las de



cadera, muñeca y columna vertebral. Factores de riesgo para desarrollar este síndrome: raza blanca, tener más de 50 años, falta de ejercicio físico, hábitos tóxicos, mala alimentación, factores genéticos (Rivas, 2009).

Los puntos fundamentales para prevenir la osteoporosis se basan en generar unos hábitos de alimentación correctos, basados en la ingesta de calcio; evitar hábitos nocivos que afecten a la mineralización ósea (tabaco, alcohol, caféina); a la vez que estimular a este grupo de mujeres a realizar ejercicio físico. En su defecto, puede realizarse una prevención secundaria en la época premenopáusica, mediante medidas generales: hábito dietético correcto con ingesta de calcio diaria de 1000 a 1500 mg, disminución o eliminación de tóxicos y práctica de ejercicio físico que ayuda a un correcto mantenimiento del peso corporal y favorece la movilidad articular (Rivas, 2009).

7. Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño, es uno de los principales síndromes climatéricos. La falta de descanso, conduce a la mujer a un estado de irritabilidad, falta de concentración y alteraciones del humor.

8. Pequeñas alteraciones de la memoria

9. Cambios de humor. La falta de hormonas sexuales femeninas afecta de manera directa sobre el estado de ánimo de la mujer. A la vez que debe afrontar la imposibilidad de tener más hijos o la vejez, hacen que la paciente se sienta más insegura. Comienzan entonces alteraciones en el ánimo, los miedos, la angustia, la tristeza, irritabilidad, la preocupación exagerada por las cosas, ansiedad o incluso, depresión (Shmidta, 2009). Estos síntomas no se deben sólo al descenso del nivel de estrógenos, sino también a otros factores individuales y socioculturales propios de cada mujer.

Dado que son frecuentes los estados de ánimo depresivos, es importante informar y educar a las mujeres para que adquieran la seguridad que les haga posible una adaptación positiva y dispongan de recursos para solucionar aquellos problemas que puedan surgir. Son recomendables las siguientes medidas:

-Mantener una actitud positiva ante la vida.

-Descubrir las cualidades personales y potenciales hacia los demás para sentirse útil.

-Mantener la ilusión por el cuidado y el arreglo personal, condición necesaria para fortalecer la autoestima.

-Mantener relaciones sociales, de manera que las mujeres estén integradas en su medio ya que éstas van a presentar menos alteraciones psíquicas que aquellas que se mantienen aisladas.

-Estar ocupadas en todo momento para no caer en el aburrimiento. Es recomendable realizar actividades que activen el cerebro como leer, escribir, memorizar.

-Practicar una técnica de relajación para disminuir el estrés y la ansiedad.

-Pedir a la pareja que disponga más tiempo para ella.

-Reflexionar sobre lo positivo de la pérdida de fertilidad y la pérdida de papeles maternos.

Los términos menopausia y climaterio están asociados a estereotipos negativos: “pérdida de la función primaria reproductiva, del atractivo físico y del rol de madres”, “melancolía”, “depresión”, “pérdida”, “envejecimiento”, y “síndrome del nido vacío”. (Domínguez et al., 2005, p.3).

Debido a este cambio de concepto, las mujeres comprendidas entre 50–60 años demandan más atención sanitaria, que las mujeres de 70–80 años, las cuales consideran la menopausia como un fenómeno natural (Domínguez et al., 2005).

El aumento de interés sobre la menopausia de las mujeres contemporáneas también obedece a razones históricas. En el siglo XV, en la época de Isabel la Católica, la esperanza de vida estaba en torno a los 30–35 años, y en nuestros días se encuentra alrededor de los 80. Al mismo tiempo, la edad media de presentación de la menopausia ha sufrido pocas oscilaciones a lo largo de la historia. Desde el siglo XV hasta la actualidad se ha producido aproximadamente a los 50 años. Siendo poco frecuente encontrar mujeres postmenopáusicas durante ese período. Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando la esperanza de vida empieza a superar los 50 años, aumenta el número de mujeres con menopausia,

representando el 25% de la población femenina a nivel mundial, en la actualidad. A partir de la década de los 50, el papel de la mujer en la sociedad inició un proceso de cambios. Las mujeres con 50 años se encontraban, a diferencia de sus madres, en una etapa vital de alta actividad, tanto psico-física, como social. Se incorporan así multitud de variables, inexistentes anteriormente, en la percepción de la menopausia. A través de diferentes estudios se ha demostrado la posible **multicausalidad** de los síntomas físicos y psicológicos en la menopausia.

En definitiva, la respuesta de cada mujer ante la menopausia es compleja, e incluye junto a la dimensión biológica, una dimensión social, histórica, cultural, política y económica, aportando dinamismo al concepto de menopausia y/o climaterio.

#### Calidad de Vida

En este estudio también cobra gran importancia el concepto de Calidad de Vida, ya que como su propio título indica, aparte de los conceptos generales sobre menopausia y climaterio, el estudio se centra en la repercusión que dicha etapa tiene sobre la vida de las mujeres.

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en el tiempo. En 1994 la OMS la define como "la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses" (OMS, 1994, p.33).

Existe otro término de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que ha sido definida como "la valoración subjetiva del paciente orientada hacia el exterior del mismo, y centrada en el impacto del estado de salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria" (Bullinger, Anderson, Cella y Aaronson, 1993, p.33).

En el ámbito del climaterio, las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la CVRS. No basta, por tanto, con identificar la presencia de sofocos u otros síntomas, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien dirá si se ve afectado o no su bienestar por esa molestia. En un estudio realizado por (Blümel, Castelo y Binfa, 2000), donde se evaluó el impacto del cese de la función ovárica sobre la calidad de vida, se encontró un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres climatéricas, con importantes diferencias respecto a las premenopáusicas. En ese estudio, al aplicar una regresión logística, se observó que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no depende de la edad ni de variables sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente de haber tenido o no el climaterio. En otros estudios, se observó que existe una clara influencia cultural y social en la percepción de las manifestaciones que aparecen con el cese de la actividad ovárica. No existe un único factor asociado al bienestar psicológico por lo que se confirma su carácter multidimensional. La cultura y la influencia personal juega un papel importante en la estabilidad psicológica, el tipo de personalidad, en particular la adaptación de la persona a eventos negativos, sin olvidarnos de la influencia de otras variables demográficas, como el género y la situación laboral, que están más relacionadas con la etapa de la vida por la que atraviesa la mujer (Martire, 2000). En otro estudio realizado por (Li, Samsioe, Borgfeldt, Lidfeldt, Agardh y Nerbrand, 2003), se vio que los síntomas menopáusicos pueden resultar molestos e incluso afectar a la calidad de vida limitando la actividad cotidiana. Por tanto, no se llega a una conclusión firme ya que hay diferencias significativas entre los diferentes estudios observados. Mientras que hay mujeres que perciben la falta de menstruación como una pérdida de feminidad y acercamiento a la vejez, otras sin embargo viven esta etapa como una liberación proporcionándoles una mayor seguridad en sí mismas además de una mayor realización personal, viéndolo como algo natural hacia la vejez. Como se puede observar, todo ello depende de los antecedentes culturales de cada una y de las experiencias vividas por las mujeres, sus creencias y expectativas. Por esta razón, esta etapa en la vida de la mujer es idónea para su inclusión en un Programa de Educación para la Salud, ya que es en la actualidad un área importante a tratar, de carácter multidisciplinar, donde la enfermería la ha incluido dentro de su plan de actuación, con la finalidad de orientar y educar a la mujer en sus cuidados diarios satisfaciendo sus necesidades bio-psico-sociales, facilitándole el alivio de los signos y síntomas que

aparecen en esta etapa, así como para prevenir o mejorar los problemas futuros (Álvarez y Gutiérrez, 2003).

El objetivo primordial de enfermería es brindar una información detallada y exhaustiva de todos aquellos factores que intervienen en favorecer un estilo de vida saludable para la paciente, mejorando así su estado general, elaborando planes de actuación para lograr el más alto nivel de interacción social, demostrándole los aspectos positivos de ésta, animándola a realizar otro tipo de actividades, deportivas, culturales, que aumenten su nivel de salud a todos los niveles, ya sea físico, mental o social (Garzón, 2003).

### Conclusión

La salud como producto final implica un planteamiento cada vez más serio de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Rivas, 2009). Conocer el significado de la menopausia, sus connotaciones y lo que esperan de ella las mujeres en edad premenopáusica, nos brinda la posibilidad de trabajar desde la prevención con ellas, dotándolas de herramientas para afrontar esta etapa.

No hay que olvidar que el papel de los profesionales de salud, en especial el de la matrona es muy importante para poder ofrecer unos cuidados y una asistencia integral a la mujer climaterica, como se ha mencionado anteriormente, proponiendo el desarrollo de actividades promotoras de salud orientados a mejorar la calidad de vida, haciendo de ella la principal responsable de este proceso y de su Salud, dejando para el Equipo de Salud su rol de apoyo y asesoría.

Algunos autores indican que la clave para vivir mejor este periodo es el conocimiento de sí misma (Dupuy, Marín y Donat, 1994), en el que una adecuada anamnesis de enfermería permite una valoración individualizada que adapte la educación sanitaria a cada una de las mujeres, según sus propias necesidades, lo que implica información y educación para la salud; adoptar hábitos de vida saludables (nutrición adecuada, ejercicio físico moderado y regular, revisiones médicas periódicas, abandono de hábitos nocivos con respecto al consumo de tabaco y alcohol, etc.) y el trabajo en grupos, con el soporte estimulante de otras mujeres, que resulta muy útil para modificar conductas, estimular el deseo de cambio, y afianzar los hábitos positivos para la salud (Dupuy et al., 1994). A tenor de los resultados, debemos reforzar la idea de que la menopausia es una etapa más en la vida de la mujer, desterrando significados negativos y trabajando el rol mujer desde todas sus dimensiones.

### Referencias

- Álamo, J. (1998). Problemas de la Menopausia, Menopausia Precoz. En Guía de Actuación en Atención Primaria de la SemFyC.
- Álvarez, C. y Blanca, J.J. (2003). Programa de educación para la salud en la menopausia. *Inquietudes*. 8(28): 17-23.
- Arnedillo, M.S., Pozo, F. y Zarazaga, M.C. (2001). Grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio. *Matronas Prof*, 2(5):35-39.
- Bailón E.(2004) ¿Se debe tratar la menopausia? *Aten Primaria*, 33(4):203-208.
- Blumel, J.E., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., Cumsille, M.A. y Sanjuan, A. (2000) *Quality of life after the menopause: a population study*. *Maturitas*, 34: 17-23.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., y Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2 (6): 451-9.
- Capote, M.I., Segredo, A.M., y Gómez, O.(2014). Climaterio y Menopausia. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 27(4): 543-557.
- Casamadrid, M. (1986). La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase de climaterio (tesis). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Concepción, V. y Ramos, H.L. (2013). Menopausia y su relación con el síndrome metabólico. *Acta Médica del Centro*. Vol. 7 núm. 1.

- Domínguez, M.J., Galindo, I., Izquierdo, F., Jiménez, A.B. y Sevillano, M. (2005). Visión Antropológica del climaterio en mujeres premenopáusicas de origen español. *Revista investigación y Cuidados*.
- Dueñas, J.L. (1999). Atención a la menopausia desde el primer nivel de salud. *Aten Primaria*; 23 (6): 323-325.
- Dupuy, M.J., Marín, R.M. y Donat, F. (1994). Promoción de salud en mujeres climatéricas. *Rev Rol Enferm*.193:17-23.
- Florido, J. y García, M.J.(2007). Dispareunia. *Revista Internacional de Andrología*.5:258-62.
- Garzón, N.(2003).Educación Sanitaria en la menopausia. *Hygia*. 1er Cuatrimestre. año XV. 53:18-21.
- González, C., Pérez, I., Britapaja, I., Martín, M., y Salas, L. (2014). Calidad de vida de las mujeres en climaterio y cuidados de Enfermería. *Enfermería Comunitaria*, 10(2).
- Li, C., Samsioe, C., Borgfeldt, C., Lidfeldt, J., Agardh, C.D. y Nerbrand, C. (2003). Síntomas relacionados con la menopausia ¿ cuáles son los factores de fondo? Un estudio prospectivo basado en la población cohorte de mujeres suecas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(6):1646-53.
- Marín Casado, A.M. (2010). La sexualidad femenina durante el climaterio. Representaciones, símbolos y estereotipos *Metas enferm*, 13(3) 50-55.
- Marín Torrens, R.M., Pastor, E., Quiles, J., Bueno, F.J.(2000). Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica en la Comunidad Valenciana. Evaluación Preliminar. *Matronas profesión*:2; 26-34.
- Martín, M.J. y Iglesias, E.(1999). Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. *Inf Ter Sist Nac Salud*; 23: 33-44.
- Martire, L.M., Stephens, M., y Townsend, AL.(2000). Centrality of women's multiple roles: beneficial and detrimental consequences for psychological well-being. *Psychol Aging*, 15(1), 148-56.
- Olazabal, J.C., García, R., Montero, J., García, J.F., y Pastor, F.( 2000). La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde Atención Primaria. *Atención Primaria*; 26 (6): 405-413.
- Organización Mundial de la Salud (1981). Investigaciones sobre la menopausia. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra. Serie de informes técnicos: 670.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Quality of life assessment: International Perspectives. Berlin.Spinger-Verlag.
- Rivas, A.M. (2009). Menopausia: Promoción y prevención de la salud. *NURE Inv.Ene-Feb*. 6 (38).
- Roberts, H.(2007). Managing the menopause. *BMJ*. 334(7596):736-41.
- Schmidta, P. y Rubinowb, D.(2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. *Ann N Y Acad Sci*.1179:70-85.



## CAPÍTULO 18

### Los jóvenes y sus estereotipos negativos y miedos hacia la vejez

Margarita Torres Amengual\*, Antonia Borbalán Gálvez\*\*, Casilda Antonia Martínez Fernández\*\*\*, Trinidad Luque Vara\*\*\*\*, e Inmaculada González Morales\*  
\*Hospital Torrecárdenas (España), \*\*Centro de Salud Ciudad Jardín (España), \*\*\*Distrito Almería (España), \*\*\*\*Centro Penitenciario, Melilla (España)

Según la OMS el envejecimiento es un proceso biológico que ocasiona cambios característicos de una especie durante todo el ciclo de la vida; produciendo modificaciones y considerándose dinámico e irreversible (WHO, 1974). Éste se realiza de forma individual, aunque con influencia de la especie, del propio individuo y de la comunidad a la que pertenece. García (2003) apunta al mismo como un proceso biopsicosocial, apoyando la influencia de la sociedad en el mismo con la percepción existente de la comunidad sobre el envejecimiento. El rol que desempeñen los adultos mayores, depende de la sociedad en la que se encuentren, pero también este rol posee clara influencia sobre la calidad de vida del propio anciano, siendo aquí el autoconcepto positivo el mayor influyente sobre el propio individuo. Según Camilli C., Millán A. & Tirro V. (2010) la sociedad incluye o aísla a ancianos; éstos adoptan este rol impuesto por la sociedad y lo asumen creando situaciones de dependencia innecesarias (Losada, 2004).

Todo esto debido a que, actualmente, juventud, productividad, vitalidad y modernidad son adjetivos adorados en nuestra sociedad. Los adolescentes y adultos jóvenes son quienes más apoyan y pretenden estas calificaciones y, por lo tanto más alejados del envejecimiento se encuentran y mayor error de concepto sobre envejecimiento pueden poseer. (Moreno, 2011; Sanhueza, 2014; Moñivas, 1998). Por otro lado, los valores adquiridos del envejecimiento se asumen desde la infancia, a través del entorno tanto familiar como social, proporcionando unos valores muy asentados sobre las percepciones e interfiriendo en la adopción de roles más reales.

En el estudio de Hernández-Pozo et al. (2009) *Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala*; se exploró en 987 personas con edades comprendidas entre 15 y 69 años, las actitudes y aspectos relacionados con las dimensiones de estereotipos hacia el proceso físicos y conductual, miedo al deterioro cognitivo y abandono del envejecimiento; resultando que, el porcentaje de personas más jóvenes y mayores obtuvieron percepciones más negativas sobre las dimensiones valoradas; cabe destacar que el miedo al propio envejecimiento obtuvo una relación lineal inversa, donde a menor edad mayor miedo. Identificando a los jóvenes como mayores predisponentes a esta actitud sobre el envejecimiento.

Las actitudes negativas frente al envejecimiento se consideran como la tercera parte de discriminación en la sociedad (Losada, 2004). Cabe destacar que, según el artículo de Carabajo (2010), en la sociedad actual industrializada, los ancianos viven aislados del resto de la sociedad, en su propio domicilio, percibiendo ayuda económica por parte de sus familiares, en el caso que lo necesiten, y ante no poder subsistir de forma independiente, se acepta su inclusión en el núcleo familiar de sus descendientes aunque existe la tendencia a la internación en una institución. Indicativo del aislamiento social existente y de la desvinculación que ellos mismos a la comunidad, todo esto apoya una visión y actitud negativista por parte de nuestros jóvenes.

La calidad de vida de los usuarios mayores se ve reflejada ante las actitudes que poseemos hacia ellos. Éstas, cuando son negativas, influyen profundamente en las relaciones interpersonales y sociales, e interfieren en la atención en colectivos como el de personas mayores.

Ante las actitudes hacia los ancianos, la edad es influyente como se ha especificado anteriormente, a menor edad mayor estereotipo negativo, pero el sexo también es determinante, hasta hace unos años las

mujeres eran las cuidadoras principales de personas mayores, con la inserción de la mujer en el mundo laboral, hoy por hoy, se han modificado estos patrones.

En la literatura revisada no queda clara la influencia del sexo del participante sobre las actitudes negativas hacia la vejez (De Miguel & Castellano, 2010), varios estudios indican una prevalencia más elevada de estereotipos negativos en mujeres (Castellano & De Miguel, 2010), posiblemente debido a, como se ha comentado anteriormente, la sociedad adora la juventud y así como describe Freixas (2001), ésta influye sobre las percepciones de las mujeres ante este proceso, y la discriminación en cuanto al sexo y edad por parte de la propia sociedad. El estudio *Preocupación por la vejez en universitarios: Empleo de medidas verbales, conductuales y fisiológicas* de Hernández Pozo, López Curiel, Castillo Nava, Coronado Álvarez & Sánchez (2009) revisó la influencia del sexo ante las actitudes y estereotipos de jóvenes universitarios ante el envejecimiento.

El presente estudio pretende determinar las actitudes hacia la vejez de los adolescentes, puesto que son el motor de cambio de nuestra sociedad. Para ello, se han determinado los siguientes objetivos:

- Determinar la prevalencia de actitudes negativas a la vejez.
- Identificar que dimensión es la que tiene un porcentaje más elevado de actitud negativa.
- Identificar si existe relación estadística entre el sexo del participante y los resultados de la escala, y sexo del participante y las tres subescalas o dimensiones.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra la constituyó un grupo de 50 personas pertenecientes a un instituto público en Almería. Los participantes fueron alumnos pertenecientes a los cursos de 4º de ESO y 1º de Bachiller. El estudio se llevó a cabo durante los meses Noviembre 2014- Enero 2015.

### *Instrumentos*

Para la evaluación de las Actitudes hacia la Vejez se utilizó el Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV) de Hernández Pozo et al. (2009) *Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala*, validado con una confiabilidad de  $\alpha = 0.831$ .

Este cuestionario constó de 21 ítems, cada uno de ellos medido mediante escala Likert del 1 al 4, otorgándose 1 punto cuando el participante estuviera completamente en desacuerdo con la frase hasta 4 puntos cuando estuviera completamente de acuerdo.

La puntuación final obtuvo un mínimo de 21 puntos y máximo de 84 puntos. Una vez obtenidos los resultados, se clasificaron las puntuaciones categorizándose en tres niveles:

Actitud negativa baja: para puntuaciones inferiores o iguales a 35 puntos.

Actitud negativa intermedia: para puntuaciones entre 36 y 59 puntos.

Actitud negativa alta: para puntuaciones superiores o iguales a 60 puntos.

A su vez, el cuestionario, poseía ítems o reactivos pertenecientes a tres subescalas y/o dimensiones, siendo éstas:

Estereotipos negativos físicos y conductuales: conteniendo los reactivos 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

Miedo al propio envejecimiento: conteniendo los reactivos 1, 2, 3 y 4.

Miedo al deterioro intelectual y abandono: conteniendo los reactivos 6, 7, 8, 10, 20 y 21.

Los datos obtenidos de cada subescala se clasificaron a su vez en dos categorías, denominándose: Actitud menos negativa para puntuaciones más bajas y Actitud más negativa para puntuaciones más elevadas. El punto de corte para cada dimensión fue de:

Estereotipos negativos físicos y conductuales: perteneciendo 11 reactivos de la subescala, con un mínimo de 11 puntos y máximo de 44; se clasificó como actitud menos negativa a los resultados inferiores o iguales a 26 puntos; y como más negativas a los superiores o iguales a 27 puntos.

Miedo al propio envejecimiento: perteneciendo 4 reactivos en esta dimensión, con un mínimo de 4 puntos y un máximo de 16 puntos; se clasificó como actitud menos negativa a los resultados inferiores o iguales a 9 puntos; y como más negativa a los superiores o iguales a 10 puntos.

Miedo al deterioro intelectual y abandono: perteneciendo 6 reactivos en esta subescala, con un mínimo de 6 puntos y máximo de 24 puntos; se clasificó como actitud menos negativa a las puntuaciones inferiores o iguales a 14 puntos; y como más negativa a resultados superiores o iguales a 15 puntos.

#### *Procedimiento*

Para la obtención de la muestra, en Noviembre de 2014 se contactó con un instituto de Almería, se solicitó la participación del mismo.

Tras la aceptación, se redactó una circular a los padres y/o tutores legales de los alumnos, donde se explicó el tipo de estudio y se solicitó el consentimiento para la participación de sus hijos.

En Diciembre, a los alumnos que poseían la aceptación por parte de sus progenitores y/o tutores legales, y quisieran participar, se les reunió y se explicó el procedimiento. Así mismo, se indicó que, en el momento que quisieran abandonar el estudio, podrían realizarlo, no entregando el cuestionario.

Para la realización de la actividad, en Enero de 2015, se utilizó un aula cedida por la propia entidad, se administró el cuestionario a todos los participantes, y se solicitó que no existiera comunicación entre ellos durante la realización, para evitar sesgos.

Se recogieron datos demográficos: edad, sexo y curso actual, y cuestionario CAV.

#### *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 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, la puntuación final del cuestionario y puntuaciones de las tres subescalas.

#### **Resultados**

Participaron un total de 62 alumnos, se desestimaron 12 encuestas por estar incompletas.

La edad media de los participantes fue de 15,76 años  $\pm 0,79$  DE.

El 52% de los participantes eran hombres. El 70% estaban cursando 4º de ESO y el 30% 1º de Bachiller en el momento de la realización del estudio.

Se obtuvo una puntuación media de 45,72 puntos  $\pm 7,29$  DE. El 94% obtuvo una actitud negativa intermedia, 2% baja y 4% alta.

En la tabla 1 se muestran las frecuencias de respuesta de todos los reactivos de la escala, siendo el reactivo con respuesta más estereotipada el número 6 “Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad” con un 56%, y el reactivo con mayor porcentaje de respuesta no estereotipada “A los viejos los olvidan en un rincón” con un 52% de respuesta.

La tabla 2 muestra los resultados totales clasificada por dimensiones, la subescala que obtuvo resultados más negativos fue el miedo al propio envejecimiento. Los estereotipos físicos y conductuales obtuvieron resultados menos estereotipados y el miedo al deterioro intelectual y abandono resultados intermedios.

En cuanto a la puntuación final según sexo de los participantes los hombres obtuvieron una media de 45,80 puntos  $\pm 6,69$  DE mientras que las mujeres 45,62 puntos  $\pm 8,04$  DE. No existieron diferencias significativas entre sexo y puntuación final del cuestionario (T Student para muestras independientes, Sign. 0,931 > 0,05)



Tabla 1. Frecuencias de respuesta de los participantes según reactivo

Reactivos	Completamente en desacuerdo Frecuencia (N)	En desacuerdo Frecuencia (N)	De acuerdo Frecuencia (N)	Completamente de acuerdo Frecuencia (N)
1. Me daría tristeza verme viejo/a	12% (6)	32% (16)	36% (18)	20% (10)
2. Sería desagradable que me salieran arrugas.	8% (4)	32% (16)	44% (22)	16% (8)
3. Me da miedo envejecer	12% (6)	42% (21)	36% (18)	10% (5)
4. No me gustaría que la gente me viera con canas.	18% (9)	38% (19)	32% (16)	12% (6)
5. La boca de una persona vieja huele mal.	40% (20)	34% (17)	20% (10)	6% (3)
6. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad.	2% (1)	6% (3)	36% (18)	56% (28)
7. Los viejos se vuelven necios y repetitivos.	28% (14)	42% (21)	28% (14)	2% (1)
8. Con la edad viene la tristeza y soledad.	36% (18)	40% (20)	20% (10)	4% (2)
9. Las mujeres canosas son poco atractivas.	30% (15)	42% (21)	22% (11)	6% (3)
10. A los viejos los olvidan en un rincón.	52% (26)	24% (12)	20% (10)	4% (1)
11. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos.	18% (9)	50% (25)	24% (12)	8% (4)
12. Una mujer debe evitar todo signo de vejez.	28% (14)	52% (26)	18% (9)	2% (1)
13. Estar viejo es deprimente.	32% (16)	52% (26)	14% (7)	2% (1)
14. Los ancianos huelen mal.	50% (25)	42% (21)	8% (4)	0%
15. Es fácil tomarles el pelo a las personas mayores.	30% (15)	42% (21)	24% (12)	4% (1)
16. Estar viejo quiere decir perder la independencia.	26% (13)	64% (32)	10% (5)	0%
17. Los viejos dan mucha lata.	32% (16)	56% (28)	10% (5)	2% (1)
18. Los peores conductores son las personas mayores.	24% (12)	48% (24)	16% (8)	12% (6)
19. Los viejos son avaros.	28% (14)	66% (33)	6% (3)	0%
20. Los asilos para personas mayores son deprimentes.	14% (7)	32% (16)	38% (19)	16% (8)
21. Temo hacerme inútil con la edad.	12% (6)	20% (10)	42% (21)	26% (13)

En la relación del sexo según subescalas, se obtuvieron:

En la dimensión Estereotipos Físicos y conductuales, la media de puntuación de los hombres fue de 21,38puntos± 4,07DE, frente a 20,79puntos ±1,04 DE en mujeres, en ambos casos los resultados fueron de actitudes menos negativas, pese a la diferencias de medias no se obtuvieron diferencias significativas, Sign. 0,652>0,05.

En la subescala Miedo al propio envejecimiento, la media de resultados de las mujeres fue de 10,20puntos ±2,93 DE frente a hombres 10,07puntos ±2,24DE, en ambos casos los resultados pertenecieron a actitudes más negativas; sin diferencias estadísticas, Sign. 0,859>0,05.

Tabla 2. Frecuencias de respuesta según dimensiones

Dimensiones N= 50	Resultados actitudes menos negativas	Resultados actitudes más negativas
	Frecuencia (N)	Frecuencia (N)
Estereotipos negativos físicos y conductuales	88% (44)	12% (6)
Miedo al propio envejecimiento	40% (20)	60% (30)
Miedo al deterioro intelectual y abandono	52% (26)	48% (24)

La tercera dimensión Miedo al deterioro intelectual y abandono, obtuvo resultados para los hombres de 14,34puntos  $\pm$  2,68 DE frente a 14,62 $\pm$  2,79 DE para mujeres, en ambos casos se obtuvieron resultados con actitudes más negativas, tampoco obtuvieron diferencias estadísticas significantes, Sign. 0,72>0,05).

### Discusión/Conclusiones

Los resultados totales de la encuesta obtuvieron puntuaciones intermedias, el reactivo que obtuvo una puntuación más negativa fue: Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad. Según el artículo de Losada (2004) el estereotipo en el que se ligan las capacidades intelectuales con la edad, implica una dependencia injustificada y discapacidad, aumentando la depresión y mortalidad prematura en las personas mayores.

La subescala o dimensión relacionada con el miedo al propio envejecimiento, obtuvo la puntuación más elevada de actitud negativa, obteniéndose un resultado similar al estudio de Hernández Pozo et al. (2009) *Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala*, indicativo de la fiabilidad del estudio pese a la baja muestra. Esta dimensión nos indica las necesidades educacionales que precisan nuestros jóvenes sobre el envejecimiento, como bien se ha descrito anteriormente, estos valores se adquirieron en la infancia y según entorno, por ello romper con estos conceptos errados posee gran dificultad, pero se debe recordar la necesidad del cambio de concepto para modificar las conductas estereotipadas en nuestra sociedad.

No existieron diferencias significativas entre el sexo del encuestado y las puntuaciones finales del CAV, indicándonos que la línea que separa los roles masculino y femenino, en esta muestra es borrosa en cuanto a los estereotipos sobre el envejecimiento.

En cuanto a la dimensiones del cuestionario en relación al sexo del participante, a diferencia del estudio de Hernández Pozo et al. (2009) donde en la subescala Miedo al propio envejecimiento y Miedo a deterioro intelectual y abandono las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas; el presente estudio obtuvo medias de puntuación en mujeres ligeramente más elevadas que los hombres sin existir diferencias estadísticas significativas en ambos casos; contrariamente, la dimensión de estereotipos físicos y conductuales la media fue más elevada para el sexo masculino, sin repercusión estadística; en el estudio de Hernández Pozo et al.(2009), no existieron tampoco diferencias significativas. Las actitudes en ambos sexos son homogéneas.

### Referencias

- Carbajo, M.C. (2010). *Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24).  
 Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>  
 Castellano, C. L. & De Miguel Negredo, A. (2010). *Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.

Camilli, C., Millán, A., & Tirro, V. (2010). *Una mirada al significado que le atribuyen a la vejez los jóvenes estudiantes de la Universidad Metropolitana de Caracas, Venezuela*. In *Anales de la Universidad Metropolitana*, 10(2), 227-251.

De Miguel Negro, A., & Castellano Fuentes, C. L. (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.

Freixas, A. (2001). *Nos envejecen las ideas, no el cuerpo*. *Rev Mult Gerontol*, 11(4), 164-168.

García, M. (2003). *Aspectos psicosociales del envejecimiento*. *DIAGNOSTICO (Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue, Lima-Perú)*, 42(2), 16-25.

Hernández-Pozo, M. R., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P., y Sánchez, A. (2009). *Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala*. En González-Celis Rangel A. L. *Instrumentos de Evaluación en Psico-gerontología* (pp. 1-16). México: El Manual Moderno

Hernández-Pozo, M. R., López-Curiel, M., Castillo-Nava, P., Coronado-Álvarez, O., y Sánchez, A. (2009). *Preocupación por la vejez en universitarios: Empleo de medidas verbales, conductuales y fisiológicas*. En González-Celis Rangel A. L., *Evaluación en Psicogerontología* (pp. 17-30). México: Editorial El Manual Moderno

Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*.

Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Moreno-Toledo, A. (2011). *Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales*. *Poiésis*, 10(19).

Recuperado de <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101>

Moñivas, A. (1998). *Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento*. *Anales de psicología*, 14(1), 13-25.

Sanhueza, J. (2014). *Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes universitarios según área del conocimiento: Un estudio exploratorio*. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (34), 105-124.

Recuperado de <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/913>.

World Health Organisation. *Planificación y organización de los servicios geriátricos, 1974*. Ginebra Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_548\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548_spa.pdf)

## CAPÍTULO 19

### Una nueva salida tras la jubilación el envejecimiento activo. A propósito de un caso

María Jesús Larios Montosa, María Deseada Caballero León, y Patricia Macía García  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

El Envejecimiento Activo es afrontar la vejez de forma positiva, activa, que comprende la participación del sujeto y la seguridad de pertenecer a una sociedad que cuenta con esa persona. Consiguiendo mejorar la calidad de vida de estos sujetos conforme va avanzando su envejecimiento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Según la OMS (2002), es fundamental mantenerse activo en la vejez a fin de realzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, para así tomar parte en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades; a la vez que se les proporciona protección, seguridad y los cuidados adecuados cuando estos sean requeridos.

“Activo” para seguir formando parte de la sociedad en todos los aspectos. No solo puede contribuir con su experiencia, sino en ser parte activa de la familia, la comunidad, las asociaciones (voluntariado) y los amigos.

Con el envejecimiento activo se contribuye a mejorar la calidad de vida de estas personas y de las que los rodean.

Toda actividad realizada por el sujeto en cualquier momento de su vida es beneficioso y provechoso, si además se realiza en sus etapas finales, conlleva a disminuir el grado de dependencia del sujeto anciano, mejora su calidad de vida y su participación en la sociedad como elemento activo de la misma.

Durante estos veinticinco años el envejecimiento ha recibido distintas clasificaciones en su forma de afrontarlo, entre otros: “saludable” (OMS, 1990), “buen envejecer” (Fries, 1989), “competente” (Fernández Ballesteros, 1996), “con éxito” (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990) o “activo” (OMS, 2002). El concepto ha evolucionado hasta la actualidad donde se integra a la persona no solo desde el punto físico, sino psicológico y social.

El envejecimiento activo significa:

La posibilidad de participar plenamente en la sociedad.

Oportunidades de empleo.

Contribuir activamente a través del voluntariado y de programas intergeneracionales.

Vivir con independencia adaptando la vivienda, las infraestructuras, la tecnología y el transporte.

La OMS (2002) estableció el año 2012 como año dedicado al Envejecimiento Activo. Debido al envejecimiento progresivo de la población, se establecen unas pautas para trabajar con estas personas para que no signifiquen que al llegar a la etapa de la jubilación o a que vayan envejeciendo signifique que ya no son productivos para la sociedad. Todo lo contrario, se puede obtener mucha información debido a su bagaje, experiencia y sabiduría antes los hechos acontecidos anteriormente. Si no se aprende de lo que ya ha pasado, se vuelven a cometer los mismos errores.

Los factores de riesgo son:

-El envejecimiento cerebral.

-La desnutrición.

-La falta de ejercicio físico.

-Las pérdidas propias del envejecimiento en los órganos de los sentidos.

-Pérdida en la función motriz.

-Disminución de la función cognitiva (aparición de signos de demencia o la enfermedad de Alzheimer).

-Pérdidas de memoria.

-Alteraciones en el lenguaje.

-Cambios en el estilo de vida.

-Tratamiento farmacológico.

-El ánimo.

Tras como expusieron Baltes y Baltes (1990), hay muchas formas de envejecer, ya que no solo se encuentra determinada por el carácter genético de nuestras células sino por el hábito de vida desarrollado por las personas, ya sea la alimentación, el descanso, el cuidado de la salud, etc. El sujeto es responsable de que su envejecimiento sea lo más satisfactorio posible y lo menos dependiente posible. Todos envejecemos, pero no por ello, todos tenemos el mismo grado de envejecimiento.

Existe, como concluye Fernández-Ballesteros (2005), desde una perspectiva psicosocial, cuatro áreas multidimensionales para la promoción del envejecimiento activo:

1) estilos de vida

2) funcionamiento cognitivo

3) emoción y afrontamiento

4) funcionamiento psicosocial

En el envejecimiento activo juega un papel muy importante las relaciones sociales, la participación, la competencia social y la productividad. Una amplia red social asegura una mayor participación, implicación y conocimiento de lo que necesita la sociedad en esos momentos (Argyle, 2001).

Se debe fomentar la integración en la sociedad de todas aquellas personas que van a emprender el camino del envejecimiento y tras su jubilación, se consiga que siga siendo lo más activo posible, tanto por él mismo como por la sociedad.

No se puede pretender establecer las mismas actividades para todos los sujetos, ya que cada sujeto es individual y especial en sus características, por lo que se debe de establecer unas pautas comunes hacia la mayoría y, en casos más particulares, adaptarlas actividades a sus necesidades, preferencias, gustos y actitudes.

Con el envejecimiento activo y su programa, no solo se quiere o pretende entretener a esa parte de la sociedad que ya no es productiva laboralmente, sino se pretende que ayuden a otra parte de la sociedad que se encuentre más desfavorecida, como ocurre con el voluntariado. También en aprender a cuidarse por sí mismos, en implicarse en su proceso de salud-enfermedad. A no ser tan demandantes de la sanidad pública, cuando la solución está en modificar algunos aspectos de su vida cotidiana, ya sea caminar todos los días o en disminuir la ingesta de sal.

En ocasiones, pequeños cambios hacen que se produzcan grandes avances, que sin ser conscientes pueden o resultan mucho más beneficiosos que potenciar el gasto farmacológico, el gasto sanitario y lo que repercute en la sociedad.

No es solo ser activo de manera física, sino tomar conciencia de que se es parte de una sociedad, de un conjunto de personas que deben aportar su formación, experiencia, vivencias, modo de vida para completar y mejorar la sociedad en general.

### **Descripción del caso clínico**

Caso clínico de un paciente con 66 años de edad que acude a la consulta de Atención Primaria para consultar una serie de dudas que se le presentan tras su incipiente jubilación.

El paciente tiene estudios de formación profesional, a los que se ha dedicado en toda su vida laboral. Expresa que quiere saber que hace ahora que le toca descansar del trabajo, pero que siente que no quiere dejar de ser activo. No quiere convertirse en una persona inútil y sin ilusión. Se siente ansioso por lo que pasará a partir del momento de su jubilación.

Es derivado por el médico de cabecera para hacer un seguimiento del paciente en la presentación de los procesos ansiosos y en explicar todas aquellas medidas a aportar por parte de enfermería en los cambios en los estilos de vida y conseguir mejorar su calidad de vida y hacer que su envejecimiento sea lo más saludable posible.

### **Exploración y pruebas complementarias**

Para la recogida de datos, tanto objetivos como subjetivos, se utilizó la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizando para la recogida de datos la información recopilada en su historia clínica y a través de la entrevista personal:

- Respiración/circulación.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Eliminación.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Seguridad.
- Comunicación.
- Creencias y valores.
- Autorrealización.
- Ocio y actividades recreativas.
- Aprender.

Se establecen diferentes visitas a lo largo de un tiempo determinado para evaluar al sujeto y realizar la recogida de información. Se instaure un patrón de tratamiento tanto farmacológico como enfermero, a fin de disminuir la ansiedad y se le instruye en las diferentes opciones que se proyectan en su comunidad a realizar por personas que se encuentran en su misma situación de jubilación y posterior desempeño.

### **Juicio clínico**

Tras la recogida de información por parte de la enfermera de referencia en varias citas programadas para que acuda a la consulta se elabora un plan de actuación con el sujeto, donde se pretende mejorar o potenciar todos aquellos aspectos que limitan e inciden en su proceso ansioso que refleja. A la vez, se trabaja con el médico de referencia del sujeto, en un trabajo interprofesional, estableciendo objetivos accesibles y consecuentes con la situación que se presenta.

No solo se indica por parte del facultativo la ingesta de medicación, sino por nuestra parte se establece un plan de actuación en donde se fomenta las terapias de relajación como método de afrontamiento ante la ansiedad.

También se exponen diferentes tipos de actividades que se desarrolla en la sociedad de su comunidad y hacerlas lo más atractivas para el sujeto y buscar su implicación en ellas.

No se queda la consulta de enfermería en un mero proceso de información, sino en un medio de apoyo para conseguir mejorar su estado de salud.

Se detectan los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Ansiedad.
- Déficit de actividades.

### **Diagnóstico diferencial**

Hay que establecer que la ansiedad no se encontraba previamente al momento de la consulta, sino que es el motivo por el que acude.

Porque si el proceso ansioso es anterior a todo lo que acarrea su problemática y afrontamiento al momento de la jubilación, se debería de tratar de otra forma y conllevaría un tratamiento farmacológico previo.

En todo caso, se tendrá que dilucidar si la ansiedad es causada por otros problemas que afecten al sujeto, ya que la intervención sanitaria será de distinta forma y de distinto afrontamiento, tanto por parte del sujeto como por parte de los profesionales sanitarios.

### **Resultados**

Tras la realización del PCI basado en los criterios taxonómicos NANDA, NOC y NIC, se establecen las pautas a seguir con el paciente que acuda a la consulta de Enfermería en su centro de Atención Primaria de referencia.

Se instaura una serie de visitas para llevar a cabo el seguimiento en su proceso de ansiedad y en la aplicación del tratamiento puesto por el médico, además de las técnicas de relajación explicadas en la consulta de enfermería.

### **Conclusiones**

En el proceso de la jubilación, aparecen muchas situaciones que pueden afectar al estado general de los usuarios, debido al cambio de vida. El trabajo aunque ya a esas edades se traduce en cansancio y rutina, también sirve para mantener a la persona como un sujeto activo y válido para la sociedad. Por lo que, el dejar de trabajar acarrea el dejar de hacer todo aquello que se hacían aunque se piense que ahora se tiene “todo el tiempo del mundo”.

El papel de enfermería en el caso de la jubilación y, sobre todo, si la persona quiere seguir manteniéndose válida para la sociedad, se debe aplicar el programa de Envejecimiento Activo propuesto por la OMS.

El dejar de ser activo profesionalmente no quiere decir que esa persona ya no pueda ser útil para la sociedad. Puede aportar su experiencia o sus ganas en afrontar otros retos y proyectos diferentes a lo que antes hacía.

Todo interés bien encauzado puede ser muy provechoso para la sociedad.

Todo esfuerzo por parte de la sociedad actual en mantener el envejecimiento activo repercute en el bienestar, funcionamiento, aprovechamiento y buen hacer de dicha sociedad.

No se puede desterrar a los ciudadanos que ya no son productivos laboralmente hablando, sino que hay que proporcionar otro tipo de actividades donde pueden ser útiles tanto para ellos como para todos.

No se trata de entretener en exclusiva, sino de dar un fundamento al desarrollo de la vida y más cuando se acerca el final de la misma. No establecer que por ser anciano ya no se es útil, todo lo contrario, se es más que nunca porque se dispone del tiempo, de las ganas y de sentirse activo y parte viva de la sociedad.

Las recomendaciones para un envejecimiento activo y saludable serán:

-Uso de la dieta mediterránea:

-uso del aceite de oliva;

-consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pan, pasta y arroz (dieta mediterránea);

-uso de alimentos frescos y locales, aprovechando productos de temporada;

-pescado en abundancia (mínimo dos veces por semana) y huevos (no más de 3-4 veces por semana);

-consumición de pequeñas cantidades de vino (preferentemente, tinto) con las comidas y llevando una dieta equilibrada.

-No olvidar el consumo de agua.

-Para una alimentación saludable:

-correcta elección de los alimentos en el mercado;

-no recalentar varias veces los platos por la pérdida de vitaminas y alteración de los mismos;

- disfrutar con la comida (platos apetecibles);
- procurar evitar la soledad; realizar 4-6 comidas diarias, no suprimir el desayuno;
- dieta variada;
- mantener un peso estable y dentro de los límites aconsejados;
- cuidar el aporte de calcio;
- moderar el consumo de sal;
- ingesta de líquidos (agua, leche, zumos, etc.);
- moderar el consumo de bebidas alcohólicas;
- cuidar la dentadura y la higiene bucal;
- evitar el tabaco.
- Realizar ejercicio físico, a poder ser a diario (caminar, pasear, ejercicios variados).
- Potenciar la actividad mental.
- leer;
- participar en juegos de mesa;
- participar en juegos informatizados;
- realizar manualidades;
- entrenamiento específico de la memoria.
- Aumentar la participación social (cine, teatro, espectáculos, viajes, cursos de baile, arte, canto, costura, cocina, deportivos, de jardinería, de juegos de mesa, de excursiones, de debate, etc.).

Con unos simples cambios en el estilo de vida de la persona pueden ayudar, no sólo, a su salud global, sino también a mejorar la memoria y otras funciones cerebrales.

Todo lo que conlleva un cuidado de la salud, así como un enfrentamiento positivo hacia todos los estados de salud que se pueden encontrar, repercute en la persona en sí misma, disminuyendo su nivel de dependencia, que produce un alto coste para la sociedad, además de potenciar la autorrealización de las personas por sí mismas a través de medios ofrecidos por la sociedad o por propia iniciativa del sujeto.

No se debe poner límites a las personas que quieren seguir formando parte de la sociedad de forma activa. Incluir en todas las actividades en las que la persona quiera y pueda, ya sea del tipo que sea, siendo siempre en su beneficio y en el de todos a gran escala.

Una sociedad que cuida de sus mayores es una sociedad sana y fructífera.

## Referencias

- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York: Taylor & Francis.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Successful aging*. New York: Cambridge University Press.
- Carretero, M. (2002). Plan de cuidados: síndrome confusional agudo. *Gerokomos*, 13, 178-184.
- Díaz, A. & Curto, J.M. (1996). Incidencia de fractura de cadera en la 3ª edad. *Geriatrka*, 12, 17-21.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005) Evaluation of "Vital Aging-M": A Psychosocial Program for promoting Optimal Aging. *European Psychologist*, 10(2): 146-156.
- Fries, J.F., (1989). *Aging well*. New Cork: Addison-Wesley.
- Gobierno Vasco. (2011). Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. Noviembre 2, 2014, de Suspergintza Sitio web: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>
- González, A.I. (2005). Estados confusionales agudos en el anciano: papel de la enfermería. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 10, 48-49.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T. & Carpentier, P.A. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N. Engl. J. Med*, 340, 669-76.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Active Aging. Noviembre 2, 2014, Geneva: WHO. [http://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf)
- Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (1987). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.





## CAPÍTULO 20

### Cómo afecta en la salud de abuelos canguro el cuidado de sus nietos

M<sup>a</sup> Inmaculada Romero Quirantes, M<sup>a</sup> Isabel Serrano Carrillo, e Inmaculada Godoy Gómez  
*Sistema Andaluz de Salud (España)*

En los últimos años se han producido una serie de cambios sociales y generacionales que han dado lugar a modificaciones en los demás aspectos que conforman una sociedad como son la cultura, la ideología, los valores, las instituciones, etc. Estos cambios también han ocasionado cambios en la familia actual tanto a nivel de estructura como de dinámica, surgiendo nuevas formas familiares así como variaciones en las características y duración de los roles, y en las relaciones entre los miembros que componen la familia. Dentro de este contexto cambiante se sitúa el rol del abuelo, rol que se ve afectado por esta situación, (Rico, Serra y Viguer, 2001), y como consecuencia de ello, el número de hombres y mujeres mayores -sobre todo mujeres- implicados en el cuidado de los nietos es cada vez mayor (Triadó, Celdrán, Conde et al., 2008).

En esta misma línea, la publicación de Muñoz Pérez y Zapater-Torras, 2006, afirma que esto ocurre debido a los cambios habidos en nuestra sociedad en los últimos años en cuanto a estructura familiar e incorporación de la mujer al mercado laboral, junto con la mayor longevidad de la población y los limitados servicios públicos de apoyo a la familia, están llevando a la asunción por parte de los abuelos, en especial las abuelas, de una tarea de apoyo a la crianza de los niños pequeños.

Entre los cambios acontecidos en España destacan algunos por ser determinantes de la importancia que ha adquirido el tema de las relaciones entre abuelos y nietos, especialmente a partir de los años ochenta. Por otra parte, está el incremento de la expectativa de vida que se ha experimentado durante el siglo XX, lo cual ha permitido ser abuelo durante una fracción mayor de la vida de las personas. Por otro lado, el aumento de las familias multigeneracionales, lo que ha implicado un aumento de la importancia de las relaciones intergeneracionales en el seno de la familia, es decir, las relaciones que se establecen entre padres e hijos y entre abuelos y nietos. Los abuelos actuales tienen unas características muy diferentes a las de los abuelos de generaciones anteriores. Dada esta nueva situación social y familiar, cobra especial importancia el estudio de las características del rol del abuelo actual y de la relación que mantiene con su nieto. (Rico, Serra y Viguer, 2001).

Los abuelos se han convertido en figura relevante e importante para la educación de los niños y se encuentran cada vez más implicados en ella. Su presencia en las familias de hoy es un elemento insustituible en el proceso de formación de los hijos. Pueden, y de hecho transmiten, valores familiares y mantienen un vínculo entre generaciones. Valores considerables esenciales en la formación de los futuros ciudadanos y convenientes para su desarrollo psicológico: afecto (Sanz, Mula y Moril, 2011).

El rol del abuelo y las relaciones que mantiene con sus nietos ha sido un tema poco estudiado en el pasado. Con el tiempo se fue produciendo un aumento paulatino del número de publicaciones referidas a diferentes aspectos relacionados con el rol de los abuelos, siendo especialmente considerable a partir de los años ochenta. (Rico, Serra y Viguer, 2001).

El rol del abuelo ha experimentado grandes cambios y en los próximos años su dinámica aún será mayor ya que el número de abuelos aumentará. Los abuelos del presente no tienen por qué llevar aneja la imagen de pasividad física, laboral, económica, política, etc. Aparece la figura del abuelo del siglo XXI como una persona con su propia vida, intereses y actividad política, tan variados como otras generaciones. Cada vez habrá más abuelos y menos nietos, situación demográfica única en la historia de la humanidad. (Moragas, 1998).

Es conocido que el cuidador de personas dependientes conlleva efectos negativos en los cuidadores en forma de carga o estrés, peor salud física y psíquica, y repercusiones en la vida personal y en las relaciones sociales. No obstante, gran parte de la evidencia disponible hace referencia al cuidado de personas ancianas, enfermos crónicos o niños con necesidades especiales. (Muñoz Pérez y Zapater-Torras, 2006).

Diversos estudios realizados en otros países han encontrado peores niveles de salud percibida, mayor morbilidad psíquica y sensación de carga en las abuelas cuidadoras. Estos efectos negativos se acompañan de los efectos positivos que también tiene el hecho de cuidar, como los sentimientos de utilidad y solidaridad, la autoestima o el disfrute de los nietos. (Muñoz Pérez y Zapater-Torras, 2006).

Tal y como demuestra Muñoz Pérez y Zapater-Torras, (2006) en su publicación, la poca información proveniente de estudios realizados en España procede fundamentalmente del área de trabajo social y no hay datos obtenidos desde la atención primaria de salud.

Mestre-Miquel, Guillén-Palomares y Caro-Blanco (2012). A pesar de los pocos estudios serios que tratan esta materia, los autores llegan a la conclusión de que no se ve afectada la salud de los abuelos que están a cargo de sus nietos y nietas. Los estudios son complejos dada la diversidad de culturas y dada la heterogeneidad de las personas objeto de estudio, en todos sus ámbitos, laboral, social, económico, etc. En la actualidad se dejan ver ciertas evidencias que demuestran que es posible que la salud de los abuelos se vea de alguna manera afectada en función de las características propias de intensidad y cuidado de tales nietos.

En la misma línea que el estudio anterior, Weisbrot, (2007), expone en su investigación que la mayoría de los trabajos estudian el impacto de cuidar nietos en la salud tienen varias limitaciones. No todos los autores coinciden en sus conclusiones, es más, distan en esas conclusiones, llegando algunos a afirmar, lo que otros niegan. No queda confirmado que el número de horas que los abuelos pasan con sus nietos sea determinante en el detrimento de la salud de estos abuelos. Son varios autores los que coinciden, sin embargo, en que los abuelos que de forma continua asumen el rol de padres en cuanto a su crianza, por falta de padres responsables, padecen mayores problemas tanto físicos como mentales.

## **Objetivo**

Objetivo general

-Analizar la repercusión del cuidado de los nietos sobre la salud física, psicológica y social de los abuelos cuidadores de sus nietos.

Objetivos específicos

-Indagar la salud percibida por los abuelos cuidadores.

-Conocer la influencia del cuidado de los nietos en el tiempo libre de los abuelos cuidadores.

-Saber el tipo de patologías o trastornos de salud en los abuelos canguro.

## **Metodología**

Han sido consultadas para el presente estudio numerosas bases de datos que versan de temas de salud y ciencias sociales, que pasamos a citar: Cuiden, Lilacs, Medline, Scielo, Dialnet, PubMed Health y Cinahl. El límite temporal utilizado para dicha revisión ha sido el período comprendido entre (1997-2014), obteniéndose un total de 69 resultados. Los descriptores utilizados para la búsqueda son: “Abuelos canguro”, “Abuelos cuidadores nietos”, “Abuelos esclavos”, “Abuelos cuidadores” y “Salud abuelos cuidadores nietos” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés, para la búsqueda en las bases de datos internacionales).

En la mayoría los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español y en inglés.

Por otro lado, también se han buscado libros y capítulos de libros como fuente, a través de la plataforma virtual de la biblioteca de la Universidad de Almería.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Los resultados obtenidos en esta revisión teórica responden al objetivo de estudio planteado.

Se han obtenido resultados que muestran la repercusión de la salud de los abuelos como consecuencia del cuidado de sus nietos, es todos los aspectos, tanto en la salud física, psicológica y social. No hay una línea homogénea en los resultados, algunos estudios parecen indicar que el cuidar nietos mejora la salud de algunos abuelos y otros sugieren lo contrario. (Mestre-Miquel, Guillén-Palomares y Caro-Blanco, 2012).

Por otro lado, se han encontrado resultados que indagan sobre la salud percibida de los abuelos cuidadores. El bienestar psicológico de esta población está fuertemente ligado al nivel percibido de salud y que la autoevaluación de la salud es el mejor predictor de satisfacción con la vida en las personas mayores. Podemos afirmar, que la mayoría de los sujetos no sólo se encuentran bien de salud, sino que están activas y con capacidad de continuar en sus nietos las funciones de cuidados familiares que siempre han desarrollado. (Villalba, 2001).

En otra línea de revisión se ha podido revelar la influencia del cuidado de los nietos en el tiempo libre o de ocio de los abuelos que de forma continua cuidan de sus progenitores. Este grupo de población no piensa que su vida mejoraría si dejara de cuidar a sus nietos, no impide disfrutar del tiempo libre o considera esa situación como injusta. (Triadó, Celdrán, Conde, et al., 2008).

Y por último, se han encontrado resultados que indican el tipo de patología y trastornos de la salud en este grupo de población objeto de estudio. Tal y como muestra el estudio de Villalba (2001), las principales patologías diagnosticadas son: los trastornos visuales, musculares, coronarios, digestivos, jaquecas, auditivos, Tensión Arterial, circulatorios y problemas óseos. Estos son enfermedades y trastornos relacionados en su mayoría con procesos evolutivos y que pueden llegar a tener un carácter crónico. Nos llama la atención el alto porcentaje de dolores de espalda y articulaciones que refleja además los sobre esfuerzos físicos cotidianos en esta población.

### **Discusión/Conclusiones**

El estudio realizado por Muñoz Pérez y Zapater-Torras, (2006), muestra que el apoyo social percibido por las abuelas que cuidan de sus nietos es mayor que el de las mujeres de su misma edad que no lo hacen. Aunque otros estudios han mostrado peores niveles de salud mental en las abuelas que cuidaban de sus nietos, en la población estudiada no se encontraron diferencias en la salud mental y en la salud física percibida entre los dos grupos de mujeres, entre las cuidadoras de nietos y las no cuidadoras. Hay determinados factores, como los determinantes socioculturales, patrones familiares y redes de apoyo distintos, que pueden condicionar la autopercepción de la salud. En este estudio se obtiene como conclusión que, el cuidado de los nietos constituye un elemento favorecedor del apoyo social percibido por las abuelas y no tiene repercusión significativa sobre su salud. Y que la calidad de vida relacionada con la salud no presenta diferencias entre cuidadoras y no cuidadoras.

Un estudio realizado por Villalba, (2001), demuestra que en la valoración global mayoría de los sujetos refirieron sentirse bien de salud. A pesar de que la muestra incluye a personas mayores y de mediana edad hemos tomado como referencia los estudios de mayores que consideran la evaluación del propio estado de salud como un indicador de la forma de relacionarse con su medio social. Dicha evaluación se ve influida por normas culturales de actividad/inactividad y por la continuidad de roles y actividades reforzantes. El bienestar psicológico de esta población está fuertemente ligado al nivel percibido de salud y que la autoevaluación de la salud es el mejor predictor de satisfacción con la vida en las personas mayores. Podemos afirmar, que la mayoría de los sujetos no sólo se encuentran bien de salud, sino que están activas y con capacidad de continuar en sus nietos las funciones de cuidados familiares que siempre han desarrollado.

Las principales enfermedades diagnosticadas en abuelos cuidadores son: los trastornos visuales, musculares, coronarios, digestivos, jaquecas, auditivos, Tensión Arterial, circulatorios y problemas

óseos. Estos son enfermedades y trastornos relacionados en su mayoría con procesos evolutivos y que pueden llegar a tener un carácter crónico. Nos llama la atención el alto porcentaje de dolores de espalda y articulaciones que refleja además los sobre esfuerzos físicos cotidianos en esta población. El resto de enfermedades, aunque relevantes, no son proporcionalmente significativas.

Los resultados nos informan de malestades físicas y psicosomáticos cotidianos no identificados con la percepción de “estar mal de salud” al no ser enfermedades graves aunque pueden tener efectos negativos como irritabilidad, cansancio crónico, etc.

A pesar de la cronicidad degeneratividad, multiplicidad de sistemas corporales implicados y frecuente dolores no usuales de las enfermedades de los mayores, existen pocos estudios sobre el dolor en la vejez que nos informen del grado de relevancia que tiene en la salud y en la vida cotidiana.

Tienen dolores diversos (de espalda, articulaciones y cabeza), trastornos circulatorios, hipertensivos y psicosomáticos que están indicando, no sólo procesos físicos evolutivos (menopausia, vejez) sino también situaciones cotidianas de esfuerzo, responsabilidades múltiples, preocupaciones y sobrecarga física y emocional. Unido a esos aspectos el recurso de fármacos y automedicación probable puede estar relacionado con escasas conductas alternativas de autocuidado (andar, hacer gimnasia, revisiones médicas, etc.) y falta de tiempo para sí mismas. Los efectos de cuidar sobre la salud física de las abuelas cuidadoras pueden ser acumulativos, ya que algunas de las sujetos llevan más de 20 años siendo las cuidadoras principales de sus nietos y otras tienen expectativas de hacerse cargo de ellos hasta los 18 años o más.

La gravedad de los síntomas disminuían al esforzarse por llevar a cabo diariamente los cuidados de sus nietos y que estas mujeres no tenían tiempo de ir al médico.

La gran mayoría de los sujetos perciben una satisfacción con la vida entre media y alta y manifiestan que cuidar de sus nietos tiene sentido en sus vidas.

En cuanto a las consecuencias del cuidado, según la investigación realizada por Triadó, Celdrán, Conde, et al., (2008), las entrevistadas se sienten satisfechas con el rol de cuidadoras, por tres razones: en primer lugar, el cuidado es visto como un rol que proporciona beneficios intrínsecos, a veces relacionados con ver a sus nietos crecer o realizar actividades con ellos que no pudieron hacer con sus propios hijos. En segundo lugar, mencionan el amor que siente por sus nietos, como fuente de satisfacción. Y por último, las entrevistadas mencionan el cuidado de sus nietos como una vía para sentirse activas, vivas y evitar aburrimiento. Las entrevistadas no se identifican con el concepto de “abuelas esclavas”, y mencionan que la edad es un factor clave para entender el concepto de “abuela esclava”.

Cuidar a los nietos genera ciertas emociones, entre las que la satisfacción emocional es una de las más importantes, por ejemplo: los abuelos cuidadores se sienten más felices, se sienten más cercanos a sus nietos, los nietos dan sentido a su vida, se sienten más activos, tener responsabilidades hacen que se encuentren mejor, etc.

Se demostró que mientras la edad del abuelo parecía irrelevante en cuanto a la satisfacción de los cuidados, la edad del nieto sí mostró algunas relaciones: a mayor edad del nieto disminuye la satisfacción.

Prácticamente ningún participante piensa que su vida mejoraría si dejara de cuidar a sus nietos, cree que le impide disfrutar del tiempo libre o considera esa situación como injusta

Alrededor de un 90% de participantes no creen en absoluto que cuidar nietos/as sea una situación injusta o que sus relaciones familiares hayan empeorado, un 65% están al menos algo de acuerdo en que cuidar nietos no deja hacer todo lo que uno quiere o que cansa mucho. Más de la mitad también está al menos algo de acuerdo en que suscita sentimientos de verse atado. La mayor edad comporta mayores dificultades de salud, asociados también a mayores problemas emocionales y dificultades en el cuidado, especialmente si coinciden con comportamientos problemáticos de los nietos/as.

Aunque los resultados del estudio no avalan la tesis de la "abuela esclava", si conviene tener presente que una sobrecarga de los cuidados puede acarrear mayores problemas de salud y emocionales. En este sentido, la intervención debe ir más dirigida a los padres de los nietos/as y a la sociedad en general, consistente en una mayor consideración y medida de la demanda de cuidados por parte de los abuelos/as.

Por otro lado, Mestre-Miquel, Guillén-Palomares y Caro-Blanco (2012), describen como el Síndrome de la Abuela esclava como “es actualmente un cuadro clínico, relativamente frecuente, grave y a veces mortal, que afecta a las mujeres adultas con responsabilidades directas de amas de casa, como consecuencia de la interacción negativa de factores personales y ambientales. Este Síndrome suele provocar serias descompensaciones orgánicas, como la hipertensión arterial, la insuficiencia coronaria o la diabetes que se hacen rebeldes o “refractarias” a todos los tratamientos médicos convencionales.

No hay una línea homogénea en los resultados, algunos estudios parecen indicar que el cuidar nietos mejora la salud de algunos abuelos y otros sugieren lo contrario.

En un estudio realizado en Estados Unidos, con el propósito de examinar los efectos en la salud mental y física de los abuelos cuidadores de nietos no se han encontrado pruebas que sugirieran que el cuidado de sus progenitores tuvieran efectos negativos para su salud. Se han encontrado pruebas que afirman que las abuelas cuidadoras son más propensas a experimentar cambios negativos en su salud, la depresión y la autovaloración de la salud. También se encontraron resultados positivos sobre las abuelas cuidadoras. Sin embargo, los efectos negativos sobre los abuelos cuidadores, son anteriores al hecho de cuidar y no como consecuencia de la presentación de cuidados a sus nietos. Por otra parte, los abuelos cuidadores reconocen, que el cuidado de sus nietos puede comprometer su estado de salud. (Hughes, Waite, LaPierre y Luo, 2007).

Weisbrot (2007) afirma en su investigación que aun se conoce poco el impacto que tiene la responsabilidad de cuidar nietos por un período prolongado de tiempo para la salud de los abuelos. Algunos estudios cualitativos demostraron una tendencia de los abuelos cuidadores de nietos a retrasarse a la hora de buscar ayuda encargarse de sus problemas de salud. Altos niveles de responsabilidad en cuidado a nietos (y posiblemente hijos) pueden aumentar el riesgo de desarrollar IAM en mujeres. En a investigación realizada por esta autora, Benito, E. (2014), valora lo siguiente: En cuanto a la Calidad de vida y Percepción de Salud de los abuelos cuidadores de nietos, se observa que el 44,4 % de los participantes refirieron que su salud era *Buena*, seguido del 31 % que afirmaron que era *Muy Buena*, 14,6 % *Regular*, 9,9 % *Excelente* y ningún participante consideró que su percepción de salud era *Mala*.

Por otro lado, en otro estudio realizado sobre este tema, los abuelos valoran muy positivamente la compañía que les aporta la relación con los nietos y el sentimiento de saberse útiles para los menores y para sus propios hijos. (Pinazo-Herrandis y Ferrero, 2011).

## Referencias

Benito, E. (2014). *Estudio de la percepción de salud de las personas mayores de 60 años que cuidan de sus nietos*. Biblioteca Lascasas. 10(1). Zaragoza.

Chen, F. y Guangya, L. (2011). *The Health Implications o Grandparents Caring of Children in China*. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 67(1), 99–112.

García, J., Rosillo, D., Salazar, I. R., Raygal, p. J., Lázaro, R. S. y Cánovas, J. P. (2011). *De hiperfrecuentadora a abuela esclava. Estudio de un caso de sobrecarga del cuidador del Síndrome de la abuela esclava de Guijarro Morales*. Enfermería Global. 10(21), Murcia.

Grosman, C. P. y Herrera, M. (2011). *Una intersección compleja: Ancianidad, Abuelidad y Derecho de Familia*. Oñati Socio-Legal Series. 1(8). Buenos Aires.

Hank, k. y Buber, I. (2009). *Grandparents Caring for their Grandchildren. Finding Fron the 2004 Survey of Health , Ageing and Retirement in Europe*. Journal of Family Issues. 30(1), 53-73. Berlín.

Hughes, M. E., Waite, L. J., LaPierre, T. A. y Luo, Y. (2007). *All in the Family: the Impact of caring for Grandchildren on Grandparents´ Health*. Journal of Gerontology. 62(2), 108-119.

- Ku, L. E., Stearns, S. C., Van Houtven, C. H., Lee, S. D., Dilworth-Anderson, P. y Konrad, T. R. (2013). *Impact of Caring for Grandchildren on the Health of Grandparents in Taiwan*. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 1009–1021.
- Martínez Martínez, A (2010). *Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual, en Contribución a las Ciencias Sociales*.
- Mestre-Miquel, J., Guillén-Palomares, J. y Caro-Blanco, F. (2012). *Abuelas cuidadoras en el Siglo XIX: Recurso de conciliación de la vida social y familiar*. *Bibliid XII-EXTRA*, 231-238. Murcia.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Muñoz Pérez M. A. y Zapater-Torras, 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.
- Ortega, S. (2013). *Abuelos contemporáneos ¿Dónde está el límite?* Universidad de Girona.
- Pinazo-Hernandis, S.y Lluna, J. (2011). *Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores de acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo*. *Revista sobre la infancia y adolescencia*. 1, (14-34). Valencia.
- Pinazo-Herrandis, S. y Ferrero, C. *Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y abuelos acogedores*. *Revista multidisciplinar de Gerontología*. 13(2), 89-101.
- Rico, C., Serra, E. y Viquer, P. (2001). *Abuelos y nietos. Abuelo favorito, abuelo útil*. Madrid: Pirámide.
- Sanz, R., Mula, J. M. y Moril, R. (2011). *La relación abuelos-nietos-escuela: una excusa o una necesidad*. XXII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Barcelona.
- Triadó, C., Celdrán, M., Conde, et al. (2008) *Envejecimiento productivo: la provisión de los cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Madrid: Imserso. 1-90. 2008
- Villalba, C. (2001). *Análisis de la población de abuelas cuidadoras en la provincia de Sevilla. Contextos sociofamiliares, redes de apoyo social y riesgos psicosociales*. Universidad de Sevilla.
- Villalba, C. (2002). *Redes de apoyo social de abuelas cuidadoras*. *Portularia*, 2, 263-282. Huelva.
- Weisbrot, M. (2007) *¿Las abuelas que cuidan nietos tienen más riesgo de enfermarse?* *Evid. actual. práct. ambul*; 10(6), 188-191.

## CAPÍTULO 21

### **Influencias psicológicas al envejecer y adaptación a la institucionalización: Revisión sistemática para mejorar el cuidado de enfermería**

Luis Jesús Martín González\*, Almudena Dolores Alférez Maldonado\*, Francisco Luis Montes Galdeano\*\*\*, Jenifer Martín González\*, y Isabel María Jodar López\*\*\*\*

*\*Universidad de Sevilla (España), \*\*Policlínica del Poniente S.L. (España), \*\*\*Universidad de Almería (España), \*\*\*\*Universidad de Granada (España)*

El envejecimiento poblacional es una realidad que define un fenómeno considerado como imparable y característico de las sociedades occidentales actuales. En las investigaciones gerontológicas podemos comprobar que son muchos los autores o instituciones de carácter político y social que deciden analizar las variables implicadas en el envejecimiento y los cambios que éstas motivan en la atención sanitaria general y geriatría.

La Organización Mundial de la Salud (En adelante, OMS), cómo referente institucional, sienta las bases que enmarcan y hacen explícita la importancia de este estudio. Relaciona y define el término envejecimiento como “activo”, como un proceso de “participación continua en cuestiones de carácter social, económico, cultural, espiritual y cívico; no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o para participar en la mano de obra” (OMS, 2002). Según este mismo organismo, la salud del adulto mayor se mide en términos de función, que intercede y está presente en un conjunto de tres áreas importantes: área mental, área física y área social. Según las autores Salmerón y Alonso (2006) éstas áreas serán objeto de valoración geriátrica, suponiendo un nuevo enfoque de atención que no solo se centra en la salud física.

El aumento exponencial de la esperanza de vida lleva consigo una relación directa con un grupo de enfermedades, que normalmente tienden a cronificarse, que conforman el marco del envejecimiento. En no pocos casos se atiende a pacientes ancianos con una o más patologías crónicas concomitantes, situación conocida como pluripatología (Ollero, 2007; Martín, Reina, García y Sendra, 2010); éstas patologías pueden limitar su vida diaria; por lo que se encuentran expuestas a una disfunción o situación de dependencia física y/o emocional (Villar, Triadó, Solé, y Osuna, 2003). El envejecimiento es, por tanto, un predictor de complicaciones, determinando la morbimortalidad de la población, ya que supone un factor de riesgo en gran parte de las enfermedades. (Salech, 2009).

Además, se añade que el envejecimiento de la población convive con otros descriptores del contexto social actual: situación de crisis y falta o insuficiencia de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas; escaso o interrumpido apoyo familiar; muchas veces se da aislamiento y soledad durante la vejez; superar su estatus laboral y la jubilación, etc. Todos estos hechos constatados tienen enormes consecuencias psicológicas y efectos negativos para la salud mental del adulto mayor (Real, 2008).

Es en este contexto dónde se desarrolla la institucionalización del cuidado profesional de los ancianos en centros de día y/o residencias temporales y/o permanentes. Al envejecer resulta primordial tener en cuenta el medio y los recursos que garanticen un abordaje biopsicosocial de la persona. Son frecuentes las investigaciones geriátricas que analizan el efecto de la institucionalización a media o larga estancia y lo comparan con la situación o elección de “no institucionalización” en base a la capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor (Valdivieso, García, Ponce y Rodríguez, 2002; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006; Fernández y Sánchez, 2014). Algunos autores coinciden en que la atención del adulto mayor institucionalizado es un caso especial, en la que alcanza importancia la capacitación del profesional sanitario en geriatría para detectar desequilibrios emocionales no expresados



por el propio paciente y se requiere la actuación de un profesional sanitario sensibilizado y preocupado por aspectos psicosociales; si el objetivo marcado es realizar una valoración geriátrica individualizada e integral. (Cobo, 2000; Garcá, Lázaro del Nogal, Bravo, Cruz 2000; Cervera y Sáiz, 2004).

En este sentido, y teniendo en cuenta las experiencias en la práctica clínica actual, se perpetúa una pregunta de investigación: ¿Los actuales modelos de valoración y atención geriátrica responden a variables psicológicas presentes en la adaptación y salud integral del anciano en un hospital o residencia geriátrica?

### **Objetivos**

El principal objetivo de este estudio es analizar y conocer los aspectos psicológicos e influencia del entorno afectivo al envejecer y relacionándolo con la adaptación del anciano institucionalizado en residencias u hospitales geriátricos. Además, se divulgarán las evidencias más relevantes y relacionadas con su abordaje sanitario, en concreto, desde los cuidados de Enfermería, para que lleven a reflexionar sobre una atención biopsicosocial y adecuada al paciente geriátrico.

### **Metodología**

Para examinar la evidencia actual y cómo estrategias metodológicas que conformen este estudio, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, elaborada entre enero y febrero de 2015, en las principales bases de datos científicas de Ciencias de la Salud: Medline (PubMed), Cuiden Plus; Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y Psycinfo. Además, se utilizó la búsqueda libre en Google Académico.

Las palabras claves que estructuraron la búsqueda fueron: “Adaptación Psicológica”; “Hospitales Geriátricos”; “Salud del Anciano Institucionalizado”; “Atención de Enfermería”; “Salud Mental”. Todas ellas atienden a un conjunto de tesauros recogidos en DeCS de la Biblioteca Virtual en Salud (edición 2014) y se utilizaron indistintamente en cada una de las bases de datos recogidas en el párrafo anterior.

Se propusieron como criterios de inclusión de datos los siguientes: a) Estudios realizados en los últimos catorce años, entre 2000 y 2014. Después se realizó una búsqueda secundaria con artículos relevantes de fechas anteriores que aparecían en los artículos consultados más recientes. b) Artículos escritos en inglés y/o en español.

### **Resultados**

De toda la literatura hallada y revisada (52 artículos), se seleccionaron 19 artículos según criterios de conveniencia y acorde a los objetivos que se proponen en esta revisión.

Atendiendo al contenido de los resultados obtenidos tras revisión de la literatura científica seleccionada, se han encontrado tres categorías definitorias que hacen más explícitas y clasifican las evidencias más importantes de este estudio:

#### **1. Aspectos psicológicos del envejecimiento.**

Una proporción considerable (80%) de la bibliografía consultada destaca en su contenido los cambios físicos y psicológicos sufridos durante la etapa de envejecimiento. Estos artículos o investigaciones se desarrollan en base a evaluar la influencia de la biología humana en la psicología del anciano; la calidad de vida del adulto mayor; el contexto social, laboral y/o familiar en el que vive; así como las variables psicológicas implicadas cuando se padecen enfermedades crónicas y limitantes de la vida diaria (que causan discapacidades).

#### **2. Influencia del entorno afectivo relacionado con la adaptación del anciano a la institucionalización gerontológica.**

Aunque son numerosas las investigaciones en geriatría con estudio y observación de la muestra en un medio institucionalizado (ancianos que viven de manera permanente en residencias u hospitales geriátricos de larga o media estancia, mayoritariamente) no parecen profundizar y conocerse aquellos

aspectos en base a la influencia del entorno afectivo durante la adaptación y acogida del adulto mayor institucionalizado. Tan sólo un 21% de los estudios revisados objetivizan y priorizan en sus investigaciones los enclaves psicoafectivos tras el ingreso del anciano a una institución geriátrica. Para ello, evidencian temas como los promedios de estancia y los cambios físicos y psicológicos sufridos tras ésta; la calidad de vida percibida por el propio anciano insitucionalizado; valoración de las capacidades físicas y dependencias en base a las actividades básicas de la vida diaria; y, por último, el apoyo familiar y externo que posee el anciano insitucionalizado.

### 3. Atención de Enfermería. Atención biopsicosocial del paciente geriátrico

Es un hecho inegable que la atención sanitaria tiene que adoptar directrices según las necesidades de la población diana. Debido al crecimiento exponencial de la esperanza de vida y, en consecuencia, de la población envejecida se encuentra que son muchas las investigaciones recientes y de diferentes disciplinas científicas que se interesan por estudiar este fenómeno y reflexionar sobre la cobertura actual sanitaria en geriatría. Un 86,6% de los estudios consultados son investigaciones llevadas a cabo por enfermeras tituladas y/o dedicadas al ámbito clínico de la profesión de Enfermería. Todos ellos aportan evidencias sobre la actuación de Enfermería en la valoración geriátrica del anciano institucionalizado; las actitudes en la relación enfermera-paciente geriátrico; la comunicación eficaz y terapéutica con el paciente; y además, proporcionan recomendaciones, diferentes perspectivas de abordaje e intervenciones en base a dar respuesta al carácter biopsicosocial integrado en la salud del adulto mayor, lo que hace tener en cuenta todas las dimensiones y no sólo la física.

## **Discusión**

Cambios físicos, psicológicos y sociales al envejecer.

Durante el envejecimiento se producen una serie de modificaciones internas y externas que afectan a la persona en todos los niveles y dimensiones: biológica, psicológica, emocional y social.

A nivel general, el envejecimiento es considerado una etapa de transición entre el buen estado de salud e independencia gozada y el riesgo de deterioro físico y mental que podría producirse por diferentes factores, mucho más frecuentes entre los ancianos que si son comparados con otros grupos de edad. El concepto evolutivo del envejecer, entendido como un proceso biológico universal (Kirkwood y Austad, 2000) denota en su definición la pérdida de función física y el asociado aumento de la probabilidad de morir a medida que pasa el tiempo. Unido a esto, encontramos otros cambios físicos que, de manera resumida y por no ser objeto de estudio, extraeremos de la bibliografía agrupados en dos categorías: pérdida de funcionalidad secundaria a cambios estructurales y cambios físicos demostrables mediante acciones sencillas, pero sin cambios estructurales ni corporales (Ribera y Cruz, 2002; De La Uz, 2009).

A parte de los efectos biológicos en el humano que envejece, encontramos que los cambios psicológicos son un proceso concomitante, único y característico del adulto mayor. Según los autores Villar, Solé, Triadó y Osuna (2003) y posicionándonos en términos salud-enfermedad, se establece que el adulto mayor se encuentra y sitúa en una etapa vital limitada, regido por la probabilidad de enfermar y/o padecer una dolencia o enfermedad aguda o crónica que le lleva a requerir de servicios generales o especializados y que terminan afectando a su salud mental. Indudablemente cabe mencionar que la esfera psicológica del individuo se encuentra modificada por los cambios físicos que tienen lugar en su cuerpo, además de otros factores extrínsecos. Principalmente, los cambios psicológicos en la persona que envejece abarcan la actitud y comportamiento frente al entorno, los cuales están muy relacionados con los acontecimientos vividos durante toda la vida, la personalidad y las circunstancias que han estado o están presentes en otras etapas anteriores (Puértolas, 2001). Según De la Uz (2009) relacionando la etapa de envejecimiento y la psicología evolutiva del individuo desde su juventud y adultez, existen diferencias y puede darse incluso una disminución de la capacidad para resolver problemas, acompañada de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. Además, la capacidad de lenguaje y de expresión suelen

estar alteradas, aunque la creatividad e imaginación con frecuencia se conservan (Cervera y García, 2004) existen alteraciones en la memoria, sobre todo de la memoria inmediata, suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. Se establece que la personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones psicopatológicas (De la Uz, 2009).

Al mismo modo que la valoración geriátrica debe centrarse en tres áreas que incluyen no solo medidas físicas, sino también psicológicas y emocionales (Salmerón y Alonso, 2006); para Molina, Meléndez y Navarro (2008) la intervención con los adultos mayores para mejorar su calidad de vida no sólo debe centrarse en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico.

Por otra parte, en términos sociales, la persona que envejece asume una nueva concepción y asignación de roles. El adulto mayor como individuo debe enfrentarse a situaciones a las que antes no estaba acostumbrado o que no le tocaba vivir en otras etapas de la vida y por lo que vivirán procesos de adaptación continuos. Ejemplo de ello son la conciencia de una muerte cada vez más cercana, dónde según Caballín (2003) la actitud que se toma frente a este evento individual cambia radicalmente, puede verse como una aceptación y liberación de los miedos y preocupaciones que provoca a lo largo de nuestra vida o cómo totalmente lo contrario, aumentar el miedo a que llegue el momento de morir, generando estrés, ansiedad y depresión.

Las relaciones y roles en la familia también son susceptible de cambio durante la etapa de envejecimiento. La persona que envejece sufre las consecuencias del ritmo de la sociedad, las exigencias del entorno laboral; que deriva en falta de dedicación y apoyo por parte de sus miembros (Soria, Bandera, Mercerón y Zamora, 1999). A este hecho habría que añadir, como apuntan Bernardini, Bueno, Calvo, Cardoso et al. (2005) cada vez son más frecuentes los cuidadores no profesionales y principales que encuentran dificultades para llevar su vida en familia y dedicarse al cuidado de sus mayores. El abandono familiar también está muy presente durante el envejecimiento (Luna, 2004).

#### *Institucionalización del adulto mayor y adaptación al entorno afectivo.*

Tal como hoy día se concibe al humano en sociedad, el adulto mayor no parece encajar en un rol socialmente adecuado, ya que es visto como una persona no activa, que no genera beneficios comunitarios. En este sentido De la Uz (2009) cree que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado en otras etapas, pero no debería pasar lo mismo con el rol individual. El anciano tiene posibilidades de aportar sus experiencias, conocimientos y aplicarlos en la vida comunitaria. Pero cuándo no se le posibilite, el anciano no encuentra los recursos necesarios para poder expresarse en sociedad y tiende a la soledad y al aislamiento, que para De Lima y Alides (2006) son factores que predisponen al anciano a la vulnerabilidad social y a la institucionalización.

Este panorama perpetua una pregunta dentro del propio análisis que realizamos: ¿qué sucede cuando el anciano se vuelve frágil y dependiente cuándo no dispone de oportunidades para desarrollar su rol dentro del contexto familiar y/o social? Pues precisamente, reflexionando sobre su respuesta podemos concluir que es en este contexto dónde aparece y se desarrolla la institucionalización del cuidado profesional del anciano ingresado en hospitales o residencias geriátricas.

En la institucionalización del anciano debe analizarse con detalle la adaptación y las consecuencias de vivir en un medio y entorno controlado, distinto del hogar familiar. Además, conlleva una serie de pérdidas en su vida: rutina y actividad diaria, forma de vida, hogar y entorno, amigos, etc y una de las principales causas de marginación y aislamiento en etapas iniciales tras el ingreso (Serrano y Serrano, 2010).

En primer lugar, atendiendo al concepto de adaptación encontramos que Stefani y Feldberg (2006) postulan la evidencia de que el adulto mayor que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados. Otros autores como Serrano y Serrano (2010) mencionan que el primer mes de ingreso en residencias geriátricas es el más complicado y en el que se requiere

mayor esfuerzo de adaptación; los cambios propios del envejecimiento unido al evento de institucionalización pueden provocar en el anciano un comportamiento disruptivo, con sentimientos de rebeldía, negativismo, frustración. Tras el segundo o tercer mes se puede establecer que el residente o anciano institucionalizado empieza a dar paso a su verdadero carácter o a mantenerlo si carece de capacidad adaptativa al medio o simplemente no lo desea; en este caso podría valorarse si la institucionalización va contra su voluntad y no ha respetado sus derechos, como el de autonomía (De Lima y Anides, 2006) aunque será difícil de valorarse si el anciano padece alguna discapacidad o enfermedad de origen psicopatológico. Para Luna (2004) el apoyo externo familiar que reciba el adulto mayor es fundamental para conseguir una buena adaptación y/o asimilación de la institucionalización. Cuando las visitas familiares se dan con escasa regularidad o no existen, el paciente ingresado en geriatría muy difícilmente podrá estar satisfecho con esta nueva etapa de vida.

Determinadas investigaciones realizadas en residencias geriátricas de larga estancia, coinciden en que la institucionalización supone beneficios y mejora de la calidad de vida y que ésta es percibida positivamente por los propios ancianos institucionalizados; proponen el medio como idóneo para evaluar las capacidades funcionales del anciano y la satisfacción con el trato recibido por parte del profesional que le atiende, con resultados óptimos en todos los casos. (Valdivieso, García, Ponce y Rodríguez, 2002; Fernández y Sánchez, 2014).

En contraposición, encontramos otros autores que en sus investigaciones explicitan la necesidad de aumentar esa calidad de vida apostando por la institucionalización en último término, puesto que se cree que ésta da un trato poco individualizado debido a la masificación del servicio; no se atiende a las características físico-psico-afectivas que requieren los ancianos; el personal-equipo especializado y de servicio no resulta suficiente para atender las necesidades del colectivo adulto mayor ingresado. Como sustento de sus argumentos, concluyen también otras razones: la poca actividad física y vida sedentaria; tendencia a la pasividad; desconexión con el entorno exterior y de su contexto social, impidiendo la relación con personas de otros grupos etareos, que a largo plazo conduce a la indefensión por desorientación frente a su entorno, favoreciendo alteraciones en la esfera cognoscitiva y mental y finalmente, haciendo menos humana y dignificante la vida de estos ancianos. (Reyes-Ortiz, Gheorghiu y Thomas, 1998; De Lima y Anides, 2006; De la Uz, 2009).

#### Atención de Enfermería en el adulto mayor institucionalizado.

Debido a los cambios que se producen al envejecer y que afectan a todas las esferas del individuo, en la atención sanitaria al envejecimiento resulta primordial tener en cuenta el medio y los recursos que garanticen un abordaje biopsicosocial de la persona. Como recogen los autores Serrano y Serrano (2010), y anteriormente describía Bermejo (1996), la primera labor de Enfermería Geriátrica es valorar y atender a las necesidades del anciano en su institucionalización, haciendo especial incapié en el periodo de adaptación (primer mes de estancia residencial y hospitalaria). Estos autores describen la idea básica de poner en práctica actitudes de empatía y comprensión en el cuidado que se proporciona, escuchar activamente, resolver dudas; además, deberá diferenciarse el acercamiento y confianza con la falta de autoridad y permisividad, puesto que no son incompatibles.

En este sentido, Ribera y Cruz (1997) afirman que una comunicación eficaz entre la enfermera y el paciente geriátrico ayudará a mejorar su relación y al mismo tiempo, ofrecerá una serie de ventajas que facilitarán la adaptación del anciano al medio institucional de una residencia geriátrica (Reyes-Ortiz, Gheorghiu y Mulligan, 1998) Para llegar a ello, De La Uz (2009) menciona que el profesional debe valorar la competencia del anciano, puesto que es un acto clínico, mientras que la incapacitación será un proceso y decisión judicial. Es decir, la enfermera deberá asegurarse de si los ancianos intitucionalizados son personas capaces de tomar decisiones adecuadas, según su estado psicológico y mental. Además, y como apunta este mismo autor, adecuará su comunicación al paciente anciano que atiende, planteándose si la información que le proporciona es suficiente, comprensible, veraz, y no coharta su voluntariedad.

De acuerdo con Salmerón y Alonso (2006), la valoración geriátrica del adulto mayor que el profesional debe realizar estará centrada en tres áreas importantes: mental, social, física y la función (de la relación entre las tres primeras). La enfermera debe realizar intervenciones que integren éstas áreas, ofreciendo un abordaje biopsicosocial. Tratará de paliar las dificultades físicas, que limitan las actividades básicas de la vida diaria; así como atender a las necesidades y cuidados que planteen las enfermedades que el anciano padezca. Por otro lado, la enfermera en geriatría deberá dar respuesta uno de los problemas más presentes en las residencias geriátricas: establecer una alternativa a la pérdida de rol del anciano en la sociedad y ofrecer la oportunidad de realizar actividades que contribuyan a la independencia del anciano, mitigando su irritabilidad y aliviando su sufrimiento psicológico y emocional. Además de todo esto, deberá tener en cuenta el contexto social y familiar del que proviene, e intentar mantener los lazos de unión para producir los menos efectos negativos posibles durante la adaptación del anciano a la residencia (Salmerón y Alonso, 2006).

### **Conclusiones**

El envejecimiento es un proceso que termina en la vejez como última etapa de la vida. Ambos conceptos deben ser entendidos con un enfoque multidisciplinar y que permita ver a la persona como un ente biopsicosocial, preocupado por circunstancias y estados que sobrepasan lo físico, para profundizar en lo mental y social. Por ello la atención sanitaria en geriatría debe centrarse en valorar estos tres aspectos por igual, puesto que será primordial si queremos determinar las variables implicadas en el buen envejecimiento de la persona y ofrecer intervenciones óptimas e integrales.

Las investigaciones gerontológicas objetivizan la importancia de estudiar los fenómenos psicológicos durante la vejez, así como los factores asociados. El contexto afectivo en el que se desarrolla y realiza su vida el adulto mayor cobra mayor importancia si tenemos en cuenta los cambios que se pueden producir en su salud y proceso de enfermedad, afectando de manera positiva o en detrimento.

La institucionalización del adulto mayor en residencia supone un enorme desafío para la persona y para el profesional sanitario. En ocasiones resultará una buena experiencia y mejora de la vida en general y de la situación clínica en la que se encuentre la persona que envejece, así como para cubrir la atención a patologías que no pueden tratarse ambulatoriamente; y en otras, se encuentra que la institucionalización puede ser una decisión poco acertada, debido a que el adulto mayor sufre un enorme trauma psicológico que le lleva a la desadaptación y le empuja hacia la monotonía por la falta de libertad social, entre otras desventajas.

Enfermería, como disciplina científica que se ocupa de empoderar mediante cuidados generales y específicos centrados en la persona, tiene un papel fundamental en la atención biopsicosocial que se debe producir en todas las etapas de la vida, pero más especialmente durante el envejecimiento, teniendo como objetivo principal luchar frente a la vulnerabilidad y mitigando el daño psicoafectivo que se puede encontrar en la vejez.

### **Referencias**

- Bermejo, J.C. (1996). *Cuadernos del Centro de Humanización de la salud. Apuntes de relación de ayuda*. Madrid: Religiosos Camilos.
- Bernardini Zambrini, D., Bueno Martínez, M.B., Calvo Arenillas, J.I. y Cardoso Muñoz, A. (2005). *Geriatría desde el principio*. (pp. 39 – 55). Barcelona: Glosa.
- Caballín, J. (2003). Vejez y final de la vida. *Ensayos de Bioética* 3. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina.
- Cervera Díaz, M.C. y Sáiz García, J. (2004). *Actualización en Geriatría y Gerontología*. Alcalá la Real: Alcalá.
- Cobo Domingo, J.C. (2000). *Geriatría y Gerontología*. Madrid: Logoss SL.
- De la Uz Herrera, M.E. (2009). El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano. *Bioética*, 9, 4-8.
- De Lima, B. I. y Alides Chirino, C. (2006). Vulnerabilidad social e institucionalización del adulto mayor en Venezuela. *Tópicos selectos en políticas de bienestar social. Grupos vulnerables, género, juventud y salud (Tomo I)*. (Pp. 101-114). México: Ediciones Gernika, S.A.

Fernández Rodríguez, E. y Sánchez Gómez, C. (2014). Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *TOG*, 11(20).

Garcá Sanz, B., Lázaro del Nogal, M., Bravo Fernández de Araoz, G. y Cruz Jentoft, A.J. (2000). *Geriatría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: EDIMSA.

Izal, M. y Montorio, I. (1999). Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. *Síntesis*, 3, 12-24.

Kirkwood, T.B. y Austad, S.N. (2000). Why do we age?. *Nature*, 408(6809), 233-238.

Luna Torres, L. (2004). La institucionalización del anciano símbolo de desarraigo y abandono familiar y social. *Avances de Enfermería*, 12(2), 22-25.

Martín Salvador, E., Reina Campos, M., García Jiménez, M. y Sendra Portero, M.J. (2010). Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico. *Enfermería Docente*, 91, 28-36.

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.

Ollero Baturone, M. et al. (2007). *Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. *Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud*, 37(S2), 74-105.

Puértolas, S. (2001). Con otra mirada. *Taurus Pensamiento*, 9.

Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*. Disponible en: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2008/02\\_192\\_11.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/02_192_11.htm)

Reyes-Ortiz, C. A., Gheorghiu, S. y Mulligan, T (1998). Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica*, 29(4), 134-137.

Ribera Casado, J.M. y Cruz Jentoft, A.J. (1997). *Geriatría en atención primaria*. Barcelona: J. Uriach & CIA.

Ribera Casado, J. M. y Cruz Jentoft, A.J. (2002). *Manual de Geriatría*. Madrid: IDEPSA.

Rojas Ocaña, M.J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C, y Rodríguez Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 6-23.

Salech, F. (2009). Biología del envejecimiento: aspectos biológicos y evolutivos. *Medwave*, 9(11).

Salmerón, M., y Alonso, P. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y carga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 129-47.

Serrano, A.J. y Serrano, B.L. (2010). La importancia de la comunicación en el anciano institucionalizado. *Parainfo digital*, 9.

Soria, B., Bandera, D.M., Mercerón, Y., y Zamora M. (1999) Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana Enfermería*, 15(3), 207-12

Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes Argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 13(3), 152-162.



## CAPÍTULO 22

### **Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud del alumnado de las sedes de Burgos y Aranda de Duero del programa interuniversitario de la experiencia de la Universidad de Burgos**

Vanesa Baños Martínez y Tamara de la Torre Cruz

*Universidad de Burgos (España)*

El estudio de la calidad de vida de vida en las personas mayores ha sido objeto de análisis por múltiples investigadores (Verdugo, Gómez y Arias, 2008). Los cambios que se originan en este grupo de población son numerosos, no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social.

En los últimos tiempos ha aumentado el interés por mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Una apuesta altamente innovadora que en el marco de la Unión Europea se ha visto impulsada con la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. En el mismo se vincula de forma explícita la capacitación de la ciudadanía europea con la tesis del aprendizaje a lo largo de la vida, reforzando la dimensión cultural de las universidades (Orte y Gambús, 2004; Palmero y Jiménez, 2008).

Desde la conceptualización que la Organización Mundial de la Salud hace del envejecimiento activo, esto es «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen» OMS (2002:79), es evidente que las actuaciones tendentes a potenciar actitudes y conductas que promuevan la inquietud intelectual, la curiosidad científica y cultural, van a permitir a las personas mayores estar en mejores condiciones de afrontar esta etapa de la vida. Bajo este prisma preventivo, los programas universitarios para personas mayores son un medio muy eficaz para conseguir entre sus participantes la actividad en lo psicológico, lo físico y lo social.

Las investigaciones y la experiencia han demostrado que la formación es posible y debe hacerse a lo largo de toda la vida. El Informe Delors (1996, 125) recogía que “la educación sin límites temporales ni espaciales, se convierte entonces en una dimensión de la vida misma”. Así, la formación permanente, es una de las mejores formas de contribuir a promover el envejecimiento activo, potenciando el desarrollo personal en todos los sentidos, facilitando espacios donde las relaciones intergeneracionales sean un hecho cotidiano, motivando a las personas mayores a seguir creciendo y en definitiva mejorando su calidad de vida.

Los Programas Universitarios para Mayores son en la actualidad una de las principales vías para la promoción del envejecimiento activo, junto a otros programas y actividades dirigidos a potenciar un ocio creativo, acceder a la cultura, facilitar la formación en temas de interés y crear medios de participación y relación en todos las esferas de la sociedad (Sáez Aguado, 2004). Se podría afirmar que su importancia radica en que consiguen alcanzar objetivos socio-educativos de manera simultánea en un contexto de ocio.

Actualmente distintos investigadores comparten la idea de que las personas mayores continúan aprendiendo durante toda su vida (Orte, 2006; Montoro, Pinazo y Tortosa, 2007). Sin embargo, se desconoce si el hecho de participar en un Programa Universitario para Mayores tiene influencia en la calidad de vida, el bienestar psicológico, la autoestima, el apoyo social, el ocio y tiempo libre, la competencia psicosocial o la asunción de un nuevo rol generacional. Por ello, se plantea de forma general estudiar todos esos aspectos que conforman lo que denominamos calidad de vida en los Programas Universitarios de Mayores, y en concreto del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos.



El presente estudio se basa principalmente en la definición que la OMS ofrece sobre la calidad de vida donde se describe como un concepto multidimensional (Baldwin, Godfrey y Propper, 1990; Noll, 2004; Hajiran, 2006) como experiencia subjetiva (WHOQOL Group, 1993; Haas, 1999; Bowling, 2003; Moons, Budts y De Geest, 2006) y que responde a diferentes experiencias de la vida (Anderson y Burckhardt, 1999; Haas, 1999; Niv y Kreitler, 2001; Murphy, O'Shea, y Cooney, 2007). Sin embargo, también incluye perspectivas y conceptos multisectoriales y multidisciplinares (Padilla, Grant y Ferrell, 1992), debido al hecho de que las personas mayores son uno de los grupos más vulnerables y pueden presentar problemas relacionados con la edad.

Las distintas concepciones de la calidad de vida en relación al envejecimiento recogen un enfoque de carácter multidimensional porque tienen en cuenta no solo el funcionamiento físico, energía o vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico y emocional, la ausencia de problemas de comportamiento, el funcionamiento social y el sexual, los apoyos recibidos y percibidos, junto a la satisfacción con la vida y las percepciones de salud (Schallock, De Vries y Lebsack, 1999; Wolkenstein y Butler, 1992).

La década de los 90 del pasado siglo XX propició el desarrollo del concepto “Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)” también conocido como salud percibida. En el mismo se incorporan aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993). La mejor forma de medir la CVRS, al ser un concepto difícil es a través de cuestionarios.

Las bases teóricas expuestas hasta este momento nos ofrecen el marco desde el cual poder desarrollar nuestra investigación con suficientes garantías científicas y presentar unos resultados que nos permitan avanzar en la generación de propuestas que puedan mejorar tanto la teoría como la práctica.

## **Método**

Para alcanzar el objetivo final de Analizar la calidad de vida relacionada con la salud del alumnado mayor participante en el Programa Interuniversitario de la Experiencia (PIE) de la Universidad de Burgos en las sedes de Burgos y Aranda de Duero, hemos optado por una metodología exploratoria y empírica, siendo conscientes de que se adecuaba a una gran variedad de situaciones en diferentes contextos y por adaptarse a la complejidad humana.

Como hipótesis de la investigación se definieron las siguientes:

- Los alumnos de sexo masculino tienen una percepción más positiva de su salud que las alumnas.
- A mayor edad el alumnado expone tener más problemas asociados con la salud.

La técnica utilizada para la recogida de datos ha sido el Cuestionario de Salud EQ-5D-5L EVA del EuroQol Group por ser un instrumento genérico y estandarizado que se usa para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo o población y cuyo desarrollo ha sido posible gracias al apoyo de la Unión Europea. Hemos añadido a este instrumento un bloque de preguntas para obtener datos clasificatorios como son la edad, el sexo, la sede del programa en la que cursa los estudios y el curso en el que se encuentra matriculado. El instrumento en sí se compone de dos partes: por un lado el cuestionario que se encarga de medir las limitaciones autopercibidas de la salud y por otro, la escala visual analógica (EVA). El cuestionario traza el estado de salud del alumnado a través de 5 dimensiones (Herdman et al., 2011): movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Cada una de las cuales presenta 5 niveles de respuesta: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con imposibilidad total. Con estos datos obtenemos un perfil descriptivo sencillo sobre la salud. Por otra parte, el alumnado también valora su estado de salud mediante la escala visual analógica que es una especie de termómetro que ofrece un valor para el estado de salud entre 100 (mejor estado de salud imaginable) y 0 (peor estado de salud imaginable).

El cuestionario fue contestado de manera anónima por 332 alumnos en el mes de octubre de 2014, al comienzo del curso académico 2014/2015. Del total, 119 alumnos son de la sede Aranda y 213 de

Burgos. Nuestra muestra es representativa pues se ha conseguido reunir respuestas del 97,65% del alumnado total, que son 340 personas.

En la fase analítica se ha utilizado la herramienta informática STATA en su versión 11 pues soporta procesos de categorización deductiva e inductiva que podemos agrupar y organizar de forma jerárquica.

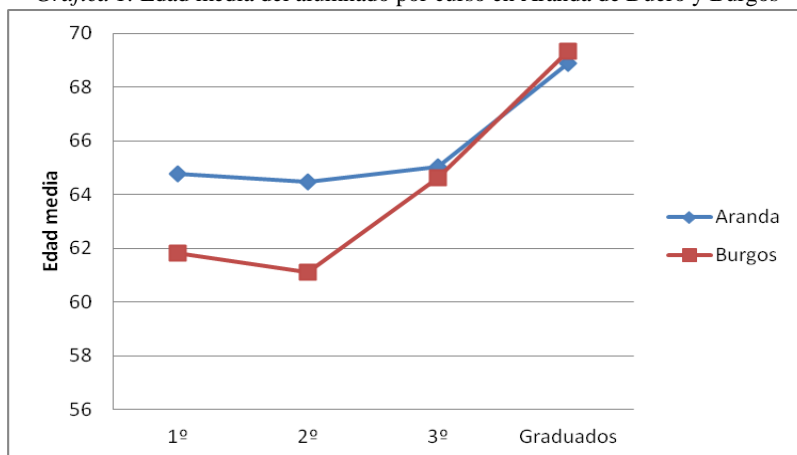
### Resultados

Comenzaremos analizando la edad media del alumnado por curso. Somos conscientes de que a medida que aumenta la edad cronológica también se incrementan las posibilidades de padecer algún problema relacionado con la salud. Es interesante saber la edad del alumnado para conocer, más adelante, si los más jóvenes que son quienes están en los primeros cursos, son aquellos que presentan menos problemas de calidad de vida relacionada con la salud.

Por sexos, de media son más mayores los hombres que las mujeres en ambas sedes, siendo la media masculina de 67,94 y 65,24 en Aranda y Burgos respectivamente y la femenina de 65,24 en Aranda y de 64,45 en Burgos.

En la sede de Aranda, la media de edad del alumnado de primero es de 64,78 años frente a los 61,84 de la sede de Burgos. En el segundo curso, la edad media desciende ligeramente con respecto a la de primero tanto en Aranda como en Burgos, pero se mantiene la diferencia de unos 3 años de edad entre ambas sedes. Finalmente, el alumnado de tercero y los graduados son los más mayores, no habiendo diferencias significativas entre Aranda y Burgos sin embargo es interesante resaltar que la diferencia entre los alumnos de primero y los graduados es de 4,1 años en Aranda y de casi el doble, 8 años, en Burgos (Gráfica 1).

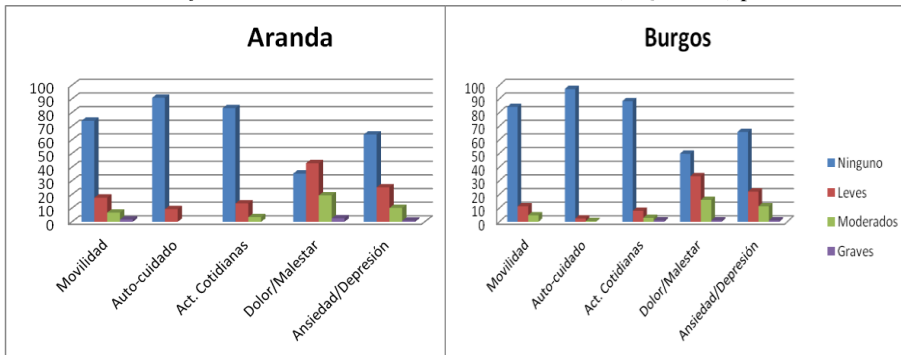
Gráfica 1. Edad media del alumnado por curso en Aranda de Duero y Burgos



Pasemos ahora a analizar el estado de salud del alumnado a través de las 5 dimensiones del EQ-5D-5L EVA. Como dato importante señalaremos que ningún alumno ha marcado como respuesta la “imposibilidad total”, lo que nos da una información valiosa acerca del estado de salud en general de nuestro alumnado. Para comenzar diremos que en ambas sedes la respuesta predominante es la de “sin problemas”. En la sede de Aranda, la dimensión que mejor puntuación obtiene es la de autocuidado pues la mayoría (90,76%) ha afirmado no tener ningún problema en este sentido y solo un 9,24% ha seleccionado la opción “problemas leves”. Las dimensiones de actividades cotidianas y de movilidad también presentan un elevado número de respuestas en el primer nivel “sin problemas”, aunque la movilidad es una dimensión que genera problemas leves al 17,65%, moderados al 6,72% y graves al

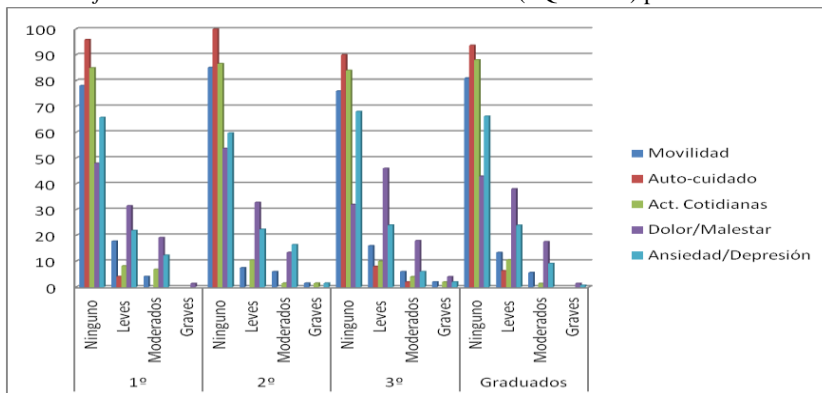
1,68% de los alumnos. Las dimensiones más problemáticas son la de dolor/malestar y la de ansiedad/depresión. En la primera es significativo que los alumnos con problemas leves (42,86%) superan a aquellos que no presentan ningún problema (35,29%) y el 19,33% afirma tener problemas moderados. En relación a la ansiedad/depresión, la mayoría no presenta problemas, pero un 25,21% afirma tener problemas leves y otro 10,08% problemas moderados. Los datos en la sede de Burgos son muy similares en todas las dimensiones excepto en la dimensión de dolor/malestar donde un 49,77% afirma no tener ningún problema, seguidos de un 33,33% que expone que tiene problemas leves, y de un 15,96% que percibe que tiene problemas moderados. Es testimonial el porcentaje del alumnado que dice tener problemas graves en este sentido (Gráfica 2).

Gráfica 2. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sedes



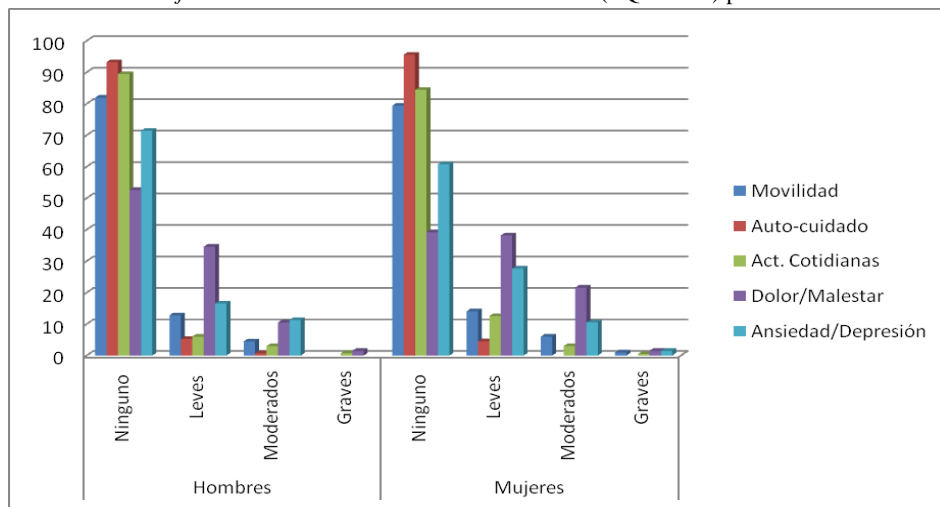
Si nos centramos en el estudio de las diferentes dimensiones por cursos, no descubrimos grandes diferencias pero sí pequeños matices que merecen la pena que sean estudiados. La mayoría del alumnado (%) afirma no tener ningún problema en las 5 dimensiones sobre las que han sido preguntados, esto nos indica el buen estado de salud en general del alumnado del PIE. Las 3 dimensiones que menos problemas generan en todos los cursos son, por orden: auto-cuidado, actividades cotidianas y movilidad. Por otra parte, las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión por este orden, son las que más problemas leves y moderados hacen percibir a los mayores. En el caso del alumnado de tercero, la diferencia entre ambas dimensiones es bastante notable. Los alumnos de segundo, por el contrario, refieren que les genera más problemas la ansiedad que el dolor. Son muy poco significativos los valores de la respuesta “graves”, si bien son más frecuentes en el alumnado de tercero (Gráfica 3).

Gráfica 3. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por cursos



En el análisis por sexos, confirmamos que son los hombres los que presentan una mejor autopercepción de su salud pues en la mayoría de las dimensiones, excepto en la de auto-cuidado, exponen que no tienen ningún problema (Gráfica 4).

Gráfica 4. Resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) por sexos



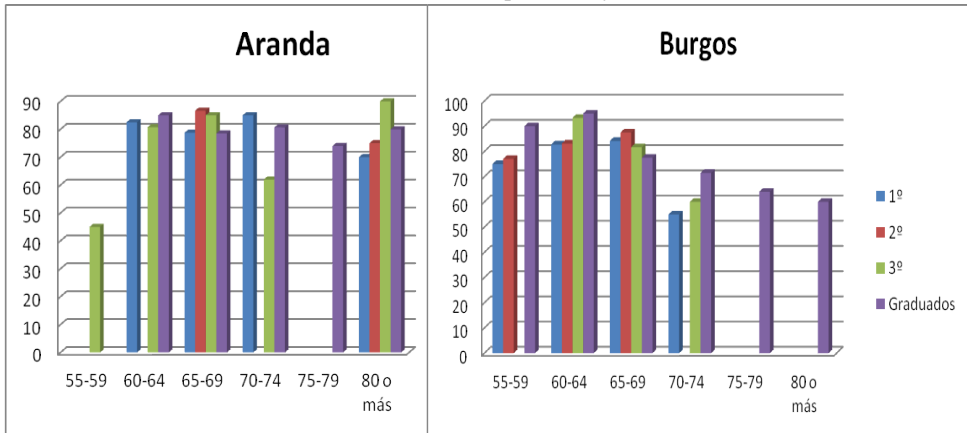
Sus homólogas femeninas afirman tener el doble de problemas moderados asociados al dolor/malestar, un 21,6% frente a un 10,53%, y en su mayoría, califican como leves sus problemas asociados con la ansiedad/depresión. Por otra parte, aun no siendo muy relevantes los datos en torno a la respuesta “grave”, es significativo ver cómo las mujeres lo han marcado en las dimensiones de movilidad y ansiedad.

En relación a los resultados de la Escala Visual Analógica (EVA) exponer en primer lugar que la mayoría del alumnado del PIE tiene una edad comprendida entre los 55 y los 70, siendo muy poco frecuentes los mayores de 80 y los menores de 55.

Los alumnos de primero de la sede de Aranda que presentan mejor media, 85 puntos, son los de entre 70-74 años, seguidos de los de 60-64 con una media de 82,5. Los más alejados de esta puntuación son los mayores de 80 pues su media es de 70 puntos. En esta sede rural solo tenemos alumnos de segundo de edades comprendidas entre los 60-64 y de más de 80, siendo la puntuación de los primeros más alta. El alumnado de tercero que mejor percepción tiene de su salud son los mayores de 80 años con 90 puntos de media, seguido de los de 65-69 años con 85 puntos. Los alumnos graduados más satisfechos están entre los 60-64 años, seguidos de los de 70-74, de los de más de 80 y finalmente de los de 65-69.

En Burgos, los alumnos de primer y segundo curso perciben mejor su estado de salud según tienen más edad. En el caso del alumnado de primero, la tendencia cambia pues aquellos que han cumplido 70 años, presentan una media de 55 puntos frente a la máxima de tercero con un valor de 84,17. Los alumnos de tercero más satisfechos con su estado de salud son los de 60-64 años con una media de 93,33, seguidos de los de 65-69 con 81,67 y finalmente encontramos a los de 70-74 con una puntuación media de 60. En relación a los alumnos graduados, vemos que los más jóvenes son los que puntúan más alto en la escala y que a partir de los 65 años, las puntuaciones medias van descendiendo de manera progresiva (Gráfica 5).

Gráfica 5. Resultados de la EVA por sexos y sedes (masculino)

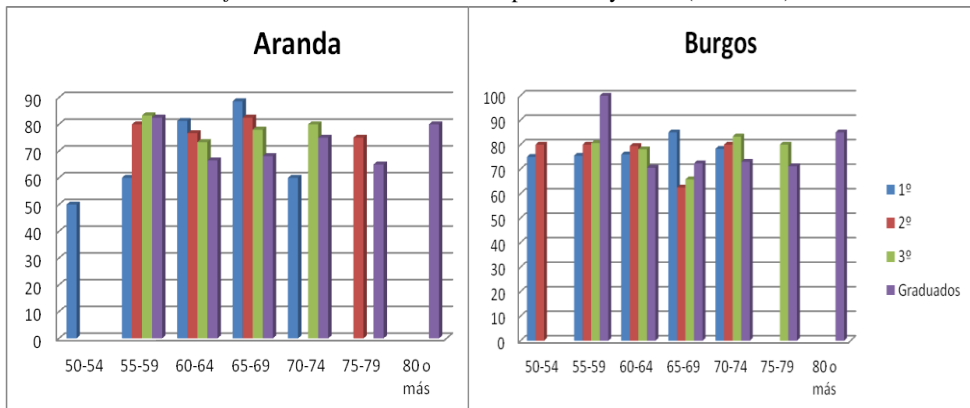


En la sede de Aranda vemos que entre las mujeres de entre 60 y 69 años se sigue una misma tendencia que es percibir su salud mejor las que se encuentran en el primer curso, seguidas de las de segundo, tercero y graduadas. Siendo ligeramente superior la puntuación de las alumnas de 65-69 años. Esta tendencia se rompe entre las alumnas de 55-59 años, que a pesar de ser más jóvenes expresan tener peor salud, principalmente el alumnado de primero. Finalmente, aquellas de más de 70 años presentan puntuaciones altas en la EVA en los últimos cursos, pues no es en ningún caso, menor a 70 puntos.

La valoración en la sede de Burgos nos dice que las alumnas de primero, en la medida que envejecen y hasta los 60-64 van aumentando sus puntuaciones en la escala ligeramente pasando de 75 a 76 puntos. En el tramo de edad de 65-69 se produce un fuerte aumento de la media situándose la misma en 85, para volver a situarse en los 78,33 en las mujeres de entre 70-74. En el segundo y el tercer curso vemos que todos los valores en los diferentes tramos de edad se sitúan en torno a 80, excepto en el de 65-69 años en el que en el caso de segundo la baja a los 62,5 y en tercero a los 65,83 puntos. Las alumnas graduadas presentan buenos vaores de salud situados entre 70,63 y 73 entre los 60 y los 79 de edad y valores mucho mejores entre los 55-59 años y las mayores de 80 años, con 100 y 85 puntos respectivamente (Gráfica 6).

Una diferencia que merece la pena ser señalada es el hecho de que las mujeres se matriculan siendo más jóvenes que los hombres en el PIE siendo una posible explicación a esta situación la menor tasa de ocupación entre las mujeres de más de 50 años con respecto a los hombres.

Gráfica 6. Resultados de la EVA por sexos y sedes (femenino)



El análisis de la EVA se ha realizado por cursos y en relación al sexo y a la sede. A simple vista podemos comprobar los buenos resultados que se han obtenido en la escala, ya que la media se encuentra entre 83,75 y 69,03 en una escala sobre 100. En el primer y segundo curso, tanto en Aranda como en Burgos encontramos unos resultados muy similares pues presentan una mejor autovaloración de su salud los hombres que las mujeres y ligeramente más alta los alumnos de segundo que los de primero. En tercero, en ambas sedes desciende levemente la media con respecto a los dos primeros cursos y vemos como en la sede de Aranda se invierten los valores y son los hombres los que tienen mejor media que las mujeres. Por otra parte en Burgos, sigue siendo el sexo masculino el que expresa mejor percepción de su salud. Finalmente, los alumnos graduados masculinos de la sede de Aranda destacan con gran diferencia con respecto a sus homólogas femeninas que son quienes presentan el valor más bajo de la serie, un 78,8 frente a un 69,03. La sede de Burgos muestra valores muy cercanos, tanto en hombres como en mujeres, siendo únicamente un punto más alto el resultado masculino.

### **Discusión/ Conclusiones**

En virtud de los resultados obtenidos y siempre teniendo presente la limitación del estudio por el tamaño de la muestra, podemos concluir que:

-Los alumnos de sexo masculino expresan tener una percepción más positiva de su salud en la mayoría de las dimensiones sobre las que se les ha preguntado e contraposición a sus compañeras femeninas que muestran respuestas más negativas. De media, los hombres en la escala visual analógica han obtenido una puntuación de 77,59 frente a los 75,05 puntos de las mujeres.

-Efectivamente, a mayor edad del alumnado peor es la valoración que realiza sobre su propia salud. En la Tabla 1 vemos que los alumnos con mejor resultado en la EVA han sido los que se encuentran cursando 2º, que han tenido de media un 80,38 y cuya edad media es la más baja, 62,79 años. Por otra parte, vemos que es una tendencia se mantiene puesto que los siguientes alumnos con mejor clasificación media en la escala son los de 1º que a su vez son los siguientes más mayores y lo mismo sucede con los de 3º. Finalmente, los alumnos graduados que tienen una edad de 6,33 años más que los más jóvenes son los que obtienen una puntuación media de 73,84 en la EVA, lo que supone una diferencia de 6,54 puntos con respecto a los mejor posicionados.

*Tabla 1. Clasificación obtenida en la EVA y edad media del alumnado por curso*

EVA (de mayor a menor)	Edad media
2º curso	62,79
1º curso	63,31
3º curso	64,84
Graduados	69,12

Si comparamos nuestros resultados con los de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2011/2012, vemos que hay similitudes en el sentido de que tanto en nuestra investigación como en ese informe se confirma que las mujeres declaran más problemas de salud que los hombres en la mayoría de las dimensiones, y que es la dimensión dolor/malestar en la que ambos sexos afirman tener algún problema con mayor frecuencia. Por otra parte, el informe, que mide la CVRS en la población adulta en general, concluye que la puntuación media de la EVA es de 77,53 y que los valores decrecen de manera sistemática con la edad, como también nosotros hemos podido comprobar. La EVA media de la investigación en el PIE es de 77,32 puntos, un valor muy positivo en nuestro caso ya que no solo está cercano a la media de todos los adultos españoles sino que es prácticamente el mismo valor que el de Castilla y León que en el estudio es de 76,34. Los adultos mayores españoles, perciben que su salud es peor en comparación con los alumnos universitarios de la UBU. A pesar de este dato, no podemos

concluir que esa situación sea consecuencia directa de una intervención educativa enmarcada dentro de unos objetivos de envejecimiento activo.

Las conclusiones obtenidas nos hacen plantearnos la necesidad de extender el estudio, tanto sobre calidad de vida relacionada con la salud como de programas universitarios para personas mayores, al resto del alumnado de los PUM de la Universidad de Burgos y comparar los resultados. Así mismo, buscaremos prolongar el estudio en sucesivos cursos, observando su evolución dentro de planteamientos longitudinales.

Se están dando pasos en buena dirección que mejorarán la calidad de vida del alumnado universitario, si bien queda mucho camino por recorrer que nos permitirá abrir nuevas líneas de investigación.

## Referencias

- Anderson, K. y Burckhardt, C. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 298–306.
- Baldwin, S., Godfrey, C. y Propper, C. (1990). Introduction. En S. Baldwin, C. Godfrey, y C. Propper (Eds.), *Quality of life perspectives and policies* (pp. 1-6). New York, NY: Routledge.
- Bowling, A. (2003). Current state of the art in quality of life measurement. En Carr, A.J.; Higginson, I.J.; Robinson, P.G. (Ed.), *Quality of Life* (pp. 1-8). London, UK: BMJ Publishing Group.
- Delors, J. (1996). Informe Delors. *La educación encierra un tesoro*. Madrid: UNESCO-Anaya.
- Encuesta Nacional de Salud. España 2011/2012 (2014). Serie Informes monográficos nº3. *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H. y Patrick D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118(8), 622-629.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 215-220.
- Hajiran, H. (2006). Toward a quality of life theory: Net domestic product of happiness. *Social Indicators Research*, 75, 31–43.
- Herdman M., Gudex C., Lloyd A., Janssen M.F., Kind P., Parkin D., Bonser G. y Badía X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research* 04/2011.
- Montoro Rodríguez, J., Pinazo Herandis, S., y Tortosa Chuliá, M. Á. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(3), 158-166.
- Moons, P., Budts, W. y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Murphy, K., O'Shea, E. y Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2167–2177.
- Niv, D. y Kreitler, S. (2001). Pain and quality of life. *Pain Practice*, 1, 150–161.
- Noll, H. (2004). Social indicators and quality of life research: Background, achievement and current trends. En N. Genov (Ed.), *Advances in sociological knowledge over half a century* (pp. 151-181). Wiesbaden, Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Orte, C. y Gambús, M. (2004). Los programas universitarios para mayores en la construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Padilla, G., Grant, M. y Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*, 1, 341-348.
- Palmero, C. y Jiménez, A. (2008). The quality of university programs for older people in Spain: Innovations, tendencies and ethics in the face of active ageing and the European Higher Education Area. *Educational Gerontology* 44, 4.
- Sáez Aguado, A. M. (2004). Residencias para personas mayores en Castilla y León. Situación y perspectivas. En *La dependencia y los servicios sociosanitarios en España* (pp. 63-69). Júbilo Publicaciones.

Schalock, R., De Vries, y Lebsack, J. (1999). Enhancing quality of life. En S. Stanley y G. Weber (Eds.), *Aging, rights and quality of life. Prospects for older people with developmental disabilities* (pp. 81-92). York. Pennsylvania: Brookes.

The EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16(3): 199-208. [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org).

Verdugo, M. A., Gómez, L. E., y Arias, B. (2009). *La Escala FUMAT de evaluación de la calidad de vida de personas mayores y con discapacidad*. Salamanca: Universidad de Salamanca, Publicaciones del INICO, Colección Herramientas, 4, 2009.

WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

Wolkenstein A. y Butler, D. (1992). Quality of life among the elderly: Self-perspectives of healthy elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 12(4), 59-69.





## CAPÍTULO 23

### **Mejorar la calidad de vida mediante la detección de la fragilidad durante el envejecimiento en pacientes renales**

M<sup>a</sup> Isabel Torres Fernández\*, Francisca Miralles Martínez\*\*,  
y Manuel David Sánchez Martos\*\*

*\*Graduada en Enfermería (España), \*\*Diplomada de Enfermería (España),*

*\*\*\*Facultativo Especialista de Área Nefrología (España)*

El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados es una realidad y España se encuentra a la cabeza en cuanto al aumento de años de vida (Abellán, Pujol y Rodríguez, 2015). Deberíamos preguntarnos sobre la calidad de esos años, ya que el aumento de dicha esperanza de vida, trae consigo un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que da a lugar a una mayor demanda de asistencia sanitaria y a un aumento de la población anciana (Hervás y García, 2005). Todas estas circunstancias ponen de manifiesto la necesidad de la utilización de escalas adecuadas para disminuir los riesgos que puede suponer la cronicidad de determinadas enfermedades en el anciano.

Existe un grupo de ancianos que se encuentran justo al límite del deterioro a los que denominamos ancianos frágiles. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el anciano frágil o de alto riesgo es aquella persona mayor de 80 años o que estando entre 65 y 80 años cumple alguna de las siguientes condiciones: Vivir solo, estar viudo-a (menos 1 año), cambio de domicilio reciente, ingreso hospitalario en los últimos 3 meses, sufre enfermedad terminal, padece alguna afectación crónica que condiciona incapacidad funcional, necesita atención domiciliaria al menos una vez por semana, toma más de tres fármacos, padece deterioro cognitivo, sufre depresión o tiene una situación económica precaria o insuficiente.

El término de fragilidad es un término heterogéneo tanto en su definición como en cuanto a la variabilidad de sus indicadores como en el abordaje de las estrategias en su manejo (Hervás y García, 2005). En el 2001, Fried describe como características de la fragilidad: Deterioro, pérdida de peso, sarcopenia, debilidad, pobre resistencia, cansancio autorreferido, lentitud y disminución de la ingesta. Su diagnóstico radica en la existencia de 3 de estos criterios o más. En 2004, ella añade que se trata de una entidad clínica que abarca otros síntomas, además de la discapacidad. Rockwood en 1994 incluye en la definición de fragilidad: Dependencia de otros o riesgo de depender, riesgo sustancial a sufrir resultados adversos, pérdida de reservas fisiológicas, ausencia de entramado social, enfermedades crónicas, problemas psicosociales, complejidad médica y posibilidad de beneficiarse de programas geriátricos. En cuanto a sus predictores encontramos: Deterioro cognitivo, deterioro en los órganos de los sentidos como la vista y el oído y el lenguaje, incontinencia, incapacidad para realizar las actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD), ya sean instrumentales o no, alteraciones del equilibrio y la movilidad (asociado o no a caídas), problemas cardiovasculares, gastrointestinales, renales del aparato locomotor, del aparato respiratorio y/o enfermedades malignas, aislamiento social y problemas de nutrición.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está asociada con muchas de esas manifestaciones clínicas como la edad avanzada, la inactividad, pérdida de masa muscular, enfermedades concomitantes y el declive en el funcionamiento físico y cognitivo (Shlipak, Stehman-Breen, Fried y Canción, 2004; Simal, 2004). Habitualmente, la causa de Enfermedad Renal Crónica en el anciano suele estar relacionada con otras patologías, tales como: Diabetes mellitus, infecciones urinarias o hipertensión arterial. La reducción permanente en la tasa de filtración glomerular (Fried, 2001; Emilee, 2009), puede dar lugar a complicaciones importantes en el anciano renal como son la anemia, alteraciones cutáneas, neuropatía,

problemas cardiovasculares así como alteraciones del metabolismo mineral que se manifiestan por niveles anormales en los niveles séricos de calcio, fósforo, hormona paratiroidea y vitamina D; alteraciones en la mineralización, volumen, remodelado, crecimiento o fragilidad del esqueleto (osteodistrofia renal) y calcificaciones cardiovasculares o de otros tejidos blandos (Arbolea, 2011; Otero, 2002). La coexistencia de la enfermedad arterioesclerótica y la fragilidad ósea en la enfermedad renal hacen al paciente anciano nefrológico candidato para el estudio de fragilidad por la disminución de su capacidad de resistencia física, problemas en su movilidad, presencia de fatigabilidad, comorbilidad asociada a la enfermedad renal y alteraciones frecuentes en su peso debido a la retención de líquidos que se produce por el descenso de la funcionalidad del riñón. Es por todo ello por lo que el tratamiento farmacológico y dietético es sumamente importante en los ancianos con ERC, dado que si no consigue un buen control de la enfermedad con estas medidas, se debe plantear la diálisis o el trasplante renal (Rodríguez y Sánchez, 2013).

Si queremos actuar sobre la fragilidad, lo primero que debemos hacer es detectar a este grupo de población que se encuentra en riesgo de padecerla para retrasar la discapacidad y dependencia (Orueta, Rodríguez, Carmona, Moreno y García, 2008). Con esta finalidad son muchas las escalas y cuestionarios que aparecen en la bibliografía. El objetivo que nos planteamos en este estudio fue detectar la presencia de fragilidad en nuestra población renal mayor de 65 años.

## **Método**

### *Participantes*

En el presente estudio se incluyeron 54 pacientes mayores de 65 años de los cuales, el 44,4% estaba representado por hombres y el 55,6% restante eran mujeres, sometidos a terapia renal sustitutiva en programa de hemodiálisis en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas durante los meses de septiembre y diciembre de 2014.

En cuanto a la distribución según el grupo de edad, se observa que el grupo mayoritario es el que comprende la franja de edad de entre 65 y 69 años, que representa el 40,7% y le sigue el grupo de octogenarios con un 25,9%. Las edades comprendidas entre 75 y 79 años suponen el 22,2% y el grupo entre 70 y 74 años representa el 11,1%.

Con respecto al estado civil el 11,1% eran solteros, el 61,1% casados, el 25,9% viudos y el 1,9% divorciados.

Destacar que más de la mitad de los pacientes (51,9%) no tenían ningún tipo de estudios, seguidos de los pacientes con estudios primarios (22,2%) y de los pacientes con estudios universitarios, que sólo suponían el 9,3% del total. Además, el 90,7% de los pacientes eran jubilados.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron todos los pacientes mayores de 65 años en programa de hemodiálisis con permanencia no inferior a un año de tratamiento que fueran capaces de contestar el cuestionario por si solos o con ayuda de su cuidador.

### *Instrumentos*

En el presente estudio utilizamos para la detección de la fragilidad la escala Frail. Se trata de una escala validada, y una de las más sencillas de utilizar. Validado y baremado (Morley y Malmstrom, 2012; Woo y Leung, 2012). Consta de 5 preguntas referentes a un dominio (Fatigabilidad, Resistencia, Deambulación, Comorbilidad y Pérdida de Peso) y cada uno de esos dominios tienen una puntuación de 1 punto. Se considera a la persona frágil cuando suman de 3 a 5 puntos. El dominio fatigabilidad se evalúa mediante la pregunta "¿qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?". Las respuestas pueden ser 1=Todo el tiempo, 2=La mayoría de las veces, 3=Parte del tiempo, 4=Un poco del tiempo, 5=En ningún momento. Las respuestas de "1" o "2" se califican como 1 y todos los demás como 0. El ámbito resistencia se evalúa mediante la pregunta: "¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?" La respuestas pueden ser 1=Sí,

0=No. Para el ámbito deambulaci3n se realiza la siguiente observaci3n seguida de la pregunta: "por t3 mismo y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?" Las repuestas pueden ser 1=Si, 0=No. Con este cuestionario tambi3n se evalúa la comorbilidad para 11 enfermedades, preguntando: "¿alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene [la enfermedad]?" Las repuestas pueden ser 1=Si, 0=No. Las enfermedades se encuentran codificadas. De la enfermedad de 0 a 4 no puntúan y de la enfermedad 5 a 11 puntúan 1 punto. Las enfermedades son: Hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal. El 3ltimo dominio evaluado es la p3rdida de peso mediante la pregunta: "¿Cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [peso actual] "y" Hace un a3o en ( Mes, A3o), ¿cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [peso hace 1 a3o]". La puntuaci3n en este dominio se realiza mediante esta f3rmula: [ peso Hace 1 a3o - Peso actual ] / peso hace 1 a3o ] \* 100. Si el porcentaje de cambio es superior a 5, representaría una p3rdida de peso superior al 5 y se puntúa como 1 y si es inferior al 5% como 0.

### *Procedimiento*

Se realizaron entrevistas a todos los pacientes y se recogieron datos con informaci3n general en relaci3n al sexo, edad, h3bito tab3quico, estado civil, nivel educativo, situaci3n laboral, Índice de Masa Corporal (IMC), presencia de soledad, etiolog3a renal, pluripatolog3a, dependencia de un cuidador principal. Esta valoraci3n fue realizada por una 3nica enfermera.

Durante la entrevista se realiz3 una valoraci3n de la fragilidad mediante el cuestionario Frail mencionado anteriormente. Seguidamente, los pacientes se cribaron en dos grupos en funci3n de la presencia o ausencia de fragilidad (pacientes Fr3giles y No Fr3giles) para comparar posteriormente las variables de sexo, edad, pluripatolog3a, (HTA, diabetes y dislipemias), dependencia de un cuidador principal, adhesi3n al tratamiento (ADHT), IMC, ganancia de peso entre sesiones de di3lisis y n3mero de f3rmacos cr3nicos entre ambos grupos.

### *Análisis de datos*

Se realiz3 un estudio observacional descriptivo transversal. Los resultados se presentaron como media  $\pm$  DE para variables param3tricas. Se utilizaron los test de comparaci3n de medias (T de Student y ANOVA) para las variables param3tricas, y an3lisis no param3trico (Kruskal-Wallis y Wilcoxon) para el resto. Se utilizaron los coeficientes de Pearson y Spearman para la correlaci3n (ajustado por factores de confusi3n). Se asumi3 significaci3n estadística significativa para  $p < 0,05$ . Se utiliz3 el programa SPSS 15.0.

### **Resultados**

En el presente estudio, en cuanto al IMC, el 46,2% de los pacientes ten3an un peso normal, seguidos del 30,8% que padec3an sobrepeso y un 13,5% de los pacientes eran obesos. Tan s3lo el 7,7% de los pacientes ten3an un IMC representativo de infrapeso y el 1,9% padec3a un mayor grado de obesidad. Gr3fica 1.

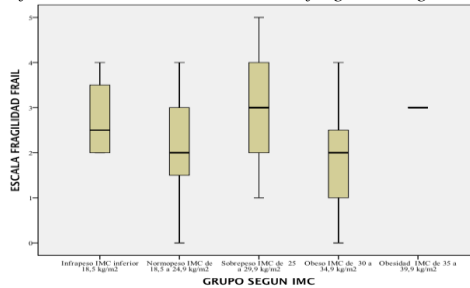
El 3,8% viv3a en soledad y un 42,6% depend3an de un cuidador principal para la toma de medicaci3n. El 46,3% de los pacientes refiri3 encontrar dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos. En lo referente a la etiolog3a renal destacar con un 24,1% la de origen no filiado, seguida de la nefropat3a diab3tica (18,5%), glomerulonefritis (14,8%) y nefroangiesclerosis (13%). Eran fumadores s3lo un 3,7%.

Rese3ar la elevada pluripatolog3a que encontramos asociada a la ERC, ya que el 92,6% de los pacientes eran hipertensos, el 68,6% dislip3micos y 40,4% diab3ticos.

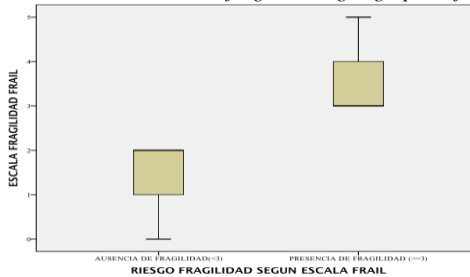
En cuanto a la evaluaci3n de la fragilidad seg3n la escala Frail obtuvimos que un 51,9% de los pacientes se encontraban en situaci3n de fragilidad. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: Grupo A

pacientes Frágiles (con Índice de fragilidad mayor o igual a 3) con 28 pacientes (51,9%) y Grupo B pacientes No Frágiles (índice inferior a 3) con 26 pacientes (48,1%). El Índice de fragilidad en los pacientes Frágiles fue de  $3,46 \pm 0,57$  mientras que en el grupo de los pacientes No Frágiles fue de  $1,38 \pm 0,8$ . Gráfica 2. No se encontraron diferencias en la variable sexo. Gráfica 3. Respecto a la variable edad, la media obtenida en el grupo de pacientes No Frágiles fue de  $71,12 \pm 11,89$  años mientras que en el grupo de Frágiles fue de  $74,86 \pm 9,14$  años. Gráfica 4. En cuanto a la distribución por edades sí observamos que a mayor edad, la puntuación en la escala de fragilidad fue mayor, aunque no encontramos diferencias significativas entre grupos. En el grupo de 65-69 años se obtuvo una puntuación de  $2 \pm 1,34$ , en el grupo de 70 a 74 años de  $2,83 \pm 1,6$ , en el grupo de 75 a 79 la puntuación fue de  $3 \pm 1,04$  y, finalmente, en el grupo de mayores de 80 años de  $2,57 \pm 1,01$ . Encontramos un dato atípico en cuanto a este grupo de octogenarios ya que la puntuación media obtenida fue inferior a la del grupo de 70 a 74 años. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de soledad, pluripatología (HTA, diabetes, dislipemias), dependencia de un cuidador principal para la toma de medicación, ADHT, IMC, ganancia de peso entre sesiones de hemodiálisis y número de fármacos crónicos.

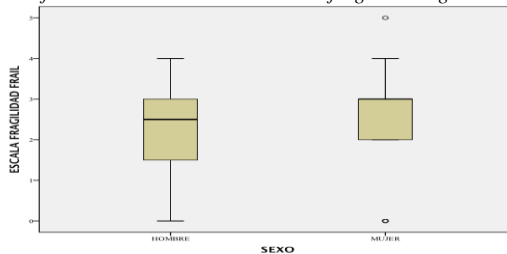
Gráfica 1. Distribución del Índice de fragilidad según IMC.



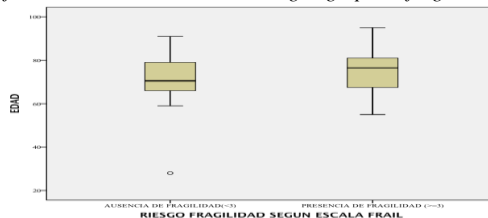
Gráfica 2. Distribución del Índice de fragilidad según grupo de fragilidad.



Gráfica 3. Distribución del Índice de fragilidad según sexo.



Gráfica 4. Distribución de la edad según grupo de fragilidad.



## Discusión

Se ha realizado un estudio en mayores de 65 años que padecen Enfermedad Renal Crónica con la finalidad de detectar la fragilidad de dichos pacientes mediante la utilización de la escala de Frail.

Son muchos los estudios que han intentado examinar la prevalencia de la fragilidad en la enfermedad renal crónica debido a la relación que podría esperarse debido tanto a la propia ERC como a la enfermedad asociada a ella. En el presente estudio sobre la población renal en tratamiento de hemodiálisis encontramos una prevalencia muy alta de fragilidad con un 51,9%. Una cifra muy alta comparada con la prevalencia en la población general no institucionalizada que oscila entre el 7 y 12% o en los primeros estadios de la ERC que oscilaba entre el 15% en hombres y 6% mujeres (Shilpak, 2004). Resultados aún muy lejos de las cifras observadas en el estudio que presentamos. Otros estudios muy en línea con estos resultados fueron los encontrados en el estudio Cardiovascular Health, los cuales hallaron una prevalencia del 15% en pacientes con ERC frente al 6% en pacientes sin ERC. Los resultados que aquí se presentan son más coincidentes con otras líneas de investigación en función del estadio de la enfermedad. Johansen y colaboradores (2007), detectan fragilidad en más de tres cuartas partes de la población de diálisis mayores de 60 años muy en línea con los resultados publicados en este estudio. El estudio NHANES III (2009) encontró una probabilidad seis veces mayor de padecer fragilidad en los pacientes con ERC estadio 3B, es decir, la fragilidad aumenta en función de la progresión de la enfermedad renal. Otro estudios también encuentran relación entre fragilidad, sexo y edad. Sydal y cols (2010) detectan casi el doble de mujeres frágiles vs hombres (8,5% vs 4,1%). Collard y cols (2012) en otro estudio realizado en la población anciana que viven en la comunidad también encontraron diferencias en cuanto al sexo y a la edad siendo mayor en mujeres que en hombres y mayor a más años, difiriendo de los resultados encontrados en el presente estudio, ya que nosotros no encontramos diferencias ni en cuanto al sexo ni en cuanto a la edad, aunque sí observamos mayor fragilidad a mayor edad pero sin diferencias significativas. En el grupo de 65 a 69 años la puntuación es de  $2 \pm 1,34$ , en el grupo de 70 a 74 años es de  $2,83 \pm 1,6$ , las edades comprendidas entre 75 y 79 años tienen una puntuación de  $3 \pm 1,04$ , por lo que el incremento en la puntuación podría estar relacionado con los cambios fisiológicos, psíquicos y sociales propios que se producen en el ser humano con la edad. Por otro lado cabe destacar otro aspecto atípico encontrado en este estudio, el índice de fragilidad hallado en nuestra población octogenaria - en la muestra elegida la puntuación en la escala de Frail es de  $2,57 \pm 1,01$ - reflejándose por tanto un índice equiparable al de un riesgo de rango de edad inferior. Esto puede ser debido a que los pacientes que alcanzan esa edad tienen un nivel de vida más que aceptable -elevados conocimientos sobre su enfermedad y alto autocontrol de dieta y medicación- aunque también somos conscientes del mayor riesgo de fragilidad en el caso de padecer un episodio adverso grave como puede ser una hospitalización por algún problema de salud. En el transcurso del estudio con una duración de 4 meses, 4 pacientes octogenarios sufrieron problemas de salud que requirieron hospitalización. La recuperación de la enfermedad fue insidiosa y la puntuación en la escala Frail ascendió rápidamente a 5. Por eso, debemos prestar especial atención a este grupo de edad y consideramos su realización con una frecuencia mayor en intervalos de tiempo menores y siempre ante cualquier cambio del estado de salud

del paciente. Es muy importante tener en cuenta que la población de la tercera edad las hospitalizaciones recientes y los reingresos suponen un riesgo añadido e incrementan el riesgo de fragilidad.

La fragilidad es frecuente en el paciente con Enfermedad Renal Crónica en programa de hemodiálisis y su detección precoz es fundamental para prestar asistencia de calidad (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006), donde se tenga en cuenta las capacidades del paciente y a su vez se refuercen aquellos conocimientos útiles para el paciente que puedan prevenir posibles complicaciones en un futuro (Martín, Gorroñoigoitia, Gómez, Baztán y Abizanda, 2010).

Además, hay que tener en cuenta que los cambios fisiológicos, psíquicos y sociales relacionados con la propia edad les hacen más susceptibles a ser considerados ancianos frágiles (Rodríguez y Sánchez, 2013). Y por ello, la labor como profesionales sanitarios debe ser más exhaustiva.

La escala Frail es una herramienta muy útil para la detección de la fragilidad en un primer encuentro con el paciente que padece Enfermedad Renal Crónica. La escala de Frail cuenta con 5 dominios diferentes que nos sirven para poder conocer diferentes aspectos de la persona mayor y, a partir de los cuales, la podemos clasificar en situación de fragilidad, de acuerdo a la puntuación obtenida. Aunque somos conscientes de su cuestionable sensibilidad, consideramos que su uso conjunto con otras herramientas dentro de la valoración integral del paciente geriátrico renal, sirve para ofrecernos una visión general del anciano nefrológico, detectar tanto sus necesidades reales como potenciales y su detección precoz para su inclusión dentro de un programa específico de salud que facilite la prestación de cuidados integrados a esta población.

## Referencias

- Abellán, A. y Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España*. Indicadores estadísticos básicos.
- Arbolea, L.(2011). Trastorno mineral y óseo asociado a la enfermedad renal crónica. *Reumatología Clínica*, 7(2), 18-21.
- Avila-Funes, JA., Helmer, C., Amieva, H. et al. (2008). Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63, 1089-1096.
- Collard, RM., Boter, H., Schoevers, RA. y Oude Voshaar, RC. (2012). Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 1487-1492.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C., y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-500.
- Emilee R., Wilhelm-Leen, BA., Yoshio N., Hall, MD., Manjula, K., Tamura, MD., Glenn, M. y Chertow, MD. (2009). Frailty and Chronic Kidney Disease: The Third National Health and Nutrition Evaluation Survey (NHANES). *American Journal Medicine*, 122(7), 664-671.
- Fried, LP., Tangen, CM., Walston, J., Newman, AB., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, WJ., Burke, G. y McBurnie, MA. (2001). Group for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal Gerontology Medical Science*, 56A,M146-M156.
- Hervás, A. y García de Jalón, E. (2005). Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano: Perspectiva desde un centro de salud. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* , 28(1), 35-47. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Johansen, KL., Chertow, GM., Jin, C. y Kutner, NG. (2007). Significance of frailty among dialysis patients. *Journal of American Society Nephrology*, 18, 2960-2967.
- Martín, I., Gorroñoigoitia, A., Gómez, J., Baztán, J.J. y Abizanda, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención primaria*, 42(7), 388-393.
- Morley, JE., Malmstrom, TK. y Millar, DK. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *Journal of Renal Nutrition Health Aging*, 16, 601-8.
- Orueta, R., Rodríguez de Cossío, Á., Carmona, J., Moreno, A., García, A., y Pintor Córdoba, C. (2008). Anciano frágil y calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(3), 101-105.
- Otero, L.M. (2002). Enfermedad renal crónica. *Colombia Médica*, 33(1), 38-40.
- Rodríguez, R. y Sánchez, A. (2013). Atención de enfermería en la unidad de hemodiálisis a un paciente cada vez más anciano. *Enfermería Nefrológica*, 16, 168-169.

- Shlipak, MG., Stehman-Breen, C., Fried, LF., Canción, X., Siscovick, D., Fried, LP., Psaty, BM. y Newman, AB. (2004). The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Disease*, 43(5), 861-867.
- Simal, F., Martín, J. C., Bellido, J., Arzúa, D., Mena, F.J., González, I., y Molina, A. (2004). Prevalencia de la enfermedad renal crónica leve y moderada en población general. Estudio Horteiga. *Nefrología*, 24(4), 329-37.
- Sydall, H., Roberts, H., Evandrou, M., Cooper, C., Bergman, H. y Ahie-Sayer, A. (2010). Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Agein*, 39(2), 197-203.
- Woo, J., Leung, J. y Morley, JE. (2012). Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation. *Journal American Geriatrics Society*. 60(1), 1478-1486.





## CAPÍTULO 24

### **Universidad de la experiencia promoviendo calidad de vida: Un análisis de las personas mayores en la Universidad de Barcelona**

Lígia Carreira\* y Montserrat Puig Llobet\*\*

*\*Universidade Estadual de Maringá (Brasil), \*\*Universidad de Barcelona (España)*

El envejecimiento es parte de la realidad de las sociedades. En 1950 había 204 millones de personas mayores en todo el mundo y se estima que en 100 años habrá un aumento de 980%, proyectando así, para 2050, cerca de dos mil millones de personas mayores (WHO, 2005). Esto, causada por una reducción en las tasas de fecundidad y mortalidad, tanto en niños como en las edades más avanzadas, cambia la sociedad, antes predominantemente joven, haciendo con que esta pase a presentar un número creciente de personas de edad avanzada.

En España, el envejecimiento de la población es también un fenómeno evidente. En 1950, las personas de 65 años o más representaron 7% de la población, y en 40 años esta tasa ha crecido 17% (Sanz y Paricio, 2006). El censo de 2001 refleja que el grupo de personas mayores es más alta que en los de 16 años de edad (Nistal, Carrillo y Jiménez, 2008). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, la esperanza de vida al nacer aumentó de 64,3 años, en 1950, para 81,6 años de edad hoy en día, siendo 78,5 años para los hombres y 84,6 para las mujeres (INE, 2010; García, Días y Villarejo, 2012).

Se sabe que las enfermedades crónicas y las condiciones de discapacidad son frecuentes en las edades más avanzadas, problemas estos que mismo cuando no conducen a la muerte, causan sufrimiento y pérdida de calidad de vida. El indicador de la Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI), calculado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, fue de 72,6 años en la población española, en 2007 (García, Días y Villarejo, 2012). Una de las principales cuestiones planteadas con el progresivo envejecimiento de la población es saber si, en el futuro, el aumento de la esperanza de vida se acompañará de un aumento de la morbilidad, con aumento progresivo de las enfermedades crónicas y trastornos mentales, o si el aumento del tiempo vida estará con buena salud y perspectivas de un envejecimiento activo.

Por lo tanto, las investigaciones sobre condiciones que corroboren para una buena calidad de vida en la vejez son de gran importancia científica y social (Galisteu, Facundim, Ribeiro y Soler, 2006). Aunque los avances en medicina contribuyen al aumento de la esperanza de vida y el número de personas de edad avanzada, tener una gran población de más de 80 años no es, necesariamente, indicativo de la calidad de vida (Miranda y Banhato, 2008). La preocupación actual es proporcionar calidad a los años vividos y no sólo aumentar la esperanza de vida.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en que convive, así como sus objetivos, normas y preocupaciones (WHOQOL Group, 1995). El análisis de la calidad de vida, bajo un aspecto subjetivo, también tiene en cuenta cuestiones de orden concreta, sin embargo, considera variables históricas, sociales, culturales y de interpretación individual de las condiciones de bienes materiales y servicios (Almeida, Gutierrez y Marques, 2012).

Para la persona mayor, la calidad de vida es indentificada como bueno o malo, según la cual él experimenta en la vejez. La calidad de vida dependerá de la interpretación de los hechos y acontecimientos y estará estrechamente ligada a la percepción subjetiva de los acontecimientos y las condiciones de vida (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio y Priore, 2006). La calidad de vida

de la persona mayor también puede estar relacionada con la capacidad funcional, auto-protección de la salud, estado emocional, interacción social y actividad intelectual.

Entre las dimensiones relacionadas con la interacción social de las personas mayores y la actividad intelectual, destacan las posibilidades de participación en las instituciones de educación superior. Estas actividades, desarrolladas por las universidades de la tercera edad, promueven la salud y la calidad en su sentido más amplio – aquella que toma como presupuesto ser la salud expresión de vida con calidad (Veras y Caldas, 2004).

Estudios existentes sobre la calidad de vida de la población de edad avanzada, en los últimos años, han abordado el envejecimiento como un fenómeno global, con múltiples influencias de este hecho en la sociedad (Miranda y Banhato, 2008; Kreling, 2010). Estos estudios investigan también el estado de bienestar de las personas mayores, en relación a presencia de alguna condición de enfermedad o incapacidad física, evaluando los impactos sociales y de salud que resultan del proceso de envejecimiento, discutiendo también los nuevos desafíos para las políticas públicas impuestas por esta realidad (Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery y Blane, 2005; Escobar y Afanador, 2010; Chan, Chiu, Chien, Thompson y Lam, 2006; Moliterno, Faller, Borghi, Marcon y Carreira, 2010).

Por lo tanto, se considera la importancia de hacer un análisis de la calidad de vida en personas mayores independientes y bajo un aspecto subjetivo, en lo cual las variables históricas, sociales, culturales y de interpretación individual sobre las condiciones de vida son valorados como clave de su percepción del bienestar. En este contexto, se analizan los programas universitarios que se ofrece a población de edad avanzada con fines de promoción del envejecimiento saludable y el impacto en la mejora de las condiciones de vida. En este escenario, la pregunta de investigación del estudio fue: ¿Cómo los programas universitarios para personas mayores están ayudando a promover el bienestar de esta población? Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar los significados de la calidad de vida relacionados con las actividades desarrolladas por la Universidad de la Experiencia, de la Universidad de Barcelona (UB), en la perspectiva de sus participantes.

### **Método**

Estudio exploratorio descriptivo, con enfoque teórico-metodológico cualitativo, realizado con personas mayores ingresos en la Universidad de la Experiencia, de la UB, en curso académico 2014-2015.

Los métodos de investigación cualitativa son capaces de incorporar la cuestión del sentido y de la intencionalidad, que son inherentes a los actos, las relaciones y las estructuras sociales, componiendo las construcciones humanas significativas (Minayo, 2010). Por lo tanto, utilizamos el Interaccionismo Simbólico (Charon, 1985) como marco teórico y la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1999) como marco metodológico, para cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

La recogida de datos ocurrió con 22 adultos mayores por medio de la observación y entrevistas semi-estructuradas. Los datos fueron registrados en diario de campo y la grabadora digital, y transcritos integralmente. Como requisito para participar en el estudio, las personas mayores deben tener una edad mínima de 60 años, estar inscrito en al menos un curso ofrecido por la Universidad de la Experiencia, de la UB, y aceptar participar en la investigación.

La Universidad de la Experiencia de la UB es un programa universitario, que ofrece un nivel de formación, reconocida por la institución, a las personas mayores. Se trata de un programa de formación de carácter innovador, que complementa otras formas de la educación superior, como la educación profesional de los jóvenes y la educación continua. Para participar en los estudios ofrecidos por este programa es necesario tener 55 años de edad y realizar inscripción en los plazos del calendario académico.

Fue elaborado, por el investigador, el instrumento de recogida de datos, el cual fue sometido a la validación del contenido por tres doctores y, posteriormente, a un pre-test con dos personas mayores, el

fin de adaptar las preguntas y corregir posibles errores de interpretación de los encuestados. Lo mismo ha sido elaborado con preguntas abiertas y cerradas, permitiendo la caracterización socio-demográficas de la población de estudio, captar el significado de calidad de vida y bienestar, así como el impacto percibido de las actividades desarrolladas en la Universidad de la Experiencia para su bienestar. Los datos fueron analizados utilizando el método comparativo, este constante en los principios de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1999).

En la composición de los grupos se cumplieron los criterios de muestreo y la saturación teórica. El muestreo teórico fue seleccionada de acuerdo con las inferencias del investigador en el proceso de análisis de datos. La saturación teórica de los datos también influirán en la toma de muestras, con la duplicación de la información y la imposibilidad de encontrar nuevos datos. En este sentido, también es necesario desarrollar una *sensibilidad teórica*, que permite al investigador una percepción de los significados presentes en los datos (Glaser y Strauss, 1999).

El proceso de codificación y categorización de los datos ocurrió durante todas las fases del trabajo de campo. Después de la transcripción de los datos, estos fueron comparados constantemente, con el fin de descubrir los procesos dominantes en la escena social, es decir, los procesos que implicaban la Universidad de la Experiencia como promotora de la calidad de vida en la vejez. Las categorías son analizadas verificando la conexión entre las mismas, originando los procesos, muestreo selectivo de datos y muestreo selectivo de la literatura, dando coherencia a los resultados con estudios académicos.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la UB.

### **Resultados y discusión**

La preocupación por la calidad de vida siempre estuvo entre los hombres y remete a los intereses por la vida. Por lo tanto, no es posible existir un único y definitivo concepto sobre lo que es de calidad de vida, pero puede establecerse elementos para pensar en esta idea como fruto de los indicadores o esferas objetivas y subjetivas, desde la percepción que los individuos construyen en su medio. Refleja así como las actividades universitarias, que se ofrecen a los mayores, son percibidos por ellos como herramientas que promuevan la calidad de vida en sus vidas diarias. En esta perspectiva, el análisis de datos identificó el fenómeno central: "Universidad de la Experiencia' como promotora de la calidad de vida en la vejez", construida por tres procesos.

-Programas universitarios como agentes de protección de la independencia y autonomía de las personas mayores

La percepción de los indicadores subjetivos de la calidad de vida abarca sentimientos y juicios de valor de los individuos, que se relaciona con el origen cultural del sujeto, al ambiente y lugar donde vive, y las condiciones de desarrollo posible para su vida. Dirige, por ejemplo, su modo de acción en la sociedad, los medios de percepción y juzgamiento de su vida, siempre relativos a las expectativas y a la comprensión del bienestar de su grupo. En este sentido, programas universitarios desarrollados para las personas mayores son actividades que promueven las personas a mantener una vida activa, incentivan su independencia, autonomía y la conservación de su capacidad psíquica.

*Después de 40 años de trabajo y llevar una vida activa con una rutina intensa que envolvía el trabajo, los niños y las tareas domésticas, y de repente estar en casa solo tomando el polvo y la limpieza de la casa me hacía loca. Decidí asistir a la Universidad de Experiencia y está siendo agradable porque sigo con mi independencia. Necesito mantener parte de mi independencia para no desgraciarse la vida. Así, la Universidad de la Experiencia es una alternativa para mantener mi mente oxigenada. (M2)*

*Para mí, la Universidad de la Experiencia es una herramienta importante para manejar el equilibrio en mi vida, algo que conseguí regresando a los estudios. (M4)*

La participación de las personas mayores en el espacio universitario es claramente un elemento que promueven el bienestar y la calidad de sus vidas cotidianas. Calidad de vida se percibe como algo que se

acerca el grado de satisfacción que se encuentra en la vida, lo que implica la amplitud de los espacios sociales, ambiental, familiar y la estética existenciales. Presuponese, así, la capacidad de efectuar una síntesis cultural de todos los elementos que una determinada sociedad considera su nivel de comodidad y bienestar (Almeida, Gutierrez y Marques, 2012). Otros autores abordan la calidad de vida por la manera como las personas viven, sienten y comprenden su cotidiano envolviendo, por tanto, salud, educación, transporte, morada, trabajo y participación en las decisiones que les afectan (Gonçalves y Vilarta, 2004).

Con respecto a los beneficios de estas actividades universitarias en la vida cotidiana de las personas mayores, otro aspecto destacado como algo que ayuda en la promoción de la capacidad funcional fue la comprensión de estas como ejercicios mentales de memorización y raciocinio, que pueden ser instrumentos para la preservación de las funciones cognitivas en el proceso de envejecimiento.

*El ejercicio de la memoria, la capacidad de raciocinio trae gran beneficios para nuestra vida, por eso que estoy aquí estudiando en la Universidad de la Experiencia. (M8)*

*Pasé 45 años de trabajando duro y de repente todo termina. Entonces tiene un enorme vacío en su vida y no sabes qué hacer. Así, las actividades de la Universidad de la Experiencia llenan ese vacío y ocupan bien nuestro tiempo. Desde el punto de vista mental, el ejercicio puede prevenir algunas enfermedades degenerativas, como el Alzheimer o al menos esta tarde en desarrollarse, siendo una manera de mantener la salud. (M3)*

La edad avanzada conduce al aumento en el riesgo de discapacidad. La literatura resalta que el bajo nivel educativo es considerado un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez y se asocia con una mayor exposición a factores ambientales perjudiciales para el sistema nervioso central (Mello, Haddad y Dellaroza, 2012). A partir de estos resultados científicos, la preocupación señalada por los participantes del estudio es algo coherente. Otros estudios realizados en Nueva York y Minas Gerais indicaron una fuerte asociación entre los niveles más bajos de educación y las puntuaciones más bajas en las pruebas de evaluación de la capacidad cognitiva (Guerrero-Berroa, Luo, Schmeidler, Rapp, Dahlman, Grossman, Haroutunian y Beeri, 2009; Ferreira, Tavares y Rodrigues, 2011). Sin embargo, hay estudio que indica que el deterioro cognitivo tiende a ocurrir más rápidamente en las mujeres, las personas con alto nivel educativo y con edad avanzada (Castro-Costa, Dewey, Uchôa, Firmo, Lima-Costa y Stewart, 2011).

Es evidente la constante preocupación de las personas mayores con hábitos saludables y, consecuente, preservación de su independencia. Vale la pena mencionar aquí que más oportunidades de acceso a la alfabetización y a los medios de aprendizaje pueden ayudar especialmente para la promoción de la salud de los adultos mayores.

-Convivencia social ampliada para las personas mayores en el ámbito universitario

El ámbito subjetivo, de la percepción de calidad de vida, es tratada con valores no materiales como el felicidad, solidaridad, inclusión social y realización personal (Almeida, Gutierrez y Marques, 2012). Luego, como envuelve una perspectiva subjetiva de acciones, es siempre necesario considerar las infinitas posibilidades de la percepción individual, conceptualización y valoración de estas variables inmensurables objetivamente como, por ejemplo, el sentimiento de placer en diversas situaciones cotidianas, en este caso particular, los sentimientos generados por la participación en actividades promovidas por la universidad para las personas mayores, que se expresa de diferentes maneras entre los sujetos.

Entre las expresiones de bienestar promovidas por la actividad universitaria para las personas mayores son las oportunidades de ampliar las interacciones sociales. Las personas mayores afirman que el ámbito universitario es un lugar de encuentro para las personas, la creación de nuevas amistades, teniendo así una función social positiva, que es promover la integración social.

*Es un lugar donde conocemos diferentes personas, de otros lugares, hacemos nuevos amigos y vemos otras maneras de pensar. (M2)*

*La Universidad de la Experiencia me ayuda a relacionarme con la gente. Luego, venir aquí en la universidad es una función social de integración, que veo positivamente. (M10)*

Los programas educativos para los mayores son facilitadores importantes de envejecimiento activo, ya que permiten la integración de los usuarios y la participación social (García y Vendrell, 2013). Estudio realizado en Polonia, con las personas mayores que frecuentan a la Universidad Abierta de la Tercera Edad indica que cuanto mayor es los parámetros de Sentido de Coherencia y el nivel de la educación superior son los efectos de la satisfacción con la vida, que resulta en una mejor adaptación a la etapa de la vejez, como una época de desafíos múltiples (Zielinska-Wieczkowska, Ciemnoczołowski, Kedziora-Kornatowska y Muszalik, 2012).

La construcción del conocimiento y la experiencia de situaciones placenteras también fueron mencionados como los intercambios intergeneracionales, al frecuentar el espacio universitario. Los vínculos entre las personas de diferentes edades y en diferentes etapas del desarrollo humano son oportunidades de intercambio de experiencia y contribuyen para una satisfacción personal, por la cual vislumbran la posibilidad de transmisión de los conocimientos, valores, recuerdos y otros aspectos de la aproximación de diferentes generaciones.

*Para los jóvenes somos de edad avanzada que siguen interesados y dispuestos a aprender. El aprendizaje es siempre importante. Y notan nuestro entusiasmo por la vida. (M7)*

*Para los jóvenes es bueno estar con adultos y personas mayores que no son sus padres, tíos o abuelos, porque cuando se les dice lo que piensan sobre las cosas, se sorprenden. Sin embargo, debemos ser más conscientes de nuestras responsabilidades frente a los jóvenes y ser buenos ejemplos para ellos. (M4)*

Relaciones intergeneracionales, además de ser visto como un modelo de ejercicio de la ciudadanía, tienen gran importancia ya que demuestran un grado de influencia ejercida directamente sobre los dos grupos que establecen la relación, que tiene efectos indirectos sobre todos los elementos de la sociedad.

-Actividades intelectuales generadoras de bienestar para las personas mayores.

Los programas universitarios están sustentados en una propuesta de educación permanente, que buscan el desarrollo de potencialidades, nuevos proyectos de vida y estimulan la participación activa de las personas mayores en la comunidad. En este sentido, estas acciones, así como preservan la autonomía e independencia, promueven la convivencia social ampliada, notase que el pensamiento y el aprendizaje favorecen el bienestar.

*Quiero estar con la mente siempre activa y no quedarme inerte delante de la vida o simplemente viendo paisajes, por más hermosos que sean. Una actividad que me hace seguir trabajando con la mente. Además, también me gusta estudiar. (M1)*

*Particularmente siempre me gustó estudiar y, neste momento, me pareció apropiado para empezar a estudiar algo que yo no tuvo en mi formación. Soy adepto que las ciencias entre en las humanidades y viceversa. Yo creo que deberíamos tener un conocimiento más universal. Sé que soy un utópico. Pero sé del beneficio de aprender e incentivo el aprendizaje. Aquí, en estos programas universitarios tenemos la expansión del conocimiento, ya que abren las puertas que hasta hace poco estaban cerrados y, así, permiten una manera de seguirnos aprendiendo. (M7)*

Uno de los principios de los programas universitarios para personas mayores es la "vida con calidad" priorizando, en sus propuestas, la promoción de la salud, el cuidado y el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores (Vicente, Martínez y Moar, 2004; Carreira y Taam, 2012). Al establecer estrategias de educación, cultura e investigación para las personas mayores, proporcionando actividades en diversas áreas del conocimiento, y permitiendo sus accesos a las estructuras de apoyo de las universidades, como los laboratorios y bibliotecas, observamos, también, la configuración de una propuesta la salud pública, sobre la base de un estilo de vida activo con ciudadanía.

El ejercicio intelectual, promovido por estos programas universitarios, permite el mantenimiento de la calidad de vida de este grupo, así como la preservación o potenciación de la autonomía personal. Estos

programas son de gran importancia social, sanitaria, cultural y educativo, constituyendo un elemento de envejecimiento activo, donde personas mayores, a través del estudio y del ejercicio intelectual mantienen o incluso mejoran su autonomía por la adquisición de nuevos conocimientos y la integración social (Vicente, Martínez y Moar, 2004).

*Los cursos aquí en la universidad son capaces de ampliar su capacidad de comunicación con amigos y familiares, porque nos enseña a pensar. (M3)*

*He conocido a muchas cosas con los cursos que estoy haciendo en la Universidad de la Experiencia. Cualquier cosa que lee, estudias y aprendes es un beneficio para tí. (M6)*

Los nuevos conocimientos tienen valor importante para la vida del estudiante de edad avanzada. Notase que una de las razones por las cuales las personas mayores siguen aprendiendo de forma efectiva es centrarse su aprendizaje en las áreas de interés. Por lo tanto, una motivación fundamental, como auxiliar principal de aprendizaje, es la voluntad de aprender, además de las personas que siguen actuando en tareas intelectuales conservan esta capacidad a lo largo de su vida.

*Tengo un trabajo que no requiere mucho más tiempo y, por lo tanto, yo estoy en una fase tranquila de la vida. Necesito tener una mente creativa. Así, creo que la variedad de información le permite ver las cosas desde diferentes puntos de vista. Para ser capaz de comunicarse con la gente, primero debe tener ideas, y, por otro lado, hay que tener empatía con la otra persona con el fin de ver cómo se puede comunicar la idea. Si tiene una formación cultural muy estrecha y conocimiento restricto eso limitate, de lo contrario, se puede expresar de diferentes maneras. (M10)*

Es evidente heterogeneidad de necesidades, motivaciones e intereses existentes en grupos de mayores, generada por la particularidad de las historias y trayectorias de vida. Sin embargo, observase que ocurren incrementos en la creación y en la labor educativa con las personas mayores, valorando las experiencias acumuladas y haciendo que el estudiante mayor sea un agente de su propio aprendizaje. Los cursos ofrecidos por las diferentes áreas del conocimiento desarrollan habilidades específicas, disposiciones afectivas y características personales que favorecen la actuación, en sentido de beneficiar las personas mayores y la sociedad.

### **Conclusiones**

Las actividades desarrolladas por la Universidad de la Experiencia mantienen mayores activos y representan una forma de promover la salud de las personas de edad avanzada, a partir de acciones interdisciplinarias que le permiten disfrutar del placer existente en el aprendizaje, así como la expansión de las relaciones sociales.

Por lo tanto, actividades de educación permanente desarrollados por Universidades de la Tercera Edad son una herramienta eficaz para la valoración de las personas mayores, como ciudadano participativo y digno de una atención con calidad en todos los sectores sociales. En esta perspectiva, la educación surge como una ayuda para el fortalecimiento de la autonomía, integración social y mejora de las relaciones intergeneracionales, fomentando debates sobre cuestiones relacionadas con este grupo etario, transponiendo limitaciones y prejuicios relativos al envejecimiento.

### **Agradecimientos**

Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

### **Referencias**

Almeida, M.A.B., Gutierrez, G.L. y Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.

Carreira, L. y Taam, R. (2012). A universidade está aberta à terceira idade: a UNATI enquanto conquista da pessoa idosa. *Cienc cuid saúde*, 11(4), 639-641.

Castro-Costa, E., Dewey, M.E., Uchôa, E., Firmo, J.O.A., Lima-Costa, M.F. y Stewart, R. (2011). Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí cohort study of aging. *Cad. Saúde Pública*, 27(supl.3), p. 345-50.

Chan, S.W., Chiu, H.F., Chien, W., Thompson, D.R. y Lam, L. (2006). Quality of life in Chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 312-318.

Charon, J.M. (1985). *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Escobar, L.V. y Afanador, N.P. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 28(1), 116-128.

Ferreira, P.C.S., Tavares, D.M.S. y Rodrigues, R.A.P. (2011). Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbididades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta paul. enferm.*, 24(1), p. 29-35.

Galisteu, K.J., Facundim, S.D., Ribeiro, R.C.H.M. y Soler, Z.A.S.G. (2006). Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arq Ciênc Saúde*, 13(4), 209-214.

García, A.A., Días, J.P. y Villarejo, P.C. (2012). Estado de Salud. In R.D. Martín (Ed.), *INFORME 2010. Las Personas Mayores en España: Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. (pp. 63-132). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

García, M. y Vendrell, S. (2013). La gente amb experiència. In: A.F. Miravalles (Eds.), *La Universitat de L'Experiència. Una excellent oportunitat per continuar aprenent* (pp. 25-38). Barcelona: Universitat de Barcelona.

Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

Gonçalves, A. y Vilarta, R. (2004). Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: A. Gonçalves y R. Vilarta (Eds.), *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas* (pp. 03-25). Barueri: Manole.

Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M.A., Dahlman, K., Grossman, H.T., Haroutunian, V. y Beeri, M.S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(12), p. 1429-37.

INE. Instituto Nacional de Estadística. España. (2010). Disponible en <http://www.imsersomayores.cscic.es>

Kreling, N.H. (2010). O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. *Indic.Econ.FEE, Porto Alegre*, 38(1), 47-62.

Mello, B.L.D. de, Haddad, M.C.L. y Dellaroza, M.S.G. (2012). Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum*, 34(1), p. 95-102.

Minayo, M.C.S. (2010). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC.

Miranda, L.C. y Banhato, E.F.C. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicol. Pesq*, 2(1), 69-80.

Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M. y Blane, D. (2005). Functional limitation in long standing illness and quality of life: evidence from a national survey. *BMJ*, 331(7529), 1382-3.

Nistal, T.A., Carrillo, A.B. y Jiménez, E.F. (2008). *Intervención social y sanitaria con mayores: manual para el trabajo con la 3ª e 4ª edad*. Madrid: Dykinson SL.

Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Sampaio, R.F. y Priore, S.E. (2006). Aporte de los dominios físicos, social, psicológico y ambiental para la calidad de vida global de mayores. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 28(1), 27-38.

Sanz, B.G. y Paricio, J.M. (2006). Demografía de la vejez. In M.T.B. Royo y B.G. Sanz (Eds.), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. (pp. 1-37). 2ed. Madrid: Médica Panamericana.

Veras, R.P. y Caldas, C.P. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 423-432.

Vicente, J.A.L., Martínez, A.R. y Moar, M.C.G. (2004). Educación y calidad de vida: los programas universitarios para mayores en España. *Memorialidades*, 1(1), 61-104.

[WHO] World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.

Zielinska-Wieczkowska, H., Ciemnoczowski, W., Kedziora-Kornatowska, K. y Muszalik, M. (2012). The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54 (1), 238-241.





## CAPÍTULO 25

### Medición de la salud percibida: Indicador único vs. múltiple

Melchor Gutiérrez\*, Laura Galiana\*, Amparo Oliver\*, Patricia Sancho\*\*, y José M. Tomás\*

\*Universidad de Valencia (España), \*\*Universidad Católica San Antonio de Murcia (España)

A la hora de investigar sobre los aspectos psicosociales y la salud en personas mayores, mientras unos autores prefieren apoyarse en cuestionarios formados por un conjunto de indicadores, otros son más partidarios de emplear indicadores simples o generales. Tal como muestra la literatura especializada, hace unas décadas se abusaba de emplear instrumentos excesivamente largos para obtener información de los participantes en las investigaciones. Poco a poco, los investigadores se han ido convenciendo de la importancia de emplear instrumentos más sencillos, sobre todo si con ellos se obtiene información tan fiable como la procedente de instrumentos más complejos. Además, esto resulta especialmente relevante cuando las muestras en estudio son personas de edades avanzadas.

El empleo de indicadores simples se viene utilizando como sistema de evaluación tanto en la práctica clínica como en el desarrollo de la investigación, y no solo para medir la percepción de la salud, sino también en la evaluación de diversos aspectos psicosociales. En este sentido, por ejemplo Campbell, Converse y Rodgers (1976) incluyeron un ítem general sobre la satisfacción general con la vida en sus estudios sobre el bienestar personal (*How satisfied are you with your life as a whole these days?*). La respuesta podía ser dada en una escala de siete anclajes, desde completamente satisfecho, hasta completamente insatisfecho. También Ye (2007) empleó en sus investigaciones un indicador general de satisfacción con la vida (Actualmente, ¿cómo de satisfecho está con su vida, considerada globalmente?). Posteriormente, en numerosos trabajos de investigación se ha empleado este mismo sistema (Casas, Baltatescu, Bertrán, González y Hatos, 2013; Maher et al., 2013), encontrando una alta correlación entre el indicador simple y otros indicadores múltiples. En concreto, Maher et al. (2013) emplean un ítem simple procedente de la SWL de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para evaluar la satisfacción con la vida actual, con el enunciado: “Estoy satisfecho con mi vida actualmente”. Según estos autores, se eligió este ítem porque se encontraba fuertemente asociado con una medida latente de satisfacción con la vida.

Por otro lado, Maher et al. (2013) también emplean un indicador simple para la medida general de la autoestima, comprobando que correlaciona fuertemente con la Escala de Autoestima de Rosenberg, y ambas medidas muestran similares patrones en las relaciones con otras variables de su red nomológica. Robins, Hendin y Trzesniewski (2001) emplearon, así mismo, un ítem simple para medir la autoestima (Tengo una autoestima elevada) y lo compararon con otra medida de autoestima procedente de un instrumento formado por 10 ítems. Los resultados mostraron una correlación de .75 entre el indicador simple y el indicador compuesto de la autoestima extraído a partir de esos 10 ítems.

En cuanto a la percepción de la salud, que es el tema central que aquí nos ocupa, cabe señalar que es uno de los indicadores más utilizados en gerontología (Sargent-Cox, Anstey y Luszcz, 2008), tanto en su papel de indicador del bienestar como en el de predictor de la supervivencia de las personas mayores (Leinonen, Heikkinen y Jylhä, 2001). La literatura científica muestra diversos instrumentos para medir la salud y más específicamente la percepción de salud (Carter y Walker, 2014; Despot-Lucanin y Lucanin, 2012; Infurna, Gerstorf y Zaret, 2011; Leung, Luo, So y Quan, 2007; Waldinger y Schulz, 2010; entre otros). El instrumento más empleado para medir la percepción de salud es el *Health Survey Questionnaire-SF-36*, de Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993), y otras versiones reducidas como el SF-8 (Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001). Otro cuestionario empleado para medir la percepción de

salud es el *Perceived Health Competence Scale-PHCS*, de Smith, Wallston y Smith (1995). Pero debido a las características de muchas de las personas mayores, que aconsejan el empleo de instrumentos lo más breves y sencillos posible para obtener información sobre su estado de salud, diversos autores han intentado medir la percepción de salud a través de indicadores simples (Raina, Bonnett, Waltner-Toews, Woodward y Abernathy, 1999) (“Diría que su salud es...”, desde excelente, hasta mala). También Zullig, Valois, Huebner y Drane (2005) utilizaron un indicador simple para conocer el estado general de salud, lo mismo que Lee, Lan y Yen (2011) en estudios sobre envejecimiento con éxito. El enunciado del ítem es el siguiente: ¿Cómo ha sido su estado general de salud en las dos últimas semanas? Las posibilidades de respuesta son: (1) muy buena, (2) buena, (3) mala, (4) muy mala. Junto a éste, emplearon asimismo otro ítem más específicamente relacionado con aspectos físicos o dolencias que pudieran afectar al desarrollo normal de las actividades de la vida cotidiana: ¿Ha sentido molestias físicas o sufrido lesiones que puedan haber afectado a sus actividades cotidianas, durante las dos últimas semanas? Las posibles respuestas son: (1) ninguna molestia ni lesión; (2) sí, he sentido alguna pequeña molestia física; (3) sí, he sentido molestias físicas que me han afectado de alguna manera en mis actividades cotidianas; (4) sí, molestias físicas que han tenido una importante influencia en mis actividades cotidianas.

De acuerdo con todo lo expuesto, el objetivo de este trabajo ha consistido en analizar la validez de un indicador simple (general) sobre percepción de salud en personas mayores, frente al indicador múltiple que constituyen siete de los ocho elementos que componen la escala SF-8. Nuestra hipótesis de partida es que el indicador único resulta tan válido para determinar la percepción de salud de las personas mayores como el derivado del conjunto de los otros siete ítems de la escala SF-8.

## Método

### Participantes

En esta investigación han participado 737 adultos mayores de entre 55 y 92 años. La media de edad fue de 65.41 años ( $DT = 6.6$ ). El 69% eran mujeres. Un 28.4% tenían estudios primarios, un 41.9% estudios secundarios y un 29.7% estudios superiores. Por otro lado, el 67.5% estaban casados, un 15.7% eran viudos, un 10% solteros y un 6.7% divorciados.

### Instrumentos

-*Escala SF-8*. Para medir la percepción de salud de las personas mayores, se ha utilizado la Escala de Salud SF-8 (Ware et al., 2001). Este instrumento evalúa la salud relacionada con la calidad de vida, y está compuesta por 8 ítems. Ejemplos de ítems son: ¿Cuántos problemas de salud física han limitado su actividad física habitual (caminar, subir escaleras, etc.)? Las respuestas comprendían 5 opciones, desde (1) Ninguno, hasta (5) Muchos. ¿Cuánto limitaron su salud física o sus problemas emocionales sus actividades sociales habituales con familia y amigos? En este caso, las opciones de respuesta se distribuían entre (1) Nada y (5) Mucho. De la SF-8 se consideró, por una parte, el ítem que hace referencia a la percepción general de salud (En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?), con posibilidad de responder (1) muy mala, (2) mala, (3) regular, (4) buena o (5) muy buena, y por otra parte, la puntuación media de los otros siete ítems que componen la escala. El alfa para los siete indicadores múltiples ha sido de .84.

-*Apoyo social*. Dentro de la dimensión social se han considerado dos medidas. Por una lado el cuestionario de Lubben (Lubben, 1988; Lubben y Gironde, 2004), un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco anclajes de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores. Seis de los ítems preguntan sobre apoyo de los familiares, y los seis restantes sobre el mismo apoyo pero de amigos. Los alfas de ambas dimensiones fueron .80 y .84, respectivamente. Por otro lado se ha empleado la adaptación Española del cuestionario Duke-UNC' Functional Social Support Scale-FSSS, originalmente de Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan (1988) y posteriormente validado por De la Revilla et al. (1991) y Bellón, Delgado, Luna del Castillo y

Lardelli (1996) . En este caso hemos empleado la versión española de Bellón et al. (1996), que mide apoyo social mediante 11 ítems tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El alfa alcanzó un valor de .82.

-*Satisfacción con la vida*. Para medir la satisfacción con la vida de las personas mayores hemos empleado la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSL; Pavot, Diener y Suh, 1998), instrumento que está formado por 15 ítems. Fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), posteriormente reformulados para evaluar la satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Para el objetivo de este trabajo, únicamente hemos utilizado los cinco ítems correspondientes al momento presente, con un valor de  $\alpha = .91$ . Las puntuaciones se recogen en una escala tipo Likert con 5 anclajes, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

### *Procedimiento*

Los participantes en esta investigación son personas adultas-mayores que acuden a los programas de aprendizaje a través del ciclo vital de la Universitat de València (Aulas de la Tercera Edad y Unimajors) durante el curso 2014-2015. Tras invitarles a participar en el análisis del bienestar en las personas adultas y mayores, se les aplicaron diversas encuestas a quienes voluntariamente aceptaron colaborar. La aplicación tuvo lugar en las propias aulas en las que recibían las clases, con una duración inferior a los 30 minutos. Los instrumentos fueron aplicados por una persona componente del equipo de investigación o por colaboradores entrenados al efecto. En todo caso, los participantes siempre estuvieron asistidos por alguien que podía responder a sus preguntas y ayudarles a resolver cualquier problema que pudiera presentarse.

### *Análisis de los datos*

Para valorar cómo afecta a la capacidad predictiva o la validez referida al criterio de los indicadores de salud, bien en su formato único, bien en el múltiple, se han relacionado (mediante correlaciones) ambos indicadores con una red nomológica con la que deben guardar relaciones. Posteriormente, esas correlaciones de cada criterio con ambos indicadores se han comparado mediante el contraste de correlaciones apropiado, para comprobar si existían diferencias significativas entre éstas. Además, se han calculado dos modelos de ecuaciones estructurales, uno de ellos con variables observables que muestra la relación de los criterios con el indicador único, y otro modelo estructural que especifica los siete indicadores múltiples de la salud como indicadores de un factor latente. Esto nos ha permitido comparar las relaciones en términos de variables observables y las mismas como factor latente.

### **Resultados**

La Tabla 1 presenta las correlaciones entre el indicador general de salud y los criterios o red nomológica de constructos considerados, y adicionalmente estas mismas correlaciones sustituyendo el indicador único de percepción de salud por el agregado de los siete indicadores múltiples de salud. A la vista de los resultados puede apreciarse que las correlaciones que guardan ambos indicadores de salud son muy similares con todos los criterios (apoyo social de familiares y amigos, apoyo social funcional y satisfacción con la vida). Sin embargo, una simple visualización de las correlaciones no es suficiente, y para ello se han calculado los oportunos contrastes entre correlaciones dependientes, que se muestran también en la Tabla 1. En todos los casos, los contrastes han resultado no significativos, por lo que no hay apoyo a una hipotética superior validez de un indicador sobre otro.

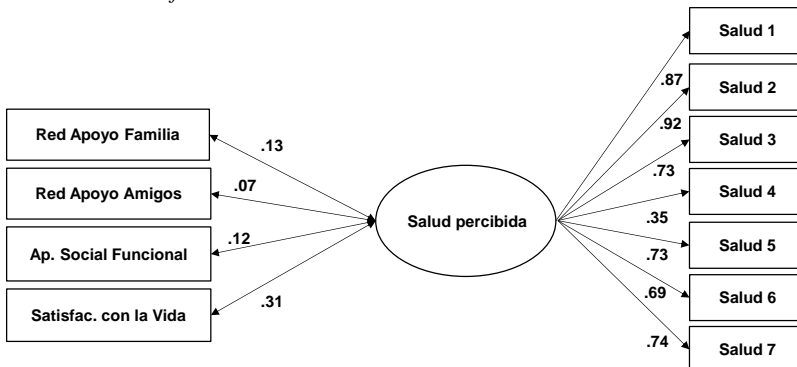
Tabla 1. Correlaciones de las dos medidas de salud percibida con la red nomológica de criterios, prueba de contraste de correlaciones, y relaciones de los criterios con un factor latente de salud

Criterios	Salud general	Salud múltiple	z	p	Salud latente
Red Apoyo familiar	.106**	.100**	0.17	> .05	.135**
Red Apoyo amigos	.108**	.079*	0.82	> .05	.078*
Apoyo Soc. Funcional	.123**	.106**	0.48	> .05	.121**
Satisfacción con la vida	.256**	.280**	0.71	> .05	.315**

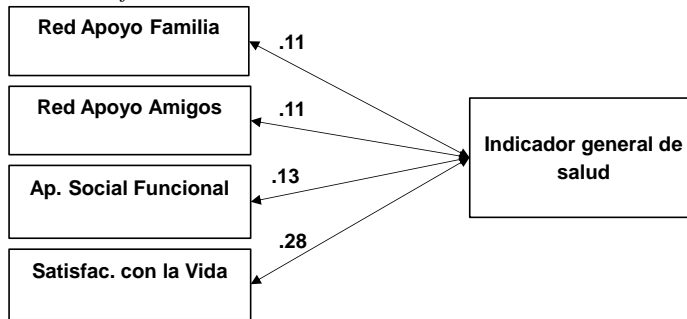
Adicionalmente, se ha calculado la correlación entre ambos indicadores, resultando en un valor positivo y alto ( $r = .61, p < .001$ ). A nivel aplicado, otro aspecto importante sería analizar hasta qué punto ambos indicadores caracterizan de igual manera al grupo. Esto es, al analizar la tendencia central, ¿es distinta o incongruente la información derivada de ambos indicadores? Para ello se han valorado las diferencias en tendencia central. En el caso de las medias, efectivamente los valores de ambos indicadores diferían estadísticamente, lo que no es extraño dado el elevado tamaño muestral ( $t(635) = -2.13, p = .033, d = -.008$ ), pero mostraban una diferencia irrelevante a nivel práctico, tal y como se deduce del bajísimo tamaño del efecto encontrado.

Evidentemente, los resultados anteriores se han calculado con variables observables. Los siete indicadores múltiples de salud se han promediado, y este agregado es el que se ha correlacionado. Sin embargo, cuando se dispone de múltiples indicadores hay una estrategia analítica que ofrece ventajas adicionales, los modelos estructurales con variables latentes (Bollen, 1989). Tener indicadores múltiples permite modelar la percepción de salud a nivel latente. Es bien conocido que modelar un constructo a nivel latente presenta la no desdeñable ventaja de eliminar el error de medida aleatorio que atenúa las relaciones entre variables. Por todo ello, se han calculado dos modelos estructurales, en concreto un modelo de indicadores múltiples y causas múltiples o modelo MIMIC y un modelo de path analysis para valorar la ganancia que efectivamente se produce al modelar estadísticamente los indicadores múltiples de salud. Los resultados de las relaciones que mantiene el factor latente de salud con los criterios pueden observarse en la Gráfica 1. Las mismas relaciones cuando se considera el modelo solamente con un indicador general de salud se muestran en la Gráfica 2. Nuevamente puede verse que aunque, efectivamente, hay una cierta desatenuación de las relaciones, ésta es mínima e irrelevante a efectos prácticos, por lo que queda claro que ambos indicadores se han comportado de manera prácticamente idéntica

Gráfica 1. Modelo estructural con factor latente de salud



Gráfica 2. Modelo estructural con variables observables



### Discusión y conclusiones

Tal como se ha señalado en la introducción, el objetivo de este trabajo ha consistido en analizar la validez de un indicador general (simple) de percepción de salud frente a un indicador obtenido a partir de elementos múltiples. Nuestra hipótesis era que el indicador simple puede ser tan válido como el indicador múltiple en la medida de la percepción de salud en personas mayores, al menos en el contexto de encuestas de tipo general.

Hemos visto que, a lo largo de la literatura científica, diversos autores han venido utilizando de manera progresiva indicadores simples tanto para la medida de la percepción de salud (Lee et al., 2011; Raina et al., 1999; Zullig et al., 2005), como para la percepción de diversas variables psicosociales y personales, como la autoestima (Maher et al., 2013; Robins et al., 2001), y el bienestar general o la satisfacción con la vida en sentido global (Campbell et al., 1976; Casas et al., 2013; Maher et al., 2013; Ye, 2007).

Los resultados de este trabajo han puesto en evidencia, como también lo hicieron los desarrollados por los autores antes mencionados (Campbell et al., 1976; Casas et al., 2013; Lee et al., 2011; Maher et al., 2013; Raina et al., 1999; Ye, 2007; Zullig et al., 2005), la igualdad práctica en cuanto a las relaciones entre los indicadores simples y los múltiples con las variables de la red nomológica analizada, tanto en el caso de la salud como en la autoestima o en la satisfacción con la vida. Así pues, a partir de los resultados obtenidos con nuestra muestra de estudio, se puede concluir que, efectivamente, el indicador simple de salud resulta tan válido como el conjunto de la escala al relacionarlo con otras dimensiones de carácter general. Por tanto, dada la mayor simplicidad y menor extensión del ítem simple frente al indicador múltiple, se recomienda el uso del indicador simple para evaluar la salud percibida de las personas mayores.

### Referencias

- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., De Gruy, F. y Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life. Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carter, S. E. y Walker, R. L. (2014). Anxiety symptomatology and perceived health in African American adults: Moderating role of emotion regulation. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 307-315.
- Casas, F., Baltatescu, S., Bertran, I., González, M. y Hatos, A. (2013). School satisfaction among adolescents: Testing different indicators for its measurement and its relationship with overall life satisfaction and subjective well-being in Romania and Spain. *Social Indicators Research*, 111, 665-681.

De la Revilla, L., Bailon, E., Luna, J. D., Delgado, A., Prados, M. A. y Fleitas, S. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.

Despot-Lucanin, J. y Lucanin, D. (2012). Associations of psychological, functional, and biological factors with age changes in the self-perceived health of old persons. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25(3), 135-143.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Infurna, F. J., Gerstorf, D. y Zaret, S. H. (2011). Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47, 9-18.

Lee, P. L., Lan, W. y Yen, T. W. (2011). Aging successfully: A four-factor model. *Educational Gerontology*, 37(3), 210-227.

Leinonen, R., Heikkinen, E. y Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people: A 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52, 1329-1341.

Leung, B., Luo, N., So, L. y Quan, H. (2007). Comparing three measures of health status (Perceived Health With Likert-Type Scale, EQ-5D, and Number of Chronic Conditions) in Chinese and white Canadians. *Medical Care*, 45(7), 610-617.

Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11(3), 42-52.

Lubben, J. y Gironde, M. (2004). Measuring social networks and assessing their benefits. In C. Phillipson, G. Allan y D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives* (pp. 20-35). Hampshire, United Kingdom: Ashgate.

Maher, J. P., Doerkson, S. E., Elavsky, S., Hyde, A. L., Pincus, A. L., Ram, N. y Conroy, D. E. (2013). A daily analysis of physical activity and satisfaction with life in emerging adults. *Health Psychology*, 32(6), 647-656.

Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.

Raina, P., Bonnett, B., Waltner-Toews, R., Woodward, C. y Abernathy, T. (1999). How reliable are selected scales from population-based health surveys? An analysis among seniors. *Canadian Journal of Public Health*, 90, 60-64.

Robins, R. W., Hendin, H. M. y Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 151-161.

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J. y Luszcz, M. A. (2008). Determinants of self-rated health items with different points of reference. Implications for health measurement of older adults. *Journal of Aging and Health*, 20, 739-761.

Smith, M. S., Wallston, K. A. y Smith C. A. (1995). The developmental and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.

Waldinger, R. J. y Schulz, M. S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 25(2), 422-431.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. y Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI: QualityMetric Incorporated.

Ye, S. (2007). Validation of the temporal satisfaction with life scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*, 80, 617-628.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. y Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 14, 1573-1584.

## CAPÍTULO 26

### Estabilidad de la satisfacción vital y su relación con la salud y el bienestar subjetivo en el adulto mayor

Patricia Sancho\*, José M. Tomás\*\*, Melchor Gutiérrez\*\*,  
Amparo Oliver\*\*, y Laura Galiana\*\*

*\*Universidad Católica San Antonio de Murcia (España), \*\*Universitat de València (España)*

La satisfacción con la vida ocupa un lugar privilegiado en los estudios sobre calidad de vida de las personas mayores, con más de 7600 resultados en la Web of Science a fecha de 2015. Tanto es así que, durante mucho tiempo ha sido reconocido como el resultado central de envejecer bien (Havingurst, 1961). Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), conceptualizan este constructo como un proceso cognitivo, un juicio, en el que la persona evalúa de manera global su calidad de vida en función de los criterios que ella misma ha escogido (Shin y Johnson, 1978).

Por todo ello, aquellas variables que permiten mejorar la satisfacción con la vida de las personas mayores han sido el foco de numerosas investigaciones (ver, por ejemplo, Gutiérrez, Tomás, Galiana, Sancho y Cebrià, 2013; Sancho, Galiana, Gutiérrez, Francisco y Tomás, 2014). Sin embargo, estos estudios asumen, sin probarlo, que la satisfacción con la vida, es un constructo que responde a los cambios en las circunstancias vitales. No obstante, estudios recientes cuestionan la influencia de dichas variables, pues proponen que la satisfacción con la vida es, en realidad, un constructo bastante estable, comportándose en cierta manera como un rasgo (Lucas y Donnellan, 2007).

Si éste fuese el caso, y la satisfacción con la vida pudiese ser tratada como una característica completamente estable e independiente a los factores contextuales, los seres humanos volverían a su nivel determinado de satisfacción tras un período de adaptación al cambio. Por tanto, se trata pues, de conocer hasta qué punto la varianza en la satisfacción con la vida es, de hecho, estable.

Lykken y Tellegen (1996) estimaron una estabilidad de alrededor de .50 durante 10 años. Es decir, un 50% de la varianza de la satisfacción con la vida sería varianza estable de rasgo. Otros estudios apuntan cifras menores. Schimmack y Oishi (2005), por ejemplo, llevaron a cabo un metanálisis sobre los estimadores de estabilidad de las escalas de satisfacción con la vida y encontraron una media de estabilidad de .35 para intervalos de 10 años. En esta misma línea, Fujita y Diener (2005) encontraron también una estimación de estabilidad de .35 en un diseño de panel. Lucas y Donnellan (2007), por su parte, hablan de entre un 34 y 38% de varianza estable.

Aunque dicha estabilidad puede evaluarse mediante diseños longitudinales, existe un instrumento que permite obtener evidencia de la estabilidad/variabilidad de la satisfacción con la vida de manera transversal: la Escala de Satisfacción con la Vida Temporal (Pavot, Diener y Suh, 1998). Esta escala incluye un eje temporal que puede resultar muy interesante en la investigación aplicada para estudiar la evolución percibida en la satisfacción en función del eje temporal, evaluando tres dimensiones de la satisfacción con la vida: satisfacción con la vida pasada, presente y futura.

Sin embargo, cuando se trata de estudiar la estabilidad temporal de un constructo como la satisfacción con la vida no se puede pasar por alto la importancia de otras variables clave, y que han probado reiteradamente su influencia sobre, o relación con, la satisfacción con la vida: el bienestar y la salud.

El bienestar es uno de los constructos psicológicos de mayor calado, habiendo sido objeto de múltiples investigaciones (i.e., Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Momtaz, Ibrahim, Hamid, & Yahaya, 2011; Pethel & Chen, 2010). En este sentido, existe una definición aceptada por la mayoría de los estudiosos,



la que se refiere a éste como un constructo complejo que concierne al funcionamiento y la experiencia óptima (Deci y Ryan, 2008). A pesar de ello, continúan existiendo en la literatura enfoques distintos para conceptualizarlo y especificar sus dimensiones. En concreto, dos tradiciones son las más relevantes: la perspectiva hedónica y eudaimónica (Lee y Carey, 2013).

La tradición hedónica sugiere que el bienestar equivale a conceptualizar el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. Esta perspectiva está profundamente ligada a la satisfacción con la vida, donde la felicidad se contempla como la suma de momentos placenteros (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Por su parte, la eudaimónica, plantea que el bienestar proviene de la autorealización de la persona en base a su potencial (Ryan, Huta y Deci, 2008), no de la relación de experiencias positivas y negativas. De este modo, la eudaimonía se relaciona directamente con la congruencia de las actividades de la vida de las personas y los valores con lo que se compromete (Ryan y Deci, 2001). Gran parte de la investigación relativa al envejecimiento de éxito incluyen bienestar y satisfacción. De estos, un gran número concluyen que existe una relación sistemáticamente positiva (por ejemplo, Enkvist et al., 2012; Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009).

La salud percibida, como complemento tradicional en estudios de salud (Hunt et al., 1980), está considerada como un indicador del estado general de salud (Idler y Benyamini, 1997). A este respecto, son muchas las investigaciones que dejan patente su influencia positiva sobre la salud y, por extensión, sobre la satisfacción con la vida. Así, por ejemplo, Kunzmann, Little y Smith (2000), Smith (2001), Smith, Borchelt, Maier, y Joop (2002) y Gwozdz y Sousa-Poza (2010), concluyeron que la percepción de salud era un predictor relevante de la satisfacción vital. En la misma línea, los estudios de Berg, Hassing, McClearn, y Johansson (2006) apuntan a que este constructo tiene el mayor poder explicativo de la satisfacción de vida.

Por tanto, teniendo presente todo lo anterior, se hace necesario contar con la presencia de bienestar y la salud percibida como variables a controlar cuando se estudia la satisfacción vital y su estabilidad. Además, hay que tener en cuenta que, pese a la abundancia de investigaciones realizadas en torno a la relación de estas tres variables son escasos los estudios que ponen a prueba este tipo de relaciones en contexto multivariado. De este modo, el objetivo del trabajo que aquí se presenta es evaluar la capacidad predictiva de la satisfacción vital pasada, sobre la presente y de ésta sobre la futura, controlando por dos aspectos altamente relacionados con la satisfacción con la vida en personas mayores, como son el bienestar y la salud percibida. Es decir, se pretende estudiar la estabilidad de la satisfacción vital teniendo en cuenta la ocurrencia de sucesos vitales.

## **Método**

### *Participantes*

Participaron en la investigación 737 personas de 55 años de edad o mayores, estudiantes en programas de aprendizaje a través del ciclo vital de la Universitat de València (Aulas de la Tercera Edad y Unimajors). La edad media fue de 65.41 años ( $DT = 6.6$ ), con un mínimo de 55 y un máximo de 92 años. El 31% de los participantes fueron hombres y el 69% restante mujeres. En cuanto al estado civil, el 67.5% estaban casados, un 15.7% eran viudos, un 10% solteros y un 6.7% divorciados. Finalmente, y con respecto al nivel de estudios, el 28.4% contaban con estudios primarios, un 41.9% con estudios secundarios y un 29.7% con estudios superiores.

### *Instrumentos*

Para este estudio concreto se utilizaron tres instrumentos de medida: la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida, las Escalas de Bienestar Psicológico de Carol Ryff y el Cuestionario de Salud SF-8.

Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS; Pavot, Diener y Suh, 1998). La TSLS es un instrumento formado por 15 ítems. Fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems de la Escala

de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985), que fueron reformulados para evaluar la satisfacción con la vida pasada, presente y futura. Las puntuaciones se recogen en una escala tipo Likert con 5 anclajes, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se llevó a cabo una traducción back-forward. Los alfas de Cronbach fueron de .83 para la satisfacción con la vida pasada, .81 para la satisfacción con la vida presente y .86 para la satisfacción con la vida futura, en esta muestra.

Las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002). Estas escalas evalúan seis dimensiones de bienestar psicológico, que conforman dos niveles de bienestar superiores: bienestar subjetivo y bienestar psicológico (Keyes, et al. 2002). El bienestar subjetivo está formado por autoaceptación, si posee una actitud positiva hacia sí mismo; y dominio del ambiente, sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, haciendo uso efectivo de las oportunidades del contexto. El bienestar psicológico, por su parte, está formado por autonomía, si se es independiente y autodeterminado, regula la conducta internamente; crecimiento personal, se mantiene el sentimiento de desarrollo continuado y de mejora, en expansión y crecimiento; relaciones positivas con otros, mantener relaciones interpersonales cercanas; y propósito en la vida, se tienen metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado. En este estudio se utilizó la versión de 18 ítems. El alfa de la dimensión de bienestar subjetivo fue .55 y el de bienestar psicológico .60.

La Escala de Salud SF-8 (Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001). Esta escala evalúa la salud relacionada con la calidad de vida, mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta. La consistencia interna para esta muestra fue de .65.

### *Procedimiento*

Este estudio tuvo un diseño de panel, en el que participaron personas inscritas en los programas de aprendizaje a través del ciclo vital de la Universitat de València (Aulas de la Tercera Edad y Unimajors) durante el curso 2014-2015. Se utilizaron los datos recogidos en la primera ola del diseño.

Se invitó a participar a todos los participantes en el programa y se obtuvo una tasa de respuesta del 77.54%. Las encuestas tuvieron lugar en las propias aulas, durante sesiones de aproximadamente 30 minutos de duración. En todo momento se contó con la presencia de investigadores y entrevistadores entrenados para solucionar posibles dudas que surgiesen.

### *Análisis de datos*

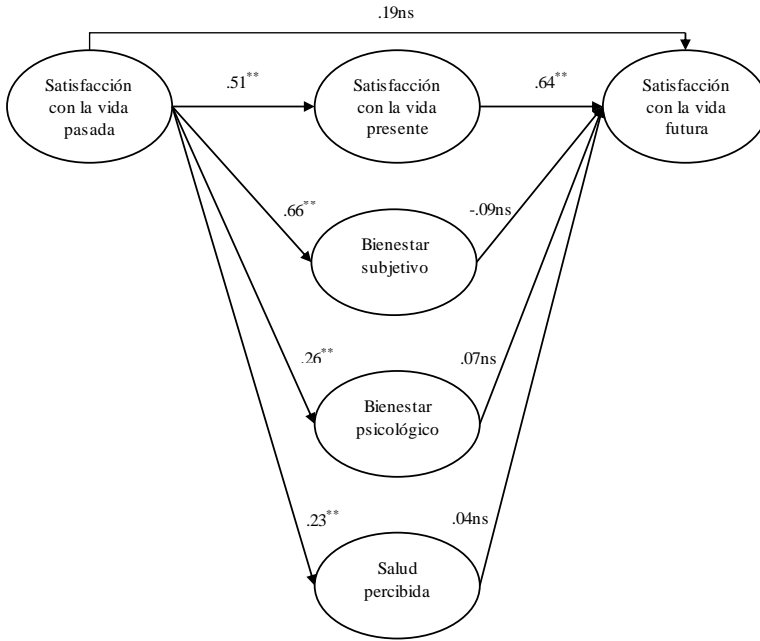
Para estudiar la estabilidad de la satisfacción con la vida, se estimó y puso a prueba un modelo de ecuaciones estructurales en el que, además de las tres dimensiones temporales de la satisfacción con la vida, se incluyeron las dos dimensiones de bienestar eudaimónico y la salud percibida. De esta forma, la satisfacción con la vida pasada explicaba la satisfacción con la vida presente, la satisfacción con la vida futura, además de las tres variables control: bienestar subjetivo, bienestar psicológico y salud percibida. Por otra parte, la satisfacción con la vida presente, el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y la salud percibida explicaban la satisfacción con la vida futura. Finalmente, se especificaron correlaciones entre los constructos del momento presente: satisfacción con la vida presente, el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y la salud percibida. El método de estimación fue máxima verosimilitud con correcciones robustas en el paquete de ecuaciones estructurales EQS 6.

Para evaluar el ajuste del modelo, se utilizaron diversos índices, tal y como recomienda la literatura (Tanaka, 1993): el estadístico chi-cuadrado; el *Comparative Fit Index* (CFI), que es indicativo de un buen ajuste cuando tiene valores superiores a .90 e, idealmente, superiores a .95 (Hu y Bentler, 1999); y el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), con valores iguales o inferiores a .08 como indicadores de un buen ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1999).

## **Resultados**

El modelo tuvo un ajuste general adecuado:  $\chi^2(362) = 2038, p < 0,001$ ; CFI = .944; RMSEA = .079 (intervalo de confianza al 90%: .076-.083). En cuanto a las relaciones del modelo, en la Figura 1 puede observarse cómo las relaciones explicativas de la satisfacción con la vida pasada sobre la satisfacción con la vida presente, el bienestar subjetivo, el psicológico y la salud percibida sí fueron estadísticamente significativas, mientras que el único predictor estadísticamente significativo de la satisfacción con la vida futura fue la satisfacción con la vida presente. En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones del modelo, y tal y como se muestra en la Tabla 1, todas fueron estadísticamente significativas.

Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales evaluado



Notas: Para mayor claridad, no se muestran los errores estándar. Las correlaciones entre las variables satisfacción con la vida presente, bienestar subjetivo, bienestar psicológico y salud percibida pueden consultarse en la Tabla 1. \*\* =  $p < .01$ ; ns = estadísticamente no significativo.

Tabla 1. Correlaciones entre la satisfacción con la vida presente, el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y la salud percibida

Variabes	SVP	BS	BP	SP
Satisfacción con la vida presente (SVP)	1			
Bienestar subjetivo (BS)	.51**	1		
Bienestar psicológico (BP)	.11*	.94**	1	
Salud percibida (SP)	.26**	.46**	.21**	1

Notas: \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ ,

### Discusión

El objetivo del presente trabajo es evaluar la estabilidad temporal de la satisfacción con la vida, controlando la ocurrencia de sucesos vitales. Con esta meta se llevó a cabo un modelo de ecuaciones estructurales que contemplaba el efecto de la satisfacción vital pasada sobre la presente, y de ésta última

sobre la futura, contando con la presencia del bienestar (subjetivo y psicológico) y de la salud percibida como variables a controlar. El modelo planteado presentó un ajuste adecuado.

Con respecto a la satisfacción, sí existe un fuerte efecto entre la satisfacción vital pasada y presente, y de la satisfacción vital presente sobre la futura. Además, esta relación es positiva señalando que, una mayor satisfacción en el pasado es un buen predictor una mayor satisfacción vital presente, y una mayor satisfacción vital en el presente es un buen predictor de una mayor satisfacción futura. Por tanto, estos resultados ofrecen evidencia de la estabilidad de la satisfacción a lo largo de la vida y que, por tanto, se comporta más bien como un rasgo, tal y como apuntaban Lucas y Donnellan (2007). Sin embargo, y pese a los estos resultados, cabe ser cautos puesto que los resultados muestran que la satisfacción con la vida en el pasado no se relaciona de forma estadísticamente significativa con la satisfacción vital en el futuro, claro que esto es al controlar por la evaluación presente.

En cuanto al control de sucesos vitales, la satisfacción de vida pasada aparece de nuevo como un predictor estadísticamente significativo tanto del bienestar subjetivo como psicológico. Así, una mayor satisfacción pasada se asocia con un mayor bienestar, tanto subjetivo como psicológico. Estos resultados van en consonancia con resultados de otras investigaciones (Enkvist et al., 2012; Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009). No obstante, cabe señalar que es en el caso del bienestar subjetivo donde la satisfacción pasada tiene un mayor efecto. De hecho, el efecto de la satisfacción con la vida pasada es mayor sobre el bienestar subjetivo que sobre la propia satisfacción con la vida futura.

La satisfacción de la vida presente se relaciona positivamente con los dos tipos de bienestar, tal y como se suele dar en la literatura (Enkvist et al., 2012; Oliver et al., 2009), sin embargo, esta relación no se da cuando se pone a prueba el poder predictivo del bienestar sobre la satisfacción con la vida futura, ni en el caso de bienestar subjetivo ni psicológico. Por tanto, parece ser que, cuando se trata de personas mayores, estar satisfecho con la vida pasada hace que la persona disfrute de cierto nivel de bienestar eudaimónico. Es decir, en este caso la satisfacción con la vida pasada sí se relaciona con el nivel de autorrealización y crecimiento psicológico que la persona experimenta en el presente. No obstante, este hecho no guarda relación con la satisfacción con la vida futura, que parece verse impregnada por una evaluación del tipo “seguiré igual de satisfecho que estoy ahora”. El nivel de fortalezas psicológicas que tiene la persona mayor en el presente no parece tener relación con su nivel de satisfacción con la vida futura.

Por otra parte, y tal y como ocurría en el caso del bienestar, la satisfacción de vida pasada condiciona la percepción de salud de las personas mayores. La salud percibida se relaciona, de forma positiva, con la satisfacción con la vida presente, coincidiendo con numerosos estudios (por ejemplo, Kunzmann et al., 2000, Smith, 2001, Smith et al., 2002 y Gwozdz y Sousa-Poza, 2010), sin embargo, la percepción de salud no guarda relación con la satisfacción con la vida futura. Es decir, cuanto mayor es la satisfacción con la vida pasada de la persona mayor más positiva es su percepción de salud. No obstante, los niveles de percepción de salud no se relacionan con la satisfacción con la vida futura. Nuevamente parece que al valorar lo que ocurrirá, la hipótesis de estabilidad define mejor la percepción del individuo, independientemente de cómo se encuentre. Evidentemente esto puede ser un resultado idiosincrásico al tipo de mayores estudiados, sanos en general pues han optado por realizar educación reglada aún habiendo iniciado su proceso de envejecimiento.

Por tanto, de este estudio se desprende que existe una estabilidad relativa elevada de la satisfacción vital a lo largo del tiempo. Sin embargo, esta estabilidad se ve algo mermada por la ocurrencia de sucesos vitales que influyen en el bienestar y la salud de la persona mayor. De este modo, pese a que el bienestar y la salud percibida están unidos de algún modo a la satisfacción vital pasada, parecen ser independientes de los niveles de satisfacción vital que la persona valora en el futuro.

Esta investigación ha puesto a prueba una relación que, pese a contar con una gran tradición, en escasamente se estudia de forma multivariante. No obstante, y teniendo en cuenta las características de la muestra de estudio, estos resultados pretenden ser el punto inicial de nuevas investigaciones que puedan

superar las limitaciones de ésta, y que permitan recabar más información y asentar conocimientos acerca de la estabilidad de la satisfacción con la vida, no sólo en población mayor activa (como es el caso que nos ocupa), sino en población mayor institucionalizada. De este modo, y dado que hedonismo, satisfacción vital y felicidad están unidos, se podrán detectar los indicadores para lograr trabajar en el aumento de la felicidad de las personas mayores.

## Referencias

- Berg, A. L., Hassing, L. B., McClearn, G. E. y Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10 (3), 257-264.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudamonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25.
- Enkvist, A., Ekström, H. y Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 140-145.
- Fujita, F. y Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 158-164.
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P., & Cebrià, M. A. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model. *Aging & Mental Health*, 17, 94-101.
- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97, 397-417.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, K., Backet, E. M., Williams, J. y Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 34, 281-300.
- Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Lee, E. y Carey, T. (2013). Eudaimonic well-being as a core concept of positive functioning. *MindPad, Winter 2013*, 17-20.
- Lucas, R. E, Donnellan, M. B. (2007). How stable is happiness? Using the STARTS model to estimate the stability of life satisfaction. *Journal of Research in Personality*, 41, 1091-1098.
- Lykken, D. y Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Momtaz, Y. A., Ibrahim, R., Hamid, T. A. y Yahaya, N. (2011). Socio demographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging & mental health*, 4, 437-445.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Pan American Journal of Public Health*, 26, 189-196.
- Pavot, W., Diener, E. & Suh, E. (1998) The temporal satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354.
- Pethtel, O. & Chen, Y. (2010). Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 25, 725-729.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.

- Ryan, R. M., Huta, V. y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C.D., 1989. Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Schimmack U. y Oishi, S. (2005). The influence of chronically accessible versus temporarily accessible sources of life satisfaction judgments. *Journal of personality and social psychology*, 89, 395-406.
- Shin, D. C. y Johnson, D. M. (1978). A vowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin aging study. *European Review*, 9, 461-477.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. y Joop, D. (2002). Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. y Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln, RI: Quality-Metric Incorporated.
- Sancho, P., Galiana, L., Gutierrez, M., Francisco, E.-H., & Tomas, J. M. (2014). Validating the Portuguese version of the Satisfaction with Life Scale in an elderly sample. *Social Indicators Research*, 115, 457-466.



## CAPÍTULO 27

### **Estereotipos hacia la vejez del alumnado de terapia ocupacional de Cáceres**

Teresa M<sup>a</sup> Gómez Carroza y Ana Isabel González Contreras  
*Universidad de Extremadura (España)*

La preocupación sobre el colectivo de personas mayores como grupo diferenciado, objeto de reflexión y de investigación, ha surgido recientemente. Si tomamos como referencia los tratados sobre Psicología del Desarrollo la mayoría concluían con la adolescencia como última etapa de su vida (Palacios, Marchesi, Carretero, 1984, 1986, 1989, 1991; Palacios, Marchesi y Coll, 1990, 1991, 1992, 1993) dejando un gran vacío en el conocimiento del envejecimiento humano. En la actualidad todos ellos recogen el desarrollo psicológico en la adultez y en la vejez (Palacios, Marchesi y Coll, 2000, 2002; López, Etxebarria, Fuentes y Ortíz, 1999). En la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (2002) se dejó patente el giro tan radical que está experimentando la vejez en los países desarrollados.

En nuestro país más de 7 millones de personas tienen 65 o más años. La proyección del INE indica que en 2050 habrá más de 16 millones (30,8% del total). Además, los adultos mayores viven más tiempo. En el siglo XX la longevidad se ha incrementado de forma espectacular.

En 1900 la esperanza de vida era de 34,8 años, y ahora es de 82,3. Por otro lado, sigue existiendo un declive de la mortalidad a edades altas, lo que provocará una mayor supervivencia de los mayores y un aumento entre ellos de los de mayor edad (Abellán y Ayala, 2012).

La vejez ha sido valorada de dos formas, una positiva y otra negativa. La primera, hace referencia a la consideración de la persona mayor como sabio, cargado de experiencias, de alto estatus social, merecedor de un gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás. La segunda, destaca la vejez como un estado deficitario. La edad lleva consigo pérdidas significativas e irreversibles. Matras (1990) resume la valoración negativa de la vejez con los siguientes rasgos: Físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social. Estas visiones representan estereotipos y prejuicios que dificultan una adecuada integración del adulto mayor en la sociedad.

Los estereotipos son creencias generalizadas acerca de rasgos que se suponen son típicos o característicos de determinados grupos sociales, estando basadas en informaciones ambiguas e incompletas. Estas impresiones son tipificaciones que, a pesar de su inconsistencia, ayudan a los sujetos a estructurar las situaciones de cada día (Schultz, 1974).

El estereotipo del sujeto anciano tiene, por lo general, una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad occidental en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores. Esta connotación se debe tanto a referencias externas como a los propios indicadores de la edad, que van creando una definición negativa que acaba consolidando primero la heteropercepción y posteriormente la autopercepción negativa. De acuerdo con Kelly (1955) el hombre está construyendo su futuro comportamiento y moviéndose en una dirección calculada para satisfacer sus expectativas. Visto desde este ángulo, los mayores son aquellos que se mantienen inactivos y sin esperanzas de futuro.

Son frecuentes los estereotipos, es decir ideas rígidas mediante las cuales se categoriza a las personas adultas mayores como pertenecientes a un grupo distinto, y a quienes se les atribuyen características negativas, como ser enfermizos, frágiles, improductivos, intransigentes o dependientes (Bousfield y Hutchison, 2010).



Diferentes estudios, tanto en Latinoamérica, como en los Estados Unidos y Asia, se han dado a la tarea de investigar cómo perciben los jóvenes, en especial los estudiantes universitarios de carreras de salud y educación, a las personas de la tercera edad (Lasagni, Rodríguez, Bernal, et al., 2010; 1999).

Anantharaman (1984) con su investigación sobre “Percepción de los estereotipos hacia los mayores por dos generaciones” pretendió descubrir las diferencias en la percepción de estereotipos entre dos generaciones (100 universitarios entre 20 y 24 años y 50 personas mayores entre 58 y 72 años). En sus conclusiones, tanto la generación mayor como la joven reflejan un gran número de estereotipos negativos sobre la vejez. Ambas generaciones coinciden en un gran número de dimensiones de los estereotipos, sin embargo, difieren en la dimensión financiera, en la actitud hacia la vida y en la inseguridad. Los mayores describen más estereotipos negativos en las áreas anteriormente citadas.

En esta misma línea apunta una investigación más actual, que se llevó a cabo con estudiantes de enfermería por Almeida, Fernández, Navarro, Olivera, Pérez y Tabarez (2014) “Percepción de los estudiantes sobre estereotipos positivos y negativos hacia la vejez”. Los resultados evidencian que en los estudiantes predomina una percepción de estereotipos negativos hacia los adultos mayores, lo cual sugiere la conveniencia de realizar cambios en las actitudes hacia los mayores en el proceso de aprendizaje de la licenciatura de enfermería.

Hummert (1990) encontró que los jóvenes adultos no consideraban los estereotipos negativos como más típicos de los sujetos mayores que los positivos

En la misma línea anterior en nuestro país González Felipe, Sánchez, Tonda, González y Cid (1990) en su estudio “Estereotipos hacia los ancianos. Los ancianos vistos por otros grupos de edad”, encontraron una imagen negativa hacia los ancianos por parte de casi toda la población y esa imagen, es aún más negativa por parte de los ancianos.

A nivel teórico, todos estamos sensibilizados hacia las necesidades y demandas de las personas mayores, tampoco podemos negar que en los últimos años tanto los poderes públicos como las asociaciones no gubernamentales, están llevando a cabo diversas políticas de discriminación positiva hacia estos colectivos; prueba de ello son la ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, los programas y vacaciones del IMSERSO, entre otras, Gómez, León, Rabazo y Vicente (2004).

El contacto entre grupos debería llevar a una reducción de los estereotipos y, a un cambio positivo en las actitudes de un grupo con respecto del otro. Siguiendo esta idea, se podría también pensar que si un grupo de jóvenes universitarios, que pudieran demostrar ciertos estereotipos negativos hacia la vejez, a medida que avanzan en los estudios y conocen más a fondo las características biopsicosociales del anciano e incluso algunos entran en contacto con ellos por medio de las prácticas externas, que les permite conocer a fondo a estas personas, interactuar con ellos, escucharlos y atenderlos, sus percepciones acerca de las personas de la tercera edad podrían modificarse positivamente.

Un referente que apunta en esta línea, es la investigación de Serrani Azcurra y Zeballos (2011), en el que un grupo de estudiantes de Psicología de una universidad argentina realizó una actividad de observación con adultos mayores, se evaluaron el cambio actitudes a partir de varios instrumentos. Los resultados que obtuvieron fue que, una vez concluida la participación de los estudiantes en el trabajo de observación con adultos mayores, mejoraron las actitudes explícitas.

Con este estudio pretendemos conocer los estereotipos que los estudiantes de Terapia Ocupacional de Cáceres, como futuros trabajadores en el ámbito, mantienen sobre los mayores; así nuestros objetivos son:

**General:**

Conocer las actitudes de los estudiantes de la titulación de Terapia Ocupacional de la UEX hacia la vejez.

**Específicos:**

- Analizar las actitudes del alumnado en función de distintas variables.

- Comparar si existen diferencias en las actitudes hacia la vejez en función de distintos aspectos: Nivel académico; Sexo; Existencia de un familiar viejo y Convivir con un familiar viejo.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra total estaba formada por 160 estudiantes correspondiente a los cuatro cursos de grado en Terapia Ocupacional de Cáceres (126 mujeres y 33 hombres), el rango de edad oscila entre los 18 y 45 años siendo la mediana de 21 años.

### *Instrumentos*

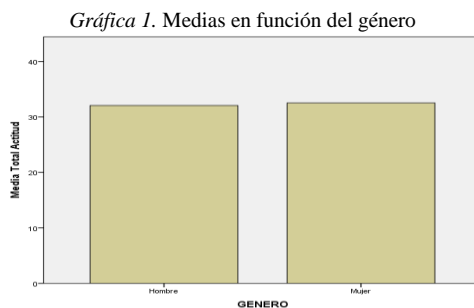
Se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Esteretipos Negativos sobre la Vejez (CENVE) (Blanca, Sánchez y Trianes, 2005), adaptado del cuestionario original Facts on Aging Quiz (FAQMH) de Palmore (1988) y Montorio e Izal (1991), contiene tres factores y está compuesto por 15 ítems. Los factores referidos a las siguientes dimensiones: Salud (afirmaciones acerca del deterioro general de ésta y de las discapacidades); Motivación social (creencias en las carencias afectivas) y Carácter personalidad (rigidez mental y problemas de labilidad emocional). El instrumento cuenta con cuatro opciones de respuesta, desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo en una escala Likert.

### *Procedimiento*

Los cuestionarios se pasaron en cuatro sesiones, correspondientes a cada uno de los cuatro cursos del grado en Terapia Ocupacional. Se dieron las mismas instrucciones y se llevaron a cabo por el mismo investigador. La realización del cuestionario fue voluntaria. Se trata de un estudio prospectivo, comparativo, cuantitativo, transversal y no probabilístico (Canales, 2006; Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Para los análisis estadísticos se ha utilizado el programa SPSS (versión 22.0).

## **Resultados**

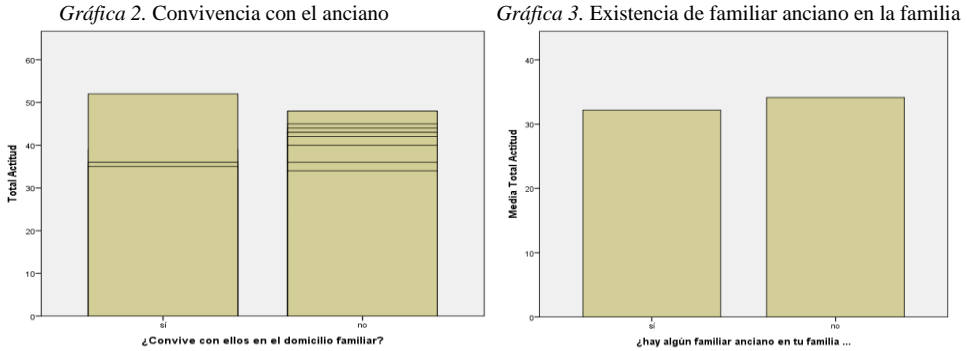
A continuación presentamos los contrastes de hipótesis con el estadístico t- Student para muestras no relacionadas, para investigar si existen diferencias en la actitud negativa hacia los ancianos en función del género, la existencia de ancianos en su familia y la convivencia con ellos.



El contraste estadístico con t-Student indica, que no existen diferencias significativas para muestras independientes en relación al género.

En el gráfico 2, presentado anteriormente, observamos una media más alta en el estereotipo negativo de los alumnos que conviven con ancianos que los alumnos que no conviven, no existiendo diferencias significativas con un alfa del 95%.

El gráfico 3 que presentamos a continuación indica una ligera tendencia de un estereotipo más negativo en los alumnos que tienen algún anciano en su familia, pero igual que en el caso anterior no es significativa.



En el gráfico 4 aparecen las medias del estereotipo negativo en los cuatro cursos de grado de Terapia Ocupacional, presentando un punto de inflexión en tercer curso. A continuación se presentan los contrastes de media de los subgrupos a partir de un ANOVA comprobados los supuestos de normalidad de la variable estereotipo negativo y la homocedasticidad de las varianzas entre los grupos.

Gráfica 4. Estereotipos negativos de los cuatro cursos de Terapia Ocupacional

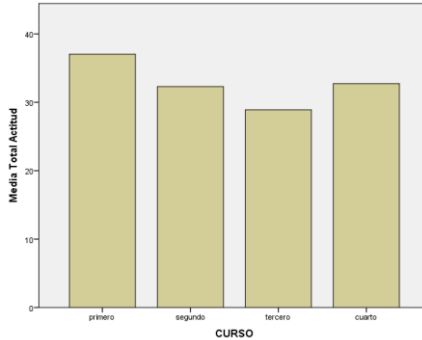


Tabla 1. Anova

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	(Combinado)	1274,898	3	424,966	12,190	,000
	Término lineal					
	No ponderados	381,422	1	381,422	10,941	,001
	Ponderados	591,047	1	591,047	16,954	,000
	Desviación	683,851	2	341,926	9,808	,000
Dentro de grupos		5438,346	156	34,861		
Total		6713,244	159			

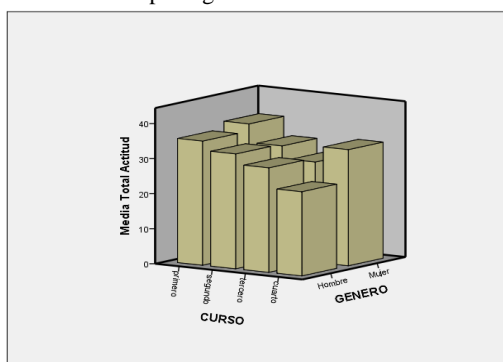
Tabla 2. Comparación múltiple del análisis de la varianza de los subgrupos

(I) CURSO	(J) CURSO	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
primero	segundo	4,724*	1,271	,004	1,13	8,32
	tercero	8,143*	1,348	,000	4,33	11,95
	cuarto	4,290	1,594	,069	-,21	8,80
segundo	primero	-4,724*	1,271	,004	-8,32	-1,13
	tercero	3,419*	1,176	,041	,09	6,74
	cuarto	-,434	1,451	,993	-4,54	3,67
tercero	primero	-8,143*	1,348	,000	-11,95	-4,33
	segundo	-3,419*	1,176	,041	-6,74	-,09
	cuarto	-3,853	1,519	,097	-8,15	,44
cuarto	primero	-4,290	1,594	,069	-8,80	,21
	segundo	,434	1,451	,993	-3,67	4,54
	tercero	3,853	1,519	,097	-,44	8,15

\*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Del análisis de la tabla 2, comprobamos que existen diferencias significativas entre 1º con 2º y 3º; también existen diferencias significativas de 2º con 3º.

Gráfica 5. Descomposición de las medias en el estereotipo negativo de los ancianos



### Discusión

Los resultados evidencian que en los estudiantes predomina una percepción de estereotipos negativos hacia los ancianos, lo cual sugiere que los conocimientos tanto a nivel teórico, como a través de las prácticas no mejoran las actitudes en los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Extremadura. En esta misma línea apunta la investigación llevada a cabo por Almeida, Fernández, Navarro, Olivera y Tabarez (2014) en su estudio de Percepción de los estudiantes sobre estereotipos positivos y negativos hacia la vejez. También hemos encontrado que ya Kelly (1955) apuntaba que “el hombre está construyendo su futuro comportamiento y moviéndose en una dirección calculada para satisfacer sus expectativas. Visto desde este ángulo, los mayores son aquellos que se mantienen inactivos y sin esperanzas de futuro”, quizás esta visión justifique la visión de nuestros estudiantes después de un mayor y mejor conocimiento de los ancianos.

No hemos encontrado diferencias significativas en la media entre primero y cuarto, aunque si existe una tendencia en los gráficos hacia la disminución del estereotipo negativo. Si existen diferencias significativas en la disminución de la actitud negativa entre primero, segundo y tercero del grado de

Terapia Ocupacional de Cáceres, pensamos que esta mejora en las actitudes de primero a tercero puede influir alguna asignatura o incluso el contacto profesional que establecen con ellos en sus prácticas llevadas a cabo en segundo o tercero (corta duración). Sin embargo en cuarto experimentan un empeoramiento en el estereotipo negativo, es decir empeoran su actitud hacia los ancianos; una factor que puede influir es el descrito por Franco, Villarrea, Vargas, Martínez y Galicia (2010), en el Hospital General Regional número 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Estado de Querétaro, México. Los autores en su investigación han descrito que el estereotipo negativo en el personal médico se asocia con la calidad de la atención, por lo que, la prevalencia global de 60% en este estudio puede tener implicaciones graves considerando que la transición demográfica y epidemiológica implica mayor demanda de servicios de salud, con enfermedades crónico degenerativas asociadas a períodos de hospitalización más prolongados.

Parece que hay un incidente crítico en 3º que provoca un punto de inflexión en la curva descendiente de la actitud negativa. Las pautas de modificación de la actitud a lo largo de los cursos por los géneros son distintas. En los varones no aparece el punto de inflexión en 3º, mientras que si aparece en las mujeres que por su mayor porcentaje en la muestra arrastra al grupo hacia el punto de inflexión.

### Conclusiones

No parece que mejore notablemente la actitud hacia los ancianos el conocimiento de los mismos a lo largo de los grados, ni la convivencia; factores que a priori se suponía que disminuirían el componente erróneo del estereotipo por un mejor y mayor conocimiento a todos los niveles de los ancianos como grupo. Es necesario investigar el incidente que provoca el cambio de inflexión, así mismo es necesario verificar la existencia de la pauta diferencial entre varones y mujeres en tanto en cuanto puedan ser comparables el número de sujetos masculinos en 4º curso.

Actualmente, se está llevando a cabo un estudio con la misma prueba a los mismos sujetos a medida que avanzan en los cursos, con la finalidad de afianzar las conclusiones mediante un estudio longitudinal.

También está provisto realizar en fecha próxima un estudio de mayor precisión con los tres subcomponentes de la escala para comprobar la existencia de diferencias de género, convivencia, existencia y efectos de la enseñanza a través de los cursos.

### Referencias

- Abellán, Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 131. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>
- Almeida, S., Fernández, E., Navarro, D., Olivera, M., Pérez, P. y Tabarez, L. (2014). Percepción de los estudiantes sobre estereotipos positivos y negativos hacia la vejez. Universidad de la república facultad de enfermería cátedra de adulto y anciano.
- Anantharaman, R.N. (1984). Perception of Stereotypes towards old age by two generations. *Journal of Psychological researches*, 28(3), 170-173.
- Bousfield, C. y Hutchison, P. (2010). Contact, anxiety, and young people's attitudes and behavioral intentions towards the elderly. *Educational Gerontology*, 36, 451-466.
- Franco, M., Villarreal, E., Vargas, E., Martínez, L. y Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un hospital de la ciudad de Querétaro, México. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 988-993.
- Gómez, T., León, B., Rabazo, M.J. y Vicente, F. (2004). *Estereotipos de los Mayores en Extremadura*. Badajoz: Servicio de publicaciones de la Diputación provincial de Badajoz.
- González Felipe, M.A., Sánchez-Cifuentes, M.J., Tonda, E., González Bravo, P. y Cid, J. (1990). Estereotipos hacia los ancianos: Los ancianos vistos por otros grupos de edad. *Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología. Geriátrika*, 6(4), 204-209.
- Hummert, M.L. (1990). Multiple Stereotypes of elderly and Young Adults: A Comparison of Structure and Evaluations. *Psychology and Aging*, 5, 182-193.
- Kelley, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. Norton.

- Matras, J. (1990). *Dependency, Obligations and Entitlement: A New Sociology of Aging*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Oskamp, S. (1977). *Attitudes and Opinions*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 2ª. Ed.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1990). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1991). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1992). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (1993). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2000). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2002). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Carretero, M. (1984). *Psicología Evolutiva: Desarrollo Cognitivo y Social del niño*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Carretero, M. (1986). *Psicología Evolutiva: Desarrollo Cognitivo y Social del niño*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Carretero, M. (1989). *Psicología Evolutiva: Desarrollo Cognitivo y Social del niño*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Carretero, M. (1991). *Psicología Evolutiva: Desarrollo Cognitivo y Social del niño*. Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J. y Marchesi, A. (1985). Inteligencia y memoria en el proceso de envejecimiento. En M. Carretero, J. Palacio y A. Marchesi (Comps.), *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Sancho, M. (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Serrani Azcurra, D. y Zeballos, E. (2011). El trabajo de observación del adulto mayor: Una herramienta pedagógica para modificar actitudes ageístas en estudiantes de psicología. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(1), 71-85.



## CAPÍTULO 28

### Personas mayores y tecnologías emergentes

Susana Agudo Prado  
*Universidad de Oviedo (España)*

La sociedad está experimentando cambios y transformaciones profundas que exigen que el aprendizaje se convierta en permanente, a lo largo de toda la vida (García Garrido y García Ruíz, 2005), con el fin de responder y hacer frente a los cambios socioculturales y tecnológicos en los que nos hallamos inmersos. La presencia y el uso de la tecnología, en nuestra sociedad, se ha convertido en una condición determinante para desenvolverse en la Sociedad Informacional (Castells, 1977).

Diferentes estudios realizados en los últimos años, como La Sociedad Red en Cataluña (2002), datos estadísticos de la Fundación Auna (2004) o el Estudio General de Medios (2005); apuntan que los ciudadanos que utilizan las TIC en menor grado que el resto de la población, son las personas mayores, por lo que puede darse una situación de exclusión social respecto a los grupos sociales que acceden y utilizan las tecnologías emergentes de manera habitual. Según la tesis del sociólogo Philippe Breton (*Old People Feel Excluded from New Technologies*, 2002) lo peor de todo es que muchas personas mayores no manifiestan interés hacia el mundo virtual, ya que perciben que las tecnologías “no son para ellos” y tienden a autoexcluirse de ellas.

En el proceso de saber vivir la vejez como una etapa más de la vida (Fernández Ballesteros, 2002), tiene gran importancia la intervención social desde el campo de la educación, para el empleo creativo del ocio y el tiempo libre que ofrece posibilidades para el uso y acceso a las tecnologías emergentes, es decir, para la integración y participación social, lo que revierte en un nuevo modelo de envejecimiento relacionado con lo que viene a definirse “un buen envejecer”. En este sentido algunas investigaciones (Amorós, 2006) dan cuenta del poder de la enseñanza para alcanzar una vida plena en las personas mayores. Es en esta etapa donde la actividad, tanto física como mental, se presenta como un elemento preventivo del empobrecimiento y la dependencia, favoreciendo un envejecimiento activo y satisfactorio que permita una vida autónoma y bienestar.

Desde un punto de vista educativo, el tiempo de ocio es una buena oportunidad para general vivencias que favorezcan el desarrollo humano individual y social (Cuenca, 2004). Entender el ocio como bien personal y comunitario es el primer fundamento de su necesaria educación. Esta es la clave para favorecer el continuo desarrollo físico, cognitivo y psicosocial de adultos y mayores (Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez y García, 2005), abordando sin riesgos y exclusiones los cambios que acontecen en la sociedad, como por ejemplo la incorporación de las tecnologías. Cada vez más la persona precisa estar al día para vivir satisfactoriamente en la sociedad (García Mínguez, 2004)

El objetivo de la investigación es determinar el grado de satisfacción, la utilidad y el interés que las personas mayores manifiestan en relación a las tecnologías emergentes.

#### **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. El perfil de la persona mayor “usuaria de las TIC en los CSPM” que participó en los grupos de discusión se caracteriza por ser hombre, menor de 65 años, casado, que vive en una zona urbana, y posee estudios primarios.



### *Instrumentos*

El diseño de la investigación es descriptivo a través de una metodología cuanti-cualitativa. 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 para la recogida de información: 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. Y los grupos de discusión que 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 los grupo de discusión, esta técnica ha permitido enfatizar en cuestiones difíciles de cuantificar (en el cuestionario) como son las creencias, los intereses, las intenciones, las motivaciones de las personas mayores usuarias de las TIC.

Se realizaron cinco grupos de discusión (G1, G2, G3, G4 y G5) constituidos por un total de 32 personas mayores, distribuidas en grupos de 5 a 10 personas. Los grupos están formados por personas mayores usuarias de las TIC en los CSPM. Las personas mayores participantes se seleccionan a través de los participantes en la propia encuesta.

Previamente, se han elaborado unos bloques temáticos a tratar, con una serie de preguntas para cada uno de ellos (unas 10 preguntas totales, para trabajar con unas 6 cuestiones en la práctica), lo que permite profundizar y ordenar el debate.

Se inicia la discusión grupal con una bienvenida a los participantes, una presentación del tema (se explica de manera breve los objetivos de la investigación), las pautas a tener en cuenta para una buena discusión (normas básicas: No interrumpir, no enjuiciar o descalificar, etc.), y se plantea la primera cuestión a modo de apertura para implicar a todos los participantes en la discusión (una pregunta totalmente abierta que no sugiere la respuesta e invita a “romper el hielo” creando un ambiente cálido y confortable en torno al tema de la investigación): *¿Por qué sois usuarios de las tecnologías de la información y comunicación, qué es lo que os motiva a ello, para qué la utilizáis?*

Esta cuestión es general, abre la temática objeto de estudio, y favorece que todas las personas participen. La sesión continúa con otras cuestiones centrales (preguntas claves): *¿Qué fue lo que os indujo a acercaros y utilizar las TIC? Para finalizar con las preguntas de cierre: ¿Qué posibilidades hay de conseguir que más personas mayores se acerquen a las TIC? ¿Cómo hacerlo? Propuestas.*

La sesión se cierra con un corto resumen, como señala Callejo (2001: 135) se trata de un “intento de síntesis de lo dicho por el grupo, realizado en la parte final de la reunión”. Son los propios participantes junto con el moderador los que cierran la sesión de discusión ofreciendo una lista de los aspectos más relevantes tratados. Estas tácticas ayudan a los participantes a iniciar un proceso de reflexión y permiten cerrar la sesión organizando las ideas. La despedida del grupo es abierta planteando la posibilidad de un nuevo contacto para devolver la información recogida.

### *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 (bivariadas), 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).

Así mismo en el análisis de datos cualitativo, se organiza la información obtenida reduciendo los datos textuales a través de los procesos de segmentación, codificación y categorización.

**Resultados**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los grupos de discusión, en los que participaron, exclusivamente, personas mayores usuarios de las TIC.

En lo que respecta al género (de una muestra de 32 sujetos, 20 son hombres y 12 son mujeres), los datos que nos aportan los porcentajes recogidos en la tabla 1 nos revela que la proporción de hombres que utilizan las TIC (62,5%) es ligeramente superior al de las mujeres (37,5%).

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra (grupo de discusión) por género.

Género	Total	%
Hombres	20	62,5
Mujeres	12	37,5
Total	32	100

En cuanto a **la edad de los usuarios**, el 31,2 %es menor de 65 años y el porcentaje baja progresivamente a medida que aumenta el intervalo de edad. La distribución en cuanto a la edad se distribuye en porcentajes: El 28,1 %tiene una edad entre 65 y 69 años; el 22%está entre 70 y 74 años; el 12,5%está entre 75 y 79 años; un 6,2%tiene más de 80 años. Los datos muestran que son las personas mayores “más jóvenes en edad” las que más uso hacen de ellas.

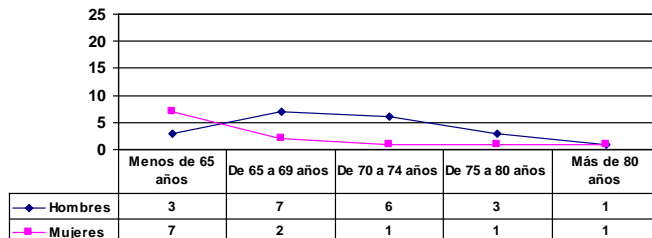
Relacionando la edad y el género (tabla 2), se comprueba y confirma la anterior afirmación:

Tabla 2. Tabla de frecuencias Edad-Género (grupo de discusión)

Edad	Género	
	Hombre	Mujer
Menos de 65 años	3	7
De 65 a 69 años	7	2
De 70 a 74 años	6	1
De 75 a 80 años	3	1
Más de 80 años	1	1
Total	20	12

De manera gráfica, se presentan las características descriptivas de la muestra por edad y género:

Gráfico 1. Características descriptivas de la muestra por edad y género



En lo que respecta a la descripción de la muestra (grupos de discusión), y teniendo en cuenta la variable estado civil, se puede afirmar que la gran mayoría de los asturianos usuarios de las TIC en los CSPM están casados (70,3%). Las mujeres de la muestra presentan porcentajes más elevados de viudedad.

Tabla 3. Tabla de frecuencias Estado Civil-Género (grupo de discusión)

Estado Civil	Género	
	Hombre	Mujer
Casado/a	19	5
Soltero/a	0	0
Separado/a	0	1
Viudo/a	1	6
Total	20	12

Interesante es asimismo el nivel de estudios de las personas mayores usuarias de las TIC en los CSPM. El porcentaje más alto lo representan las personas mayores con **estudios primarios**. Respecto a la formación profesional los hombres superan a las mujeres y se cuenta con tres hombres de 67-69-71 años con estudios universitarios. Las ocupaciones de los hombres (antes de la jubilación) están relacionadas con las profesiones técnicas (ajustador, soldador, electricista, chapista,...), y la ocupación de las mujeres se relaciona con la costura (modista), el comercio (dependienta) y las labores del hogar. El lugar de residencia de los usuarios de las TIC de los CSPM de los grupos de discusión es el **urbano**. El **100%** reside en una ciudad asturiana: Oviedo, Gijón y Avilés. Estos resultados reflejan la distribución de la población en Asturias, los puntos donde se ubican los Centros Sociales de Personas Mayores y los lugares donde fue viable realizar los grupos de discusión. Como se ha señalado anteriormente, los Centros Sociales de Personas Mayores (CSPM) son recursos gerontológicos abiertos a la comunidad, son espacios abiertos (susceptibles de evolución), de convivencia, integrador y cercano a las personas mayores y a su entorno (cercanos a las necesidades e intereses de la comunidad. Por ello se plantean las cuestiones: **¿El primer acercamiento a las TIC fue en el CSPM? ¿Fue a través de algún curso de formación?** Mayoritariamente, contestan que sí.

*“Yo más o menos como mis compañeros hicimos aquí un cursillo [...] nos propusieron de voluntarios, empezamos y aquí estamos transmitiendo un poco lo que hemos aprendido” (H)*

*“Yo empecé también como todos, haciendo un cursillo en el Arbeyal [...] y luego nos propusieron hacernos voluntarios en el aula esta y aquí seguimos [...] Tengo el ordenador en casa también y también me entretengo algunas noches.”*

En algún caso, el curso de iniciación a la informática lo habían realizado en otro centro, bajo otro programa formativo también orientado a promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

*“Yo empecé con la Universidad Popular y me gusta.” (M)*

Unida a esta cuestión se profundiza en la influencia que otras personas, como es **la dirección del centro** (director o trabajador social) o **la familia** (cónyuge, hijos, nietos), han podido tener a la hora de abordar el aprendizaje de las TIC. Cabe destacar la especial relevancia de la familia.

*“La familia yo creo que apoya al máximo, bueno en mi caso yo no tengo hijos, pero por lo que veo es que quieren que los padres participen, entren en este mundo [...]” (H)*

*“[...] La familia entra dentro de las circunstancias [...] La familia es fundamental.” (M)*

*“[...] me apoya la familia porque fue mi mujer la que me metió aquí” (H)*

La mayoría señala que aunque **el primer acercamiento a las TIC fue por iniciativa propia** (curiosidad e interés), la familia los apoya y los anima a hacer cursos y talleres de informática. Gracias a los conocimientos que van adquiriendo en los diferentes cursos o talleres que realizan (iniciación a la informática, navegación por internet, procesador de textos, herramientas de presentación, fotografía

digital, etc.) mantienen una **relación más estrecha con sus hijos**, ya que pueden hablar con ellos de estos temas:

*“Yo a mi hija cuando le pregunto algo [...] me dice bueno mamá es que lo tienes ahí léelo [...] no tiene paciencia [...] hablamos” (M)*

*“[...] para poder hablar con mis hijos y no encontrarme ya obsoleta.” (H)*

Además les sirve para **comunicarse con los hijos que no tienen el mismo lugar de residencia**, y así, estrechan los lazos de unión:

*“[...] yo por ejemplo yo tengo el hijo en Estados Unidos, tengo la hija que está en Canarias y si no fuera por el servicio de internet, enviar fotos, recibir fotos...” (H)*

*“Hay otro señor que también está aquí, que también ‘tien’ el hijo fuera, entonces pues a ellos ‘yos’ vino muy bien ‘to’ esto porque tienen un medio de comunicación buenísimo” (M)*

Cada día es más habitual que muchas de las experiencias de ocio de las personas mayores se relacionen con el aprendizaje, es el caso de las TIC. Como se ha venido exponiendo, este proceso de aprendizaje comienza con la participación en un curso formativo guiado por un docente y con un método concreto, continua con otros cursos o talleres formativos más avanzados (también enmarcados dentro de un plan formativo) y culmina con el aprendizaje autodirigido como recurso permanente de cambio y adaptado a los intereses particulares de cada uno (es el caso de los voluntarios del aula de informática del CSPM). En este sentido, la existencia de un grupo de voluntarios en los CSPM facilita que el aula de informática siempre esté abierta al público (a otros mayores) percibiéndola como un espacio de formación (donde se imparten cursos) pero también de relación, de comunicación, de autoformación.

*“Yo empecé aquí cuando empezó esto...nosotros aprendimos aquí mucho, porque nosotros veníamos aquí a practicar fuera de los horarios de clase” (H)*

*“...nosotros prácticamente todos tenemos ordenador en casa... pero también aquí ‘presta’ estar con compañeros, y unos aportan uno y otros aportan otro” (H)*

De acuerdo con estos comentarios se intuye **que la actividad de informática es fuente de sentido para quienes la realizan** dado que permite establecer relaciones de ayuda mutua y de trabajo colaborativo. Además, implica la participación real de las personas mayores en la resolución de problemas, en la toma de decisiones, etc. acciones cognitivas muy saludables para ejercitar la memoria. En el aula de informática del CSPM, los voluntarios comparten información, se ayudan -“se trata de seguir aprendiendo, nunca lo sabes todo” expone uno de los voluntarios en un grupo de discusión “querer siempre avanzar, querer siempre aprender algo es muy importante, es innato... si no estaríamos en las cavernas”, hasta enseñar a otros mayores que pasan por allí.

Sin duda, se trata de **un aprendizaje con utilidad** y que después tiene premio (el poder enseñar lo que uno ha aprendido a otras personas mayores, incluso a los que no son tan mayores, como niños, discapacitados o población reclusa), muy gratificante para aquellos que lo realizan: “el voluntariado”.

*“A mí me encanta [el voluntariado], y no me gustaba la informática... Yo si vine voluntaria fue por ver si venía más gente”*

En relación con esta afirmación se plantea en los grupos de discusión la siguiente cuestión (de gran interés para la investigación): **¿Por qué las personas mayores hacen tan poco uso de las TIC en los CSPM?** Se exponen las siguientes razones por las que otros mayores no participan en las actividades de informática:

#### **Falta de INTERÉS**

*“[...] la gente prefiere las cartas, o el parchís [...]” (H)*

*“Hay personas que cuando se jubilan ya no quieren saber nada de nada” (H)*

*“[...] la gente dice: eso no es para mí” (H)*

#### **Temor a lo DESCONOCIDO**

*“Hay algo de miedo a esto [...] todas las cosas nuevas siempre nos ponen un poco de reparo” (H)*

*“[...] lo desconoce completamente” (H)*

*“[...] no se atreven tampoco a dar el paso” (M)*

*“[...] hay otro señor [...] que dijo que tenía miedo [...] pero se ponía de los nervios y hasta temblaba [...] y no hubo forma” (H)*

*“Depende también un poco de la relación que hayas tenido con la profesión anterior... si estás vinculado a lo mejor a trabajar con la informática o cosas así... ‘ye’ una cosa que como nunca la usaste, nunca la necesitaste igual prescindes de ella por desconocimiento...” (H)*

### **EL APRENDIZAJE y MANEJO de las TIC es DIFÍCIL**

*“[...] cuesta, depende de la capacidad de cada uno” (H)*

*“Otra cosa que veo yo un poco negativo en personas mayores, sobre todo las más mayores [...] aquí ha habido mujeres y algún hombre también, que quieren asistir a los cursos, y que quieren, pero no pueden... porque hay de las dos cosas, hay quien puede y no quiere, pero también hay quien quiere y no puede... no tuvo su preparación para empezar a conocer cosas” (H)*

Principalmente, se resalta el **sentimiento de miedo y rechazo** que sólo se explica por el **desconocimiento de las TIC** (cuestión que en todos los grupos de discusión se menciona), una de las participantes lo ejemplifica:

*“[...] mucho desconocimiento [...] el otro día trajeron unas personas de estas que están aquí imposibilitadas, y estuvieron aquí con nosotros, les enseñamos a entrar en varios sitios y estaban maravillaos... esa gente no sabía lo que era internet” (M)*

Precisamente, algún mayor ratifica esta idea y propone que para favorecer la participación en las actividades de informática hay que comenzar por “despojar del miedo a los ordenadores, a los dispositivos móviles, a las tablets”:

*“Yo creo que la resistencia más grande es cultural, es muy fuerte [...] es una cuestión cultural, ahí es donde hay que trabajar [...] interesarlos, despojarlos del miedo.” (H)*

Siguiendo esta línea de discusión, se plantea en los grupos **¿Cómo se puede promocionar las actividades de informática entre los mayores?** Algunos comentarios a este respecto:

#### **GRUPO 1**

*“Informar, hablar de que hay esto” (M)*

*“Yo pienso que hay un tablón de anuncios muy grande o ponerlo en letras mayores y con fosforito, para que lo vean, y si no el que no viene por ese tirón no viene por nada” (M)*

#### **GRUPO 2**

*“Esa es la pregunta que nos hacemos” (H)*

*“El quid está en la primera vez, en poner el anzuelo” (H)*

#### **GRUPO 3**

*“Animar a la gente, que quieran venir [...] decirle oye mira pues estamos haciendo esto, se puede hacer lo otro, puedes venir a verlo [...] pero hay algunos que acceden, pero hay otros que no les da más” (H)*

*“[...] transmitir lo bien que lo pasamos, que es una cosa muy buena” (H)*

*“el boca a boca, poco por desgracia, pero funciona” (H)*

#### **GRUPO 4**

*“[...] hay gente mayor que tiene muchas obligaciones, más incluso que la gente joven [...] hay muchos condicionantes ahí [...] una buena cosa qué sería, que pasase alguien relacionado con ‘esti’ mundo, con ‘esti’ campo por los centros [...] y dijese oye vamos a empezar un curso de tal, va a ‘facese’ esto, tenemos los ordenadores [...]” (H)*

*“[...] yo tengo una amiga que tiene 65 años y empezó arriba, que ya lleva tres años, por mí lo sabía [...] hay gente también que no lo sabe” (M)*

#### **GRUPO 5**

*“[...] yo creo que tendría que haber una campaña a nivel de televisión” (H)*

*“Yo opino lo mismo, la propaganda y los anuncios para que estoy vaya para adelante, cuanto más se diera sería mucho mejor [...]” (H)*

En el grupo 5 se planteó el debate sobre la importancia de “crear la necesidad”, “de transmitir que las TIC” son necesarias para desenvolverse en la sociedad actual:

*“Yo creo que en la medida en que la gente se viera un tanto obligada a hacer algo, en esa misma medida se mueve [...] pero si no se crea esa necesidad, pues difícilmente aquella persona que encuentra difícil y complicado el aprender a coger un aparato de estos pues va a meterse ahí” (H)*

*“Está perfectamente bien crear la necesidad, despertar el interés, eso sin lugar a dudas, pero todo va a fallar, si no se dan cursos previos a lo práctico de la computación. Debe haber un curso preparatorio que explique lo que es y que le dé a la gente que no sabe, los medios para que pueda entrar en la enseñanza [...] La educación tiene mucho que decir en esto.” (H)*

Recogidos los comentarios más representativos, mayoritariamente, el “boca a boca” es el recurso que más se utiliza y que se propone para promocionar las actividades de relacionadas con las tecnologías emergentes. Analizando la información de manera más exhaustiva se detecta que la información y la formación son los recursos más destacados como estrategias propuestas para “engancha a otros mayores”. Por una parte, se hace hincapié en que es necesaria **más información** (publicitar en el tablón de anuncios de los CSPM, en la TV, entre los propios mayores, o que un profesional visite los CSPM e informe del tema) y por otra, **más formación** (una oferta de cursos más amplia). El tema de formación preocupa, se reivindica para poder no sólo acceder a las TIC sino utilizarlas.

En algún grupo de discusión los mayores abordan de manera espontánea el tema de los cursos que se ofertan en el CSPM cómo elemento promotor y motivador para iniciarse en el uso de las TIC, por ello, se plantea **cómo les gusta que sean los cursos y qué preferencias tienen**. Se matizan dos preferencias a la hora de aprender en un curso organizado y guiado por un docente:

#### **HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS (según conocimientos previos)**

*“Los cursos deberían estar ordenados por conocimientos. No meter a una persona que no sabemos a lo mejor andar con el teclado, con otra que a lo mejor ya lo sabe. Deberían estar un poco seleccionados los conocimientos de cada persona para hacer cursos independientes de cada uno.” (M)*

#### **DOCENTE ADAPTADO A LOS MAYORES (a su ritmo de aprendizaje)**

*“Tiene que ser una persona equilibrada para dar cursillos [...] porque no todos somos iguales ni tenemos el mismo nivel ni tenemos la misma cultura” (H)*

### **Discusión**

En la actualidad son muchas las investigaciones que tratan sobre la vejez centrándose en aspectos sanitarios, y son más limitados los trabajos que exploran otras potencialidades como las relacionadas con la educación y el uso de los recursos al efecto (Trentin, 2004; Hashizume, Yamanaka y Kurosu, 2011; Agudo, Pascual y Fombona, 2012; González, Paz y Viadel, 2012).

Desde el punto de vista de la pedagogía, se hace necesario que el aprendizaje se haga extensible a cualquier edad y en cualquier momento. Es a través de la educación donde las personas pueden seguir desarrollando al máximo las potencialidades, gracias a los estímulos y las nuevas perspectivas que el aprendizaje ofrece como proyecto vital, como actividad productiva y cultural, como motivación y como fuente de satisfacción (Mínguez, 2004). Los resultados obtenidos en la investigación nos ofrecen ideas para la planificación, diseño y ejecución de cualquier programa formativo que esté relacionado con las tecnologías emergentes y las personas mayores. Como constatan diferentes estudios La Sociedad Red en Cataluña (2002), datos estadísticos de la Fundación Auna (2004) o el Estudio General de Medios (2005); las personas mayores se encuentran en una situación de exclusión social, de desigualdad en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación y esto hace que sea necesario replantear los programas formativos orientados a los mayores, como estrategia para ir en consonancia con los cambios socioculturales que plantea la sociedad actual.

El uso de las tecnologías emergentes entre las personas mayores no sólo favorece la inclusión social de los mayores en la sociedad sino que es una oportunidad personal de crecimiento, de mantenerse activos y una estrategia para mejorar las capacidades (Amorós, 2006). Se establece, por tanto, una relación positiva entre las tecnologías emergentes y la calidad de vida de las personas mayores.

### Referencias

- Agudo, S., Pascual, M.A. y Fombona, J. (2012). Uso de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar*, 39, 193-201.
- Amorós, P. y otros. (2006). *Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente*. Madrid: Alianza.
- Castells, M. (1997). *La era de la información. Economía, sociedad y cultural*. Alianza: Madrid.
- Cuenca, M. (2004). *Pedagogía del Ocio: Modelos y Propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Escarbajal, A. y Sáez, J. (1996). Aprendiendo del pasado: investigación y educación en la tercera edad. *Revista de Pedagogía Social*, 13, 37-49.
- Escarbajal, A. (1998). *La Educación Social en marcha*. Valencia: Nau Llibres.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- García Garrido, J.L. y García Ruiz, M.J. (2005): *Temas candentes de la educación en el siglo XXI*. Madrid: Académicas.
- García Mínguez, J. (2004). *La educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.
- Gonzalez, A., Paz Ramírez, M. y Viadel, V. (2012). Attitudes of the Elderly Toward Information and Communications Technologies. *Educational Gerontology*, 38(9), 585-594.
- Hashizume, A., Yamanaka, T. y Kurosu, M. (2011). Real user experience of ICT devices among elderly people. En Kurosu, M (Ed.) *2nd International Conference on Human Centered Design (HCD) & 14th International Conference on Human-Computer Interaction (HCI)*, Orlando.
- Trentin, G. (2004). E-learning and the third age. *Journal of computer assisted learning*, 20(1), 21-30.
- Sánchez, M. (1999). Los Programas Universitarios para mayores en España: reflexiones para el futuro. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 10, 99-113.

## CAPÍTULO 29

### **Análisis del uso de internet en las generaciones mayores en los últimos años**

M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Ana Belén Barragán Martín, M<sup>a</sup> del Carmen Pérez-Fuentes, José Jesús Gázquez Linares, Francisco Soler Flores, Isabel Mercader Rubio, Nieves Gutiérrez Ángel, y Andrea Núñez Niebla  
*Universidad de Almería (España)*

La irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ha venido a transformar el panorama social, por lo que su uso se está propagando a todos los ámbitos de la sociedad. La alfabetización tecnológica, por lo tanto, compete a todas las disciplinas y ámbitos del saber, ya que se ve afectada de forma directa o indirecta (Marín, Tirado y Hernández, 2013; ONTSI, 2009). Tanto las nuevas generaciones como las existentes en la sociedad no han sido ajenas al auge de los nuevos recursos que nos ofrecen las TIC, ya que con el transcurso de los años éstas se van adaptando a los cambios que van apareciendo en el panorama actual (Matellanes-Lazo, 2015).

Para que la sociedad de la información se desarrolle en todas las áreas es necesario que todos los habitantes tengan acceso (Huete, 2013; Toboso y Rogero, 2012) y sean partícipes de las ventajas que nos ofrecen las TIC.

La utilización de todos estos recursos es fundamental para los ciudadanos a la hora de adquirir distintas destrezas (Gros y Contreras, 2006). En este sentido vemos como las personas mayores se van adaptando cada día más a los cambios. Todo esto, es una nueva realidad que les supone a las personas mayores una ruptura con los modelos convencionales de comunicación, que a partir de ahora tienen que convivir con otras herramientas y espacios (Lorenzo, 2014).

El cambio que ha supuesto la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación en la vida de los más mayores (Gázquez y Pérez, 2006), ha implicado una gran ventaja para ellos en todos los ámbitos, ya que con la ayuda de éstas, por ejemplo, pueden mejorar su desarrollo cognitivo, social, afectivo y otros aspectos de su día a día (Fernández-Calvo, Rodríguez-Pérez, Contador, Rubio-Santorum y Ramos, 2011).

Está claro que diversas investigaciones (Jiménez, García, Martín y Bermúdez, 2007; Matellanes-Lazo, 2015; Traver, 2013) han encontrado en las TIC una alternativa para proyectarse como actividad social en las personas mayores. Fue a partir de los años 90 cuando por primera vez en España se realizaron programas destinados a la población mayor (Marín, Tirado y Hernández, 2013), todos estos programas han ido aumentando con el paso de los años.

Hay que conseguir un desarrollo integral de los ciudadanos (Fernández-García, 2012). Para ello existen diversos programas destinados al envejecimiento activo (Fernández-García y Ponce de León, 2013). Dentro de estos programas encontramos las TIC como una de las áreas a trabajar, debido a las grandes ventajas que le ofrece a las generaciones mayores (Barrio, Barrio y Quintanilla, 2007; Cano y Expósito, 2006; De arriba, 2008).

El uso de las nuevas tecnologías se ha convertido en un requisito indispensable para la población en general como venimos viendo (Jiménez, García, Martín y Bermúdez, 2007) y por tanto, son un nuevo reto para las sociedades envejecidas (Lorenzo, 2014). Por este motivo, el uso que le dan las personas mayores a las TIC y más concretamente a internet, se nos presenta como un tema de interés. Por lo cual, el objetivo de este estudio es analizar y comparar como ha ido evolucionando el uso que las personas mayores hacen de internet en los últimos años.



## Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en la página web del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI (ONTSI), en ella se ha realizado una revisión de los informes anuales “La sociedad en Red”, que se emiten periódicamente cada año desde 2007. Se han revisado los siete informes registrados en el observatorio, pertenecientes a los años 2007 hasta 2013.

En cada uno de estos informes se ha buscado información referente al uso de internet de la población en función de distintos rangos de edad. A la hora de escoger los porcentajes de los usuarios de internet solo se analizó los correspondientes a dos grupos de edades distintas, estos eran, las personas de 55 a 64 años y de 65 a 74 años de edad.

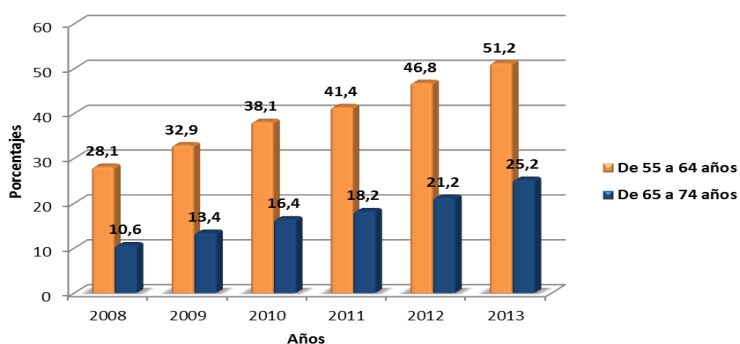
Cuando se realizó la búsqueda de porcentajes en los siete informes, se excluyó el informe perteneciente al año 2007, ya que este no contemplaba ningún dato referido al uso de internet en función de la edad. Por tanto, se seleccionaron los seis informes anuales restantes para la realización de este estudio.

## Resultados

Se han analizado los datos obtenidos de los informes anuales de la ONTSI (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013), haciendo una comparación en función de los años. Si atendemos a la globalidad del gráfico 1, se puede observar que en los dos grupos de edad desde 2008 hasta 2013 ha ido progresivamente aumentado cada año, el uso de internet de las personas mayores. Además, tal y como se puede ver en el gráfico 1 el grupo de edad comprendido entre los 55 y 64 años, ha hecho un mayor uso de internet desde 2008 hasta 2013, respecto al grupo comprendido entre los 65 a los 74 años. Aunque lo cierto es, que el grupo de personas mayores de 65 a 74 años, ha duplicado el uso de internet en 2013 respecto al año 2008, de un 10,6 % pasaron a un 25,2%, es decir aumentaron un 14,6% en el transcurso de esos seis años. Sin embargo, el otro grupo ha aumentado el uso, pero no en la misma proporción que el colectivo de más edad.

En el mismo análisis podemos comprobar como el manejo de internet de los mayores en función del año es distinto, es decir, es cierto que conforme van aumentando los años va aumentando el uso, pero este no se realiza en la misma proporción cada año y tampoco es igual el porcentaje de uso en los dos grupos de edad. En el gráfico 1 observamos como el grupo de edad (55-64 años) aumento más el porcentaje de uso entre el 2011 al 2012, fue de un 5,4%. Por el contrario el grupo más mayor (65-74 años) fue entre los años 2012 y 2013 cuando más porcentaje de cambio han mostrado, que fue de un 4% como se puede apreciar en el gráfico.

Gráfico 1. Porcentajes de usuarios de Internet por grupos de edad

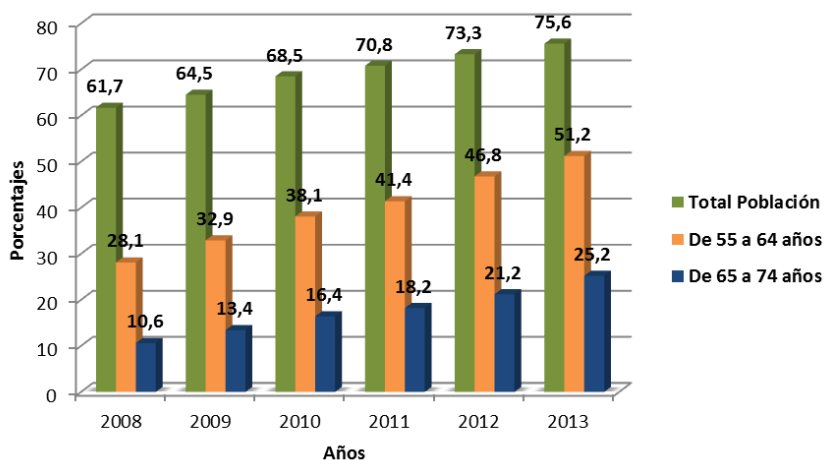


Fuente: Elaboración propia a partir de los informes anuales de la ONTSI.

En cuanto a los porcentajes de uso con la población total, se observa en el gráfico 2 un menor crecimiento de la población general, respecto a los dos grupos de edad, ya que fue del 2009 al 2010 cuando el total de la población uso un 4% más internet. Pues el crecimiento el resto de años ha estado entorno al 2,3%-2,8%. Si comparamos el crecimiento de estos tres grupos entre sí desde 2008 hasta 2013, vemos como el grupo de 55-64 años es el que ha aumentado su uso en mayor proporción con un 23,1% entre estos años. Quedando más o menos igualados el total de la población con un crecimiento del 13,9% y el grupo de 65-74 años con un 14,6% de aumento del uso de internet.

Al apreciar el gráfico 2, también podemos ver como no llega ni al 80% las personas que usan internet en estos últimos años. Ese resto de población corresponde a grupos de edades inferiores a los 16 años y a personas mayores de 74 años, por lo cual se obtienen estos resultados.

Gráfico 2. Porcentajes de usuarios de Internet respecto a la población total



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes anuales de la ONTSI.

### Discusión/Conclusiones

La implantación de las TIC se extiende por el mundo, constituyendo un elemento clave en la globalización y en el avance de la sociedad de la información (ONTSI, 2009, 2011). La incorporación de las TIC a nuestras vidas viene en alza desde hace unos años atrás, por tanto venimos viendo cómo va en aumento el número de internautas que hacen uso de ellas. Como hemos comprobado, ésta incorporación no solo está teniendo lugar en las personas más jóvenes sino que nuestros mayores cada día más se acercan a la sociedad informatizada (Lorenzo, 2014).

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación se están potenciando como instrumento ineludible en la vida de las personas. El uso de internet y de las TIC es una necesidad y vemos que las generaciones mayores van aumentando el porcentaje de uso (Bascones, 2014). Esto es una necesidad para poder utilizar los distintos programas para personas mayores, los cuales se empezaron a crear en la década de los 60 en los Estados Unidos y posteriormente en Europa en los años 70 (Orte, 2006). Todos estos programas orientados a las generaciones mayores no llegaron a nuestro país hasta la década de los años 90, y fue a partir de ahí cuando se empezaron a crear programas universitarios para mayores (Marín, Tirado y Hernándo, 2013).

En estos programas de envejecimiento activo se desarrollan distintas áreas a trabajar con los mayores y una de ellas son las nuevas tecnologías, por lo que el manejo de internet forma parte de la mayoría de

estos programas (Barrio, Barrio y Quintanilla, 2007; Cano y Expósito, 2006; De arriba, 2008). Como bien reflejaron Gázquez y Pérez (2006) en su estudio cada vez es mayor la disponibilidad, el uso y la formación de los mayores en este ámbito tan actual y demandado por la sociedad.

La sociedad de la información va en crecimiento, por lo que como hemos podido comprobar va en aumento el porcentaje de usuarios de internet y de las TIC. Esto se puede respaldar no solo con los informes de la ONTSI (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013), sino que en el estudio de Matellanes-Lazo (2015) queda demostrado el aumento del manejo que las generaciones mayores le están dando a los medios digitales. No solo encontramos esta investigación que nos muestre el uso de las tecnologías de los mayores, sino que investigaciones como las de Jiménez, García, Martín y Bermúdez (2009) y Traver (2013) entre otras, nos muestran que las TIC pueden ser una actividad social para la población mayor.

En definitiva, con la realización de este estudio hemos podido comprobar el cambio que han supuesto las TIC en nuestra sociedad y en concreto en las personas mayores durante estos últimos años. Ya que va en aumento el uso de internet en la población en general. Aunque es cierto que el grupo de edad comprendido entre los 65 hasta los 74, desde 2008 hasta 2013 ha aumentado el doble el uso de internet como un medio digital. Por tanto, esto nos viene a decir, que las TIC están causando un gran impacto en la vida de las personas, como nos muestran los informes anuales durante estos últimos años.

Con estos datos vemos que ha habido un gran cambio de modelo para comunicar y compartir información y construir conocimiento a través de internet. Las TIC no han modificado el estilo de vida de los mayores sino que han venido a cubrir una necesidad (Aguado, Pascual y Fombona, 2012), la cual ofrece un amplio abanico a la hora de realizar cualquier tipo de intervención (Juncos, Pereiro y Facal, 2006).

Por todo esto las personas mayores deben adaptarse al nuevo contexto sociocultural en el que estamos inmersos. Para poder así tener una mayor autonomía personal (Herrera, Muñoz, Martín y Cid, 2011). No obstante, para las generaciones mayores es de gran ayuda la utilización de estos nuevos recursos tecnológicos en su vida diaria.

## **Referencias**

Aguado, S., Pascual, M.A. y Fombona, J. (2012). Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, 39, 193-201.

Barrio, J.L., Barrio, M.L. y Quintanilla, M. (2007). Tecnología y educación de adultos. Cambio metodológico en las matemáticas. *Revista Complutense de Educación*, 18(1), 113-132.

Bascones, L.M. (2014). Compartir la vida. En torno a la adopción de las redes sociales en Internet entre las personas con discapacidad y mayores. *Revista española de Discapacidad*, 2(1), 175-191.

Cano, P. y Expósito, R. (2006). Una propuesta para el uso de nuevas tecnologías como herramientas docentes en los programas universitarios para personas mayores. (pp. 315-323). En M.C. Palmero (coord.). *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodológicas e innovaciones*. Burgos: Universidad de Burgos.

De Arriba, J.A. (2008). Aprendiendo a resolver casos reales mediante la utilización de herramientas informáticas de aprendizaje y colaboración. Estudio experimental en un contexto de formación universitario. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 5(2), 36-49.

Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorium, A. y Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50.

Fernández-García, T. (2012). El estado de bienestar frente a la crisis política, económica y social. *Portularia*, 12, 3-12.

Fernández-García, T. y Ponce de León, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13(1), 87-97.

Gázquez, J.J. y Pérez, M.C. (2006). El reto de la disponibilidad, formación y uso de las nuevas tecnologías en los mayores universitarios. (pp. 325-331). En M.C. Palmero (coord.). *Formación universitaria de personas mayores y*

*promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodológicas e innovaciones.* Burgos: Universidad de Burgos.

Gros, B. y Contreras, D. (2006). La alfabetización digital y el desarrollo de competencias ciudadanas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 42, 103-125.

Herrera, E., Muñoz, I., Martín, V. y Cid, M. (2011). Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gaceta sanitaria*, 25(8), 147-157.

Huete, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista Española de Discapacidad*, 1(2), 7-24.

Jiménez, J., García, J.F., Martín, J.L. y Bermúdez, C. (2007). Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers Revista sobre la Sociedad del Conocimiento*, 4, 44-50.

Juncos, O., Pereiro, A. y Facal, D. (2006). Lenguaje y comunicación. En C. Triadó y F. Villar (Eds.). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

Lorenzo, L. (2014). El reto tecnológico en las sociedades envejecidas. *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 8, 150-163.

Marín, I., Tirado, R. y Hernáudo, A. (2013). La competencia mediática en personas mayores. *Edmetic: Revista de Educación Mediática y TIC*, 2(2), 94-111.

Matellanes-Lazo, M. (2015). Uso de las nuevas tecnologías por las personas mayores en una localidad rural. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 130, 21-36.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2009. La sociedad en red. Informe Anual 2008.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2010. La sociedad en red. Informe Anual 2009.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2011. La sociedad en red. Informe Anual 2010.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2012. La sociedad en red. Informe Anual 2011.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2013. La sociedad en red. Informe Anual 2012.

ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI) 2014. La sociedad en red. Informe Anual 2013.

Orte, C. (coord.) (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Editorial Dykinson.

Toboso, M. y J. Rogero. (2012). Diseño para todos» en la investigación social sobre personas con discapacidad. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 140, 163-172.

Traver, J. (2013). Mayores en la nube. *Ariadna, Cultura, Educación y Tecnología*, 1(1), 98-105.



## CAPÍTULO 30

### Escuelas de verano, para el fomento del envejecimiento activo

Ana Cristina Zamora Castillo  
*Universidad de Valencia (España)*

Cuando hacemos referencia a las personas mayores, parece que entendemos esta etapa de la vida como desprovista de actividad y motivación, por tratarse del periodo final de la vida. Muy al contrario, esta etapa se caracteriza por la disponibilidad de tiempo libre y por tanto por la necesidad de usar adecuadamente este tiempo libre mediante el disfrute del ocio.

En el ámbito residencial aún más se hace necesario este uso y disfrute del ocio, pues contribuye a mantener las capacidades de los residentes, aspecto imprescindible en su calidad de vida, en su motivación y estado de ánimo, pues el ocio no solo contribuye a mantenerlos activos, sino que además posibilita que se sigan sintiendo útiles, en una sociedad impregnada por el necesario sentimiento de utilidad que conlleva la productividad del capitalismo (Marx y Engels, 1995).

Ahora bien, ante la realidad existente, y la carencia de personal destinado a tal fin, nos planteamos la necesidad de crear un proyecto que responda a las necesidades y carencias planteadas, para mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida de los residentes en centros de mayores.

Nos centraremos en un proyecto desarrollado en la época estival, pues este periodo se caracteriza por la menor disponibilidad de personal del centro por motivos vacacionales, así por ejemplo en el caso del Técnico en Animación Sociocultural, puesto que solo existe un profesional, tal como se regula en la Resolución de 2/2008, los centros quedan desprovistos de actividades de ocio y tiempo libre durante este tiempo, pues corresponde a su periodo vacacional y el puesto no queda cubierto, lo que contribuye a un aumento de la inactividad, y una disminución de la calidad de vida de los usuarios.

#### *Determinación del ámbito de trabajo: Las personas mayores en instituciones sociales*

El colectivo de personas mayores se caracteriza por su heterogeneidad en cuanto a características, experiencias, necesidades y demandas. Existe la idea extendida de que dependencia y envejecimiento son conceptos relacionados (Querejeta, 2004), si bien es cierto que esta etapa está caracterizada por pequeñas pérdidas, no siempre conllevan dependencia, y esta se encuentra más relacionada con el estado de salud que con la edad (Fernández, 2011). Así pues, Fernández en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011) distingue entre dos conceptos diferentes para referirnos a este colectivo:

“Tercera edad: Hace referencia a las personas mayores que mantienen una funcionalidad óptima, es decir, buena salud y autonomía funcional. Cuarta Edad: Es el grupo de personas mayores que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autoestima y amplio nivel de fragilidad.” (p.115)

Aun así, debido a los cambios socio-económicos, podemos identificar un aumento de personas mayores residentes en instituciones sociales, ello se debe principalmente a dos circunstancias:

- El aumento de la esperanza de vida.
- Y la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Lo que ha influido en el aumento de personas mayores que recurren a este tipo de servicios, como alternativa a los cuidados informales y al modelo de familia extensa, propio de otras etapas, que en los últimos años debido a la crisis económica está retomándose.

En los centros residenciales, podemos encontrarlos, desde mayores con plenas capacidades físicas y cognitivas, hasta aquellos que no pueden valerse por sí mismos, debido a problemas de salud o a pérdidas relacionadas con la edad. Todos ellos tienen algo en común, y es la disponibilidad de tiempo libre, para poder realizar actividades de ocio que contribuyan a la mejora de su bienestar.

### *Importancia del ocio en personas mayores*

Existe una diferencia clara entre tiempo de ocio y tiempo libre, siendo el tiempo libre aquel que queda tras realizar las actividades obligatorias como trabajo o estudios, comer o dormir, es decir actividades obligatorias de la vida cotidiana y el ocio sería el uso del tiempo libre para hacer actividades que nos gustan y que presentan las características que presentamos a continuación (Puig, Trilla y Sanvisens, 2005; Trilla, 1998; Trilla, 2012).

Son muchos los estudios que coinciden en afirmar la importancia y la influencia del ocio entendido desde una perspectiva educativa, en personas mayores, algunos autores como Sáez, Aleixandre y Meléndez (1994), identifican el ocio como una actividad necesaria e inherente de una vejez sana y productiva.

El ocio destaca por tres características principales como identifica Dumazedier: Diversión, desarrollo y descanso (Marcial, Giménez, Sierra y Lozano, 2012)

- *Diversión* en cuanto que una actividad diferente de la actividad cotidiana que permite y fomenta la relación con los otros. Aspecto importante en las personas mayores pues contribuye al mantenimiento de las relaciones sociales y la autoestima.

- *Desarrollo* por lo que se refiere a su contribución a la mejora o al mantenimiento de capacidades en las personas mayores.

- Y *descanso* pues permite la desconexión con actividades que suponen cargas emocionales (como el sentimiento de inutilidad) o esfuerzo físico propio de actividades terapéuticas (rehabilitación)

Además de ello se trata de una actividad libre y voluntaria, elegida por la persona que repercute así en el sentimiento de voluntad, es decir, de poder elegir por sí mismo. Así pues el ocio repercute de manera positiva en:

- El bienestar psíquico (Shmotkin, 1988; Steinkamp y Kelly, 1987; Tinsley, Colbs, Teaff y Kaufman, 1987).

- El sentimiento de satisfacción (Herzog y Rodgers, 1981).

- Implican actividad por lo que repercute positivamente en la actividad física (Kelly y Steinkamp, 1987; Panffenbarger, Hyde y Hsieh, 1986; Schnurr y Vaillant, 1989).

- Repercute en el aumento del autoconcepto (Kelly y Steinkamp, 1987; Butler, 1975).

- E influye directamente en la calidad de vida (Del Barrio, 2007).

### *Influencia del ocio en la motivación*

Es ineludible relacionar el ocio con motivación, pues realizar cualquier actividad placentera contribuye a mejorar el sentimiento personal y por tanto la motivación. No es lo mismo hacer algo que nos imponen, que algo por voluntad propia y más si pensamos en el ámbito residencial, donde las rutinas de los mayores marcan su forma de vida, y es el ocio la única opción posible donde pueden elegir de forma voluntaria aquello que quieren o no quieren hacer, así lo afirma Cuenca (2000) que define el ocio como *“vivencia subjetiva caracterizada fundamentalmente por la libertad percibida y por tanto por la voluntariedad; por la motivación como refuerzo intrínseco y por tanto por ser de carácter final y no instrumental, y por el disfrute o satisfacción que comporta”*.

Morales y Bravo (2006) denominan el ocio en mayores como “ocio terapéutico”, pues indican que las consecuencias del ocio, como las experiencias y sentimientos positivos, son factores de protección que reducen o mitigan los efectos negativos de acontecimientos estresantes como puede ser la falta de contacto con familiares cercanos, la presencia de enfermedad o el cambio de contexto (del propio domicilio a la residencia). En esta misma línea, García (2005) relaciona el ocio con la “teoría de la actividad” en mayores, que indica que la satisfacción en los mayores está relacionada positivamente con el número de actividades en las que participa, por lo que podríamos decir que a mayor número de actividades, mayor satisfacción.

Así pues, si ocio y mayores están relacionados y contribuyen a una mejora de la motivación y por tanto de la calidad de vida y satisfacción de las personas. Es necesario acuñar este ocio, como parte del envejecimiento activo.

Este concepto, ha sido definido y tratado por diferentes organismos nacionales e internacionales, en el año 2002 la propia OMS definió el término envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (O.M.S, 2002:79); el 2012 fue designado por el Parlamento Europeo y el Consejo, Decisión 940/2011/CE, de 14 de septiembre de 2011, como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. El principal objetivo era el “de facilitar la creación en Europa de una cultura del envejecimiento activo, basada en una sociedad para todas las edades”, son por tanto, ocio, mayores, motivación, satisfacción y envejecimiento activo, la cara de una misma moneda, hacia la mejora de la calidad de vida de este colectivo (Martínez-Agut, 2012a).

*Las figuras profesionales del educador social y el pedagogo dentro del ámbito institucional: Las escuelas de verano*

Para fomentar el ocio activo en este colectivo, nos vamos a centrar en el recurso de las escuelas de verano, que se identifican con el ocio de los más pequeños, y que en periodos estivales indican el comienzo del verano. Este tipo de escuelas permiten compatibilizar además la vida laboral y familiar de muchas familias, que por cuestiones laborales no pueden atender a los pequeños en estos periodos y necesitan de un recurso alternativo para poder atenderlos. Estas escuelas tratan mediante una programación bien estructurada, de atender a todas las necesidades de desarrollo del niño, mediante juegos, dinámicas y talleres (Trilla, 1998).

En el ámbito residencial y sobre todo de atención a mayores, este tipo de recurso de ocio es menos conocido, pero también de mucha utilidad, pues permite cubrir los periodos vacacionales del personal que atiende las actividades de ocio y tiempo libre de estos centros (TASOC, educadores, pedagogos), permitiendo mantener a los residentes activos, y por tanto manteniendo sus capacidades o mejorándolas en algunos casos.

Los profesionales necesarios para llevar a cabo este tipo de recurso de ocio, son de gran importancia, pues del buen hacer de su trabajo, dependen los resultados alcanzados (Martínez-Agut, 2012a, 2012c).

En el caso de la escuela de verano para mayores podemos identificar diferentes figuras profesionales como son las del educador social y el pedagogo que en muchos casos desempeñan las funciones del Técnico en Animación Sociocultural (TASOC). En ambos casos sus funciones se solapan, pues la educación y la acción social para la mejora individual y comunitaria van de la mano (Pérez, 2003).

La Aneca (2005) une ambas titulaciones para hacer una comparativa y una relación entre ellas. Por lo que podemos identificar contextos de intervención y funciones muy similares en ambas (tabla 1).

*Tabla 1. Contextos y funciones del pedagogo y el educador social. (Aneca, 2004. p.135)*

Pedagogía		Educación Social	
Contexto	Funciones	Contexto	Funciones
Educativo	Intervención	Social	Intervención
Social	Planificación	Laboral	Orientación
Comunitario	Gestión	Comunitario	Compensación
Empresarial	Diagnóstico		Prevención
De investigación	Asesoramiento		Reeducación
	Diseño		Gestión
	Evaluación		



La muestra utilizada para realizar este estudio correspondió a una muestra significativa de alumnos y profesores pertenecientes a diferentes universidades españolas donde se impartían ambas titulaciones, así como colegios y asociaciones profesionales. Los resultados son muy esclarecedores y nos permiten identificar los diferentes contextos de trabajo y funciones de cada profesional, y concretar las funciones de cada uno de ellos en el ámbito de trabajo de las personas mayores en el ámbito institucional (tabla 2).

*Tabla 2: Funciones del pedagogo y el educador social, en el contexto social, dentro del ámbito de “Centro Sociosanitarios de Personas Mayores (Aneca, 2004).*

Funciones del pedagogo (Aneca, 2004, p.125)	Funciones del educador social (Aneca, 2004, p.131)
<i>En el contexto social, dentro del ámbito de “Centros Sociosanitarios de Personas Mayores”</i>	
Orientación a las familias de los enfermos. Trabajo de mantenimiento de las capacidades cognitivas de las personas mayores. Programación de actividades de ocio y tiempo libre. Animación sociocultural. Conocimiento realidad social del centro. Análisis de necesidades de usuarios. Implicación en los programas de actividad del centro. Diseño y desarrollo de programas individualizados. Colaboración en la vida social del centro. Talleres estimulación. Animación Sociocultural. Talleres psicoeducativos. Charlas informativas. Taller cognitivo, taller reminiscencia, actividades socioculturales. Actividades de animación socio-cultural. Terapias cognitivas y educativas.	Actividades de animación sociocultural con adultos. Personas mayores: atención familiar. Área Alzheimer: intervención en programas de estimulación con afectados de Alzheimer. Atención integral a personas mayores. Talleres ocupacionales, de ocio y tiempo libre.

Ante la comprobación bibliográfica de la importancia del ocio en la calidad de vida de las personas mayores, nos planteamos los siguientes objetivos en el desarrollo de este trabajo:

- 1) Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los mayores en instituciones sociales.
- 2) Favorecer el mantenimiento de la actividad y el uso adecuado del ocio y tiempo libre en instituciones.
- 3) Cubrir las carencias de servicios de ocio por profesionales en periodos vacacionales, dentro de las instituciones sociales.
- 4) Contribuir al conocimiento del ámbito de personas mayores en centros sociosanitarios, de los alumnos de los Grados de Educación Social y Pedagogía.

## **Metodo**

### *Participantes*

Cuando nos referimos a instituciones sociales, en este trabajo es necesario dejar claro que incluimos dentro de este término los centros de atención sociosanitaria, como son en este caso los centros residenciales.

En nuestro caso la implantación del proyecto de escuela de verano denominado “Ganas de hacer, ganas de ser” por su objeto de contribución mediante la actividad, a la mejora motivacional de los usuarios, tuvo lugar en una residencia de mayores, situada en el municipio de Torrent, localidad con una amplia población y muy cercana a la ciudad de Valencia.

La residencia cuenta con un total de 140 residentes de los cuales 10 pertenecen al servicio de Centro de día del mismo. Con un total de 40 trabajadores, esta residencia pública es considerada la más grande del municipio.

Para poder elaborar el proyecto y llevarlo a cabo hemos tenido que contar con la ayuda de diferentes profesionales, desde la directora del centro, la psicóloga, trabajadora social y el TASOC (también pedagogo) que nos indicaron la problemática existente (la necesidad de la figura del Animador sociocultural en periodos estivales). Y la participación de alumnado del grado de Educación Social (5) y Pedagogía (5), que realizaron de manera voluntaria su periodo de prácticas en las vacaciones de verano, posibilitando así a la implantación de este proyecto.

#### *Instrumentos*

Para poder evaluar la consecución de los diferentes objetivos hemos llevado a cabo diferentes métodos usados para la evaluación cualitativa (Pérez, 2004; Pérez, 2004 y Pérez, 2002). Entre ellos podemos destacar los siguientes:

La observación directa: De 20 de los usuarios seleccionados de manera aleatoria, asistentes a las actividades programadas. Para registrar las observaciones se ha hecho uso de una hoja de seguimiento (Tabla 3) expresamente elaborada para la evaluación del proyecto y concretamente para identificar y cubrir los objetivos 1, 2 y 3.

<i>Tabla 3: Hoja de seguimiento de los usuarios</i>			
Nombre y apellidos:		SEXO: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Actividad:	Fecha:		
Patología:	Tipo de residente: R <input type="checkbox"/>	CD. <input type="checkbox"/>	Tiempo en la residencia:
	Muy bueno/a	Bueno/a	Regular                      Bajo
Grado de motivación inicial			
Relación con los compañeros			
Relación con la monitora			
Grado de implicación en la actividad			
Habilidad para desarrollar la actividad			
¿Qué papel desempeña durante la realización de las actividades?	Pasivo <input type="checkbox"/>	Líder <input type="checkbox"/>	Disgregador del grupo <input type="checkbox"/>
Activo <input type="checkbox"/>			
OBSERVACIONES			
INCIDENCIAS			

Grupos de discusión a alumnos y profesionales.

El grupo de discusión *con los profesionales del centro*: (trabajadora social, directora, psicóloga, pedagogo y 2 auxiliares) nos ha servido para que los profesionales del centro valoraran en alcance del proyecto y el cumplimiento o no de los objetivos 1, 2 y 3 identificados anteriormente en el método de observación directa.

El grupo de discusión *con los alumnos de los Grados de Educación Social y Pedagogía*: Ha permitido identificar si el alumnado ha sido capaz de reconocer y llevar a cabo las funciones propias de su título dentro de este ámbito (tabla 2), para ello ha tenido gran utilidad la libreta de registro diario donde los alumnos de la mañana o la tarde comunicaban al resto de compañeros del siguiente turno las actividades realizadas y las problemáticas o imprevistos surgidos, pues ha permitido al alumnado recordar el trabajo llevado a cabo y reflexionar sobre ello. Con este grupo de discusión los alumnos han sido capaces de autoevaluarse y evaluar la consecución del objetivo 4.

*Procedimiento*

El proyecto fue implantado del 1 al 31 de julio del año 2012, coincidiendo con el año del envejecimiento activo. Las actividades programadas tuvieron en cuenta las necesidades y características de todos los usuarios intentando que todos ellos pudieran participar en las diferentes actividades independientemente de sus capacidades, así pues para cada actividad existían diferentes adaptaciones o variables de la actividad con mayor o menor nivel de dificultad según el usuario que quisiera formar parte de ella.

Las principales actividades desarrolladas han sido musicoterapia y talleres, que tenían lugar de manera paralela, para posibilitar que los usuarios eligieran entre las dos opciones o pudieran cambiar de uno a otro si así lo querían. Los talleres de manualidades eran diferentes según el momento del día (mañana/tarde) y nunca se repetían, mientras que en el taller de musicoterapia existían 3 canciones principales con sus correspondientes coreografías que se iban alternando, permitiendo a la vez que a los usuarios les fuera cada vez más fácil realizarlas pues se iban repitiendo y además formaban parte de las canciones conocidas de su época (“Corazón contento” de Marisol, “El puente” de Los Mismos y “Eva María se fue” de Fórmula Quinta), la musicoterapia no solo favorecía la movilidad y la memoria sino que además fueron elegidas para contribuir al estado de ánimo de los residentes, favoreciendo un ambiente alegre y dinámico (Pérez, 2006; Pérez de Guzmán, 2006).

En la elaboración del calendario semanal se tuvieron en cuenta las rutinas del centro, por lo que el horario seguido fue el siguiente (tabla 4):

*Tabla 4: Calendario semanal del proyecto de escuela de verano*

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9-10	Reunión grupo de mañanas para comentar lo hecho por la tarde y lo que se va a hacer. Así como las incidencias sucedidas				
10-11	Talleres – Musicoterapia (2 horas)				
11-12	Reunión al finalizar el taller para escribir y hablar acerca de las observaciones realizadas a los usuarios				
12-13	COMIDA				
13-14					
14-15	Reunión grupo de tardes para comentar lo hecho por la mañana y lo que se va a hacer. Así como las incidencias sucedidas				
15-16	Talleres – Musicoterapia (2 horas)				
16-17	Reunión al finalizar el taller para escribir y hablar acerca de las observaciones realizadas a los usuarios				
17-18					
18-19					

Como se puede observar en la tabla 4, en la distribución horaria se tuvieron en cuenta no solo las rutinas del centro, sino además la necesaria coordinación de equipo que supone el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar de un centro sociosanitario y la implantación adecuada de un proyecto de estas características (Ander- Egg y Aguilar, 2005). Ha permitido también al alumnado de prácticas profundizar en las formas de trabajo propias de su perfil profesional, indicadas en la tabla 2.

*Análisis de datos*

Para el análisis de datos de la investigación empírico analítica, que se ha llevado a cabo mediante las observaciones, el estudio de casos y los grupos de discusión, hemos hecho uso de hojas registro (Tabla 3)

y la catalogación de variables extraídas del grupo de discusión, para reducir los datos obtenidos y llegar a un análisis de datos claro y comprensible.

### **Resultados**

Mediante las observaciones y las hojas de registro, se han conseguido los siguientes resultados:

- En cuanto a la motivación hacia las actividades esta se ve afectada por factores ambientales, así pues el tiempo meteorológico influía en el grado de actividad de los residentes, pues los días de lluvia y nublados no estaban tan activos ni les apetecía participar.

- Otro factor que influye en el grado de actividad de los residentes es la hora del día, por la mañana debido a que acaban de levantarse y están recién medicados, se encuentran menos activos y les cuesta más llevar a cabo las actividades que se plantean. Es importante destacar que en el horario normal del centro el TASOC (pedagogo) solo lleva a cabo las actividades y talleres en horario de mañanas.

- Las actividades de ocio han influido positivamente en la actitud de los residentes, pasando en todos los casos de un papel pasivo a un papel activo, en el desarrollo del proyecto, y manteniéndose en el caso de los usuarios más activos.

- Paralelamente el aumento del grado de implicación en las actividades ha ido acompañado del grado de relación con el resto de compañeros y monitores, lo que muestra un aumento de la motivación y del autoconcepto de los residentes.

En cuanto los resultados de los grupos de discusión estos son los siguientes:

- En el grupo de discusión realizado a los trabajadores del centro se muestra que:
  - El ambiente del centro ha cambiado, gracias a las actividades y talleres de la escuela de verano, todos identifican un cambio de actitud en positivo de los usuarios que ha repercutido en el ambiente del centro, siendo este más alegre.

- Además de ello, estos confirman una mejora en el estado motivacional de los residentes y por ende en la calidad de vida de estos.

- Por otra parte aunque hacen constar la necesidad de este tipo de proyectos, indican la necesidad de que estos se realicen todos los años durante los meses de julio y agosto, y no solo un mes.

- Así como que tenga lugar en otros periodos vacacionales como navidad o semana santa (escuela navidad y escuela de pascua).

- Los trabajadores resaltan además, que los resultados no son solo positivos por el proyecto sino también por los alumnos y profesionales que han trabajado en él, por su actitud con los residentes y su buen hacer profesional.

En el grupo de discusión realizado con los alumnos del grado de Educación y Pedagogía podemos indicar:

- Que el contacto con este ámbito les ha permitido identificar no solo mejor sus funciones profesionales, sino además decidir sobre su futura dedicación o no a este ámbito de trabajo.

- Les ha permitido sensibilizarse con las características y necesidades de este colectivo.

- Y además les ha permitido identificar la importancia de su figura profesional dentro de este sector de trabajo.

### **Discusión**

Los resultados obtenidos señalan la imprescindible figura del Educador Social y el Pedagogo como fuente de implantación y desarrollo de proyectos de Animación Sociocultural en instituciones sociosanitarias de mayores, que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de los residentes, al aumento de su actividad y motivación (Aneca, 2004, p.125-135.).

Es de especial importancia contemplar el necesario aumento del personal y los profesionales destinados al desarrollo de actividades de ocio, pues tienen una contribución terapéutica en el estado de los residentes y el personal existente es escaso para poder atender las necesidades de ocio de todos los

residentes. Es importante además la actitud y el buen hacer de los profesionales pues este influye en la participación y en la motivación de los mayores. (Cuenca, 2000; García, 2005; Martínez-Agut, 2012c; Morales y Bravo, 2006).

Además de ello es necesario que las actividades de ocio se programen tanto en horario de mañana como de tardes, pues durante las mañanas se suele dar una mayor inactividad en los residentes como resultado de la toma de medicación.

Es importante contemplar la implantación de proyectos de escuela de verano todos los años, pues la figura del TASOC no puede desaparecer de un centro de mayores, donde la actividad es sinónimo de salud y bienestar (Butler, 1975; Del Barrio, 2007; Herzog y Rodgers, 1981; Kelly y Steinkamp, 1987; Morales y Bravo, 2006; Panffenbarger, Hyde y Hsieh, 1986; Shmotkin, 1988; Tinsley, Colbs, Teaff y Kaufman, 1987).

En cuanto al alumnado de los Grados de Educación Social y Pedagogía, estos muestran una baja formación y un escaso conocimiento del sector, por lo que sería necesario aumentar la formación de estos profesionales en el ámbito de atención a mayores. Aun así estos han aumentado ampliamente su conocimiento durante el periodo de prácticas, por lo que tal vez se hace recomendable que durante la formación universitaria se desarrollen programas de compatibilización de formación y trabajo en empresas del sector (como el caso de la FP dual en los ciclos formativos), que complementen la formación teórico-práctica que se imparte en las aulas.

## Referencias

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Aneca) (2004) *Libro Blanco del título de grado en Pedagogía y Educación Social* (Vol.1). Recuperado el 3 de febrero de 2015, de:

[http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco\\_pedagogia1\\_0305.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf).

Ander- Egg, E. y Aguilar, M.J. (2005). *Como elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Argentina: Lumen.

Butler, R.N. (1975). *"Why survive? Being old in America"*. New York: Harper.

Del Barrio Truchado, E. (2007). Uso del tiempo entre las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, nº 27. Madrid: IMSERSO.

Cuenca Cabeza, M. (2000). Ocio humanista. *Documentos de Estudios de Ocio*, núm. 16. Bilbao: Universidad de Deusto.

Herzog, A.R. y Rodgers, W.L. (1981). Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Research on Aging*, 3, 142-165.

Kelly, J.R. y Steinkamp, M.W. (1987). Later-life satisfaction: Does leisure contribute?. *Leisure Sciences*, 9, 189, 200.

Lomranz, J., V. Wergman, S., Eyal, N. y Shmotkin, D. (1988). Indoor and outdoor activities of aged women and men as related to depression and well-being. *International Journal of Aging and Human development*, 26, 303-314.

Marcial, C., Giménez, M.A., Sierra, J. y Lozano, L. (2012). *Atención y apoyo psicosocial*. Madrid: Mcgraw-Hill.

Martínez-Agut, M.P. (2012a): Entrevista a una estudiante de la Nau Gran en la Universidad de Valencia: ejemplo de envejecimiento activo, En: Pérez, G. *Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional. Claves para un Envejecimiento Activo* (pp.1-13). Madrid: UNED.

Martínez-Agut, M.P. (2012b). Formación de cuidadores: el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, En Pérez, M.C. (Coord.), *Salud y envejecimiento: Un abordaje multidisciplinar de la demencia* (pp. 405-412). Granada: Universidad de Almería y GEU.

Martínez-Agut, M.P. (2012c). La Universidad: procesos de enseñanza – aprendizaje entre generaciones, En Gaviria, J.L.; Palmero, M.C. y Alonso, P., *Entre generaciones: educación, herencia y promesas. Actas del XV Congreso Nacional y V Iberoamericano de Pedagogía 2012*, (pp. 753-765). Burgos: Sociedad Española de Pedagogía, Universidad de Burgos e Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación (ICCE).

Marx, K. y Engels, F. (1995). *El capital: crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Morales. M. y Bravo. I. (2006). El ocio terapéutico. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, 133-154. Recuperado el 1 de marzo de 2015, de: [file:///C:/Users/worten/Downloads/Dialnet-ElOcioTerapeutico-2756889%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/worten/Downloads/Dialnet-ElOcioTerapeutico-2756889%20(1).pdf).

- OMS (2002). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado el 6 de febrero de 2015, de: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1).
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R., Win, A. y Hsieh, C. (1986): "Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumniun". *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.
- Pérez de Guzmán Puyas, M.V. (2006). *Organización y Gestión de agentes al servicio de los mayores*. Madrid: Universitas S.A
- Pérez Serrano, G. (2006). *¿Cómo intervenir en personas mayores?*. Madrid: Dykinson.
- Pérez Serrano, G. (2006). *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Universitas S.A
- Pérez Serrano, G. (2004). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: La Muralla.
- Pérez Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes (I. Métodos)*. Madrid: La Muralla.
- Pérez Serrano, G. (2003). *Pedagogía Social y Educación Social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea
- Pérez Serrano, G (2002). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes (II. Técnicas y análisis de datos)*. Madrid: La Muralla
- Puig Rovira, J.M., Trilla Bernet, J. y Sanvisens Marfull, A. (2005). *La pedagogía del ocio*. Barcelona: Laertes
- Querejeta González, M (2004). Discapacidad y dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSERSO. Madrid Recuperado el 21 de febrero de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf> visto el 21 de febrero de 2015.
- Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomías y Atención a la Dependencia (BOE 17 de diciembre de 2008)
- Sáez Narro, N., Aleixandre Rico, M. y Meléndez Moral, J.C. (1994): Actividad y tiempo libre en tercera edad, *Revista de Psicología de la Educación*, 14, pp.5-24
- Shmotkin, D. (1988): "Indoor and outdoor activities of aged women and men as related to depression and well-being". *International Journal of Aging and Human development*, 26, 303-314.
- Tinsley, H.E., Colbs, S.L., Trea, J.D. y Kaufman, N. (1987): "The relationship of age, gender, health and economic status to the psychological benefits older persons report from participation in leisure activities". *Leisur*, 53-65.
- Trilla Bernet, J (2012). Los discursos de la educación en el tiempo libre. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, 50, pp.30-44.
- Trilla Bernet, J. (1998). *Animación sociocultural : teorías, programas y ámbitos*. Madrid: Ariel.



## CAPÍTULO 31

### Aulas itinerantes culturales

Ngoc Chan Hoang Pham  
*Universidad de Valencia (España)*

La investigación pretende hacer referencia a la problemática desde diferentes áreas de intervención; la animación cultural, las necesidades de las personas dependientes y el uso de los recursos culturales por los diferentes profesionales, uniendo las áreas para elaborar un trabajo de investigación basado en las experiencias profesionales de sovint.org, organización que trabaja con exposiciones-taller interculturales itinerantes con gran experiencia en sensibilización social, gestión cultural y sobre todo animación sociocultural y diferentes profesionales del ámbito de animación sociocultural, integración social y profesionales dentro del ámbito de las personas que viven en centros residenciales, etc...

Intentamos recoger las diferencias experiencias y percepciones que se tienen acerca de la animación cultural entendida como el acercamiento de diferentes actividades culturales, pudiéndolos llamar alternativos, ya que no son actividades de consumo máximo en la actualidad, pero que tienen mucho que aportar al ocio activo y de calidad.

En su sentido más amplio la *cultura alternativa* se puede definir por su función que tiene como ámbito de generación y difusión de otro tipo de cultura y también de otra identidad cultural (Pérez, 2005), diferente a la que encontramos en los espacios oficiales y de entretenimiento y que cumplen una función específica y otra simbólica.

- Función específica: Opción de consumo cultural que no se encuentra fácilmente en los mercados masivos y la construcción de las condiciones que hagan viable la generación de una oferta cultural distintas a las oficiales ya conocidas. La cultura alternativa no excluye por razones económicas o apariencia, permite la convivencia entre un público de diversos estratos sociales y culturales.

-Función simbólica: Constituye el ámbito de origen de corriente artística que renueven el mercado masivo y la industria cultural, puesto que estos retoman la estética y los tópicos de la cultura alternativa.

Comenzaremos tratando como entendemos la *animación cultural*, tomando la definición del Comité de Cooperación Cultural del Consejo de Europa (Consejo de Europa, 1980) que señala: La animación cultural entendida como la participación activa de todos los ciudadanos, tanto en los procesos de creación y expresión. Con la idea de que todos podemos convertirnos en creadores de cultura, explorando el mundo de la creatividad, dando más importancia a los procesos de accesibilidad a la cultura que a la calidad técnica, entendida como democracia cultural, de participación y oportunidad de accesibilidad en la creación de cultura. Fruto de esta concepción son los talleres, centros cívicos, los grupos de encuentro, casas de la cultura y también las aulas itinerantes culturales.

Nos referimos a democracia cultural cuando la política cultural constituye el eje del desarrollo social, desde una perspectiva global, nacional y local, en donde todos podamos tener una visión global de la cultura, desde una perspectiva internacional, trabajando con el ámbito local con el fin de crear conciencia crítica para abordar la realidad de los sujetos; en donde los organismos que se ocupan de la difusión de la cultura se preocupan de que llegue a toda la población, pero para la animación sociocultural no solo es un individuo pasivo y mero receptor, sino que intenta que participe activamente, que sea creador de su cultura y conocedor de las directrices culturales existentes en su realidad (Egg, 2010).

La democracia cultural propone que sean ellos mismos quien diseñen las acciones culturales desde dentro, para satisfacer sus necesidades, inquietudes. El sujeto no solo es un consumidor de cultura, es creador de cultura (Pérez y Pérez, 2006)



Según la UNESCO (2014), desarrollo y cultura están fuertemente vinculados, el hombre es el medio y el fin del desarrollo; el hombre como una realidad viviente, en la infinita variedad de necesidades, posibilidades y aspiraciones. Por lo tanto el concepto de desarrollo se desplaza de lo económico a lo social, llegando a un punto que muta hacia lo cultural.

Entendemos que la cultura es un organismo con vida y por lo tanto atraviesa cambios relacionados con la participación y que todos sin discriminación tendríamos que tener la oportunidad de tener acceso a la misma, como de elegir si queremos participar o no y que las políticas públicas deben regular para garantizar que se cumple (Boix y Viche, 1990). Pero en la actualidad, existen muchas barreras para acercar la cultura a colectivos específicos, ya sea por difícil accesibilidad tanto al recurso como al lugar, falta de recursos económicos, de formación de los profesionales..., como por desconocimiento de los diferentes recursos culturales que se ofrecen.

Así pues pensamos que la participación en el vida cultural para un envejecimiento activo es una parte muy importante, buscamos promover la participación en actividades humanas y sociales, porque también se logra una mayor participación e implicación en la comunidad; el humano se considera ciudadano, cuando participa activamente en todas las áreas (O'Toole, 2006).

Hay diferentes puntos de vista o maneras de entender las culturas existentes (Martínez-Agut, 2014). No obstante, para nosotros no sólo es una representación escrita o plasmada sobre algún objeto, sino también unas experiencias vividas activamente e interiorizadas por el ser humano en interacción con su medio y sus iguales, por tanto podemos definir la cultura como una serie de actividades humanas que se realizan socialmente, como las que se dan entre el hombre y la naturaleza (entorno), entre el hombre y la materia (técnicas y artes), entre el hombre y sus relaciones interpersonales (roles, costumbres y principios morales y éticos, amor y sexualidad) y finalmente entre el hombre y su propio ser (Quintana, 1985).

Otra definición de cultura sería la de la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001); en donde la cultura se considera un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a los diferentes grupos o sociedad. Abarcando, las artes y letras, modos de vida, los sistemas de valores, los derechos fundamentales, las tradiciones y creencias.

#### *Las aulas culturales itinerantes*

Son espacios educativos dentro del ámbito no formal, en donde se enseñan objetos en forma de exposición itinerante, además de la experimentación y fabricación de objetos que fomentan la creatividad. Cuando nos referimos a objetos en este ámbito, consideramos una colección de instrumentos, máscaras, títeres, juguetes, fotografías... con una temática conjunta basada en la interculturalidad, rompiendo barreras que surgen para lograr el entendimiento entre las diferentes comunidades que se encuentran en conflicto, pensamos que es importante persistir en intervenciones que apoyen el dialogo, el conocimiento y el intercambio cultural, una intervención que aproxime las comunidades, las gentes, más allá de intereses políticos o económicos. Desde nuestra visión profesional, nos interesan las intervenciones locales en donde se definen instrumentos para el desarrollo cultural comunitario, que favorezca el encuentro entre culturas, en la realidad cambiante y globalizada que nos rodea (Cerdá, 2008)

Es algo más que una colección de diferentes objetos del mundo expuestos, es más un lugar donde las tradiciones, lo mitológico, lo sagrado... nos invita a disfrutar comunitariamente, de la belleza estética del objeto. El disfrute no reside solo en el ver, como contemplación y admiración, sino en el contemplar el objeto contextualizado del ámbito cultural e histórico en el que ha surgido. Toda obra estética al margen de su carácter simbólico, está abierta al conocimiento de su contexto socio-cultural que posibilite el conocer su significado del pasado, para desde el presente, seguir construyendo un futuro donde la cultura contribuya a una sociedad mejor, más sensible a todo lo humano y que participe de la dinámica del momento histórico en el que ha sido creado (Hernández, 1998).

Las aulas serían un espacio de comunicación y participación activa entre los usuarios y los recursos culturales. Se pretende que los usuarios sean los protagonistas en la acción cultural, que exista una intervención directa con el objeto sin intermediarios o barreras. En contraposición a las exposiciones tradicionales). La exposición es dinámica y basada en la emoción y estimulación sensorial directa con los objetos, intentando aunque parezca arriesgado en este mundo digital y tan rápido (Beltrán, 2015).

Cada objeto constituye un recipiente con una simbología e información sociocultural que desencadena el hermoso proceso de contactar, investigar, experimentar y manipular; todo ello con la idea de fomentar la curiosidad y despertar la conciencia crítica. Buscamos una globalización y socialización no mono centrista, basada en una industria cultural que solo persigue la mayoría homogénea, porque su finalidad es la productividad en relación con el consumismo, en detrimento de aquellos colectivos que constituye una minoría, a su vez también ofrecemos el acceso a otras culturas alternativas al modelo mayoritario (Sales y García, 2003).

Aunque partimos de un patrimonio material importantísimo con el que se trabaja la estimulación sensorial queremos alcanzar un patrimonio inmaterial, en donde el objeto trascienda de lo físico y atesore emociones.

En la parte de exposición se monta un pequeño museo itinerante en donde el profesional guía a los usuarios, muestra los objetos de las diferentes colecciones y deja que los usuarios experimenten las sensaciones, emociones e interactúen directamente con el objeto en concreto. Cuando hablamos de guiar, nos referimos a que explicamos cada objeto, sus orígenes, su historia, sus leyendas vinculadas, materiales con los que está elaborado, etc...todo esto adaptándolo a las características de este colectivo en concreto.

En la parte de experimentación- elaboración, enseñamos las diferentes técnicas de creación de los diferentes recursos culturales con los que contamos, les dotamos de materiales suficientes y preparamos un pequeño taller de fabricación para poder guiarlos y ayudarlos en todas las dudas que puedan surgir, fomentando en todo momento la autonomía creativa de cada uno. Para concluir ellos tendrán que hacer uso del recurso tanto para propio disfrute, como para el de los demás.

*Para qué sirve:*

El propósito que persigue este proyecto sobre las aulas culturales itinerantes, es cubrir necesidades de ocio de manera que podamos posibilitar un desarrollo personal óptimo, participación social y comunitaria, integración social plena, y sobre todo, disfrutar de la cultura, estableciendo cauces para una comunicación activa, flexible y enriquecedora para la integración activa en la sociedad. En pocas palabras, es posibilitar la apertura social de las personas mayores y propiciar actitudes y habilidades sociales para un envejecimiento activo.

Así pues la intención es llevar a cabo actividades culturales, que posibiliten el conocimiento de diferentes formas de expresión cultural alternativas, que recogen principios de democracia cultural, haciendo accesible experiencias culturales y por tanto vitales que proporcionen una satisfacción personal, además de posibilitar y despertar la curiosidad hacia una cultura más amplia que la educación formal no cubrió. Desde la educación no formal se educa en un ocio valioso a través de recursos o actividades culturales, como serían: Teatro de sombras chinescas y títeres, músicas e instrumentos tradicionales del mundo, diferentes culturas y sus tradiciones, danzas, juegos y fiestas populares. Trabajando a la vez y de forma transversal la participación, el sentimiento de comunidad, valores de tolerancia e interculturalidad y sin olvidar la diversión y la satisfacción personal.

A la misma vez tratamos de romper la monotonía de los usuarios, así como de dar apoyo al técnico de animación sociocultural dotándolo de recursos alternativos y muchas veces desconocidos con los que pueda dinamizar y trabajar durante el ejercicio de su profesión para lograr un mayor impacto sociocultural. Dando la alternativa de que existen recursos culturales externos que apoyan su labor como animador sociocultural de un colectivo.

Este proyecto va dirigido a las personas mayores en centros residenciales y de día principalmente pero también en cualquier asociación o centro cultural dentro del ámbito de mayores. Cuando hablamos de las personas mayores y ocio y tiempo libre, se debe a la gran importancia que adquiere el ocio en este periodo de la vida, se tiene más tiempo libre que pueden dedicar a actividades de ocio.

Entendiéndolo el ocio como un ocio valioso que se compone de práctica especializada de una o varias actividades y otras prácticas periféricas de orden más efímero o casual, y cuyo valor reside en las posibilidades de los profesionales de saber dotar a las personas de recursos que nos permitan transformar actividades de ocio en experiencias valiosas y positivas, para lograr un crecimiento personal y dar recursos para desarrollar la creatividad y la comunicación, además de afianzar su bienestar psicosocial (Cuenca, Monteagudo y Bayón, 2012).

Siendo a la vez un ocio terapéutico, en el que se usan las experiencias de ocio para producir un cambio de la conducta de los individuos con necesidades especiales. Fomentando el desarrollo personal y su crecimiento, además de habilitar al individuo para asumir su responsabilidad de saber satisfacer sus necesidades de ocio (O'Morrow, 1991)

El tema que nos interesa es el de “cultura y tiempo libre” es el que presenta mayores dificultades de consecución, ya sea por la falta de posibilidades educativas y culturales de las que gozaron en su juventud o debido a la falta de programas que no tengan que ver con sólo con el turismo (Requejo, 2000)

En nuestro caso en concreto, nos encontramos con un colectivo con características específicas: Edad y jubilación, diferentes formas familiares (viudedad, hijos, convivencia), salud y sobre todo mayor tiempo libre.

Por todo ello, deberíamos entender que las actividades englobadas dentro de la animación cultural deben ser diferentes y adaptadas a las características y situación de cada colectivo. Por lo tanto Cuando trabajamos con personas mayores, que se encuentran en residencias, en el cual solemos tratar a personas que presentan dependencia en menor o mayor grado y con características específicas muy concretas y además de muchas limitaciones tanto físicas como mentales, todo ello deberemos de tenerlo en cuenta a la hora de adaptar las diferentes acciones.

### **Objetivo**

El objetivo general a grandes rasgos es lograr un envejecimiento activo, intentando satisfacer las necesidades de ocio y tiempo libre de las personas mayores, dando importancia a la cultura como forma de dinamizar y de mejorar la calidad de vida y aspectos psicosociales. Los objetivos específicos serían múltiples y variados:

- Hacerles participantes activos de la cultura y su entorno, como individuos completos de la sociedad.
- Conocer cómo se podrían integrar los recursos culturales para el trabajo con personas mayores en instituciones sociales.
- Aprender recursos y técnicas alternativos de cómo trabajar el ocio y tiempo libre con las personas mayores
- Dar apoyo a los profesionales de este sector en este caso al Animador socio cultural, en actividades que el solo no puede realizar.
- Estimular la creatividad y romper la monotonía de la vida de nuestros mayores acercándoles al mundo.

### **Metodología**

La metodología se caracteriza por ser una Investigación-acción por ese apoyo y colaboración continua que tienen los TASOCs de los profesionales de la gestión cultural implicados en el proyecto, en el cual se realiza un feedback continuo de todos los procesos implicados y al mismo tiempo experimentando una adaptación al contexto de cada centro (Martínez-Agut, 2012).

La duración de este proyecto es de tres meses mediante el Programa de intervención “Aulas culturales itinerantes”

Desde la asociación Sovint.org se preparan los recursos expositivos y de elaboración que se llevaron a los diferentes centros, se lleva a cabo con la coordinación de los directores de las tres residencias y los TASOCs de los centros, y se establece un calendario de la intervención.

La experiencia consta de tres recursos que se presentan en las tres residencias de mayores desde el ámbito de la animación cultural.

Los proyectos son: Títeres del mundo, Instrumentos del mundo y Sombras chinas.

Cada proyecto se compone de 3 sesiones:

-Una primera expositiva, en donde se trabaja con los objetos (museo itinerante), se interactúa con el profesional, usuario y objeto.

-Una segunda en donde se trabajó la elaboración del recurso, se enseñaron las diferentes técnicas y los materiales que se pueden utilizar.

-Una tercera en donde se trabajó la presentación final que se mostró a los familiares para conseguir una mayor implicación de estos.

El método que hemos utilizado para realizar la investigación es la observación participante artificial, puesto que el observador se integra en un grupo que le es ajeno, con la intención de conocer al grupo de forma directa, participando de la vida cotidiana, recogiendo e interpretando los datos por medio del contacto y las conversaciones mantenidas con las comunidades de los diferentes centros objeto de este estudio.

El tipo de registro utilizado para la obtención de datos en relación con los usuarios de los centros residenciales han sido las lista de control y las escala de estimación, en donde se han prefijado un número de categorías tales como: ¿ha sido agradable para ellos?, ¿grado de participación en la actividad?, ¿se han divertido y han roto la monotonía?, ¿se ha podido adaptar la actividad en función a su diversidad funcional?, ¿ya conocían el recurso?, ¿cubre o satisface alguna necesidad de ocio valioso? Y ¿despierta la creatividad o la curiosidad del usuario?

Por otro lado se les ha pasado un formulario usando una escala de estimación y preguntas abiertas a los TASOCs, directores y a otros profesionales que han participado o colaborado en las actividades, preguntando cuestiones de interés para nuestra (mencionadas en los resultados).

Y por último se llevó a cabo un grupo de discusión con los distintos profesionales que han llevado a cabo la gestión cultural del proyecto, en donde intercambiamos, sensaciones, percepciones, consecución de los objetivos.

## **Resultados**

Los resultados obtenidos de la investigación y respondiendo a las preguntas realizadas las dividimos en tres partes; los usuarios, los directivos y TASOCs y los profesionales en la gestión cultural.

Usuarios:

Hemos podido observar que para la mayoría de usuarios, nuestra presencia en el centro no ha creado ningún problema, que para la mayoría de usuarios del centro que venga gente nueva, les resulta agradable en mayor medida, ya que de una manera u otra rompemos su monotonía, con el hecho de ofrecer alguna actividad que no es igual que el resto de los días, que el montaje de la exposición crea un ambiente distendido y bonito que disfrutan y aprecian, que sienten mucha curiosidad por los objetos y sobre todo les evocan recuerdos de experiencias vividas, por otro lado en la parte de producción artística ellos se sienten útiles y motivados, participando todos en un proyecto común, donde unos elaboran y otros dan ideas o simplemente meros expectadores.

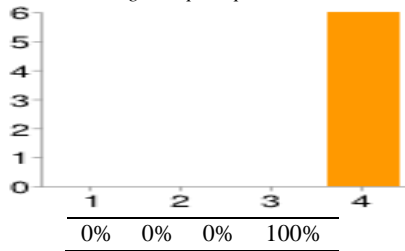
Respecto a los directivos y TASOCs los resultados obtenidos con los formularios son los siguientes:

¿Qué te ha parecido la experiencia de exposición cultural realizado?

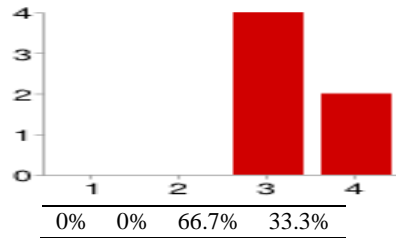
- Muy positiva

- Ha sido muy divertida y agradable para todos y hemos aprendido mucho.
- Me ha gustado la experiencia, porque era muy interesante conocer etapas de historia con una manera diferente
- Genial, muy interesante y divertida. He aprendido mucho y me lo he pasado genial :)
- Muy interesante la utilización de objetos originales. Aporta una carga emocional considerable que ayuda a desencadenar procesos cognitivos.
- Muy interesante, considero que es un recurso muy útil y satisfactorio para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

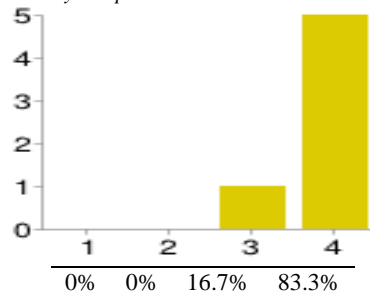
*¿Es una experiencia agradable para los usuarios según tu percepción?*



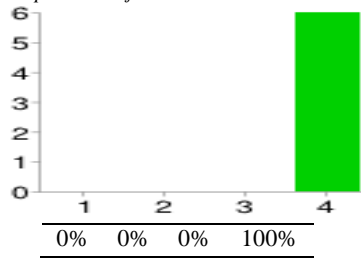
*¿Se ha podido adaptar el recurso cultural a las características de este colectivo?*



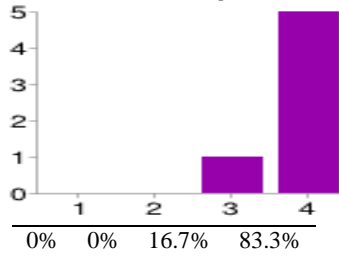
*¿Crees que cubre alguna de las necesidades de ocio y tiempo libre de este colectivo?*



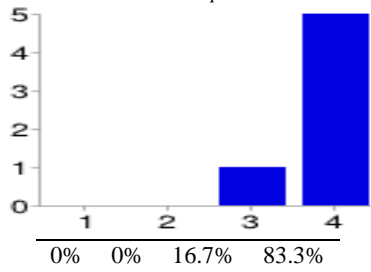
*Crees que usar recursos culturales es una buena metodología para trabajar con este colectivo?*



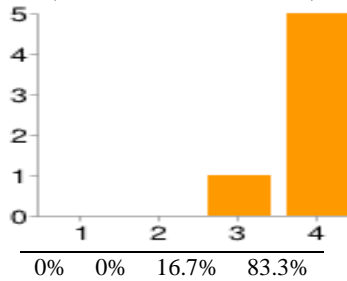
*¿Qué te parece llevar este tipo de talleres a los diferentes lugares (centros de día residencias, centros ocupacionales, etc.)?*



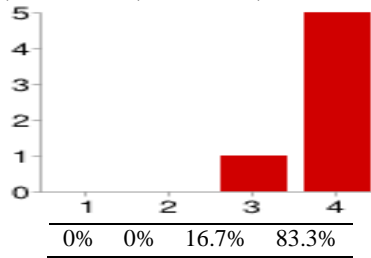
*¿Crees que este tipo de acciones socioeducativas deberían de ser accesibles para todos?*



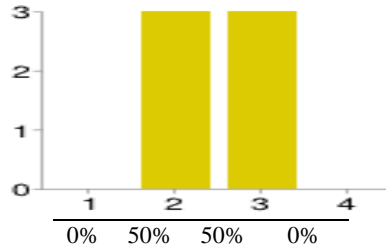
*¿Piensas que usar recursos culturales alternativos como por ejemplo: teatro de sombras, títeres, instrumentos musicales etc..., es buena idea?*



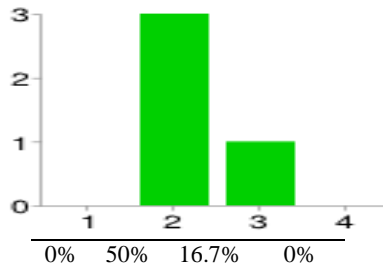
¿Esta actividad responde también a valores de coeducación tales como la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, la colaboración, etc...?



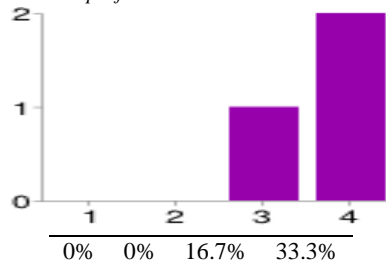
¿Existe un desconocimiento por parte de los profesionales de este sector sobre recursos alternativos de animación cultural?



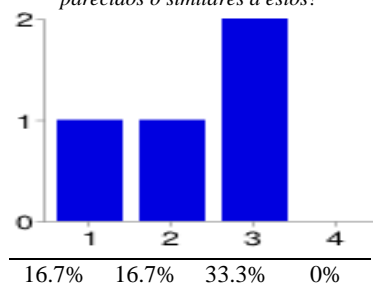
¿Piensas que como profesional en intervención existen carencias de ocio activo en este colectivo?



¿Debería de existir más educación formal para los profesionales en este sentido?



Conoces más recursos culturales itinerantes parecidos o similares a estos?



¿Son recursos útiles como apoyo para los profesionales que trabajan en este sector?



Y por último hablar de la percepción que como profesionales de la gestión cultural tenemos, se han cumplido todos los objetivos que nos planteamos desde un principio, pretendíamos acercar la cultura de una forma intercultural, sin barreras para que puedan conocer el mundo desde las tradiciones, a través de los objetos. Hemos interactuado con los usuarios de manera más que positiva, han participado activamente sin excluir a nadie y se ha creado un ambiente de sentimiento de comunidad muy agradable. Que el trabajo de adaptación de estos recursos ha sido costoso, pero que con motivación por nuestra parte se ha podido conseguir.

### Conclusiones

Que las aulas culturales itinerantes son un recurso que favorece el envejecimiento activo y la participación de las personas mayores al mismo tiempo que logra que la cultura se difunda y las personas mayores también sean partícipes de su producción.

Es importante que asociaciones externas se implaquen en las residencias proporcionando recursos itinerantes que puedan ser aprovechados por diferentes centros.

Los profesionales necesitan sentirse apoyados, como el tasoc, por expertos en gestión cultural que le proporcionen recursos alternativos y apoyo continuo para conseguir un ocio valioso de las personas mayores.

Y rentabilizar el mismo recurso desde un punto de vista de aula itinerante pero con capacidad de adaptación a cada grupo de usuarios, a través del taller.

### Referencias

- Barbosa, E. y Moura, D. (2013). *Proyectos educativos y sociales*. Madrid. Narcea.
- Beltrán, P. (2015). Sovint.org coordinador. Valencia. <http://www.sovint.org>.
- Boix, T. y Viché, M. (1990). *Animación y gestión cultural*. Valencia. Grup dissabte.
- Cerdá, R. (2008). *Iniciativas a favor de la interculturalidad*. Valencia.



- <http://andanzasengrupo.blogspot.com.es/search/label/Interculturalidad>
- Cerdá, R. (2012). *Animación y gestión cultural. Animación sociocultural y turística*. Valencia. Altamar
- Consejo de Europa (1980). *White Paper on Intercultural Dialogue "Living Together As Equals in Dignity"*.  
[http://www.mecd.gob.es/cultura-mecd/dms/mecd/cultura-mecd/areas-cultura/cooperacion/mc/aedi2008/presentacion/libro\\_blanco\\_dialogoEN.pdf](http://www.mecd.gob.es/cultura-mecd/dms/mecd/cultura-mecd/areas-cultura/cooperacion/mc/aedi2008/presentacion/libro_blanco_dialogoEN.pdf)
- Cuenca, J., Monteagudo, M.J. y Bayón, F. (2012). *La contribución del ocio al envejecimiento satisfactorio de las personas mayores en Bizkaia*. Vizcaya. Instituto de Estudios de Ocio. Universidad de Deusto.
- Egg, A. (2010). *Metodologías de acción social*. Madrid. Lumen Humanitat
- Hernández, F. (1998). *El museo como espacio de comunicación*. Gijón. Trea
- Martínez-Agut, M.P. (2012a). El Técnico Superior en Animación Sociocultural y Turística: nuevos retos profesionales; *Quaderns d'animació i Educació Social*, 15, 1-25.
- Martínez-Agut, M.P. (2014). Bases para la difusión del patrimonio cultural. En Varios: *El desarrollo territorial valenciano. Reflexiones en torno a sus claves* (pp.157-168). Valencia: Publicacions de la Universitat de València, Colección Universitat i Territori.
- O'Morrow, G. (1991). *Therapeutic recreation practitioner analysis*. Virginia. National Recreation and Park Association.
- O'Toole, F. (2006). *Dismantling the Barriers to Participation in Cultural Life*. National Disability Authority. National Research Conference. Dublín.
- Pérez, E. (2005). *Hacia una definición de los espacios culturales alternativos*.  
<http://eperezroque.blogspot.com.es/2005/04/hacia-una-definicion-de-los-espacios.html>
- Pérez, G. y Pérez, D. (2006). *Que es la animación sociocultural*. Madrid. Narcea.
- Quintana, J.Mª. (1985). *Fundamentos de la animación sociocultural*. Barcelona. Diputación, Servei de Cultura.
- Requejo, A. (2000). *Planes gerontológicos y proyectos de animación sociocultural para las personas mayores*. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela.
- Sales, A. y García, R. (2003). *Programas de educación intercultural*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- UNESCO (2001). *Declaración universal sobre la diversidad cultural*. París. Adoptada por la 31 reunión de la Conferencia General de la UNESCO.  
París, 2 de noviembre de 2001.
- UNESCO (2014). *Indicadores UNESCO de cultura para el desarrollo*. París. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.  
[http://www.nda.ie/CntMgmtNew.nsf/dcc524b4546adb3080256c700071b049/5A19C972AF5A7B93802571E60052A06B/\\$File/3\\_fintan\\_otoole.htm](http://www.nda.ie/CntMgmtNew.nsf/dcc524b4546adb3080256c700071b049/5A19C972AF5A7B93802571E60052A06B/$File/3_fintan_otoole.htm)
- UNESCO (2014). *Cómo medir la participación cultural*. Canadá. Instituto de estadística de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

## CAPÍTULO 32

### Envejecimiento del sistema neuroendocrino

Cristina Maldonado Úbeda\*, M<sup>a</sup> Cristina Lozano Mengíbar\*\*, M<sup>a</sup> del Carmen Moreno López\*\*\*, y Purificación Martínez Segura\*\*\*

\*Hospital Torrecárdenas, Almería (España), \*\*Distrito Sanitario Poniente, Almería (España), \*\*\*Médico de Familia, Almería (España)

La población anciana está aumentando de forma progresiva en nuestro país, por lo que es de gran importancia conocer los cambios, fisiológicos y patológicos, que se producen a nivel del sistema endocrino en este grupo etario (Cardinali, Brusco y Cutrera, 2002). En esta revisión se pretende simplificar y destacar los puntos principales de la neuroendocrinología ya que existen numerosas publicaciones sobre este tema.

Los mecanismos subyacentes del envejecimiento del sistema endocrino son desconocidos, aunque la evidencia disponible apoya teorías que incluyen la oxidación por los radicales libres (Bokov, Chaudhuri y Richardson, 2004), la glicosilación no enzimática (Suji y Sivakami, 2004), y cambios genéticos como la metilación del ADN y acetilación de histonas (Egger, Liang y Aparicio, 2004).

No todas las hormonas que constituyen el sistema endocrino tienen igual relevancia en nuestro organismo. El artículo “Melatonina, ritmos biológicos y estrés oxidativo” pone de manifiesto los cambios de los ritmos circadianos de corticotropina (ACTH), tirotropina (TSH), y hormona del crecimiento (GH) en personas mayores sin patología (Acuña, Escames y León, 2004). La mayoría de estos cambios son pequeños, pero para GH, y posiblemente también para ACTH, los cambios pueden ser clínicamente importantes (Van Coevorden, Mockel y Laurent, 1991).

El eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, por su parte, se ve ampliamente afectado con el transcurrir de los años. En el caso del varón, la dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) se relacionan de forma inversa con la edad, teniendo un efecto antiaterogénico, inmunostimulador, y anticancerígeno (Baulieu, Thomas y Legrain, 2000), así como niveles bajos de testosterona parecen constituir un factor de riesgo independiente para el desarrollo de Enfermedad de Alzheimer (Hogervorst, Bandelow y Combrinck, 2004).

En el caso de la mujer, los estrógenos juegan un papel importante a nivel cognitivo, inmunitario, y cardiovascular, además de en la regulación de la grasa abdominal (Vaninetti, Baccarelli y Romoli, 2000). Tema de debate en la actualidad son los beneficios o no de la terapia hormonal sustitutiva (THS) (Dobs, Nguyen y Pace, 2002; Farhat, Lavigne y Ramwell, 1996).

#### Objetivo

Conocer los cambios endocrinológicos más relevantes que acontecen a lo largo de la vida, con objeto de prevenir distintas patologías que suponen actualmente un punto de atención de la literatura científica.

#### Metodología

Para llevar a cabo esta revisión nos hemos documentado fundamentalmente a través de distintas bases de datos, mediante una búsqueda sistemática: Pubmed, cochrane y uptode.

Los descriptores utilizados fueron: “sistema endocrino”, “neuroendocrinología”, “anciano” y “hormonas” (estos mismos términos fueron incluidos en inglés).

En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fue revistas científicas, de ámbito sanitario y social. No se introdujo un filtro por fecha de publicaciones, pero sí que durante la revisión sólo se tuvieron en cuenta los más actuales y novedosas, o en su defecto las de mayor impacto científico.

### **Desarrollo del tema**

Los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento no son fáciles de determinar, y la comorbilidad asociada a la edad que presentan algunos individuos incrementa el deterioro de funciones orgánicas más allá de lo atribuible a su proceso natural.

Como enfoque práctico, un cambio endocrino que tiene lugar en una fracción significativa de población anciana, sobre todo aquellas personas sin enfermedad crónica grave previamente documentada, es probable que sea debido al envejecimiento. En contraposición, cuando un cambio se limita a una minoría de esta población, probablemente sea debido a una enfermedad.

La complejidad del proceso de envejecimiento se opone a formulaciones simplistas justificadas únicamente por un déficit hormonal. El envejecimiento biológico o fisiológico natural, se caracteriza por una progresiva y considerable pérdida de la función celular y en consecuencia, su efecto sobre el tejido diana, de tal forma que el organismo se vuelve gradualmente menos apto para la reproducción y supervivencia. El ritmo al que se rige este proceso es específico de cada especie en general y de cada individuo en particular. La primera manifestación detectable de estos cambios es la pérdida de capacidad de reserva y de restauración de la homeostasis bajo estrés, y de forma más tardía, la alteración de la funcionalidad en reposo.

Un cambio puede considerarse fisiológico y relacionado con el proceso natural de envejecimiento si cumple los siguientes criterios:

- Fenómeno evidenciable en todos los miembros de la especie.
- Proceso progresivo en el tiempo.
- Naturaleza regresiva o involutiva, de tal forma que acabe llevando a la insuficiencia del órgano o sistema.

En la Encuesta Nacional de Salud realizada en los años 2009-2010 aparecen la diabetes, dislipemia, hipotiroidismo y síntomas músculo-esqueléticos como las enfermedades más prevalentes de este grupo de edad; por lo que lentamente pero cada vez con mayor interés médico se están estudiando los cambios fisiopatológicos que se producen en individuos de edad avanzada, y su repercusión en salud.

Las funciones reguladoras de los sistemas endocrino y nervioso son ejercidas de diferentes formas, siendo el efecto hormonal más duradero y lento, mientras que los neurotransmisores ejercen su acción en distancias más cortas.

Los mecanismos básicos subyacentes del envejecimiento del sistema endocrino son desconocidos. La evidencia disponible apoya la teoría sumatoria de alteraciones bioquímicas en los ácidos nucleicos, proteínas y membranas lipídicas. Estas alteraciones parecen incluir la oxidación por los radicales libres (Bokov, Chaudhuri y Richardson, 2004), la glicosilación no enzimática (Suji y Sivakami, 2004), y cambios genéticos como la metilación del ADN y acetilación de histonas (Egger, Liang y Aparicio, 2004).

Con la edad la secreción de varias hormonas disminuye, como la hormona del crecimiento (GH), la melatonina, o las hormonas sexuales de forma brusca en la mujer (estrógenos) y de forma paulatina en el varón (testosterona). La función tiroidea y pancreática también se altera, mientras que los cambios acontecidos a nivel del eje suprarrenal son menos sustanciales. Determinados procesos que son regulados por el sistema endocrino, contribuyen a la limitación de la autonomía (disminución de la síntesis proteica, aumento de grasa corporal, pérdida de masa muscular, disminución de la densidad ósea, etcétera).

En el Sistema endocrino no existe un sustrato anatómico definido, sino que las hormonas se producen en distintas glándulas localizadas en diferentes puntos del organismo.

Los cambios más relevantes de este sistema ocurren a nivel del eje hipotálamo – hipofisario-gonadal, siendo el páncreas y el tiroides los órganos más afectados a lo largo de la vida. Los otros 2 ejes son el hipotálamo - hipofisario – hepático (hormona del crecimiento), y el sistema regulador hipotalámico que activa la producción de prolactina por la hipófisis.

Las hormonas hipotalámicas controlan a las hipofisarias, y éstas a su vez, modulan y son moduladas por las distintas hormonas periféricas producidas en las diversas glándulas de nuestro cuerpo, estableciéndose así circuitos de regulación en cascada.

La liberación rítmica hormonal es un rasgo común a la mayoría de los sistemas endocrinos. Estos ritmos pueden variar de minutos a horas, como ocurre con la secreción pulsátil que sufren la hormona del crecimiento y la prolactina; días, como el ritmo circadiano que sigue el cortisol; semanas, en el ciclo menstrual con variaciones en los niveles de estradiol y progesterona; e incluso periodos más prolongados como ocurre con las variaciones estacionales en la producción de tiroxina. (Acuña, Escames y León, 2004).

La ritmicidad hormonal se ve influida por gran número de factores. Algunos de ellos obedecen a estímulos neurogénicos, como los observados en la prolactina y en la hormona del crecimiento, íntimamente relacionados con el sueño o el reflejo de succión. Los factores ambientales, por su parte, influyen en la variabilidad circadiana de la producción de glucocorticoides, aunque éstos últimos mecanismos aún no están bien definidos en la literatura y son necesarios nuevos estudios que apoyen estas teorías.

Con el paso de los años, la glándula tiroidea se vuelve de consistencia más nodular, por lo que se recomienda descartar malignización asociada, siempre verificando que el paciente sea eutiroideo. En general, durante el proceso de envejecimiento normal disminuye levemente la secreción de TSH, consecuencia de una menor respuesta al estímulo pituitario; disminuye también la T4 que se compensa por disminución del aclaramiento y disminución.

de la conversión periférica de T4 a T3, manteniéndose por tanto, los niveles séricos de hormonas tiroideas prácticamente invariables. En el caso de la mujer anciana, ocurre que hasta un 5-10% de las mismas sufren un descenso de los niveles plasmáticos de T4 y aumento leve de TSH.

El sistema de regulación del metabolismo del calcio también se ve afectado debido a un aumento de los niveles plasmáticos de hormona paratiroidea o PTH, de casi un 30% entre los 30 y 80 años de edad. El calcio sérico permanece constante debido a la mayor reabsorción ósea, que trae consigo un mayor riesgo de osteoporosis.

Es sabido además, que la mayoría de ancianos no ingieren suficiente cantidad de calcio exógeno, presentando además déficit de vitamina D (entre otras cosas por menor exposición solar), desarrollando un hiperparatiroidismo secundario como consecuencia de ambas condiciones. Todo ello conlleva un aumento de osteoporosis y del riesgo de fracturas a medio-largo plazo que se traduce en una disminución de la funcionalidad y pérdida de autonomía, mermando de forma importante en la calidad de vida de cada individuo (Tresguerres, 2012). La osteoporosis, está suponiendo un objetivo importante en la prevención primaria de distintas patologías que preocupan fehacientemente al sistema sanitario en los últimos tiempos.

Los niveles basales normales de glucemia son 80-120 mg/dl en adultos jóvenes, incrementándose dichos valores unos 6-14 mg/dl por cada década de edad de trascurre a partir de los 50 años. Esto ocurre como consecuencia de la disminución progresiva de secreción de insulina por parte de las células beta pancreáticas, el aumento de la resistencia periférica de la utilización de glucosa por inactividad física, la disminución de masa magra, y el aumento de grasa abdominal, contribuyendo así al deterioro del metabolismo de la glucosa. Considerándose estos hechos, cambios fisiológicos, ya que parecen producirse aún en ausencia de diabetes. Hoy en día, estos procesos siguen creando controversia. Las personas del grupo etario al que dedicamos estas líneas, son más intolerantes a la glucosa y presentan mayor insulinoresistencia que el resto de población de menor edad.

Lo que sí está claro es que todos estos cambios, consecuencia o no del deterioro fisiológico inevitable, junto con la carga genética y los factores ambientales, justifican la gran prevalencia de diabetes en edad senil (Suji y Sivakami, 2004).

Actualmente, más de un cuarto de la población mayor de 65 años padece diabetes mellitus tipo II. El desarrollo de esta patología conlleva un mayor número de institucionalizaciones en residencias asistidas, y aumento de la morbi-mortalidad, englobando aquí las complicaciones micro- y macro-vasculares agudas y crónicas.

Cómo retrasar la aparición de diabetes en el adulto mayor, de momento no está lo suficientemente estudiado, sin embargo la escasa literatura disponible evidencia que una adecuada intervención nutricional y sobre los estilos de vida en individuos de edad avanzada con intolerancia a la glucosa, parece retrasar la aparición de diabetes de forma más eficaz que en población juvenil (Treguerres, 2012).

La glándula suprarrenal se encarga de sintetizar catecolaminas (en su zona medular), y aldosterona, cortisol y andrógenos (en su zona medular).

La aldosterona es un mineralocorticoide que regula el balance hidroelectrolítico. En el anciano desciende su secreción un 30% aproximadamente. Estos cambios justifican la caída de tensión arterial brusca que sufren muchos individuos mayores al incorporarse, fenómeno conocido como hipotensión ortostática.

Bajo el mismo eje, la regulación de volumen y osmolaridad es multifactorial. La capacidad de respuesta renal a la vasopresina u hormona antidiurética está reducida en personas ancianas con respecto a las más jóvenes, y esto junto a la disminución paralela de sed en respuesta a la estimulación osmótica de vasopresina, les hace más vulnerables a la privación de agua favoreciendo así los estados de deshidratación, que constituyen actualmente un importante motivo de consulta en los centros hospitalarios (Treguerres, 2012).

El cortisol es una hormona de “respuesta al estrés” que interviene en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, poseyendo un potente efecto antiinflamatorio y antialérgico. Su secreción desciende de forma muy discreta con el paso de los años, manteniéndose los niveles séricos casi invariables; aunque por el contrario, lo que sí parece alterarse es el ritmo secretor, traducándose esta alteración del ritmo en una menor capacidad de adaptación al estrés (Saleh, Jara y Michea, 2012). Todos estos cambios acontecidos durante el envejecimiento parecen asociarse e incrementarse con los problemas derivados del deterioro psicosocial y económico, así como consumo de tabaco y alcohol.

El eje reproductor se ve francamente afectado por el proceso de envejecimiento, y es por ello que merecen mención las distintas observaciones a las que han llegado los estudios hasta el momento realizados.

La síntesis de testosterona, en el varón, se mantiene activa durante toda la vida, pero a partir de los cincuenta años de edad dicha producción desciende gradualmente, perdiéndose además el ritmo circadiano de secreción. La testosterona es la hormona encargada de desarrollar los órganos sexuales masculinos y mantener los caracteres sexuales secundarios masculinos (la barba, la agresividad, la libido, el desarrollo muscular, y por supuesto todo lo que compete a la conducta sexual propia del género masculino). Es anabolizante, lipolítica, y estimuladora del sistema inmunológico, es por ello que algunos autores afirman que las enfermedades autoinmunitarias son menos comunes en varones que en hembras (Cardinali y Cutrera, 2002). Además de todas éstas, otras funciones que engloba son la inhibición de la actividad osteoclastica en el hueso, el incremento de producción de glóbulos rojos en la médula ósea, y el mantenimiento de la glucemia, crecimiento, función hepática, y función prostática. Algunos estudios postulan que niveles elevados de testosterona se asocian con una mejor función cognitiva, y por consiguiente un menor riesgo de desarrollar demencia tipo Alzheimer (Hogervorst, Bandelow y Combrinck, 2004; Moffat, Zonderman y Metter, 2002).

El volumen de esperma se reduce también con el paso de las décadas, aunque no llega a desaparecer totalmente. Aumenta el grado de disfunción sexual, siendo en la actualidad el hipogonadismo una causa establecida de osteoporosis; patología que, como ya se reseñó previamente, constituye hoy en día uno de los puntos de mira de la prevención primaria sanitaria más importantes.

La dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) son andrógenos débiles que se relacionan de forma inversa con la edad, decreciendo a menos del 30% sus niveles a partir de la quinta década de la vida. Estas hormonas tienen, entre otros, efecto antiaterogénico, inmunoestimulador, y anticancerígeno, viéndose disminuidos dichos efectos con el transcurrir de los años (Baulieu, Thomas y Legrain, 2000).

La interleucina 6 (IL-6) es una citocina que está elevada en el varón en la andropausia, y no se detecta en el hombre joven sano. Su ascenso puede provocar un descenso de la masa corporal, anemia, demencia, reducción de la densidad mineral ósea y de los niveles de albúmina sérica.

Todos estos cambios han sido moderados por la administración exógena de testosterona y/o sus precursores.

Los efectos que se producen en la mujer de mano de las hormonas sexuales son muy similares a las que tienen lugar en el varón, pero en lo atribuible al desarrollo y mantenimiento de los caracteres sexuales femeninos.

En los ovarios se producen hormonas y gametos dentro de los folículos, alcanzando una cifra aproximada de 400 en la pubertad, disminuyendo de forma progresiva hasta su desaparición completa en la menopausia.

Los estrógenos, hormonas sexuales femeninas, ejercen su efecto principalmente a nivel de útero, glándula mamaria y distribución de la grasa corporal, que evoluciona hasta adquirir una distribución central o abdominal, más típica del sexo masculino. Pero también se han descrito otras funcionalidades como son el alivio de los síntomas presentes en la menopausia, aumento de LDL-colesterol y descenso de HDL-colesterol, o su efecto protector sobre el sistema cardiovascular, sistema cerebrovascular, y la osteoporosis (Farhat, Lavigne y Ramwell, 1996). Ejercen además un papel adicional en la mitosis de la epidermis, incrementando su actividad.

Las alteraciones secundarias a la disfunción orgánica se traducen pues, en cambios en el humor, la memoria, facultades cognitivas, los aparatos cardiovascular y locomotor, y el sistema inmunitario.

El estrógeno dominante a partir de la menopausia es la estrona, sintetizada a partir de tejido adiposo que constituye la principal fuente estrogénica en la etapa postmenopáusica, tanto en hombres como mujeres.

Todas estas alteraciones que tienen lugar a nivel de hormonas sexuales de forma secundaria al proceso de envejecimiento en la mujer, se han intentado paliar en los últimos años, con ayuda de la terapia hormonal sustitutiva. Pero aún hoy en día, y tras muchos estudios respecto a la misma, siguen creando controversia sus efectos. Lo que sí ha demostrado de forma clara es un aumento significativo en la cantidad de fibras de colágeno tras 6 meses de tratamiento (Tesguerres, 2012).

Es sabido que la velocidad y calidad de la cicatrización de las heridas son estrógeno-dependientes, y es por ello por lo que la ralentización de la cicatrización en pacientes mayores de ambos sexos puede mejorar con la administración tópica de estrógenos.

Los cambios descritos, secundarios al proceso de envejecimiento, de forma natural o englobados en diversas patologías, convierten al paciente añoso en un paciente frágil, sobre el que el clínico debe trabajar de forma activa y vigorosa para prepararlo a afrontar y combatir los eventos que se sucederán en esta nueva etapa de su vida.

### **Discusión/Conclusiones**

En los últimos años, las investigaciones científicas tienen como pilar básico de salud, y de forma más concreta, la prevención de diversas patologías como son por ejemplo la osteoporosis (Morley, Kim y Haren, 2005) o la diabetes mellitus (Knowler, Barrett-Connor y Fowler, 2002), tan prevalentes actualmente en nuestra población anciana. Es por ello fundamental conocer los mecanismos de envejecimiento fisiológico y patológico del sistema endocrino, ya que como han demostrado distintos

estudios, podemos antepoñernos a los cambios que de él derivan, o en su defecto tratarlos de forma más precoz cuando aparezcan.

## Referencias

- Cardinali, DP., Brusco, L. y Cutrera, R. (2002). Ritmos biológicos. *Tratado de endocrinología básica y clínica*, 163-189. Madrid. Editorial Síntesis.
- Salech, F., Jara, R. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 3(1), 19-29.
- Acuña Castroviejo, D., Escames Rosa, G., León López, J., et al. (2004). Melatonina, ritmos biológicos y estrés oxidativo. Longevidad. *Tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. (pp.216-224). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Acuña Castroviejo, D., Lopez, LC., Escames, G., et al. (2011). Melatonin-mitochondria interplay in health and disease. *Medical Chemistry*, 11(2), 221-40.
- Sanzana, G. (2009). Tratamiento de la diabetes en el paciente mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20(5), 635-638.
- Suji, G. y Sivakami, S. (2004). Glucose, glycation and aging. *Biogerontology*, 5(6), 365.
- Knowler, WC., Barrett-Connor, E., Fowler, SE., et al. (2002). Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
- Confrey, J., Castro-Filho, J. y Wilhelm, J. (2000). Implementation research as a means to link systemic reform and applied Psychology in mathematics education. *Educational Psychologist*, 35(1), 179-192.
- Ishikawa, S., Saito, T., Fukagawa, A., et al. (2001). Close association of urinary excretion of aquaporin-2 with appropriate and inappropriate arginine vasopressin-dependent antidiuresis in hyponatremia in elderly subjects. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(4), 1665.
- Wu, F.C.W., Tajar, A., Pye, S.R., et al. (2008). Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European Male Aging Study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93, 2737-45.
- Van Cauter, E., Leproult, R. y Kupfer, D.J. (1996). Effects of gender and age on the levels and circadian rhythmicity of plasma cortisol. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81(7), 2468.
- Morley, J.E., Kim, M.J., Haren, M.T., et al. (2005). Frailty and the aging male. *Aging Male*, 8, 135-40.
- Van Coevorden, A., Mockel, J., Laurent, E., et al. (1991). Neuroendocrine rhythms and sleep in aging men. *American Journal of Physiology*. 260 (4 Pt 1), 651.
- Moffat, S.D., Zonderman, A.B., Metter, E.J., et al. (2002). Longitudinal assessment of serum free testosterone concentration predicts memory performance and cognitive status in elderly men. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87(11), 5001.
- Hogervorst, E., Bandelow, S., Combrinck, M., et al. (2004). Low free testosterone is an independent risk factor for Alzheimer's disease. *Experimental Gerontology -Journal-*, 39(11-12), 1633.
- Baulieu, E.E., Thomas, G., Legrain, S., et al. (2000). Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHE Age Study to a socio biomedical issue. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 97(8), 4279.
- Vaninetti, S., Baccarelli, A., Romoli, R., et al. (2000). Effect of aging on serum gonadotropin levels in healthy subjects and patients with non functioning pituitary adenomas. *European Journal of Endocrinology*, 142(2), 144.
- Dobs, AS., Nguyen, T., Pace, C., et al. (2002). Differential effects of oral estrogen versus oral estrogen-androgen replacement therapy on body composition in postmenopausal women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87, 1509-1516.
- Farhat, M.Y., Lavigne, M.C., Ramwell, P.W. (1996). The vascular protective effects of estrogen. *The FASEB Journal*, 10, 615-624.
- Tresguerres Hernández, J.A.F. (2012). Envejecimiento del sistema endocrino. *Medicina estética y antienvjecimiento*. (pp. 553-574). Editorial Médica Panamericana.
- Encuesta nacional de salud 2009-2010. MINSAL [www.minsal.gob.cl](http://www.minsal.gob.cl)

## CAPÍTULO 33

### Acción anti aging de la melatonina

Purificación Martínez Segura\*, Cristina Maldonado Úbeda\*\*, M<sup>a</sup> Cristina Lozano Mengibar\*, y M<sup>a</sup> Carmen Moreno López\*\*\*

\**Distrito Poniente (España)*, \*\**Complejo Hospitalario Torrecárdenas (España)*,

\*\*\**Distrito Almería (España)*

Debido al aumento de la esperanza de vida en el último siglo y al estudio en profundidad sobre las teorías del envejecimiento ha aumentado una corriente de estudios encaminados a la búsqueda de tratamientos, que disminuyan o retrasen el envejecimiento del organismo y sus consecuencias derivadas, que dan lugar a un empeoramiento de la calidad de vida (Rizvi y Jha, 2011). Uno de los fármacos evaluados como prevención anti-aging es la melatonina (Poeggeler, 2005).

La melatonina se sintetiza en organismos animales y vegetales a partir del triptófano (Axelrod, Shein y Wurtman, 1969).

En el ser humano, se sintetiza en diferentes partes del organismo, y según donde se forme, varía su función:

- Melatonina sintetizada en la Glándula Pineal: En el Hipotálamo se encuentra el núcleo supraquiasmático conocido como “Reloj Biológico”; posee unas 10.000 neuronas, cada una funciona de una manera rítmica e independiente, pero cuando están juntas, tienen el mismo ritmo porque están siendo reguladas por el ambiente; siendo el factor más importante el fotoperíodo (hora del día, período del año), para regular así los ritmos biológicos (secreción de ACTH/Cortisol, ritmo sueño vigilia). Para ello la melatonina, sigue un ciclo circadiano, con un pico nocturno entre las 23:00-3:00 horas, para sincronizarse según el fotoperíodo (Lynch, Jimerson y Ozaki, 1978).

Es importante porque permite un efecto hipnótico nocturno, para una correcta higiene del sueño. Estudios demuestran la eficacia de la melatonina para el tratamiento de alteraciones del ritmo sueño vigilia como el jet-lag producido por un viaje interoceánico y el trabajo por turnos nocturno (Herxheimer, 2015). También regula la higiene del sueño en pacientes con ceguera congénita cuya situación cínica se ve favorecida tras el tratamiento con melatonina (Sohil, Helen, Treasure, Dakin, Pache, Cooper, Ros y Flenady, 2011), por lo que podría ser también interpolado a los pacientes con ceguera adquirida por el envejecimiento.

La melatonina pasa al Líquido Cefalorraquídeo y se distribuye por la circulación sistémica al resto de los tejidos (Tricoire, Locatelli, Chemineau y Malpoux, 2002).

- Melatonina sintetizada extrapinealmente en bazo, timo, células del sistema inmune, médula ósea, retina, ovario, testículo; encontrándose en estos tejidos en una concentración 2-3 veces superior que en sangre. La melatonina se encarga de aumentar la supervivencia celular.

Efecto analgésico, sedante, hipnótico: Inhibe la transmisión glutamatérgica (el glutamato es el neurotransmisor activador más importante) y activa la Gabaérgica (ácido gamma amino-butírico), disminuyendo así la excitabilidad neuronal. Cuando se duerme, aumenta el espacio extracelular neuronal, por lo que aumenta el volumen de sangre, y favorecen la eliminación de detritus celulares y resto de metabolitos.

Efecto Neuroprotector (Antiexcitotóxica): En el envejecimiento se produce una pérdida de neuronas postmitóticas y de células madre, lo que da lugar al deterioro cognitivo y al déficit sensorial y motor; también disminuyen los niveles de enzimas, metabolitos y receptores implicados en síntesis de melatonina, lo que da lugar a bajos niveles de melatonina en los ancianos. La melatonina administrada de manera exógena disminuye los niveles de glutamato y la alteración de la regulación del calcio evitando



daños cerebrales, elimina radicales libres, inhibe la autofagia mediadas por TSC1 y 2, aumenta la proliferación y diferenciación de células madre neurales (Sarлак, Jenwitheesuk, Chetsawang y Govitrapong, 2013).

**Efecto antioxidante:** Los radicales libres son moléculas derivadas del oxígeno y del hidrógeno que cumplen funciones importantes en el organismo, pero que a dosis altas son tóxicas. La melatonina disminuye la concentración de radicales libres a nivel celular, regula la expresión y actividad de la mayoría de enzimas antioxidantes (GPx, GRd, SOD (Superóxido Dismutasa), G6PDH, iNOS) y mantiene la permeabilidad de la membrana. Su importancia deriva en que al ser lipofílica e hidrofílica es capaz de llegar a todos los tejidos.

**Efecto Antiinflamatorio:** Su papel anti envejecimiento se basa en la capacidad de inhibir el sistema NOS (Óxido Nítrico Sintetasa) y enzimas productores de NO (Óxido Nítrico), que en exceso son citotóxicos, ya que inhiben la respiración celular. Los RNS son un grupo de radicales libres de especies reactivas del Nitrógeno que aumentan en procesos inflamatorios mediados por macrófagos, que activan los enzimas iNOS (NOS inducible), formando grandes cantidades de NO para luchar contra los patógenos, por lo que es una molécula muy específica frente a la excitotoxicidad.

**Efecto protector Mitocondrial:** La administración de melatonina favorece la síntesis de ATP que ayuda a la célula a protegerse de daños externos (radicales libres) y a reparar las funciones celulares afectadas por éstos, lo que aumenta la supervivencia celular.

**Efecto protector de la piel:** Presenta protección frente a radiaciones ultravioletas y sus patologías derivadas, como la carcinogénesis y el envejecimiento cutáneo. Actúa sobre los receptores de melatonina unidos a la membrana, favoreciendo la homeostasis en el tejido; y sobre los receptores de melatonina nucleares actuando como guardián del genoma, realizando la reparación y protección celular (Slominski, Kleszczyński, Semak, Janjetovic, Zmijewski, Kim, Slominski, Reiter y Fischer, 2014).

**Efecto protector Cardiovascular:** Estudios epidemiológicos demuestran que la hormona de la melatonina previene el envejecimiento cardíaco y controla parámetros fisiológicos afectados por la edad. Actúa como antioxidante y disminuye la oxidación y la apoptosis. Existen muchos estudios que avalan el papel sumatorio de la melatonina y la GH en la protección cardíaca, basados en la medida de pruebas de laboratorio en ratones, como la oxidación endotelial (NO), donde se demostró una menor oxidación clínicamente significativa en los ratones tratados con melatonina y GH de forma coadyuvante (Paredes, Forman, García, Vara, Escames y Tresguerres, 2014).

**Efecto protector Óseo:** Estudios indican que una dieta suplementaria con melatonina previene el envejecimiento óseo de manera significativa, disminuye la pérdida ósea relacionadas con la edad, mejora la microestructura ósea, y también las propiedades biomecánicas del hueso retrasando la aparición de osteoporosis, las fracturas patológicas que conlleva, y el deterioro en la calidad de vida de los ancianos (Tresguerres, Tamimi, Eimar, Barralet, Prieto, Torres, Calvo-Guirado y Tresguerres, 2013).

**Efecto antioxidante Hepático:** La administración de melatonina disminuye significativamente las alteraciones inducidas por la edad en los ritmos diarios de la peroxidación de lípidos y enzimas antioxidantes en el hígado. A nivel hepático tiene un papel importante en la homeostasis: Actúa metabolizando los nutrientes, fármacos, hormonas, productos de desecho, y también en la composición proteica del plasma. Un estudio en ratones macho donde analizaron indicadores de estrés oxidativo en el hígado: Peroxidación de lípidos, glutatió reducido (GSH), Glutacion oxidasa (GSC); Glutacion Peroxidasa (GPx), Superóxido Dismutasa (SOD), catalasa (CAT). Se estudiaron su valor a los 0, 6, 12 y 18 meses en 3 grupos de edad (3, 12, 24 meses), y se objetivó que en las ratas macho a los que fue administrada melatonina exógena no hubo aumento de estrés oxidativo a los 12 y 24 meses, aumentó la peroxidación de lípidos y tuvo un efecto antioxidante, disminuyendo la relación GSH/GSSG (Manikonda y Jagota, 2012).

A partir de los 35 -40 años disminuye la secreción fisiológica de melatonina, siendo a los 50 años un 50% menor; por lo que aumentan los daños oxidativos mitocondriales, se pierde capacidad de defensa

inmune, no se mantiene la demanda energética, produciéndose la muerte celular, lo que acelera el envejecimiento.

Además al envejecer, el reloj biológico se hace más resistente a los cambios del fotoperiodo, por ello los ancianos tienen ritmos muy marcados en su vida diaria y no se adaptan a los cambios. Se ha investigado el efecto del envejecimiento sobre el ritmo biológico diario en ratas de varios genes del reloj como *rPER1*, *rCry1*, *rCry 2*, *rbmal 1*, midiendo la expresión del RNAm mediante el uso de una cadena de polimerasa en tres grupos de edad. Al aumentar la edad se objetivó la abolición de los ritmos circadianos de los genes implicados a los 24 meses. Por ello se evaluó el efecto de la administración de melatonina una hora antes de la oscuridad durante 11 días. Como resultado se reestableció el ritmo circadiano y los niveles y expresión de RNAm de estos genes (Mattam y Jagota, 2014).

Por tanto, administrando melatonina de forma exógena, se consiguen nuevamente valores fisiológicos similares a los previos, regulando de nuevo los sistemas endocrinos y no endocrinos (neurotransmisores, ciclo sueño/vigilia), actividad/reposo; y siendo además útil como profiláctico de enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson (Hongwen, Weiguo y Frang, 2010).

En un estudio se valoró la melatonina como regulador del antienvjecimiento y la neurodegeneración. Como resultado se objetivó el efecto antioxidante de la melatonina por varios mecanismos: disminuía los efectos tóxicos de ROS, aumentaba actividad mTOR y 4 EBP1; y disminuía la actividad de METH que da lugar a la formación de la proteína LC3-II, asociada a la membrana del autofagosoma; favoreciendo la neurogénesis y retrasando la neurodegeneración (Jenwitheesuk, Nopparat, Mukda, Wongchitrat y Govitrapong, 2014).

### **Objetivo**

Realizar una búsqueda sistemática para conocer cómo influye la melatonina en el organismo, su déficit gradual a lo largo de la vida y el beneficio de aplicarlo como prevención antienvjecimiento.

### **Metodología**

Hemos realizado una búsqueda sistemática en bases de datos: Pubmed, Uptodate, Cochrane, SCIELO, TripDatabase; libros y guías de práctica clínica.

Los descriptores utilizados han sido melatonina, melatonina antienvjecimiento, melatonina antiinflamatoria, suplementación con melatonina exógena (fueron incluidos en inglés en las bases de datos internacionales).

En todos los casos el tipo de fuente seleccionados han sido ensayos clínicos, metanálisis, guías clínicas y artículos.

En la base de datos Pubmed: Al utilizar término MESH (“melatonina anti aging”) en los últimos 10 años tanto en seres humanos como en animales, se obtuvieron 73 resultados que se redujeron a 46 al disminuir a 5 los últimos años la fecha de publicación. Al utilizar el término MESH (“Melatonin anti inflammatory”): En los últimos 10 años tanto en seres humanos como en animales se obtuvieron 650 estudios, que se redujeron a 378 al disminuir a los últimos 5 años la fecha de publicación. Al utilizar el término MESH (“Melatonin supplementation”): En los últimos 10 años tanto en seres humanos como en animales se obtuvieron 306 estudios, que se redujeron a 200 al disminuir a los últimos 5 años la fecha de publicación.

En la base de datos Embase se obtuvieron 20 resultados en los últimos 10 años, utilizando como palabras clave (“melatonin y melatonin anti aging”).

En la base de datos Cochrane, utilizando el término Mesh “melatonin”: Encontramos 4 revisiones sistemáticas.

### Resultados/Estado de la cuestión

La melatonina junto al uso de otras moléculas pueden convertirse en una estrategia de intervención prometedora, segura y eficaz para retrasar el envejecimiento y la iniciación y la progresión de los trastornos relacionados con la edad (Ramis, Esteban, Miralles, Tan y Reiter, 2015).

En los últimos 5 años se objetiva un incremento del número de estudios que avalan el efecto “Anti-Aging” de la melatonina. La mayoría de las revisiones sistemáticas analizadas no encuentran evidencias significativas en el beneficio de su utilización en el deterioro cognitivo y el tratamiento del insomnio, pero estas revisiones son previas a 2010, y tienen déficits metodológicos. Concluyen que se necesitan estudios controlados de asignación aleatoria en comparación con placebo (Khan, Heussler, McGuire, Dakin, Pache, Cooper, Norris, Flenady y Charles, 2011).

Al envejecer se producen daños oxidativos importantes, se pierde la capacidad de defensa y la capacidad de mantener la demanda energética celular y se produce la muerte celular. Los radicales libres ROS y RNS aceleran el envejecimiento. La mayoría de los estudios coinciden en el efecto antioxidante y antiinflamatorio de la melatonina, controlando el exceso de producción de radicales libres que se produce en el envejecimiento por la alteración de la homeostasis de los sistemas ROS y RNS (Acuña, López, Escames, López, García y Reiter, 2011).

Estudios previos han demostrado un efecto regulador óseo positivo (Tresguerres, Tamimi, Eimar, Barralet, Prieto, Torres, Calvo-Guirado, Tresguerres, 2014), realizaron un estudio en ratas viejas, siendo la primera evidencia capaz de obtener datos beneficiosos a dicho nivel. Estudiaron el efecto terapéutico de la suplementación en la dieta con melatonina a nivel de la masa ósea y las propiedades biomecánicas en el fémur; obteniéndose en las ratas viejas tratadas mejora en el volumen de masa ósea, en la microestructura y las propiedades biomecánicas. Arabaci, Kermen, Özkanlar, Köse, Kara, Kizildağ, Duman, Ibişoğlu (2015), evaluaron en ratas el efecto de la melatonina sobre la reabsorción ósea a nivel alveolar dental que reveló que inhibe significativamente la resorción del hueso alveolar regional y contribuye a la curación periodontal en los modelos de rata experimental con periodontitis.

Agil, El-Hammadi, Jiménez-Aranda, Tassi, Abdo, Fernández-Vázquez y Reiter (2015), se interesaron por estudiar el papel de la melatonina en la disfunción intramitocondrial hepática, ya que está relacionada con la aparición de resistencia a la insulina y esteatosis hepática. Comprobaron que el grupo de ratas tratadas con melatonina a una dosis de 10mg/kg peso/día durante 6 semanas, disminuía la alteración de las transaminasas hepáticas, aliviaba la esteatosis y mejoraba alteraciones mitocondriales típicas de pacientes diabéticos (el aumento de glucógeno y lípidos). Llegaron a la conclusión que el tratamiento mejoraba la disfunción mitocondrial en ratas M-ZDF aumentando las actividades de la citrato sintasa mitocondrial, el complejo IV de la cadena de transferencia de electrones, la respiración celular y el coeficiente de fosforilación (relación ADP/O), aumenta la producción de ATP y disminuye la disociación de proteínas de manera estadísticamente significativa. Popov, Shulgin, Popova, Pashkov, Agarkov y Carvalho (2015), evaluaron el efecto de terapia con melatonina como protector hepático y su actuación sobre el sistema antioxidante glutatión, obteniendo un efecto protector positivo.

Muchos estudios avalan la actuación de la melatonina como “guardián del genoma” y protector de la piel. Slominski, Kleszczyński, Semak, Janjetovic, Zmijewski, Kim, Slominski, Reiter y Fischer, (2015). Se ha objetivado que la melatonina a nivel tisular, actúa unido a receptores de membrana celular, siendo un gran protector frente a las radiaciones ultravioletas, y por lo tanto contras sus principales consecuencias, el envejecimiento cutáneo. También se han encontrado receptores a nivel de la membrana nuclear, protegiendo y reparando el ADN alterado por las radiaciones ultravioletas. Kleszczyński y Fischer (2012), también encuentran una evidencia considerable del uso de melatonina y su uso eficaz contra el envejecimiento de la piel.

Muchos estudios epidemiológicos avalan que la melatonina junto el efecto sumatorio de la GH, previenen el envejecimiento cardiaco (Paredes, Forman, García, Vara, Escames, Tresguerres, 2014; Cipolla-Neto, Amaral, Afeche, Tan y Reiter, 2014). Rodella, Favero, Rossini, Flogio, Bonomini y Reiter

(2013), se interesaron en evaluar el efecto de la melatonina como tratamiento en la disfunción endotelial que se produce en el envejecimiento, para ello se comparó el uso de melatonina de liberación rápida, frente a melatonina de liberación retardada y placebo, utilizando como marcadores de disfunción endotelial las moléculas: SIRT1, p53 y eNOS, siendo más efectiva contra la disfunción endotelial el uso de melatonina de liberación retardada.

Escames, López, Ortiz, Ros y Acuña-Castroviejo (2006) analizaron el efecto antiinflamatorio de la melatonina con fines terapéuticos, para ello se trataron a ratas con liposacáridos bacterianos para provocar un shock séptico. En esta situación se produjo un aumento de iNOS, produciendo una gran cantidad de NO, responsable de las mayoría de las lesiones en la sepsis. La administración de la melatonina redujo la actividad de iNOS intramitocondrial, aumentando la supervivencia de los animales. Por otro lado aumentada enzimas antioxidantes como SOD, GPx.

Recientemente la melatonina ha demostrado que crea metabolitos endógenos a nivel cerebral con importante acción antiinflamatoria y antioxidante como AFMK (N-acetil-N-formil-5-metoxikinuramina) y AMK (N-acetil-5-metoxikinuramina). Se ha demostrado que su metabolito AMK es incluso más potente que la melatonina para inhibir la actividad nNOS en el cerebro. Gutiérrez-Cuesta, Tajés, Jimenez, Camins y Pallas (2011) llegaron a la conclusión que el tratamiento con melatonina en ratones es capaz de reducir el estrés oxidativo y prevenir la neurodegeneración, lo que demostraría su efecto neuroprotector y antienviejimiento.

Una revisión sistemática llegó a la conclusión de que no existía evidencia significativa en la mejoría del deterioro cognitivo (evaluando la esfera afectiva, conductual y actividades básicas de la vida diaria), frente a placebo (Jansen, Forbes, Duncan y Morgan, 2008). Últimos estudios clínicos coinciden en que la suplementación con melatonina tiene un efecto beneficiosos sobre el sistema nervioso: Disminuyendo la pérdida de neuronas y de células madre en córtex, previniendo el deterioro cognitivo y siendo probablemente útil para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y Parkinson (Anderson y Maes, 2011). Hongwen, Weiguo y Fang (2010) evaluaron el papel de la melatonina en la Enfermedad de Alzheimer como anti-apoptótico y anti-amiloidogénico confirmando su papel favorecedor a nivel preventivo, no siendo ya útil una vez la enfermedad se ha desarrollado.

### **Discusión/Conclusiones**

Al analizar los datos llegamos a la conclusión de que el envejecimiento en sí se provoca por diferente fenómenos, siendo el más importante el aumento de la producción de radicales libres que dan lugar a la senescencia mitocondrial, por la incapacidad de producir ATP. Los sistemas oxidantes explicados ROS y RNS aceleran el proceso de envejecimiento (Acuña, López, Escames, López, García y Reiter, 2011).

Con los datos analizados en los estudios realizados en los últimos 10 años podemos obtener las siguientes conclusiones sobre el beneficio de la administración exógena de melatonina:

- Su efecto antiinflamatorio y antioxidante: Controlando la homeostasis de los sistemas RNS y ROS, que se altera con el envejecimiento provocando el aumento de los radicales libre (Vishwas, Mukherjee, Haldar, Dash y Nayak, 2013).

- Su efecto protector mitocondrial: Favorece la producción de ATP celular, que aumentan la supervivencia celular (Acuña, López, Escames, López, García y Reiter, 2011).

- Regulador del ritmo sueño/vigilia : La melatonina sincronizada por el fotoperiodo activa el sistema GABA e inhibe el glutamato a nivel del córtex, lo que disminuye la excitabilidad neuronal y permite su efecto hipnótico. Su administración mejoraría la higiene del sueño, que tanto se deteriora con el envejecimiento, provocando sueños ligeros e intermitentes (Gandhi, Mosser, Oikonomou y Prober, 2015).

- Estudios epidemiológicos demuestran que el uso de melatonina previene el envejecimiento:

- Cardíaco (Paredes, Forman, García, Vara, Escames y Tresguerres, 2014).

- Neurológico (Sarlak, Jenwitheesuk, Chetsawang y Govitrapong, 2013).

- Óseo (Tresguerres, Tamimi, Eimar, Barralet, Prieto, Torres, Calvo-Guirado y Tresguerres, 2014).
- Cutáneo (Slominski, Kleszczyński, Semak, Janjetovic, Zmijewski, Kim, Slominski, Reiter y Fischer, 2014).
- Hepático (Dkhar y Sharma, 2013).

Dado que la mayoría de los estudios han sido realizado en ratones, serían necesarios estudios aleatorizados con doble ciego en humanos, comparando el efecto de la melatonina frente a placebo para poder comprobar este efecto en los seres humanos (Claustrat y Leston, 2015).

## Referencias

- Paredes, S.D., Forman, K.A., García, C., Vara, E., Escames, G. y Tresguerres, J.A. (2014). Protective actions of melatonin and growth hormone on the aged cardiovascular system. *Horm Mol Biol Clin Investig*, 18(2), 79-88.
- Jenwitheesuk, A., Nopparat, C., Mukda, S., Wongchitrat, P. y Govitrapong, P. (2014). Melatonin regulates aging and neurodegeneration through energy metabolism, epigenetics, autophagy and circadian rhythm pathways. *Int J Mol Sci*, 15(9), 16848-84.
- Slominski, A.T., Kleszczyński, K., Semak, I., Janjetovic, Z., Zmijewski, M.A., Kim, T.K., Slominski, R.M., Reiter, R.J. y Fischer, T.W. (2014). Local melatonergic system as the protector of skin integrity. *Int J Mol Sci*, 5(10), 17705-32.
- Tresguerres, I.F., Tamimi, F., Eimar, H., Barralet, J.E., Prieto, S., Torres, J., Calvo-Guirado, J.L. y Tresguerres, J.A. (2014). Melatonin dietary supplement as an anti-aging therapy for age-related bone loss. *Rejuvenation Res*, 17(4), 341-6.
- Sarlak, G., Jenwitheesuk, A., Chetsawang, B. y Govitrapong, P. (2013). Effects of melatonin on nervous system aging: neurogenesis and neurodegeneration. *J Pharmacol Sci*, 123(1), 9-24
- Hardeland, R. (2013). Melatonin and the theories of aging: a critical appraisal of melatonin's role in antiaging mechanisms. *J Pineal Res*, 55(4), 325-56.
- Mattam, U. y Jagota, A. (2014). Differential role of melatonin in restoration of age-induced alterations in daily rhythms of expression of various clock genes in suprachiasmatic nucleus of male Wistar rats. *Biogerontology*, 15(3), 257-68.
- Pévet, P., Agez, L., Bothorel, B., Saboureau, M., Gauer, F., Laurent, V. y Masson-Pévet, M. (2006). Melatonin in the multi-oscillatory mammalian circadian world. *Chronobiol Int*, 23(1-2), 39-51.
- Jagota, A. y Kalyani, D. (2010). Effect of melatonin on age induced changes in daily serotonin rhythms in suprachiasmatic nucleus of male Wistar rat. *Biogerontology*, 11(3), 299-308.
- Manikonda, P.K. y Jagota, A. (2012). Melatonin administration differentially affects age-induced alterations in daily rhythms of lipid peroxidation and antioxidant enzymes in male rat liver. *Biogerontology*, 13(5), 511-524.
- Brigo, F. y Del Felice, A. (2012). Melatonina como tratamiento complementario para la epilepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 6.
- Khan, S., Heussler, H., McGuire, T., Dakin, C., Pache, D., Cooper, D., Norris, R., Flenady, V. y Charles B. (2011). Melatonina para los trastornos no respiratorios del sueño en niños con deficiencia visual. *Cochrane Database of Systematic Issue*, 11.
- Jansen, S.L., Forbes, D.A., Duncan, V. y Morgan, D.G. (2008). Melatonina para el deterioro cognitivo. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Herxheimer, A. y Petrie, K.J. (2008). Melatonina para la prevención y tratamiento de la desadaptación horaria ("jet lag"). *Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Tresguerres, J.A., Nipoti, E.I., Castaño, P. y Tejero P. (2012). *Medicina Estética y Antienvejecimiento*. Panamericana.
- Acuña-Castroviejo, D. y Escames, G. (2012). Melatonina y envejecimiento. In Panamericana (eds.), *Medicina Estética y antienvjecimiento* (pp. 647-61). Madrid.
- Hongwen, H., Weiguo, D. y Frang, H. (2010). Anti-Amyloidogenic and Anti-Apoptotic Role of Melatonin in Alzheimer Disease. *Neuropharmacol*, 8(3), 211-217.
- Poeggeler, B. (2005). Melatonin, aging, and age-related diseases: perspectives for prevention, intervention, and therapy. *Endocrine*, 27(2), 201-12.
- Ramis, M.R., Esteban, S., Miralles, A. y Tan, D.X. (2015). Caloric restriction, resveratrol and melatonin: Role of SIRT1 and implications for aging and related-diseases. *Mech Ageing Dey*, 146(148), 28-41.

- Anderson, G. y Maes, M. (2014). Local melatonin regulates inflammation resolution: a common factor in neurodegenerative, psychiatric and systemic inflammatory disorders. *CNS Neuros Disord Drug Targets*, 13(5), 817-27.
- Cipolla-Neto, J., Amaral, F.G., Afeche, S.C. y Reiter R.J. (2014). Melatonin, energy metabolism, and obesity: a review. *J Pineal Res*, 56(4), 371-81.
- Rodella L.F., Favero G., Rossini C., Foglio E., Bonomini F., Reiter R.J. y Rezzani R. (2013). Aging and vascular dysfunction: beneficial melatonin effects. *Age Dorder*, 35(1), 103-15.
- Gutierrez-Cuesta J., Tajas M., Jimenez A., Camins A. y Pallas M. (2011). Effects of melatonin in the brain of the senescence-accelerated mice-prone 8 (SAMP8) model. *Rev Neurol*, 52(10), 618-22.
- Hongwen, H., Weigou, D. y Fang, H. (2010). Anti-Amyloidogenic and Anti-Apoptotic Role of Melatonin in Alzheimer Disease. *Neuropharmacol*, 8(3), 211-217.
- Acuña Castroviejo, D., Lopez, L.C., Escames G., López A., García J.A. y Reiter R.J. (2011). Melatonin-mitochondria interplay in health and disease. *Med. Chem*, 11(2), 221-40.
- Vishwas, D.K., Mukherjee, A., Haldar, C., Dash, D. y Nayak, M.K. (2013). Improvement of oxidative stress and immunity by melatonin: an age dependent study in golden hamster. *Georontol*, 48(2), 168-82.
- Gandhi, A.V., Mosser, E.A., Oikonomou, G. y Prober, D.A. (2015). Melatonin is required for the circadian regulation of sleep. *Neuron*, 85(6), 1193-9.
- Claustrat, B. y Leston, J. (2015). Melatonin: Physiological effects in humans. *Neurochirurgie*, 28(15), 54-5.
- Agil, A., El-Hammadi, M., Jiménez-Aranda, A., Tassi M., Abdo, W., Fernández-Vázquez, G. y Reiter R.J. (2015). Melatonin Reduces Hepatic Mitochondrial Dysfunction in Diabetic Obese Rats. *Journal of Pineal Research*.
- Slominski A.T., Kleszczyński K., Semak I., Janjetovic Z., Zmijewski M.A., Kim T.K., Slominski R.M., Reiter R.J., Fischer T.W. (2015). Local melatoninergic system as the protector of skin integrity. *Int J Mol Sci*, 15(10), 17705-32.
- Popov, S.S., Shulgin, K.K., Popova, T.N., Pashkov, A.N., Agarkov, A.A. y de Carvalho, M.A. (2015). Effects of Melatonin-Aided Therapy on the Glutathione Antioxidant System Activity and Liver Protection. *J Biochem Mol Toxicol*.
- Kleszczyński, K. y Fischer, T. (2012). Melatonin and human skin aging. *Dermatoendocrinol*, 4(3), 245-52.
- Arabaci, T., Kermen, E., Özkanlar, S., Köse, O., Kara, A., Kizildağ, A., Duman, Ş.B. y Ibişoğlu, E. (2015). Therapeutic Effects of Melatonin on Alveolar Bone Resorption After Experimental Periodontitis in Rats. A Biochemical and Immunohistochemical Study. *J Periodontol*, 27, 1-13.
- Rizvi, S.I. y Jha, R. (2011). Strategies for the discovery of anti-aging compounds. *Expert Opin Drogras*, 6(1), 89-102.
- Axelrod, J., Shein, H.M. y Wurtman, R.J. (1969). Stimulation of C14-melatonin synthesis from C14-tryptophan by noradrenaline in rat pineal in organ culture. *Proc Natl Acad Sci USA*, 62, 544.
- Lynch, H.J., Jimerson, D.C., Ozaki, Y., et al. (1978). Entrainment of rhythmic melatonin secretion in man to a 12-hour phase shift in the light/dark cycle. *Life Sci*, 23, 1557.
- Tricoire, H., Locatelli, A., Chemineau, P. y Malpoux, B. (2002). Melatonin enters the cerebrospinal fluid through the pineal recess. *Endocrinology*, 143, 84.



## CAPÍTULO 34

### Proyecto intergeneracional para el desarrollo de competencias emprendedoras en el ámbito rural

Jonathan Huelmo García\*, Sara Berbén Saiz\*, M. Isabel Luis Rico\*\*,  
y Carmen Palmero Cámara\*\*

*\*Consejería de Educación de Castilla y León (España), \*\*Universidad de Burgos (España)*

El estudio de las personas mayores se ha de afrontar desde un enfoque multidimensional y pluridisciplinar que incorpore a las dimensiones biológicas las socioculturales; a los enfoques individuales, las trayectorias históricas y grupales; y al estudio psicológico, las dimensiones antropológicas y educativas. Así la vejez aparece como cambio, como producto cultural e histórico que asume los cambios dependiendo de la interacción con los contextos, flexibilizando los límites entre las diferentes edades y rompiendo la relación establecida entre envejecimiento e inactividad. (Amoros, 2006; Giró, 2006)

Desde esta óptica el envejecimiento se plantea como una experiencia positiva y satisfactoria, acompañada de oportunidades de salud, participación y seguridad. Así la Organización Mundial de la Salud utiliza el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso por el que se consigue el envejecimiento satisfactorio.

El compromiso con la vida y el control personal se contraponen a las teorías sociológicas de la desvinculación, que postula que durante la vejez se produce un proceso de retirada de los aspectos sociales y la vida activa e incluso de la implicación emocional con la sociedad y con el otro. Investigaciones sobre la relación que se establece entre las redes sociales de apoyo y la morbilidad y mortalidad determinan que el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales son predictores de enfermedad y muerte, siendo necesaria la participación activa en la sociedad, así como la actividad productiva, no necesariamente nos estamos refiriendo a la remunerada, para desarrollar un envejecimiento satisfactorio retrasando los efectos negativos del mismo. (Pérez, 2006; Yanguas, 2006)

Así, podemos señalar que el envejecimiento es un proceso complejo con implicaciones biopsicosociales en el que las características interindividuales y el nivel de implicación y actividad en cada uno de los aspectos determinan cómo se produce, siendo de gran importancia las acciones encaminadas a la prevención y promoción del envejecimiento satisfactorio tanto en los aspectos objetivos como en los subjetivos.

Los Programas Intergeneracionales (PI) se erigen como herramienta fundamental en los procesos encaminados a la promoción del envejecimiento activo y/o satisfactorio, entendidos estos como un programa organizado con el objetivo de fomentar entre distintas generaciones interacciones de forma continuada, siendo mutuamente beneficiosas y que conduzcan al desarrollo social e individual mutuo. (Hatton-Yeo y Ohsako, 2001; McCrea, Weissman y Thorpe-Brown, 2004; Newman, 1997)

El Proyecto en el que se enmarca el artículo que aquí presentamos se centra en los intercambios producidos entre personas mayores y los alumnos del C.E.I.P. “Princesa de España” situado en el ámbito rural de la provincia de Burgos, de esta forma se satisfacen los elementos claves que ha de tener los PI:

-La participación de distintas generaciones: alumnos del Colegio, personas mayores matriculadas en el Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos y personas mayores dependientes de la Residencia de la Tercera Edad.

-La participación en actividades dirigidas a alcanzar unos fines beneficiosos para esas personas y, por ende, para la comunidad en la que viven: en las zonas rurales los procesos de envejecimiento de la



población aumentan, lo que en nuestro proyecto es analizado como una oportunidad de desarrollo en el intercambio que se produce de conocimientos y experiencia.

-El mantenimiento de las relaciones de intercambio entre ellos: el PI se realiza durante un curso académico con previsión de continuidad e inclusión dentro de la programación anual de centro.

La participación de las personas mayores dentro del ámbito educativo formal viene justificado por los aspectos señalados en la legislación educativa. Así en la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) se recoge la importancia de introducir nuevos patrones de conducta que ubiquen la educación en el centro de nuestra sociedad y economía, implicando a la sociedad civil en la transformación. Las experiencias de éxito recogidas hacen hincapié en el intercambio intergeneracional de conocimientos sociales que promueven el empoderamiento de los alumnos del centro, de los mayores y por ende el empoderamiento social, reduciendo la fractura generacional.

El PI propuesto se denomina Proyecto de Innovación “Nuestros Mayores nos ayudan a crear un Huerto Ecológico” integrado dentro de la dinámica general del centro e integrado en el Plan de Integración Efectiva de las Instituciones Locales con el objetivo de valorar los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida por las personas mayores, así como por la introducción en las áreas competenciales de la educación para el emprendimiento, ya que desde principios del S. XXI las organizaciones internacionales como la OCDE y el Consejo Europeo, recomiendan a los países miembros efectuar acciones tendentes a la incorporación de la educación para el emprendimiento en todos los niveles educativos. A nivel general, estas recomendaciones se han tomado en cuenta en la educación media y superior, sobre todo en las ramas de conocimiento de corte tecnológicos y económico administrativo. Sin embargo en la educación infantil, primaria y secundaria básica su inclusión está realizando de forma más transversal y dentro de proyectos de innovación educativa. (Agarwal, Audretsch y Sarkar, 2007; Baumol, 2004; Baumol y Strom, 2007; Grilo y Thurik, 2005; Jiménez Palmero et al., 2012; Luis, De la Torre, Gañan, Palmero y Jiménez, 2013; Zacharakis, Bygrave y Shepherd, 2000)

El objetivo general que pretende alcanzar el PI teniendo en cuenta los agentes sociales implicados en su consecución son: Facilitar el conocimiento de los elementos del ambiente, sus características, relaciones y cambios, de modo que los alumnos sepan relacionarse con ese ambiente de forma respetuosa y estrechar vínculos intergeneracionales desarrollando valores personales positivos y modificando concepciones erróneas asociadas a los grupos de edad. Ambos se concretan en los objetivos específicos, contenidos y actividades de la Figura 1 y 2.

Figura 1. Objetivos específicos, contenidos y actividades del Proyectos relacionados con la creación de vínculos intergeneracionales positivos

OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
-Promover en el alumnado actitudes positivas hacia las personas de la tercera edad. -Promover mecanismos asociados a un envejecimiento activo y saludable. -Fomentar hábitos de respeto y colaboración intergeneracional.	-Envejecimiento activo. -Valoración de la experiencia como fuente de conocimiento. -Mecanismos de relación social adaptados a diferentes contextos.	a).Trabajar en la residencia de ancianos en actividades del huerto ecológico. b).Actividades a desarrollar en días próximos eventos significativos (navidad, Semana Santa, Semana Cultural, Día del Medio Ambiente, Fin de curso...) y vinculadas a la temática del huerto: Cuenta-cuentos, canciones, ilustraciones. c).Creación de entradas en el blog de Infantil en colaboración con los distintos miembros de todas las generaciones.
-Adquirir hábitos de trabajo cooperativo. -Analizar contextos culturales próximos teniendo una visión conservadora del medio ambiente.	-Cooperativa como mecanismo social de relación. -Agrupaciones culturales y sociales de la zona asociadas a la temática.	d).Creación de una cooperativa para la venta en el mercado local de algunos de los productos obtenidos. e).Visita a granjas o instituciones relacionadas con la agricultura.

Figura 2. Objetivos específicos, contenidos y actividades del PI relacionados a la educación medioambiental

OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
-Acercar al alumnado a las labores propias del cuidado del medio natural que nos rodea y poder conocer la agricultura, en general, desde la escuela. -Conocer las labores propias del campo. -Conocer los distintos sistemas de producción de la agricultura. -Identificar y cuidar la flora. -Conocer el vocabulario propio de la agricultura tradicional. -Experimentar diferentes técnicas de cultivo. -Fomentar hábitos de respeto y conservación hacia el medio natural y agrícola. -Identificar diferentes verduras, hortalizas y frutas en cultivo. -Identificar las distintas herramientas a emplear. -Participación activa y global.	-Investigación en el medio. -Elementos de la planta -Cuidados de la planta. -Profesiones asociadas al huerto. -Utensilios utilizados para el cultivo. -Respeto y cuidado de la naturaleza. -Texto libre.	1).Preparar la tierra para plantar. 2).Plantar las semillas 3).Periódica vigilancia del huerto. 4).Observar el crecimiento de las plantas y sus elementos (raíz, tallo, hojas, fruto) 5).Recolección de la cosecha. 6).Cocinar las verduras, hortalizas y frutas. 7).Textos libres. 8).Lectura global. 9).Aprender poesías y canciones asociadas a este tipo de actividades. 10).Ver dibujos animados relacionados con la temática.

La participación de los diferentes miembros de la comunidad educativa en el desarrollo del PI, así como las responsabilidades adquiridas son:

-Miembros del claustro: el equipo docente de Educación Infantil, profesores del área de conocimiento del Medio en el ciclo de Educación Primaria y el Director del centro participarán en la realización y planificación de las actividades propias de la puesta en marcha del huerto ecológico.

-Alumnos del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la Universidad de Burgos: Los alumnos de forma voluntaria y organizada desarrollarán actividades de supervisión y colaboración y desarrollo de los procesos básicos en la puesta en marcha del huerto. Semilleros, preparación de la tierra, siembra, riego, mantenimiento, recolección..., así como en las Actividades del aula, de forma coordinada con los profesores responsables y conjunta con los alumnos del centro.

-Personas mayores de la Residencia de la Tercera Edad de las Merindades: su participación es voluntaria en actividades de apoyo a los procesos del Huerto.

-Alumnos del ciclo de Educación Infantil: son los encargados de realizar en el centro y en el huerto las siguientes actividades:

-3 años:

-Actividades en el aula: Buscar y registrar información sobre los productos que se plantan para ir conociendo su origen y características; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

-4 años:

-Actividades en el aula: elaboración de carteles para organizar el huerto con los productos; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección.

-5 años:

-Actividades en el Aula: libro con las semillas que se pueden utilizar en el huerto; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

-Alumnos del ciclo de Educación Primaria: son los encargados de realizar en el centro y en el huerto las siguientes actividades:

-1º de Primaria:

-Actividades en el aula: Elboración de un libro con los materiales y herramientas de labranza; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

-2º de Primaria:

-Actividades en el aula: construcción de un espantapájaros; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

-5º de Primaria:

-Actividades en el aula: Elaboración de un recetario de dieta saludable utilizando los productos del huerto; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

-6º de Primaria:

-Actividades en el aula: Elaboración de un herbario; registro en el diario del huerto de lo que plantan en los semilleros, siembran y recogen.

-Actividades en el huerto: preparación de la tierra, siembra de productos, mantenimiento y recolección

La temporalización del PI está dividida en dos fases: Fase de elaboración y Fase de evaluación. El artículo propuesto muestra los resultados obtenidos en la fase de evaluación del proyecto siendo su objetivo concretar las áreas de mejora y planes de acción, a través de la utilización del método DAFO, que se han de llevar a cabo por parte de los responsables para mejorar o mantener los resultados obtenidos en la autoevaluación.

### **Método**

La metodología cualitativa es un tipo de investigación que nos permite analizar la realidad, comprenderla y proponer aquellos mecanismos necesarios para transformarla a partir de técnicas y procedimientos típicos de la investigación evaluativa de programas. Más concretamente, a través de un proceso de identificación, valoración, selección y tratamiento de la información para comprender el entorno y la situación de la que parte el PI, se detectarán los puntos fuerte y áreas de mejora en los que centrar futuros planes de acción. Por lo tanto, este tipo de metodología nos permite plantear un carácter prospectivo del trabajo debido a que delimita la basa para la toma de decisiones vinculadas a nuevas áreas de mejora.

Teniendo en cuenta mencionado enfoque cualitativo y dentro de la evaluación formativa del PI se ha aplicado el análisis DAFO cuyo objetivo es sintetizar en una matriz cuatro tipos de datos relacionados con las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del programa, con el fin de general planes de mejora que posibiliten el tránsito de la situación actual deficitaria a la deseada.

*Participantes*

Para la realización de las matrices DAFO se ha requerido la participación de los agentes implicados en el PI: el director del centro (1), la coordinadora de la actividad (1), los tutores implicados (6), las personas mayores que han participado en el Programa (5), y la coordinadora del Programa Interuniversitario de la Experiencia (1).

*Instrumentos*

Para la evaluación del programa se ha distribuído a cada uno de los agentes implicados una matriz en la que han de referir las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del PI en cuanto a los siguientes aspectos: Alumnos, Profesores, Mayores, Centro, Actividades, Coordinadores

*Tabla 1. Matriz DAFO de análisis*

<b>ANÁLISIS DEL ENTORNO</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	Alumnos
		Profesores
		Personas mayores
		Centro
		Actividades
		Coordinadores
<b>ANÁLISIS DEL ENTORNO</b>	<b>AMENAZAS</b>	Alumnos
		Profesores
		Personas mayores
		Centro
		Actividades
		Coordinadores
<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>FORTALEZAS</b>	Alumnos
		Profesores
		Personas mayores
		Centro
		Actividades
		Coordinadores
<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>DEBILIDADES</b>	Alumnos
		Profesores
		Personas mayores
		Centro
		Actividades
		Coordinadores

*Procedimiento*

Para proceder a la evaluación del PI se procedió a la distribución de la matriz DAFO entre los agentes implicados durante la realización de las actividades del Proyecto para que la aportación de cada uno de los aspectos a evaluar se realizara de manera continua.

Una vez efectuada la matriz DAFO de cada uno de los aspectos, es necesario establecer los cuatro conjuntos de alternativas estratégicas que surgen de la combinación de las Fortalezas y Debilidades internas con las Oportunidades y Amenazas en el entorno, para generar diversas estrategias dependiendo de los aspectos de la matriz considerados. De esta forma la estrategia se conceptualiza como un modelo de cambio que deberán determinar el conjunto de acciones que dentro del sistema posibilite el cambio del estado actual al deseado. Así tenemos las siguientes estrategias: (Koch, 2000; Mintzberg, 1983, 2000; Ojeda, 2001; Steiner, 1994, 2001)

-Estrategias Ofensivas: Maxi- Maxi- Fortalezas/ Oportunidades: la organización debe plantear planes de mejora basados en las fortalezas para conseguir el máximo aprovechamiento de su entorno.

-Estrategias Defensivas: Maxi Mini- Fortalezas/ Amenazas: la organización diseña las estrategias que minimicen los impactos de las amenazas mediante el aprovechamiento de las fortalezas.

-Estrategias Adaptativas: Mini- Maxi – Debilidades/ Oportunidades: la organización desarrolla planes de mejora que reduzcan las limitaciones devenida por las debilidades mediante el máximo aprovechamiento de las oportunidades.

-Estrategias de Supervivencia: Mini- Mini- Debilidades/ Amenazas: se generan para reducir el efecto de las debilidades que puedan agudizar el impacto negativo de las amenazas identificadas del entorno.

Tabla 2: Estrategias generadas desde la matriz DAFO

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS OFENSIVAS MAXI-MAXI	ESTRATEGIAS DEFENSIVAS MAXI-MINI
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS MINI-MAXI	ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA MINI-MINI

#### Análisis de datos

En el análisis de los datos se procedió a la revisión de las matrices DAFO de cada uno de los participantes a través del análisis textual de las aportaciones concretándolas en una única Matriz DAFO

#### Discusión

Conscientes de las limitaciones estabalecias en el desarrollo de los procesos evaluativos de los programas intergeneracionales y en función de los resultados en las fases anteriores del estudio podemos afirmar la relevancia de la participación de las personas mayores dentro de los centros educativos como agentes de desarrollo. Su actividad permite un triple beneficio: a nivel del grupo de escolares por la puesta en marcha de experiencias alternativas en los procesos de aprendizaje a través de la experimentación y convivencia con grupos sociales del entorno; a nivel de las personas mayores por la motivación de realización de proyectos nuevos y atractivos en los que su valor es los conocimientos y experiencia vitales; a nivel social y comunitario por la promoción de acciones de solidaridad intergeneracional utilizando las características propias del entorno como factor de desarrollo y cambio.

Una vez obtenidas la Matriz DAFO de resultados se establecerán las estrategias y acciones de mejora que permitan afianzar las fortalezas del PI a través de las oportunidades del entorno, intentando minimizar el impacto de las debilidades y las amenazas. Así las líneas estratégicas de mejora propuestas son:

- Aumentar la implicación del profesorado a través de incentivos por parte de las administraciones y en su visibilidad social a través de la participación en jornadas y encuentros

- Afianzar la inclusión del PI dentro de la Programación General Anual minimizando el impacto de la interinidad del profesorado o las variaciones en el equipo directivo

- Formar a las personas mayores participantes en aspectos didácticos y pedagógicos

- Aumentar la participación de las personas mayores para minimizar las ausencias

- Estudiar la posibilidad de poner en funcionamiento un invernadero que minimice las inclemencias meteorológicas, reduzca los tiempos de espera entre las fases de crecimiento y permita ver el proceso completo de producción dentro del curso académico

**Resultados**

<b>ANÁLISIS DEL ENTORNO</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	Alumnos	Experimentación en espacios abiertos Participación activa Cambio en las concepciones del colectivo de personas mayores Experimentación de valores
		Profesores	Innovación de metodologías
		Personas mayores	Conocimientos de su entorno y de los procesos climáticos de la zona Cambio en las concepciones del colectivo de niños
		Centro	Mejora la calidad educativa Mejora la implicación del equipo directivo Mejora la relación entre los profesores implicados
		Actividades	Ampliación de actividades y de productos utilizados
		Coordinadores	Colaboración entre instituciones de la comunidad Mejora y desarrollo de los recursos sociales de la zona
	<b>AMENAZAS</b>	Alumnos	Bajo contenido y falta de programación en algunas actividades
		Profesores	Confusión en los objetivos de actividades de huerto como actividades fuera del aula
		Personas mayores	Situaciones de incapacidad temporal Atención a familiares
		Centro	El calendario escolar y la apertura del centro dificulta el visión del ciclo completo de las actividades del centro Variación del equipo directivo y su apoyo al PI
		Actividades	Condiciones meteorológicas adversas producen cambios en la realización de las actividades
		Coordinadores	Nivel de interinidad de la plantilla del profesorado
<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>FORTALEZAS</b>	Alumnos	Aprendizaje cooperativo y participativo Adquisición de contenidos curriculares Exploración y conocimiento del entorno Experimentación de alternativas de producción sostenible Aprendizaje experiencial Participación en grupos heterogéneos
		Profesores	Utilización de metodologías basadas en la experimentación Permite trabajar competencias transversales Permite cumplir con los objetivos del currículo
		Personas mayores	Participación de forma activa en la comunidad Responsabilidades adquiridas con los alumnos y el profesorado Transmisión de conocimientos
		Centro	Consolidación a nivel curricular Integración a nivel formal y funcional
		Actividades	Heterogeneidad de actividades en función del curso Distribución entre actividades de Aula y de Huerto Realización de actividades en el entorno
		Coordinadores	Implicación en el desarrollo del PI Desarrollo de acciones de mejora continua Flexibilidad en la realización de actividades Distribución de responsabilidades de forma consensuada
	<b>DEBILIDADES</b>	Alumnos	Baja implicación en las actividades del aula Continuo cambio por adopción a las condiciones climáticas
		Profesores	Falta de motivación en algunos tutores
		Personas mayores	Inexperiencia en aspectos pedagógicos y didácticos
		Centro	Falta de tiempo en el calendario escolar Sobrecarga de libros de texto en primaria
		Actividades	La lentitud en la observación de resultados
		Coordinadores	Inexistencia de recursos específicos del centro en algunas actividades

## Referencias

- Agarwal, R., Audretsch, D.B., y Sarkar MB. (2007). The process of creative construction: Knowledge spillovers, entrepreneurship, and economic growth. *Strategic Entrepreneurship Journal* 1(3-4), 263-286.
- Amorós, P. et. Al. (2006): Construyendo futuro. Las personas mayores una fuerza social emergente. Madrid. Alianza Editorial
- Baumol, W.J., y Strom, R.J. (2007). Entrepreneurship and economic growth. *Strategic Entrepreneurship Journal* 1(3-4), 233-237.
- Giró Miranda, J. Coord. (2006): Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Logroño. Universidad de la Rioja
- Grilo, I. y Thurik, R. (2005) Latent and actual entrepreneurship in Europe and the US: some recent developments, *International Entrepreneurship and Management Journal*, 1(1), 441-459.
- Hatton-Yeo, A. (dir.) (2006): *Intergenerational programmes. An introduction and examples of practice*. Stoke-on-Trent: The Beth Johnson Foundation
- Hatton-Yeo, A. y Ohsako, T. (eds.) (2001): *Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional*. Hamburgo: Instituto de la UNESCO para la Educación.
- Jiménez Palmero, A, Palmero Cámara, C y Jiménez Eguizábal, A. (2012). El impacto de la educación secundaria y superior en la creación de empresas en la Unión Europea, *Revista Española de Pedagogía*, 252, 201-219.
- Koch, R. (2000): Smart: lo fundamental y lo más efectivo acerca de la estrategia. Colombia. McGraw-Hill
- Luis, I., De la Torre, T., Gañán, A., Palmero, C., Jiménez, A. (2013). Formación universitaria para mayores: innovación curricular y competencias emprendedoras. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 175-186.
- Mintzberg, H. (1983): The nature of managerial Work. Prentice Hall. Madrid
- Mintzberg, H. (2000): Diseño de las organizaciones efectivas. Ateneo. Buenos Aires
- Mintzberg, H (2004): Managers no MBAs. Berrett Koehler. USA
- Mccrea, J. M.; Wissmann, M. y Thorpe-Brown, G. (2004): *Connecting the Generations: A Practical Guide for Developing Intergenerational Programs*. Pittsburgh, PA: Generations Together
- Ojeda, J. (2001): Creatividad, enfoques, evaluación, estrategias. Santiago de Cuba, Editorial inspiración.
- Pérez Ortiz, L. (2006): La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Colección de estudios. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sánchez, M. y Díaz, P. (2005): «Los programas intergeneracionales». En S. Pinazo y M. Sánchez (dirs.): *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall, pp. 393-430.
- Sánchez, M. (dir.) (2007): *La evaluación de los programas intergeneracionales*. Madrid: IMSERSO.
- Steiner. G. (1994): Planeación estratégica, lo que todo director debe saber, una guía paso a paso. México. CECSA
- Steiner, G. (2001): Planificación estratégica. México. CECSA
- Yanguas Lezaun, JJ. (2006): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid. IMSERSO
- Zacharakis, A.L., Bygrave, W.D., y Shepherd, D.A. (2000). *Global entrepreneurship monitor: National entrepreneurship assessment: United States of America*. Kansas City: Kauffman Center for Entrepreneurial Leadership

## CAPÍTULO 35

### **Afrontamiento positivo como predictor de resiliencia en adultos mayores: Caso Cd. Victoria, Tamaulipas. México**

Olga Lidia Banda González\*, Cinthya Patricia Ibarra González\*, Magdalena Hernández Ramírez\*\*, Flor Esthela Carbajal Mata\* y Ma. De Jesús Lilia Nieto Ledesma\*

*\*Universidad Autónoma de Tamaulipas (México),*

*\*\*Universidad Autónoma de Tlaxcala (México)*

El envejecimiento demográfico es un proceso que caracteriza la dinámica poblacional de gran parte del planeta y, nuestro país no ha permanecido al margen de él. Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad aumentó los años de sobrevivencia y, por consiguiente, un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas; la disminución de la fecundidad, por su parte, se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad (CONAPO, 2005).

Es así, que uno de los desafíos actuales en este tema es la demanda de una nueva cultura del cuidado a la salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida para quienes, ahora nos parece, viven tanto, pero que en un futuro será frecuente llegar a los 80 años.

Esta situación obliga al estudio de las condiciones de salud de este grupo poblacional, cuya característica principal es la acumulación de años; que afectan el estado de salud geriátrico: la comorbilidad, la insuficiencia orgánica múltiple, y el uso de múltiples medicamentos. Al respecto, para el Estado de Tamaulipas los 10 principales problemas de salud de las personas adultas mayores son en orden de frecuencia: Infecciones Respiratorias Agudas, Infecciones de Vías Urinarias, Infecciones Intestinales y Parasitarias, Gastritis y Úlceras, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Fracturas, Gingivitis y Enfermedades Periodontales, Otitis, Faringitis y Asma (INEGI, 2012).

Y las cinco principales causas de mortalidad: Enfermedad Isquémica del Corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebrovascular, Enfermedades Crónicas de Vías Respiratorias Inferiores, Enfermedades Hipertensivas (INEGI, 2012).

En relación a lo anterior, hay investigadores que a partir de sus trabajos plantean “vivir más o vivir mejor” al abordar la problemática que esta población tiene de marginación, baja seguridad social, enfermedades crónicas, pobreza, pobre acceso a la vivienda, dificultades para la movilidad, y pobre acceso a servicios de salud de calidad, entre otros. (Flores, Vega y González, 2011). La conjunción de estos factores conlleva a que una alta proporción de adultos mayores se encuentre en situaciones precarias, donde cada persona tiene una manera particular de responder a estas adversidades, a este fenómeno se le denomina resiliencia.

Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de resiliencia, como la cualidad de las personas para el afrontamiento a situaciones traumáticas. Algunos autores la han considerado como equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (Garmezy, 1985) y a la adversidad (Rutter, 1993). Por su parte Braverman (2001) la describe como el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas, en este sentido para Fergus y Zimmerman (2005) la definen como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.



La definición mejor representada para esta investigación es la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000) quienes definen la resiliencia como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. No obstante, no representa una característica de personalidad (Luthar, 1993) sino, más bien, una forma de afrontamiento a la adversidad que promueve el uso de estrategias cognitivas y conductuales (Sinclair y Wallston, 2004). Según estos autores, las personas con un patrón de afrontamiento resiliente tenderían a usar con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva de la situación y la solución activa de problemas.

En resumen, las distintas definiciones de Resiliencia enfatizan en las características de los sujetos tales como: habilidad, adaptabilidad, afrontamiento efectivo, capacidad, resistencia y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas.

Desde otro punto de vista, diversas investigaciones reportan factores que potencian resultados resilientes en los adultos mayores (Navarro, Bueno, Buz y Mayoral, 2006) que hacen referencia que la mayoría de las personas mayores de 75 años percibe como efectivo su manejo de los problemas actuales y futuros, consideran su capacidad de afrontamiento presente y futura más efectiva que los mayores de 85 años y en relación al género (las mujeres muy mayores se perciben menos auto eficaces que los varones muy mayores), por su parte Netuveli y Blane (2008) indicaron que la resiliencia está asociada a los altos niveles de apoyo social existentes antes la presencia de adversidades.

Los resultados de Lyubomirsky (2008); y Zautra, Hall y Murray (2008), confirman que el apoyo social, las creencias espirituales, el optimismo, autoeficacia, sentido y propósito de la vida son factores que favorecen la resiliencia en personas con enfermedades crónicas, por su parte Cortes, Flores, Gómez, Reyes y Romero (2012) observaron que la capacidad de resiliencia en adultos mayores depende significativamente de la situación de pareja, mantención de la actividad sexual, actividades recreativas y el estado de ánimo.

Jiménez Ambriz (2011) señala que entre los componentes esenciales de la resiliencia, destacan las estrategias de afrontamiento, menciona que ha observado que en la vejez, el afrontamiento puede dirigirse a «ajustar» o «replantear» los objetivos y lo que da sentido a la vida, así como a aceptar los cambios y sucesos que no se pueden controlar de manera directa. No obstante, cuando un problema es susceptible de ser resuelto de manera activa y directa, es conveniente preservar las estrategias conductuales dirigidas a ello. Leipold y Greve (2009) proponen que el afrontamiento es un puente entre la resiliencia y el desarrollo.

Las relaciones entre resiliencia y afrontamiento han sido ampliamente documentadas (Becoña, 2006; Beasley, Thompson y Davidson, 2003; Omar, Paris, Uribe, Silva-Junior y Souza, 2011). El afrontamiento es el conjunto de respuestas cognitivas y emocionales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés; es decir estrategias más comunes con las cuales una persona se enfrenta a las situaciones de la vida cotidiana (Folkman y Lazarus, 1985)

De lo anterior se deduce que la resiliencia puede ser potenciada mediante las diversas estrategias de afrontamiento, el papel del profesional de enfermería en este proceso, es focalizar las estrategias de afrontamiento que actuando combinadamente, les permita el desarrollo de resiliencia en adultos mayores, que les permita sobrepasar situaciones adversas y promover en ellos un desarrollo sano.

Por ello, el objetivo de este estudio fue Identificar la asociación entre las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en un grupo de adultos mayores de Cd. Victoria, Tam. México.

## **Método**

El abordaje metodológico fue de tipo cuantitativo observacional descriptivo transversal correlacional (Polit y Hungler, 1999). La población sujeto de estudio fueron 647 adultos mayores ambos sexos, registrados en tratamiento de enfermedades crónico degenerativas en los Centros de Salud No. 5 de la Colonia América de Juárez y el No. 7 de la Colonia Nuevo Amanecer, de Cd. Victoria, Tamaulipas.

México, seleccionados mediante un muestreo aleatorio con un nivel de confianza de 95%, significancia .05 y una potencia de .90.

#### *Instrumentos*

Los datos se recolectaron mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) que mide el grado de resiliencia individual, considerándola como una característica personal positiva que aumenta la adaptabilidad individual integrada por 25 reactivos con escala tipo likert que va desde 1 = siempre estoy en desacuerdo, 2 = casi siempre estoy en desacuerdo, 3 = a veces estoy en desacuerdo, 4 = ni en desacuerdo ni en acuerdo, 5 = a veces estoy en acuerdo, 6 = casi siempre estoy en acuerdo, hasta 7 = siempre estoy en acuerdo, con un rango de 25 – 175, donde a mayor puntaje, indica alta resiliencia .

La escala está compuesta por dos dimensiones (subescalas) competencia personal, consiste en 17 reactivos (1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15,17,18,19,20,23,24) y la subescala aceptación , de sí mismo y la vida, compuesta por 8 reactivos (7,8,11,12,16,21,22,25). Este instrumento mide la resiliencia en forma general.

Además se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990) integrado por 26 reactivos, donde en el primero se pregunta cuál era el principal problema o enfermedad que presentó durante la última semana; los siguientes 25 reactivos se refieren a diferentes formas de enfrentar un problema o preocupación, con cinco opciones de respuesta, con puntuaciones de 4 a la categoría de siempre ,3 a muy seguido, 2 a moderadamente, 1 a veces y 0 puntos a nunca. Cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento y, estas se agruparon en tres niveles: Afrontamiento orientado a la valoración (del ítem 1 a 8), orientado al problema (del ítem 9 a 18) y orientado a la emoción (del ítem 19 al 25).

Antes de su aplicación los instrumentos pasaron por un proceso de validación con un alpha de cronbach para la Escala de resiliencia de 0.74 y para el cuestionario de afrontamiento o.82.

#### *Procedimiento.*

Antes de iniciar con la recolección de los datos el estudio contó con el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), posteriormente se solicitó la autorización por escrito a las autoridades de las unidades de salud donde se realizó el estudio. Se solicitaron los registros de los pacientes en tratamiento por enfermedad crónica, para realizar la selección de los participantes.

Finalmente, previa explicación del proyecto a los participantes y la firma del consentimiento informado, se realizaron las entrevistas en un consultorio que se nos brindó para tal fin en las unidades de salud antes mencionadas.

*Tabla 1. Frecuencia de tipo de ocupación de los adultos mayores*

Tipo de ocupación	N	Genero		Total
		Hombre	Mujer	
Pensionados	102	37	139	
	%	16 %	6%	22%
Empacadores en los centros comerciales	35	62	97	
	%	5%	10%	15%
Vendedores ambulantes	85	7	92	
	%	13%	1%	14%
Desempleados	71	0	71	
	%	11 %	0%	11%
Labores del hogar	0	248	248	
	%	0	38%	38 %
Total	293	354	647	
	%	45%	55%	100%

*Fuente. Encuesta 2014*

## Resultados

Los casos estudiados provienen de dos Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención, en total se estudiaron 647 adultos con rango de edad de 60 a 87 años, distribuidos en 354 mujeres y 293 hombres, lo que supone un 54.7% y 45.2% respectivamente. Es una relación de género bastante equilibrada.

Asistieron a la escuela en promedio 9 años, lo que corresponde a la educación básica (secundaria completa), la ocupación de los participantes en el estudio fue 22% pensionados con un ingreso mensual de \$ 1000.00; Empacadores en los Centros Comerciales el 15%, con ingreso mensual de \$ 500 .00 a \$ 1000.00; Vendedores ambulantes 14 % con ingreso mensual en promedio de \$ 700.00; El 11% refirió encontrarse desempleado y el 38% se dedica a las labores domésticas. (Tabla 1)

El número de casos de Diabetes mellitus fue de 52%; Hipertensión Arterial 38 % y 10% de casos con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. (Tabla 2).

2. Frecuencia de enfermedades crónico degenerativas en adultos mayores participantes en el estudio

Tipo de padecimiento		Genero		Total
		Hombre	Mujer	
Diabetes Mellitus	N	103	233	336
	%	16%	36%	52%
Hipertensión arterial	No.	135	111	246
	%	21%	17%	38%
Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial	No.	41	24	65
	%	6%	4%	10%

Fuente. Encuesta 2014

En relación a los principales problemas o preocupaciones que reportan los adultos mayores, se encontró que el 55 % reporta la situación económica, 31 % situaciones familiares, 11 % algún aspecto de su salud y el 3 % restante menciona no presentar problemas o preocupaciones en la última semana. (Tabla 3).

Tabla 3. Principales problemas que reporta el adulto mayor

Problema reportado		Genero		Total
		Hombre	Mujer	
Situación económica	N	142	214	356
	%	22%	33%	55%
Situaciones familiares	No.	68	132	200
	%	10%	21%	31%
Relacionado con la salud personal	No.	32	39	71
	%	5%	6%	11%
No reporto problemas	No.	13	7	20
	%	2%	1%	3%

Fuente. Encuesta 2014

Referente a la estrategia de afrontamiento que emplean los adultos mayores ante una enfermedad o problema, los resultados obtenidos fueron los siguientes: La estrategia utilizada con mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta (55 %), seguida de la estrategia orientada a la valoración (33 %) y por último un 12 % de los participantes refirió la estrategia orientada a las emociones. (Tabla 4).

Así mismo se obtuvieron las puntuaciones de la resiliencia según los problemas o preocupaciones referidos, obteniéndose puntuaciones en un rango de 121 a 139 puntos, lo cual se ubica en una resiliencia moderadamente baja a moderada. (Rango 125-145) y, esta se asocia significativamente a la estrategia de afrontamiento orientada al problema ( $p=0.05$ ).

Tabla 4. Frecuencia de estrategias de afrontamiento de los adultos mayores y puntuación de resiliencia

Estrategia de afrontamiento	de	No.	Genero		Puntuación de resiliencia		Valor P
			H	M	H	M	
Orientada al problema o conducta	al	N	203	159	123	139	0.05
		%	31%	24%			
Orientada a la valoración	a la	N	123	90%	121	125	0.15
		%	19%	14%			
Orientada a las emociones	a las	N	27	45	121	129	0.59
		%	5%	7%			

Fuente. Encuesta 2014

### Discusión/Conclusiones

La tercera edad es la última etapa en la vida del ser humano y se caracteriza por el deterioro paulatino y progresivo de la salud del individuo. En esta fase el organismo del adulto mayor experimenta una disminución en sus capacidades físicas por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

En este estudio, las principales causas de morbilidad que presentan los adultos mayores son heterogéneas, presentan enfermedades infecciosas, así como enfermedades crónicas no transmisibles (INEGI, 2012), para los participantes en el estudio la principal enfermedad que presentan es la diabetes mellitus, lo anterior es el reflejo del panorama epidemiológico de los adultos mayores en nuestro país (González-Celis, 2006; SS, 2010; ENASEM, 2013),

Este hecho, más los problemas de pobreza y desempleo incrementan las condiciones de precariedad o vulnerabilidad de este grupo de población, (Legrand y Mille, 2009; SEDESOL, 2010;), por las condiciones de desigualdad en que viven, el 97% reportan algún tipo de problemas o preocupaciones, similar por lo reportado por Navarro et al. (2006); siendo el principal problema la situación económica, lo cual coincide con lo reportado por González-Celis y Padilla, 2006; Cruz-Muñoz et al. (2010);

Por lo anterior el adulto mayor establece estrategias de afrontamiento eficaces que le faciliten su adaptación a los cambios físicos, económicos, familiares, sociales y laborales, como un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal manera que le resulte menos desagradable, ya que parafraseando a Lazarus y Folkman (1984) ninguna estrategia es mejor que otra, si no que dependerá de las consecuencias, si reportan beneficios a la persona, entonces su uso es apropiado en ese momento.

Los participantes en el estudio emplean con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento orientada al problema o conducta (González-Celiz, 2006; Navarro et al., 2006; Almeida Escalante y Rivas Acuña; 2008), encontrándose una asociación estadística entre la estrategia de afrontamiento y la resiliencia.

A manera de conclusiones consideramos que las estrategias de afrontamiento permiten adaptarse a los adultos mayores a las situaciones adversas, y la resiliencia representa el proceso mediante el cual se generan las estrategias de afrontamiento positivo, en este grupo de estudio. Ambos conceptos son relevantes, por lo que es necesario continuar su estudio, construyendo definiciones e instrumentos específicos para aplicarlos en nuestra disciplina. Que nos permitan su valoración, e incluirlos en los

planes de cuidado enfermero para enriquecer las intervenciones dirigidas a mantener en los pacientes la habilidad para aceptar los cambios psicosociales y físicos relacionados con su padecimiento crónico y de esta manera contribuir en el control de los mismos y en el bienestar de los adultos mayores.

## Referencias

- Almeida, G. y Rivas Acuña, V. (2008) *Estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Semana de Divulgación y video Científico 2008. Recuperado de: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>.
- Braverman, M.T. (2001). *Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse*. Focus, 7(2),1-12.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Beasley, M., Thompson, T. y Davidson, J. (2003). «Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness». *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2005) *Situación actual de las y los adultos mayores de México*. Diagnostico sociodemográfico. Recuperado. De: [http://lasjuventudesproponen.org/wp-content/uploads/user\\_uploads/admin/8075.66.59.7.Estudio%20jovenes.pdf](http://lasjuventudesproponen.org/wp-content/uploads/user_uploads/admin/8075.66.59.7.Estudio%20jovenes.pdf)
- Cortés, J.E., Flores-Leone, P.E., Gómez-Muñoz, C.A., Reyes, K.S. y Romero-Díaz, L.A. (2012). *Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes*. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 73-81.
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk*. *Annual Review of Public Health*. 26, 1-26.
- Font, A. (1999) *Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida*. II Congreso Oficial de Psicólogos, Área 5: Psicología de la Salud. Libro de Comunicaciones (90-96) Madrid: Publicaciones del COP.
- Flores-Villavicencio, M., Vega López M., González Pérez G. (2011) *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Recuperado de: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES\\_SOCIALES\\_Y\\_CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_ADULTO\\_MAYOR\\_R.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR_R.pdf)
- Garnezy, N. (1985). *Stress-resistant children; The search for protective factors*. En J.E.
- González-Celis, A. L., y Padilla, A. (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México*. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-510.
- González –Celis, A.L. (2006) *¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?:* En: L. guardaño, B. Salinas y M.Rojas. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México (259-294)* México: Plaza y Valdez.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012) *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012) *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)* Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2013/septiembre/comunica14.pdf>
- Jiménez Ambriz MG. (2011) *La resiliencia, el tesoro de las personas mayores*. Rev Esp Geriatr Gerontol. Recuperada de: <http://www.elsevier.es/ficheros/eop/S0211-139X%2810%2900253-2.pdf>
- Legrand FD, Mille CR. ( 2009) *The effectas of 60 munites of supervised weekly walking ( in a single vs. 3-5 session format) on depressive symptoms amoong older women: Findings from a pilot randomized trial*. Ment Health Phys.Act. 2009; 2(2), 71-75
- Leipold B, Greve W. ( 2009) Resilience a conceptual bridge between coping and development. *Eur Psychol*, 14, 40-50
- Luthar S.S., Cicchetti,D y Becker B. (2000) *The construct of resilience . A critical evaluation and guidelines for future work* .Child Development, 71, 543- 562
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Magnild G.M. y Young, H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the Reilience Scale. *J. Nurs Meas*, 1, 165-178

Navarro A.B., Bueno B., Buz J., Mayoral P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 4(4). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-percepcion-autoeficacia-el-afrontamiento-los-13090920>

Netuveli, G. y Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 1-14.

Omar, A. et al. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en Jóvenes y Adolescentes. *Psicol. estud.* [en línea], 16(2), 269-277.

Polit, F. y Hungler, P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a. ed.) México, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rutter M. (1993) *Resilience some conceptual considerations* . *Journal of Adolescent Health* .14 (8) 626-631

Secretaría de Desarrollo Social (2010) *Programas sociales 2013-2014* .Recuperado De: [http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programas\\_Sociales](http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Programas_Sociales)

Zautra, A.J., Hall J.S. y Murray K.E. (2008). Resilience a new integrative approach to health and mental health research. *Health psychology Review*, 2(1), 41-64.



## CAPÍTULO 36

### Perspectiva de género al final de la vida: punto de partida en el cuidado

M<sup>a</sup> Angustias Díaz Santos\*, Sonia García Navarro\*\*, Miriam Araujo Hernández\*\*\*,  
Esperanza-Begoña García Navarro\*\*\*\* y Rosa Pérez Espina\*\*\*\*

\*Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla), \*\*Universidad de Huelva,

\*\*\*Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, \*\*\*\*Distrito Huelva-Costa

La muerte es una de las fuentes de impacto emocional más significativo para el ser humano. El tema de la muerte, y en particular, los sentimientos, emociones y actitudes que genera son de interés debido a que constituyen un elemento desencadenante de actitudes individuales y sociales (Tomas-Sábado y Gómez-Benito, 2004). Son muchos los factores encontrados a través de la investigación cualitativa, que comienzan a tener cada vez más peso cuando nos enfrentamos al final de la vida. La influencia del género, la feminización de las emociones en el proceso de morir y de la muerte, las diferencias en las prioridades y deseos manifestados en diferentes grupos de mujeres y de hombres, así como, el afrontamiento-proceso enfermedad, son algunos de los puntos que deberíamos de tener en cuenta los profesionales que ofrecemos cuidados en esta etapa.

El cáncer es un proceso que *“tiene una evolución cuyo pronóstico depende la etapa de presentación, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende”* (Velasquez, García, Alvarado y Ángeles, 2007). No sólo debemos de tener en cuenta el momento en el que se presenta, sino que, el sujeto protagonista: la persona, confiere un papel de extrema prioridad. La modernización cultural así como los cambios de vida, han permitido que se pierdan los códigos culturales tradicionales que nos proporcionaban recursos para solventar la carga afectiva que la muerte produce (Ariès, 1987; Elías, 1987). Dando breves pinceladas, podemos definir el afrontamiento como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación (Sociedad Española para el Estudio de Ansiedad y Estrés SEAS).

“Lo esencial es invisible a los ojos” nos dejaba escrito Saint-Exupéry (1943) en su obra *Le Petit Prince*, y es que, la calidad del cuidado asistencial se manifiesta en lo que la sintomatología de la enfermedad y el aviso de la llegada del final de la vida, no nos deja conocer. Como afirmaba Tubert, (2001), *“Todo síntoma es, en lo esencial, un precipitado de significaciones referidas a diferentes dimensiones de la vida humana [...]: historia infantil, sufrimiento psíquico, conflictos intersubjetivos (pareja o familia), fracaso social, situaciones de desamparo, rupturas con la realidad consensual, y se presentan como las manifestaciones de un malestar que no se puede reducir a un determinismo absoluto, ya sea biológico, psíquico o socio-cultural. Los estudios epidemiológicos revelan un exceso de morbilidad -general y mental- femenina en la edad adulta [...], lo que pone de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre esta situación”*. Por ello, es necesario un exhaustivo conocimiento de las diferencias existentes en las perspectivas entre mujeres y hombres al final de la vida, ya que el género ha jugado siempre un papel de diferenciación y determinismo. Tal y como afirmaba Lupton (1994), el género es un artefacto cultural que modela al sujeto. Son las experiencias de vida de la persona, su biografía, las que condicionan las estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad *“pues están en íntima relación con la interiorización del sistema de valores culturales y las normas sociales sobre cómo debemos ser,*



*sentir y comportarnos las personas en función de nuestro sexo, y, en consecuencia, influirán en los posibles modos de enfermar”* (Martínez Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996).

La OMS (2011) viene justificando la relación que existe entre las condiciones de vida y de salud. Afirman que los déficit en el desarrollo personal inciden en la percepción subjetiva de la enfermedad. Actualmente, son muchos los estudios que manifiesta una mayor auto-percepción de peor salud en las mujeres. Por ello, cabe destacar la relación entre la biografía personal y determinados síntomas (Martínez-Benlloch, 2004). Se suma, además, las constantes metáforas que encontramos en el día a día cotidiano y en los simbolismos que posicionan al hombre y a la mujer y nos informan de la incidencia que el género ocupa en las diferentes dimensiones de la vida, y por ello, de la muerte. Los roles familiares, la situación laboral y la clase social, en gran medida, contribuyen a explicar el porqué de estas diferencias y desigualdades (Rohlf, 2003). De esta manera, no podemos negar la explicación que nos aportan a las que debemos de sumar las diferencias biológicas.

Por otro lado, y ligado a las perspectivas que los pacientes terminales manifiestan al final de la vida, nos encontramos con la necesidad del cuidado que los familiares presentan tras vivenciar de la mano del paciente terminal, el proceso-enfermedad. Es la llamada conspiración del silencio, la que tiene cabida en éste ámbito, y siendo un obstáculo amenazador para el logro de unos cuidados de calidad. Tal y como Latimer, 1992 nos transmitía *“la verdad da soporte a la esperanza mientras que el engaño, independientemente de su amable motivación, conforma la base del aislamiento y la desesperación. El escalón crítico yace en balancear esperanza y verdad en una combinación que no sólo refleje la realidad sino que también conforte y dé fuerzas al paciente para continuar expresándose como la persona única que es”*. Este tipo de conducta se asume debido a motivo intra grupales y socio-culturales complejos, respondiendo a una historia familiar y a la imagen popular de la enfermedad.

La ponencia propuesta, está basada en los resultados de un proyecto de investigación subvencionado por la Consejería de Salud (PI-0204/2008) reflejando las diferentes perspectivas en el proceso de enfermedad de los pacientes entrevistados influenciadas por el género y la cultura.

Los objetivos planteados son: 1. Profundizar en las percepciones del paciente en la fase terminal manifestadas en el proceso al final de la vida y 2. conocer la influencia que el género presta en las perspectivas al final de la vida para que nos sirva como pilar a la hora de plantearnos unos cuidados asistenciales.

## **Método**

### *Participantes*

El tamaño de la muestra estará determinado por el número de pacientes que se ofrezcan a participar en el estudio. La captación será a través de una doble vía: por un lado, la Unidad de Cuidados Paliativos de Huelva y por otro, una vía no normalizada, la voluntariedad de los sujetos. No obstante, se aplicarán unos criterios de inclusión y exclusión en los pacientes sujetos de estudio que nos permitirán realizar un cribado inicial.

-Criterios de inclusión de los pacientes sujetos a estudio:

-Pacientes en proceso paliativos

-Personas que conozcan el diagnóstico de su enfermedad

-Conformidad entre el entrevistador y el entrevistado en la grabación y posterior transcripción de la información obtenida.

-Personas que en el transcurso de la enfermedad acudan a algunas de las bases de captación de los sujetos de estudio y esté conforme en colaborar de manera voluntaria.

-Criterios de exclusión de los pacientes sujetos a estudio:

-Personas que en el proceso de su enfermedad no vean menoscabada su capacidad vivencial (sedación, pérdida de memoria o de reconocimiento de la realidad)

- Personas que estén diagnosticadas de otras patologías que puedan alterar su visión de la realidad que les rodea (depresión, enfermedad mental, etc.)
- Personas que manifiesten su negativa ante la grabación de la entrevista.
- Personas que desconozcan el diagnóstico de su enfermedad.

### *Instrumentos*

La técnica empleada es la entrevista en profundidad o método biográfico, ya que nos ayuda en la consecución de las percepciones de los entrevistados. Se basa en las narraciones de las historias de vida del sujeto y de la transmisión de su experiencia del afrontamiento frente a la enfermedad, con sus propias palabras. El número de entrevistas realizadas están sujetas al principio de saturación del discurso que plantean, el cuál nos ayuda a distinguir cuándo deja de ser efectiva los datos que recogemos, siendo redundante la información ofrecida por el sujeto.

### *Procedimiento*

Para conocer la percepción de los protagonistas utilizaremos la metodología cualitativa, clasificando el procedimiento utilizado como estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. En primer lugar se realizará la captación de sujetos a través de las técnicas citadas anteriormente. Una vez comprobados el cumplimiento de los criterios de inclusión de sujetos, citaremos a la persona para la realización de la entrevista. La entrevista se realizará preferentemente en el domicilio de la persona o en un lugar cómodo y sereno designado por el mismo, en el que la persona se encuentre receptiva a la hora de responder a las cuestiones así como de poder narrar su historia de vida. Esto irá acompañado de la observación por parte de los entrevistadores que junto a su diario de campo anotarán todas las expresiones, gestos o reacciones no verbales que puedan tener lugar en la grabación. Las dimensiones de estudio que abordaremos durante la realización de la misma serán las siguientes:

Los datos serán analizados basándonos en los teóricos de la escuela de Chicago Taylor y Bodgan en los que se basan la mayoría de la bibliografía existente sobre investigación cualitativa (descubrir, codificar y relativizar). Al tratarse de discursos obtenidos a través de la entrevista en profundidad necesita una previa limitación por parte del investigador principal para la extracción de los resultados. Siguiendo las fases anteriormente citadas por los grandes teóricos en la investigación cualitativa, se analizarán de la siguiente manera.

1. Descubrir: el investigador principal identificará los temas susceptibles a estudio, para así establecer una serie de conceptos y proposiciones. A través de la lectura intencional y analítica de las entrevistas transcritas y las anotaciones del cuaderno de campo, se establecerá un esquema que aglutine y ordene tales ideas. Obtendremos las primeras unidades de análisis.
2. Codificación: con la ayuda de una empresa especializada utilizando el Software de análisis cualitativo Atlas-ti, aglutinaremos los conceptos anteriores en categorías superiores. De tal manera, que podremos extraer el contenido intrínseco de dicha información.
3. Relativización: se trata de la interpretación de los datos, teniendo en cuenta no sólo las manifestaciones verbales sino también el tiempo, espacio y contexto en el que se recogió.

### **Resultados**

Tras la realización de las entrevistas, se obtuvieron testimonios que fueron analizados resultando diferentes categorías. Dichas categorías llevan consigo una manifestación verbal que las justifica.

Tras su posterior análisis y codificación, podemos encontrar que existe una relación existente entre afrontamiento-proceso de enfermedad-biografía/género.

Género: Mujer: Preocupación por la familia-emociones . Hombre: preocupación por la economía

El género nos diferencia el grado de preocupación respecto a la familia. La preocupación por la familia y la necesidad de una sostenibilidad tiene mayor incidencia en las mujeres que en los hombres.

Ante situaciones de desasosiego y causantes de un estrés generalizado en los individuos, existe diferentes mecanismos que permiten afrontar dichas demandas. Hemos detectado que el género, es un factor diferenciador en los tipos de afrontamiento ante la muerte, existiendo dos modalidades en función del sujeto:

1. El problema-afrontamiento conductual: conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias. Este tipo de afrontamiento surge del discurso masculino. (*“Tengo miedo a que mi familia no siga económicamente adelante, sé que con el tiempo, mi cariño puede dárselo otros, aprenderán a vivir sin mí, pero el dinero... nos ha costado siempre mucho, a mi madre y a mi familia salir a flote. Tenemos una casa terminada en el pueblo y eso me tranquiliza mucho, no están en la calle, es una buena vivienda, muy bonita y grande. Y tienen trabajo. Y mi hija va muy bien en sus estudios, e fin...”*)

2. La emoción-afrontamiento afectivo: regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo. Este tipo de afrontamiento surge del discurso femenino. El miedo por no cumplir el papel de madre (*“mis hijas lo primero... en que... piensas haber Dios mío, ¿y si yo me muero?, ¿quien la va a cuidar?”*); el sufrimiento porque los hijos tengan ausencia de cobertura de las necesidades que una madre puede suplir (*“se tiene que hacer cargo mi suegra... en una adolescencia, ¿qué consejos le va a dar mi suegra a mis hijas?”*); preocupación por el afrontamiento de los familiares ante la enfermedad propia (*“pensé que mi madre no lo iba a soportar, eran demasiadas muertes para ella, con lo unidas que estábamos las dos”*), son algunas de las verbalizaciones recogidas.

Mientras que la mujer se preocupa por la planificación emocional de su muerte, y cómo afectará esta pérdida a sus seres queridos, el hombre tiende a planificar el estado económico de su familia, cumpliendo así con el rol de “cabeza de familia”, impuesto culturalmente desde la niñez.

Género: mujeres fuertes ligado a un afrontamiento inefectivo familiar.

Encontramos un estereotipo de mujeres fuertes frente a un afrontamiento familiar inefectivo. Es decir, los afrontamientos inefectivos familiares de la enfermedad, se manifiestan en familias donde la mujer adopta el papel de fortaleza y pilar fundamental. Es la mujer quien tiene que mantenerse fuerte espiritualmente y seguir llevando las tareas domésticas y familiares como “si nada pasara” (*“entonces, yo tengo que ser fuerte por mi marido que lo veo echo polvo por mi suegra que tengo que levantarla y porque tengo una niña chica. Y voy saliendo día a día hasta que va saliendo la cosa y se...”*); frente a ésta situación aprenden a disfrutar más de la familia y valoran todo aquello que se aplique al campo sentimental y afectivo (*“todo esto me hace disfrutar más intensamente de mis hijos, de mi marido, de toda mi familia”*). Sin embargo, el género femenino nota, frente a su familia, un vacío y soledad (*“estoy sola, porque no puedo expresarme abiertamente mi miedo a no controlar lo que se me viene encima”*) frente a la fortaleza que tiene que mantener (*“es duro tener que hacerse la fuerte para que ellos no se vengán abajo, es difícil subir cuando todo te tira hasta el fondo”*), no encuentran descarga afectiva en la familia (*“no sé a quién contárselo, porque no quiero que sufran como yo”*) y esto lleva a una reiteración de fortaleza sentida que no es expresada eficazmente (*“yo este peso que tengo aquí en el pecho no tengo más remedio que desahogarme y echarlo pa fuera... porque es que el pecho va a reventar...”*). Esta situación se ve caracterizada por un fortalecimiento de las aptitudes que hacen a la mujer fuerte frente al afrontamiento de la enfermedad (*“hay que afrontar la vida como vaya viniendo”*), sin quitarle el lugar que ocupa el afrontamiento inefectivo familiar (*“¡él como si no pasara nada!...el quiere llevar la vida como la llevábamos antes”*).

## Discusión/Conclusiones

Las mujeres siempre han sido figura de protección en la familia y el campo emocional es el más necesitado de cuidados. Los hombres tienen el papel de la responsabilidad económica y es ésta acentuada en ésta etapa. Diferenciando entre ambos, encontramos que la mujer planifica su muerte desde una perspectiva emocional teniendo como prioridad manejar el sufrimiento de sus seres queridos mientras que el hombre busca la estabilidad económica de su familia tras su muerte sintiendo que así ha cumplido con su rol de “cabeza de familia”.

La expresión de los sentimientos favorece la liberación de la ansiedad ante la muerte, lo cual se ve influenciado por el género; la conspiración de silencio en las familias es el gran mal de la enfermedad terminal, no estando influenciado éste por el género.

La imagen corporal también está relacionada con el género siendo la mujer la más afectada por esta categoría, mientras el hombre está más preocupado por la pérdida de autonomía personal y no tanto por el deterioro de la imagen corporal.

A diferencia del hombre que centran su preocupación en el ámbito económico familiar, la mujer es más emocional también en el momento final de la vida preocupándose más por las vivencias familiares del proceso que por las suyas propias.

Finalmente, debemos destacar el afrontamiento inefectivo que tiene lugar dentro de las familias sustentadas en la figura de la mujer, obligando a ésta a hacerse más fuerte frente a la enfermedad y no encontrando una vía de escucha y desahogo de sus vivencias frente al proceso-enfermedad.

## **Referencias**

Colls, E. (2014). Me quedaré con lo positivo: análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 2(1), 33-44.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2007) *La situación del Cáncer en la población Andaluza. Informe del sistema Nacional de salud.*

Martínez Benlloch, I (2004). Diferencia sexual y salud: Un análisis desde las políticas de igualdad de género. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch, *Psicología y Género* (pp 295- 323). Madrid: Pearson. Educación

Martínez-Benlloch y Bonilla, A. (2000). Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad. Valencia: Universitat de València.

Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. En Organización Mundial de la Salud (Ed.) Recuperado el 11 de septiembre de 2011, de [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf).

Rohlf, I. (2003). Género y salud: Diferencias y desigualdades. *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 27, 36-40.

Sociedad española para el estudio de Ansiedad y Estrés, SEAS.

Tannenhaus, N. (1988). Cáncer.. Editorial CEAC. Madrid.

Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Note on death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychological Reports*, 95:1239-1240.

Velásquez, A., García, M., Alvarado, S. y Ángeles, J. (2007). *Cáncer y Psicología.*



**CUIDADOS Y CUIDADORES EN  
EL ENVEJECIMIENTO**



## CAPÍTULO 37

### La importancia de la mujer en los cuidados de enfermos con Alzheimer desde la perspectiva del análisis de las redes sociales – ARS

Jaime Llopis Cañameras

*Parc Sanitari Sant Joan de Déu - Sant Boi de Llobregat (España)*

El estudio de las redes sociales nace con la representación gráfica de las relaciones que se establecen entre los individuos – *sociograma* – y que llevó a cabo en 1934 Jacob Moreno (Pizarro, 1988; Vendrell, 1999). Posteriormente el antropólogo John Barnes acuñaba por primera vez el término de Red Social – *social network* (Barnes, 1954), para designar el espacio que quedaba una vez realizados los análisis de las instituciones y organizaciones de un grupo social dado – una aldea de pescadores noruegos en este caso. Este enfoque tomaba una unidad de análisis (una clase en una escuela o aldea) y buscaba identificar las relaciones sociales existentes. Este enfoque se conoce con el apelativo de *sociocéntrico*.

El estudio de las redes *personales* (es decir, tomar a una serie de personas o egos como centro de análisis y no a una unidad social preexistente) ha sido desarrollado históricamente por los estudios realizados por la Escuela de Manchester y los Estudios de Comunidad. Los primeros buscaban ampliar el marco teórico del estructural-funcionalismo para incorporar la diversidad y la movilidad en contextos urbanos, mientras que los segundos se desarrollarían en la década de los 80 del pasado siglo, centrandose su atención en las redes de apoyo social (Molina, 2005; Molina et al., 2008).

En 1978 se funda la Asociación Internacional para el Análisis de Redes Sociales (INSNA) y al mismo tiempo nacen distintas publicaciones. Entre ellas podemos destacar *Social Networks y Connections*.

El estudio de las redes sociales desde distintas disciplinas ha favorecido a la expansión de distintos términos y a clarificar otros tantos conceptos (Herrero, 2000). Por tanto es necesario partir de algunas definiciones. En primer lugar qué entendemos por *Red Social*. Para ello tomaremos la definición realizada por Lozares (1995) en los términos que siguen:

“Una definición aceptable de Red Social es la de un conjunto bien definido de actores-individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc. que están vinculados unos a otros a través de una o un conjunto de relaciones sociales”.

En segundo lugar deberemos diferenciar las Redes Personales – *egocéntricas* - de aquellas Redes Sociales – *completas* o *sociocéntricas*. Las redes personales se centran en las relaciones de los individuos. Por el contrario las redes sociales se centran, como hemos dicho, en patrones de relaciones de las personas en estudio que forman un grupo social definido como puede ser un equipo de fútbol o una comunidad de vecinos.

A través del estudio de las redes podemos observar sus características: tamaño de la red, composición, los tipos de relación, el contenido de tales relaciones, así como diversos aspectos estructurales.

Finalmente es necesario destacar algunos de los ámbitos de aplicación del estudio de redes: análisis de discurso (Verd y Lozares, 2000), Empresariado (Requena, 1989; Molina y Alayo, 2000), Migración (Aparicio y Tornos, 2005), Apoyo Social y Salud (Llopis, 2006, 2011; Maya et al., 1999; Hollstein, 2002; Zúñiga, 2007) entre otros.

Es precisamente el estudio de las redes personales en el ámbito de la salud el objetivo principal de la investigación que presentamos a continuación.



Es necesario reconocer que el pasado siglo XX nos ha dejado como herencia un aumento gradual de la esperanza de vida. A su vez se han incrementado los casos de enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la Enfermedad de Alzheimer (Bazo, 1998; Prieto et. al. 2011).

En el contexto de la actual crisis económica, es más necesario que nunca el apoyo social para mejorar la calidad de vida de muchos de los enfermos así como la de sus cuidadores. La mayoría de autores coinciden que la base principal de los cuidados de un enfermo reside en el ámbito familiar. La familia tiene el deber ineludible e inexcusable de atender a sus familiares enfermos, pero generalmente tales cuidados residen en el esfuerzo de la mujer. Precisamente la feminización de los cuidados hace que éstos sean en muchas ocasiones invisibles y sin reconocimiento por parte de la sociedad de la labor realizada por la mujer (Toribio et al., 2012; Goñi, 2011).

Esta situación ha favorecido en las últimas décadas el aumento de las investigaciones en las que se estudia el apoyo social frente a la enfermedad, la sobrecarga de los cuidadores que ello supone y las redes de apoyo en situaciones de crisis como es la aparición de una enfermedad en el seno de la familia.

Esta investigación ha tenido como objetivo principal analizar las redes personales de las/los cuidadoras/es de enfermos que padecen la Enfermedad de Alzheimer (a partir de ahora EA), así como el tipo y la procedencia del apoyo recibido. Entenderemos como *cuidador informal* aquella persona que se responsabiliza de los cuidados del enfermo, dedicando la mayor parte de su tiempo sin un límite de horas a realizar y generalmente sin conocimientos previos ni remuneración económica (Aldana y Guarino, 2012).

## **Método**

Es esta investigación ha participado Toni Callen; médico adjunto al Servicio de Neurología del Hospital general del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu.

### *Participantes*

Esta investigación se ha desarrollado en el área de influencia del Hospital General del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). En ella han participado un total de 23 personas de las cuales 16 han sido mujeres. Tales participantes se distribuyeron en cuatro perfiles: (a) mujeres cuidadoras de sus padres (2) mujeres cuidadoras de su pareja (3) hombres cuidadores de sus padres (4) hombres cuidadores de su pareja.

### *Instrumentos*

Tres han sido las técnicas empleadas. En primer lugar la observación participante en las distintas sesiones organizadas por la Escuela de Cuidadores durante el período de investigación (21 meses). En segundo lugar el cuestionario de *carga del cuidador – Zarit –* y finalmente como tercera técnica el análisis de redes sociales mediante el software *EgoNet*.

El test sobre la carga del cuidador (Zarit, 1982) cuantifica el grado de sobrecarga del cuidador/a. Está formado por 22 preguntas cerradas con una puntuación graduada de 0 a 4 (0 = Nunca, 4 = Casi siempre).

EgoNet consta de cuatro módulos interrelacionados entre sí. En el primer módulo la persona que participa en la investigación (a partir de ahora ego), responde a unas preguntas previamente definidas por el investigador y que corresponderán a los atributos de dicho participante (Edad, género, relación con la persona cuidada, etc.). En el segundo módulo, ego debe citar a aquellas personas con las que mantiene una relación más o menos asidua. Para ello se le invita a citar a través de un generador de nombres – *name generator* - a un total de 23 personas (a partir de ahora alteri). Este número de alteri también ha sido definido previamente por el investigador. En el tercer módulo, ego presenta distintos atributos de cada uno de los alteri citados (Género, edad, tipo de apoyo recibido, etc.). Finalmente en el cuarto módulo se le pregunta a ego por las relaciones existentes entre cada uno de los alteri entre sí. A continuación el mismo programa informático nos ofrece la posibilidad de visibilizar la red personal de

nuestro/a participante. En dicho gráfico las formas, colores y etiquetas nos muestran los atributos definidos por ego de cada alteri, así como las líneas señalan las relaciones existentes entre cada uno de los alteri citados.

Es por ello que el análisis de las redes personales de un individuo nos facilita la comprensión de los comportamientos sociales de los individuos y en este caso su efecto sobre la salud.

Para el análisis estadístico descriptivo se ha utilizado el programa SPSS 19.0 (Armon, NY: IBM Corp.) contando con un estadístico contratado al efecto. Para el análisis cualitativo se ha estructurado el contenido en distintos bloques a partir de palabras clave.

### *Procedimiento*

Los/las participantes fueron reclutados/as de forma consecutiva a través de la consulta de neurología y de la Escuela de Cuidadores del propio hospital. Posteriormente el investigador entregaba el test de Zarit para su cumplimiento y realizaba la sesión de análisis de redes.

Los criterios de inclusión ha sido los siguientes: (a) cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia según los criterios DSM-IV TR y los criterios NINCDS-ADRDA. (b) Disponibilidad para realizar el estudio (c) Cuidadores que hayan otorgado su consentimiento por escrito para participar en el estudio (d) cuidadores mayores de 18 años (e) que dispongan de tiempo necesario para realizar las técnicas previstas en la investigación.

La investigación fue valorada previamente tanto por el Comité de ética como del de Recerca del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. En todo momento se ha velado por el anonimato de las personas y la confidencialidad de los datos. A su vez fue financiada a través de una beca de investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Ref. AR201303).

### *Análisis de datos*

La investigación que aquí se presenta ha sido de carácter no experimental, transversal y cuali/cuantitativa. No persigue una representativa estadística sino que se ha basado en el estudio de casos, obteniendo el mayor número de evidencias posibles a partir de dicho análisis. Por dicho motivo el análisis estadístico ha sido básicamente descriptivo.

### **Resultados**

Durante la observación en las diversas sesiones organizadas por la Escola de Cuidadors, los/las informantes han expresado sus sentimientos, sus angustias y sus temores. En ellas han participado un total de 62 personas de las que 47 eran mujeres. (76%), mientras que 15 eran hombres (24%).

Los miedos a la enfermedad, los sentimientos de culpabilidad por una posible institucionalización del familiar con la enfermedad, somatización por parte del cuidador; discurren en las distintas fases de duelo que provoca la nueva situación. A ello debe unirse los cambios en la estructura de la vivienda, con posible alteración de la relación de pareja y las modificaciones de las relaciones sociales a la que se ven abocados tanto las cuidadoras como los cuidadores.

Por tanto el perfil de la persona cuidadora corresponde a una mujer cuya edad está comprendida entre 41 y 70 años (69,6%), casada o con pareja estable (78,2%), jubiladas o desempleadas (82,6%). El 65,5% ha cursado estudios primarios. La mayoría de las cuidadoras prestan los cuidados de forma continuada (82,6%) y son las únicas cuidadoras. En la mayoría de los casos (87%) no se relacionan con otros cuidadores/as.

Al analizar el conjunto de las redes personales de nuestros/as participantes observamos que la mayoría de las personas citadas por ego corresponden a personas residentes en el mismo barrio o en la misma población 52,3%. También es necesario destacar que en muchas ocasiones los alteri citados corresponden a personas residentes en los lugares de origen. En el caso de las cuidadoras se evidencia un

mayor porcentaje de alteri citados con residencia en el mismo bloque de residencia de ego, alcanzándose porcentajes del 43% frente a un 21% en el caso de los hombres.

En el caso de los hombres tienen especial relevancia los amigos de infancia/juventud, centros de ocio y compañeros de trabajo; mientras que las mujeres quedan “recluidas en su domicilio” y en consecuencia sus relaciones se encierran en el vecindario. Las mujeres además citan a personal socio/sanitario, otras cuidadoras conocidas a través de alguna Asociación de Alzheimer o en porcentajes muy bajos a personas conocidas a través de centros de culto.

Respecto al contenido de las relaciones establecidas entre los alteri citados y ego, podemos señalar que en la mayoría de los casos se solicita apoyo afectivo, llegándose a valores similares entre hombres y mujeres que alcanzan el 100%. El apoyo material alcanza valores máximos del 69 % sin existir diferencias por cuestiones de género. Tanto el apoyo informacional como el espiritual arrojan porcentajes insignificantes.

También en el análisis de las respectivas redes personales de las personas participantes hemos podido comprobar que las personas que ocupan el eje de la red – *degree* – corresponden a la propia pareja (en el caso de las mujeres) y un hermano o una hermana (en el caso de los hombres).

Respecto al tipo de apoyo ofrecido a nuestros/as cuidadores/as, el 65,6% de los alteri ofrecen apoyo afectivo, el 17,3% ofrece apoyo material, mientras que el apoyo informacional y espiritual presentan porcentajes insignificantes.

A través del estudio de las respectivas redes además podemos analizar ¿quién cuida al cuidador? Mediante el generador de nombres se obtuvieron un total de 481 alteri, de los que el 56,9% correspondían a mujeres. A su vez el 30,4% corresponde a familiares por descendencia y un 10,6% a familiares por matrimonio. El 28% corresponde a los amigos. El 52,3% de los alteri citados residen en la misma población o barrio de nuestros/as participantes.

También debemos destacar que en muchas ocasiones los alteri citados corresponden a personas residentes en los lugares de origen de los respectivos ego.

El análisis comparativo de las variables no pueden considerarse concluyentes ante el número de casos en estudio, pero si deben tenerse en cuenta. Las mujeres presentan una escala de Zarit de 42,25 puntos frente a 37,1 % en los hombres (Test de U de Mann-Whitney de comparación de distribuciones  $p=0,181$ ). También existe relación entre el tiempo de dedicación “continuada” y el test de Zarit. La dedicación continuada conlleva a valores más altos en dicho test (test Gamma ordinal  $p=0,037$ ).

### **El caso de Marta**

Marta (nombre ficticio), es una mujer jubilada cuya edad está comprendida entre 71 y 80 años. Está al cuidado de su esposo que presenta EA. Reside en el área de influencia de nuestro Hospital. Presenta un test de Zarit de 71 puntos y en consecuencia presenta “sobrecarga del cuidador”.

Al realizar su red personal, Marta afirma que sólo se relaciona con 10 personas (Recordemos que solicitaban un mínimo de 23 alteri). Su red está formada por igual número de hombres y de mujeres. Estructuralmente su red está formada por tres grupos totalmente diferenciados. Por un lado la familia por descendencia/matrimonio (color azul) por el otro el vecindario (color rosado) y finalmente nuera/yernos (color gris). Parte de su familia residen fuera de la población lo que hace más difícil la obtención de apoyo. Al 70% de los miembros de su red dice que les solicitaría apoyo emocional, mientras que a sus vecinas y a un hijo les pide apoyo material (Imagen 1).

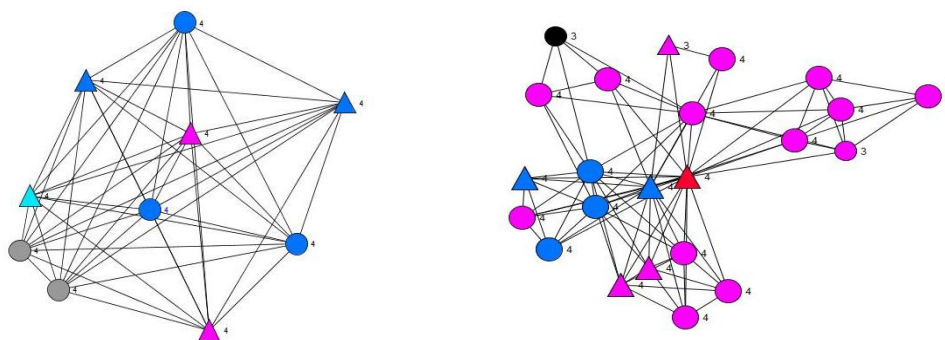
En consecuencia estamos frente a una red de apoyo centrada en la familia y reducida. La enfermedad de su marido le impide relacionarse con el exterior quedando “secuestrada socialmente” en su propio domicilio.

### El caso de Isabel

Isabel (nombre ficticio), es una mujer cuya edad está comprendida entre 41 y 50 años, residente en el área de influencia de nuestro Hospital y está al cuidado de su madre. En el momento del análisis de su red personal presenta un Test de Zarit de 51 puntos – “situación intermedia”. Su red está formada mayoritariamente por mujeres (73%) – *red homófila* – en la que se observan dos grupos (Imagen 1). En primer lugar los amigos que ocupan el 69% de su red (color rosa) y en segundo lugar la familia que corresponde al 21% de los alteri citados (color azul). Destaca la presencia de una mujer que ha conocido como consecuencia de la enfermedad a través del Centro de Día donde acude la enferma (color negro).

El 65% de los alteri residen en el mismo barrio y a la mayoría (47%) les solicitaría apoyo afectivo. Al 26% les solicitaría apoyo material. A un 21% les solicitaría información. En este caso la red personal de Isabel está centrada en la familia y los amigos por lo que podemos señalar que estamos delante de una red “institucionalizada”.

Figura 1. A la izquierda de la imagen la red personal de Marta (402). A la derecha la red personal de Isabel (206)



### El caso de Antonio

Antonio (nombre ficticio), es un hombre cuya edad está comprendida entre 41 y 50 años que está a cuidado de su madre. Durante el día su madre acude a un Centro de Día. Presenta un test de Zarit de 30 puntos y en consecuencia no presenta “carga del cuidador”.

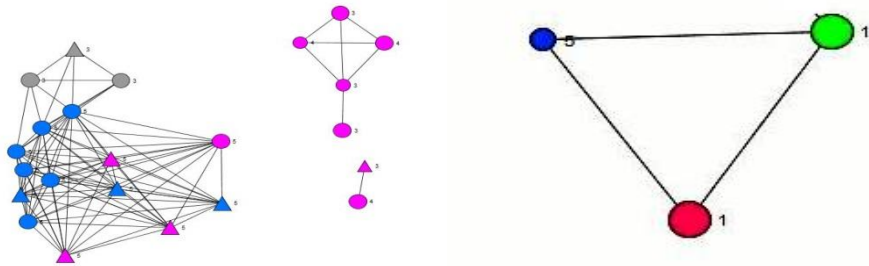
Su red personal está formada mayoritariamente por mujeres (65%) como consecuencia de su actividad profesional. En dicha red sobresalen tres grupos. En primer lugar la familia por descendencia (color azul) que ocupa el 39% de su red. En segundo lugar los vecinos que ocupan el 13 % (color gris) y el tercer grupo formado por los amigos y que ocupan el 47% de su red (color rosa). El 52 % de los alteris de su red le proporcionan apoyo afectivo, mientras que al resto les solicitaría apoyo material.

En este caso la red personal de Antonio corresponde a una red “normalizada” en la que a pesar de la enfermedad de su madre, además de la familia están presentes los amigos (Imagen 2).

### El caso de Miguel

Miguel (nombre ficticio) tiene una edad comprendida entre 51 y 60 años. Es el único cuidador informal de su madre. Miguel posee la invalidez permanente y reside las veinticuatro horas del día en el hogar materno. Su red personal está formada exclusivamente por tres personas: una cuidadora remunerada que acude en alguna ocasión, una Trabajadora Social Municipal y la madre de Miguel. Como podemos comprobar además de estar delante de una red “medicalizada”, presenta una situación de exclusión social con falta de apoyo externo. (Imagen 2).

Figura 2. A la izquierda de la imagen, la red personal de Antonio. A la derecha la red personal de Miguel



### Conclusiones

La base de los cuidados hacia una persona que padece Alzheimer recae fundamentalmente en la mujer. Es por dicha causa que se observa una mayor participación en actividades organizadas por entidades relacionadas con la enfermedad. A su vez el hombre adopta muchas veces un rol secundario, utilizando con mayor frecuencia los servicios externos de atención. Así mismo tienen mayor predisposición a mantener las relaciones procedentes de círculos sociales externos a su hogar como son los amigos y compañeros de trabajo. De esta manera se confirman las diferencias que existen entre espacio público y privado en función del género. De esta manera coincidimos con las aportaciones realizadas por Toribio y Goñi citados previamente. Además la dedicación casi exclusiva por parte de la mujer en los cuidados de un familiar enfermo puede generar aislamiento social. Por otra parte cuanto menor es el apoyo procedente de la familia, mayor es la búsqueda del mismo entre los vecinos.

Observamos en esta investigación que cuanto mayor es la sobrecarga del cuidador, mayor es la disminución de las redes personales de las/los cuidadoras/es. De esta manera frente a la posibilidad de una “población oculta” el riesgo de aislamiento social es evidente.

La mayoría de las redes de apoyo están constituidas por mujeres procedentes del entorno más inmediato (familiares por descendencia/matrimonio y los amigos. Estos habitualmente ofrecen apoyo emocional, mientras que los vecinos ofrecen apoyo material. De esta manera coincidimos con otros estudios realizados citados previamente (Maya, ; Zuñiga, 2007; Llopis, 2011).

Ante la nueva situación generada por la aparición de la enfermedad y su cronicidad, observamos cuatro tipologías distintas de red personal. En primer lugar aquellas personas que presentan “redes personales reducidas” como resultado de la dedicación continuada a su familiar y donde están presentes de forma mayoritaria la familia y los amigos.

En segundo lugar aquellas personas que presentan una “red personal institucionalizada”, entendiéndolo como tal aquellas personas que incorporan a su red a otras/os cuidadoras/es a través de una Asociación de afectados u otros espacios como centros de ocio o culto. En este caso podemos afirmar que la red personal se ha visto modificada como causa de la enfermedad.

En tercer lugar aquellas personas que presentan una “red medicalizada”, entendiéndolo como tal a aquellas redes a las que se incorporan personal procedente del ámbito sanitario y/o social. Generalmente se les solicita información.

Finalmente aquellas personas que presentan una red “normalizada”. Entenderemos como tal a aquellas redes que no presentan cambios importantes en su estructura comparada con la situación anterior a la aparición de la enfermedad. Las posibles modificaciones son propias del dinamismo natural de cualquier red por motivos de cambio de domicilio, estado civil, etc.

Algunas de estas tipologías ya aparecieron en anteriores investigaciones (Llopis, 2011) por lo que comparando ambas observamos que la tipología de las redes personales puede presentar semejanzas, indistintamente de la enfermedad que se trate.

Los principales sesgos de esta investigación han sido la edad avanzada de muchas cuidadoras de su pareja que impidieron su participación, así como la dificultad de la conciliación de la vida laboral con los cuidados y su participación en la investigación.

Finalmente podemos señalar que con los resultados obtenidos en la presente investigación, se pone de manifiesto la necesidad de potenciar cuantas acciones se dirijan a incrementar las redes personales de las/los cuidadores, puesto que una disminución de las mismas comporta la pérdida de un apoyo social importante.

## Referencias

- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9(1), 5-14.
- Aparicio, R. y Tornos, A. (2005). *Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Barnes, J.A. (1954). *Class and comités in a Norwegian Islan Parish*. *Human Relations*, 7(1), 39-58.
- Bazo, M<sup>a</sup>.T. El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedades de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría*, 33(1), 49 – 56.
- Goñi, I. (2011). La acción benefactora de la familia en casos de Alzheimer. *Portularia*, XI (2), 1-13.
- Herrero, R. (2000). La terminología del análisis de redes. Problemas de definición y de traducción. *Política y Sociedad*, 33, 199-206.
- Hollstein, B. (2002) *Soziale Netzwerke nach der Verwitwung. Eine Rekonstruktion der Veränderungen Informeller Beziehungen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lozares, C. (1995). La teoría de las redes sociales. *Papers Revista de Sociología*, 48, 103-126.
- Llopis, J. (2006). Gluten i cor: una aproximació antropològica als canvis socials i culturals experimentats per les famílies amb fills amb malalties cròniques. *Àgora d'Infermeria*, 10(3), 990-993.
- Llopis, J. (2011). *Corazones de papel: Patronas de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas*. Tesis Doctoral no publicada. Dep. Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Letras. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Maya, I., Martínez, M.F. y García, M. (1999). Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla. *Demófilo. Revista de cultura tradicional de Andalucía*, 29, 87-105.
- Molina, J.L. (2005). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *Empiria*, 10, 71-105.
- Molina, J.L., Fernández, R., Llopis, J y McCarty, C. (2008). El apoyo social en situaciones de crisis: Un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. *Portularia*, 8(1), 61-76.
- Molina, J.L. y Alayo, A. (2002). Reciprocidad hoy: la red de las unidades domésticas y servicios públicos en dos colectivos de Vic (Barcelona). *Endosa-Serie Filosófica*, 15, 165-181.
- Pizarro, N. (1988). *Tratado de metodología de las Ciencias Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Prieto, C., Eimil, M., López de Silanes, C. y Llanero, M. (2011). *Impacto social de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas-FEEN. Disponible en [HTTP://www.feeneurologia.com](http://www.feeneurologia.com) [visitada el 11 de junio de 2012].
- Requena, F. (1989). El concepto de red social. *Reis*, 48, 137-152.
- Toribio, M.E., Medrano, V., Molto, J.M. y Beltrand, I. (2012). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante. Descripción de sus características. *Neurología*, Disponible en [Doi.10.1016/j.nrl.2012.03.010](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.03.010)
- Vendrell, E. (1999). *Dinàmica de grups i psicologia dels grups*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Verd, J.M. y Lozares, C. (2000). La teoría de xarxes socials aplicada a la interpretació d'entrevistes narratives. Una proposta. *Revista Catalana de Sociologia*, 11, 191-196.
- Zúñiga, M<sup>a</sup>. (2007). Salud mental y apoyo social después de la ruptura conyugal: el caso de mujeres neerlandesas. En *Redes Sociales y Salud Pública*, México (135-158). Universidad Autónoma de Nuevo León.



## CAPÍTULO 38

### **Necesidades sobre salud de los cuidadores de personas con parálisis cerebral en proceso de envejecimiento**

María Yolanda González-Alonso

*Universidad de Burgos. Asociación de Parálisis Cerebral (APACE Burgos) (España)*

Los individuos envejecen en la actualidad de forma diferente a como lo hacían en décadas anteriores (Puga, Abellán y Sancho, 2006). En la vejez el tipo de convivencia sufre cambios debidos a diversos eventos o transformaciones demográficas o familiares. Las familias desempeñan un papel fundamental en la vida y en el desarrollo de los miembros que la componen, en las familias de las personas con parálisis cerebral (PC) este papel es mucho más relevante. Frecuentemente se observa que son los familiares directos los que se hacen cargo de las situaciones de las personas que necesitan asistencia para realizar las tareas cotidianas de la vida diaria. En el caso de las personas con (PC), el tipo de convivencia no suele sufrir cambios, los hijos permanecen en el hogar con los padres, siendo los padres los que cuidan y ayudan a los hijos continuamente.

La tarea del cuidado en España sigue recayendo en la familia (EDAD, 2008). El modelo de cuidado se encuadra dentro de la familia y está muy centrado en el papel de la mujer como productora de bienestar, sin embargo se percibe un cambio de preferencias entre las personas mayores hacia unos cuidados más profesionalizados (Rodríguez, 2013). En el caso de las personas con PC mayores se empieza a tomar conciencia de la importancia del cuidado y de sus implicaciones. Las familias también requieren una intervención adecuada. Así, Verdugo, Rodríguez y Sánchez (2009) y Madrigal (2007) en relación con el envejecimiento de los allegados de personas con discapacidad, tras estudiar las demandas de las propias familias, sugieren intervenciones congruentes con sus necesidades.

El aumento de la esperanza de vida trae consigo un alargamiento de la vejez para la población en general y un paso adelante en la vejez para las personas con PC que está provocando importantes cambios en el desempeño del cuidado (Blair, Watson, Badawi y Stanley, 2001; Strauss, Brooks, Rosenbloom y Shavelle, 2008). Los factores que inciden en este aumento de esperanza de vida son conocidos y responden al desarrollo socioeconómico general que ha hecho posible el incremento de la cobertura sanitaria, el progreso de la ciencia y la investigación en materia de salud, así como la incorporación de hábitos saludables por parte de la población (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Afortunadamente la ciencia está logrando enormes avances en el campo de la biomedicina, la biomecánica, pero también en estudios psicológicos y sociales. O'Brien y Rosenbloom (2009) proponen estudiar los tipos de apoyos y recursos en el ámbito de la discapacidad y de las personas mayores atendiendo a criterios de flexibilidad y de individualidad para planificar los cuidados.

Envejecimiento y discapacidad son procesos interrelacionados que forman parte del desarrollo vital de los seres humanos (Cayo, 2010). Autores como Tarsuslu y Livaneliglu (2010) y Haak, Lenski y Hidecker (2009) investigan la calidad de vida relacionada con la salud y el estado funcional.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) reconoce que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y que tiene derecho a recibir protección. Las personas con discapacidad y sus familias deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones. Igualmente Horsman, Suto y Dudgeon (2010) insisten en abordar las necesidades de apoyo social, la aceptación y la posibilidad de tomar decisiones sobre la propia salud.



Ante las evidencias presentadas, por una parte el aumento de la esperanza de vida de las personas con PC y la dificultad de las familias para seguir atendíéndoles. Por otra según algunos estudios las necesidades percibidas y las soluciones propuestas sobre las que informan las familias varían en función del tipo de discapacidad que presente la persona que envejece (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias y Verdugo, 2001). Y finalmente la demanda de los familiares de respuestas y soluciones adecuadas que ayuden a proporcionar atención y promoción de su bienestar, calidad de vida, autonomía personal y pleno desarrollo de la persona con PC.

Se echan en falta investigaciones relacionadas con la adaptación al proceso de envejecimiento, el envejecimiento saludable, la actitud hacia la búsqueda de un buen envejecimiento, aspectos centrados en la salud física y psicológica, así como la promoción de un estilo de vida activo y la reducción de enfermedades o discapacidades añadidas.

El objetivo de este estudio es analizar las necesidades percibidas en salud y las soluciones propuestas por los familiares de personas con parálisis cerebral que envejecen para prevenir y atender a su bienestar.

### **Método**

Se realiza un estudio descriptivo interpretativo desde un diseño sincrónico de las necesidades y soluciones respecto a la salud de las personas con PC mayores desde el punto de vista de sus familiares. La finalidad del estudio es analizar las principales necesidades percibidas sobre salud por los familiares de las personas con PC y tener en cuenta las soluciones que proponen para dar respuesta a las necesidades y demandas planteadas aportando así un mayor conocimiento sobre el proceso de envejecimiento de las personas con PC.

#### *Participantes*

La muestra de personas con PC mayores sobre las que se recoge información aportada por los 134 familiares que han respondido la entrevista, principalmente hermanos/as y padres, está compuesta por personas con PC, que señalan como causa de la parálisis cerebral principalmente la de tipo congénita/perinatal, con predominio de varones, con una media de edad de 51 años, procedentes de diferentes comunidades autónomas, que residen en zonas urbanas, con un nivel cultural muy bajo, principalmente analfabetos, muchos nunca han trabajado y tienen una baja cualificación profesional, son pensionistas que reciben retribuciones de tipo no contributivo, solteros/as, sin hijos/as, con madres vivas y con hermanos/as. Las personas con PC de esta muestra tienen más de un tipo de discapacidad y un grado de discapacidad alto y en su mayoría conviven con su familia de origen.

#### *Instrumentos*

Se han realizado entrevistas semiestructuradas a los familiares, que consta de varias preguntas demográficas y de seis preguntas para recoger sus opiniones acerca de las necesidades y demandas que perciben sobre la salud de su familiar con PC mayor (Apéndice).

#### *Procedimiento*

La muestra se recoge en entidades públicas y privadas de diferentes comunidades autónomas que están en contacto con familiares de personas con PC mayores, a los que se les explica el estudio y se les garantiza el uso de los datos guardando su confidencialidad para la investigación.

### **Resultados**

Se analizan las necesidades percibidas por los 134 familiares que responden a la entrevista familiar, con un parentesco de primer grado con las personas con PC de edad sobre las que informan, principalmente hermanos/as y padres. Las opiniones de estos familiares a las preguntas sobre cuestiones relacionadas con preocupaciones y necesidades importantes y soluciones que consideran necesarias para

su familiar con PC, aportan un conocimiento más global y preciso sobre cómo envejecen las personas con PC.

Las preocupaciones y necesidades sobre salud que los familiares de las personas con PC consideran importantes quedan recogidas en la tabla 1.

*Tabla 1. Estadísticos de las preocupaciones y necesidades percibidas en salud personal*

Salud personal	
N	134
Mínimo	0
Máximo	8
Suma	363
Media	2,71
Desv. típ.	1,826
Asimetría	,779
Error típico	,209
Curtosis	,310
Error típico	,416

En lo relativo a las preocupaciones sobre la salud personal (tabla 2), los 126 casos válidos proporcionan un total de 363 respuestas de las cuales casi las tres cuartas partes corresponden a la preocupación sobre el estado de salud general, seguida de las limitaciones funcionales personales, la dependencia de otras personas, los cuidados personales diarios, la preocupación por la presencia de dolores y, por último, las dificultades para tomar la medicación. El resto de las preocupaciones relacionadas con esta área de la salud alcanzan porcentajes de respuesta más bajos, que no llegan al 15% de casos de elección.

*Tabla 2. Preocupaciones sobre salud personal*

SALUD PERSONAL	N	% Respuestas	% Casos
Estado de salud general	90	24,8	71,4
Limitaciones funcionales personales	69	19	54,8
Dependencia	68	18,7	54
Cuidados personales diarios	56	15,4	44,4
Dolores	29	8	23
Dificultades para tomar la medicación	19	5,2	15,1
Aceptación de mi situación	13	3,6	10,3
Dificultades para acudir al tratamiento	12	3,3	9,5
Otras	7	1,9	5,6
Total	363	100	288,1

*Nota: 8 casos perdidos; 126 casos válidos*

Una vez expuestos los resultados relativos a las principales preocupaciones y necesidades se presentan los resultados respecto a las soluciones que ellos consideran adecuadas como forma de dar respuesta y satisfacción a las mismas. En lo que atañe a las soluciones propuestas (tabla 3), las familias coinciden frecuentemente en demandar la ayuda para cuidados personales diarios, Fisioterapia en la Seguridad Social y Profesionales más especializados entre otras múltiples y variadas soluciones, que se

agrupan en un total de 35 categorías, que permitan dar respuesta a los problemas y necesidades de sus familiares mayores con PC.

*Tabla 3. Soluciones propuestas agrupadas por temática*

SOLUCIONES PROPUESTAS	N	% Respuestas	% Casos
<b>Salud personal:</b>			
Ayuda para cuidados personales diarios	57	4,3	44,2
Apoyo a los cuidadores informales	33	2,5	25,6
<b>Recursos asistenciales sanitarios:</b>			
Fisioterapia en la Seguridad Social	46	3,5	35,7
Profesionales más especializados	43	3,3	33,3
Calidad de la asistencia sanitaria	39	2,9	30,2
Mejora de apoyos y prótesis	31	2,3	24
Más y mejores instalaciones sanitarias	30	2,3	23,3
Total	1323	100	1025,6

*Nota: 5 casos perdidos; 129 casos válidos*

### **Discusión y conclusiones**

En la estructura familiar actual conviven abuelos, padres y nietos. El adulto vive más años en el rol de hijo de un padre de edad y durante este tiempo cuida a sus padres dependientes tantos años como a sus hijos. Sin embargo en las familias con un hijo con PC, la madre se encuentra con la responsabilidad de atender a padres no autónomos y sigue atendiendo al hijo dependiente, incluso durante más de una década, pasados sus 65 años.

De acuerdo con Navarro (1998) que considera que la familia debe ser entendida como un recurso. El entorno familiar es el lugar donde se ensaya lo aprendido y se aprende y donde se cuida a la persona con discapacidad. Es la familia quien recibe la carga y ésta ha de aprender a vivir con ella. Es también la familia quien con su calidad de cuidado, asegura la calidad de vida de la persona que necesita apoyos (González-Alonso, 2005).

Por tanto, el entorno aparece como uno de los principales objetivos de análisis, con el fin de determinar qué tipo de adaptaciones es necesario realizar, mediante un proceso de capacitación y cambio para la familia. Se requiere comprobar las necesidades cubiertas que estén en consonancia con las prioridades familiares y determinar qué adaptaciones son necesarias para establecer una mejor relación entre lo que es importante y lo que existe en la vida de los miembros de la familia. El objetivo estriba en proporcionar apoyos y servicios a todos los implicados para que establezcan las mejoras que prefieran.

Las familias necesitan el apoyo de los profesionales y se requiere mantener una buena relación para ser realmente eficaces. Turnbull (2003) apuesta porque la familia trabaje en equipo con los profesionales de los servicios de atención y con otras familias en la búsqueda de logros que den respuesta a sus necesidades y preocupaciones.

Las necesidades más importantes para estas familias relacionadas con la salud son, el estado de salud general, las limitaciones funcionales personales, la dependencia de otras personas, los cuidados personales diarios y la preocupación por la presencia de dolores.

Como respuesta a las citadas necesidades y preocupaciones, los familiares de los sujetos mayores con PC consideran como soluciones las propuestas que atañen a la salud personal, en concreto, ayuda para cuidados personales diarios y apoyo a los cuidadores/as informales y las propuestas de recursos asistenciales sanitarios, como cobertura del servicio de fisioterapia por parte de la Seguridad Social, profesionales más especializados, calidad de la asistencia y mejora de apoyos y prótesis.

Los resultados obtenidos permiten afirmar en primer lugar, que son muchas y variadas las necesidades sobre el estado de salud general que los familiares de los mayores con PC perciben como no satisfechas y ante las que demandan soluciones que abarcan recursos y apoyos múltiples.

Otras de las necesidades y soluciones propuestas que más comparten las familias y están en relación con el tema de la salud, son las limitaciones funcionales y la situación de dependencia, preocupaciones que atañen a casi la mitad de los familiares que han respondido a la entrevista.

Los problemas de salud que afectan a estas personas con PC de edad acarrear limitaciones funcionales personales a las que los familiares han de responder, no contando en muchas ocasiones con recursos adecuados y suficientes para ello. En consecuencia, más de un 44,2% de los familiares demandan como soluciones la ayuda para cuidados personales diarios y el apoyo a los cuidadores/as informales. No debe olvidarse que la mayor parte de las tareas de asistencia y prestación de cuidados derivados de estos problemas de salud están cargadas de estrés y tienen efectos muy negativos en el cuidador/a. Para la OMS las actividades preventivas y de promoción de la salud deben comenzar en la infancia, así se favorece el envejecimiento saludable y poder actuar sobre los estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyan a preservarla. Se debe prevenir el deterioro funcional, ya que las personas con PC son personas de riesgo, manteniendo el máximo de independencia posible no sólo para ellas sino también para todos los miembros de la familia. Y de acuerdo con el CERMI (2012) aumentar el apoyo y los recursos destinados a los cuidadores de personas mayores con discapacidad mediante la creación de dispositivos, programas, centros especializados y medios de conciliación que faciliten su labor de atención y cuidado.

El Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) propone lograr que todos los niveles de los sistemas de salud sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con PC, lo cual permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud. La rehabilitación basada en la comunidad ha resultado adecuada en contextos con pocos recursos y ha servido para promover servicios preventivos. Se presentan algunas estrategias utilizadas para superar los obstáculos físicos, de comunicación y de información, tales como introducir modificaciones estructurales en las instalaciones, utilizar equipos con características de diseño universal, comunicar información en formatos apropiados, realizar ajustes de los sistemas de contratación y emplear modelos alternativos de prestación de servicios. Para llegar a personas con necesidades complejas de salud se pueden diseñar medidas como orientar los servicios, preparar planes asistenciales individualizados e identificar a un coordinador de la asistencia. También, con el fin de mejorar las actitudes, aptitudes y conocimientos de los facilitadores de servicios de salud, la formación de los profesionales debe incluir información sobre personas con PC en proceso de envejecimiento e involucrar a las personas con discapacidad como educadores e instructores, esto puede mejorar el conocimiento y las actitudes. La encuesta de apoyo informal a mayores en España (IMSERSO 2010) señala que un 87% de los cuidadores tienen problemas derivados del cuidado. En el caso de las personas mayores con PC el perfil mayoritario de persona cuidadora, mujer y mayor de 65 años. El Libro Blanco de Envejecimiento (2011) propone promover que los hospitales cuenten con una asistencia geriátrica especializada, adaptada a las necesidades de cada individuo, familias y cuidadores y la coordinación entre servicios sanitarios y sociales.

la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (BOE 2-8-11), la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 que aborda como objetivos para las personas con discapacidad y sus familias, la garantía de rentas, promoción de inserción laboral y el acceso a servicios públicos de calidad, en el marco del modelo de derechos humanos aprobado por la Convención de la OMS (2006) que junto con el Informe Mundial sobre la Discapacidad elaborado por la OMS en 2011 proponen mejorar la vida de las personas con discapacidad que envejecen y de sus familias.

Al hacer referencia comparativa con estudios preliminares llevados a cabo con familiares de personas de diferentes discapacidades (Aguado et al., 2001) y con familiares de personas con discapacidad intelectual (Aguado, Alcedo, Arias y Rueda, 2007). En las entrevistas familiares se observa total similitud y las preocupaciones compartidas por familiares de personas con PC son en primer lugar la salud personal y en orden muy parecido.

En síntesis, se puede afirmar que para afrontar el desafío del envejecimiento de las personas mayores con PC, se debe hablar de un envejecimiento activo y de un apoyo en la asistencia personal. Concienciar a las familias para que sean modelo a seguir por sus hijos y dejar preparados los apoyos que necesiten para cuando ellos falten, garantía de su bienestar personal y de su inclusión social. Conociendo cuáles son sus necesidades se pueden poner a disposición de las familias los servicios que precisen para que puedan ejercer su papel de cuidadoras de la forma más adecuada y con los menores riesgos para su salud y para sus proyectos vitales. En la medida en que se cumplan estos requisitos se estará potenciando y favoreciendo el desarrollo, el progreso y la calidad de vida de las personas con parálisis cerebral mayores, de sus familias y de la sociedad en general.

## Referencias

Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Fontanil, Y., Arias, B. y Verdugo, M.A. (2001). *Discapacidad y envejecimiento: Necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación*. Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Universidad de Oviedo: Departamento de Psicología.

Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Arias, B. y Rueda, M.B. (2007). *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

Blair, E., Watson, L., Badawi, N. y Stanley, F.J. (2001). Life expectancy among people with cerebral palsy in Western Australia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 508-515.

Cayo, L. (2010). *Discapacidad, Tercer Sector. Inclusión Social*. Madrid: CERMI.

CERMI. (2012). *El envejecimiento de las personas con discapacidad. Documento de posición del CERMI Estatal*. Madrid: CERMI.

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020, de 15 de noviembre de 2010. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones.

Estrategia Española de la Discapacidad 2012-2020, de 14 de octubre de 2011, por el Consejo de Ministros.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Diez, N., Molina, J., López-Bravo, L., Montero, P. y Sachettini, R. (2010). Envejecer con éxito. Criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.

González-Alonso, M.Y. (2005). *El entorno social y familia*. En Confederación ASPACE (Ed.). Descubriendo la parálisis cerebral, (pp.57-61). Madrid.

Haak, P., Lenski, M. y Hidecker, M. (2009). Cerebral palsy and aging. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51, 16-23.

Horsman, M., Suto, M. y Dudgeon, B. (2010). Growing older with cerebral palsy: insiders perspectives. *Pediatric physical therapy. The official publication of the section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 22, 296-303.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010). *Informe 2010. Las Personas Mayores en España*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Perfil general. Encuesta de Personas Mayores*. Madrid: IMSERSO.

Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad. BOE, núm. 98.

Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 16(1), 55-68.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro Blanco sobre envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Navarro, J. (1998). *Familias con personas discapacitadas*. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.

O'Brien, G. y Rosenbloom, L. (2009). *Developmental Disability and Ageing*. Paperback, 144.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Derechos de las personas con discapacidad*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Rehabilitación basada en la Comunidad*. Ginebra: OMS.

Puga, M.D, Abellán, A. y Sancho, T. (2006). *Mayores y familia en la sociedad actual*. Informe España 2006. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro.

Rodríguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. *Fundación Pílares para la autonomía, 1*.

Strauss, D., Brooks, J., Rosenbloom, L. y Shavelle, R. (2008). Life expectancy in cerebral palsy: an update. *Developmental Medicine and Child Neurology, 50*, 487–493.

Tarsuslu, T. y Livaneliglu, A. (2010). Relationship between quality of life and functional status of young adults and adults with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation, 32*, 1658-1665.

Texto Refundido aprobado en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, núm. 289.

Turnbull, A. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero, 34*, 59-73.

Verdugo, M.A., Rodríguez, A. y Sánchez, M.C. (2009). *Familias y personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

**APÉNDICE  
ENTREVISTA FAMILIAR**

1. Grado de parentesco de quien cumplimenta esta parte: v95

---

2. Indíquenos, por favor, las preocupaciones y/o las necesidades que sean importantes para la familia. (Puede marcar más de una respuesta): v96

9610 Tema de su salud personal:

9611. Estado de salud general	9612. Cuidados personales diarios
9613. Limitaciones funcionales personales	9614. Dependencia
9615. Dificultades para tomar la medicación	9616. Dificultades para acudir al tratamiento
9617. Dolores	9618. Aceptación de mi situación
3. 9619. Otras:	4.

9620 Recursos económicos:

9621. Situación económica familiar	9622. Independencia económica
9623. Subvenciones	9624. Pensión
9625. Encontrar un puesto de trabajo	9626. Incapacidad laboral
5. 9627. Otras:	

9630 Recursos asistenciales sanitarios:

9631. Asistencia sanitaria hospitalaria	9632. Asistencia sanitaria domiciliaria
9633. Dispositivos de apoyo y protésicos	9634. Tratamiento de fisioterapia
9635. Falta de información sobre estos recursos	9636. Calidad de la asistencia sanitaria
9637. Más y mejores instalaciones sanitarias	9638. Asistencia en salud mental
6. 9639. Otras:	

9640 Recursos de servicios sociales:

9641. Servicios de alojamiento	9642. Ayuda a domicilio
9643. Apoyo en las gestiones administrativas	9644. Más y mejores instalaciones sociales
9645. Falta de información sobre estos recursos	9646. Calidad de la asistencia social
9647. Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	9648. Asesoramiento jurídico
7. 9649. Otras:	

9650 Existencia de barreras:

9651. Barreras sociales	9652. Barreras arquitectónicas
9653. Aceptación por parte de la familia	9654. Aceptación por parte de la sociedad
9655. Ayudas técnicas	9656. Escasez de voluntariado
9657. Facilidad de transporte	9658. Accesibilidad edificios públicos
8. 9659. Otras:	

9660 Otras preocupaciones y/o necesidades:

9661. Salida del domicilio familiar	9662. Futuro de la familia
9663. Escasez de relaciones personales	9664. Protección jurídica
9665. Dónde y con quién vivir en el futuro	9666. Avances tecnológicos
9667. Problemas sociales	9668. Problemas del movimiento asociativo
9. 9669. Otras:	

10. Indíquenos, por favor, las **soluciones** que Vds. consideran necesarias.

(Puede marcar **más de una respuesta**):

v97

9711. Ayuda para cuidados personales diarios	9712. Subida de las pensiones
9713. Incremento de la ayuda familiar	9714. Promoción del empleo protegido
9715. Reserva de puestos de trabajo	9716. Incremento de las subvenciones
9717. Más y mejores instalaciones sanitarias	9718. Adelantar la jubilación
9719. Profesionales más especializados	9720. Calidad de la asistencia sanitaria
9721. Mejora de apoyos y prótesis	9722. Asistencia psicológica
9723. Fisioterapia en la Seguridad Social	9724. Más y mejor información
9725. Apoyo legal y administrativo	9726. Más información sobre recursos
9727. Mejora de los servicios de alojamiento	9728. Más y mejores instalaciones sociales
9729. Mejora de la asistencia a domicilio	9730. Calidad de la asistencia social
9731. Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	9732. Centros de día
9733. Supresión de barreras arquitectónicas	9734. Campañas de imagen
9735. Programas de cambio de actitudes	9736. Promoción de voluntariado
9737. Más y mejores ayudas técnicas	9738. Aceptación por parte de la sociedad
9739. Aceptación por parte de la familia	9740. Garantías de futuro
9741. Incremento de la participación asociativa	9742. Facilidades de transporte
9743. Promoción de viviendas adaptadas	9744. Apoyo a los cuidadores informales
11. 9745. Otras:	

12. Indíquenos, por favor, las **medidas** o **apoyos institucionales** que Vds.

echan en falta. (Puede marcar **más de una respuesta**):

v98

9821. Coordinación entre las distintas administraciones	9822. Incrementar los recursos de las asociaciones
9823. Actividades culturales	9824. Actividades de formación
9825. Apoyo de la Comunidad	9826. Apoyo de los Ayuntamientos
9827. Apoyos en el entorno	9828. Igualdad de oportunidades
13. 9829. Otras:	

14. ¿Qué piensan sobre el **futuro** de su hijo/a, hermano/a o familiar?

(Puede marcar **más de una respuesta**):

v99

9901. Nada, no pienso en el futuro	9902. Vivir al día
9903. Seguir viviendo	9904. Triste
9905. Soledad	9906. Vida independiente
9907. Pocas ganas de vivir	9908. Con preocupación, futuro incierto
9909. Mal, negro	9910. Vivir con calidad de vida
9911. Bien, sin problemas	9912. Aburrimiento
9913. Resuelto	9914. Dependerá del asociacionismo
9915. Preocupación por los hijos	9916. Autonomía personal
15. 9917. Otros:	

16. ¿Tienen alguna otra **consideración** que añadir?

v100

---



---



---



---

## CAPÍTULO 39

### Limitaciones del mayor: Cuidado formal e informal y legislación vigente

Sagrario Gómez Cantarino\*, Ana M<sup>a</sup> Carrobles García\*\*, Minerva Velasco Abellán\*\*\*, y Sara Romero Valencia\*\*\*\*

\**Universidad Castilla La Mancha, Campus Toledo (España)*, \*\**Universidad de Castilla La Mancha, Campus Talavera de la Reina (España)*, \*\*\**Servicio Salud Castilla La Mancha (España)*, \*\*\*\**Servicio Cántabro de Salud (España)*

España es uno de los países que envejece a más velocidad. Dicho envejecimiento se produce principalmente debido a tres tendencias: Una de ellas está producida por la fecundidad, por otra parte, España presenta una de las esperanzas de vida tras los 65 años más altas de Europa, y por último, ha sido uno de los países a nivel Europeo que más inmigración ha recibido (Vicente, 2011). Esto ha supuesto un aumento muy importante de atención a las personas mayores por parte de los servicios médicos y sanitarios, lo cual conlleva en la mayoría de los casos un uso inadecuado de dichos servicios por este colectivo de usuarios; al mismo tiempo dentro de los servicios sanitarios se ha realizado una gran mejora de los equipamientos así como la universalización de los cuidados, cuestiones que incrementan el coste sanitario de manera alarmante (UNESPA, 2010).

El papel que desempeña la enfermería desde la atención y cuidados a las personas mayores de 65 años comienza a ser muy relevante dentro de nuestra sociedad. Así vemos como para Marie Françoise Collière (1993), el cuidado es entendido como todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o la comunidad. Con el cuidado a las personas mayores se les ayuda a efectuar ciertas actividades que por ellos mismos serían incapaces de llevar a cabo, tales como pasear, realizar la compra de productos de primera necesidad, hacerles compañía, incluso llega a ser una dedicación del todo absoluta, siempre y cuando la persona sea incapaz de manejarse/defenderse por sí misma. En este sentido el Defensor del Pueblo (2000, p.63), define el término de dependencia como *“la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana”*.

Según De la Cuesta (2005), tradicionalmente la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros; en este sentido, el cuidador familiar ha realizado una contribución importante al sistema formal de salud en el cuidado de las personas mayores con dependencia. Así encontramos como por parte de algunos autores se resalta que el “cuidado es una actividad esencialmente femenina y familiar” (Martínez, 2004, p.178). También en la literatura científica se encuentran estudios que señalan la magnitud del cuidado familiar; así, el 88% del tiempo empleado en el cuidado de la salud es ofrecido como asistencia informal, frente al 12% del tiempo que dedica el sistema formal. Siguiendo en este sentido incluso se puede valorar como el Defensor del pueblo (2000, p.57), refiere como la inmensa mayoría de los cuidados que precisan y reciben las personas mayores dependientes son asumidos por sus familiares y allegados.

Los cuidadores familiares y el sistema formal de salud tienen un objetivo común, dar soluciones oportunas a un problema de salud existente, como es el cuidado de los adultos mayores, aportando experiencias, conocimientos y recursos. Por tanto el sistema formal debe reorientar su oferta de servicios y contemplar en todas sus acciones a los cuidadores familiares como agentes de salud; por tanto, el sistema sanitario junto con los profesionales agregados a él debe conocer la situación y necesidades de los cuidadores informales, que en su gran medida recae en la figura de los familiares, para tender procedimientos de acción dirigidos sobre todo al cuidador informal principal. El cuidador informal principal, es quien lleva la carga de todo el cuidado físico, emocional y a veces incluso económico;



suelen realizarse durante largos periodos de tiempo denominándose cuidados de larga duración. Así se puede comentar que el cuidado pasa por ser en la mayor parte de las situaciones un cuidado remunerado. “El cuidado familiar, al igual que el cuidado remunerado, puede ser bueno o malo dependiendo de cómo uno u otro esté organizado” (Cancian, 2000, p.139). Un estudio realizado por el IMSERSO (2004), “Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores”, reflejó como las cuidadoras que fueron entrevistadas, además de dedicarse al cuidado y la asistencia a personas, dentro de sus funciones se incluían tareas domésticas tales como planchar, cocinar, etc. No se debe pasar por alto, la cantidad de tiempo, contado en horas, días, meses, que el cuidador remunerado pasa con la persona cuidada, de tal manera que llega incluso a trascender a un trabajo emocional entre las personas implicadas, en este caso cuidador remunerado y persona dependiente a ser cuidada (Hochschil, 2000). Una de las causas más importantes de dependencia es la demencia.

Para la atención del mayor, se cuenta entre otros profesionales con la enfermería generalista y con la enfermería especialista en Geriátrica, la cual está preparada con una formación oficial dentro del propio hospital y unidades geriátricas, durante el periodo formativo de estos profesionales (formación oficial con duración de dos años naturales en Unidades Docentes Enfermeras), son formadas en los fundamentos y conceptos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales (Gómez, Duque y Sukkarieh, 2015). Las personas dependientes requieren ser cuidadas por otras personas. Es un hecho evidente que la cobertura pública es muy básica y la privada en su mayoría inalcanzable por su alto coste, por lo tanto las familias se ven obligadas a realizar estos cuidados. A estos cuidadores se les conoce como cuidadores informales. Las personas dependientes residen en el domicilio propio o en el domicilio del cuidador y los cuidados son realizados por familiares o por personal afín a la familia, en principio, la mayoría son cuidadores no profesionales. Algunos autores indican la tendencia que existe a no desarrollar la función de cuidador principal en la atención de sus mayores, sobre todo este hecho se da en territorios donde los servicios sociales son más extensos (Leiter, 2003). Dedicar mayor parte de su tiempo al cuidado de la persona dependiente y pueden recibir o no una compensación económica por estas actividades.

Los cuidadores formales serían aquellos profesionales que cuidan a la persona con demencia recibiendo un sueldo por su trabajo. Una de las causas más importantes de dependencia es la demencia. La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro cognitivo, funcional, motor y conductual, de evolución negativa e irreversible, provoca gran dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, por estos motivos los mayores precisan el cuidado permanente de otras personas para poder sobrevivir.

### **Objetivo**

La presente revisión pretende explorar la figura del cuidador informal familiar y profesional, así como de la legislación vigente y de las actividades que prestan para satisfacer las necesidades básicas de salud de personas mayores que sufren dependencia o limitaciones en su autonomía personal.

### **Objetivos específicos**

Analizar la figura del cuidador informal, valorando en la persona que realiza esta función.

Indicar la figura del cuidador formal, describiendo su preparación y formación para la aplicación del cuidado.

Valorar la legislación vigente existente en el territorio Español.

### **Método**

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la evidencia disponible en los últimos 10 años en bases de datos: PubMed, Dialnet, Cuiden, IME, LILACS, Biblioteca Cochrane Plus, ENFISPO, Medline, Elsevier. Los descriptores utilizados fueron: “Envejecimiento”, “autonomía”, “legislación”, “enfermería especialista”, “cuidador formal” y “cuidador informal”, (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 se trató de revistas científicas. Se utilizó lenguaje natural libre, combinado con operadores booleanos (“y/and”, “o/or”, “no/not”). Así mismo se llevó a cabo una revisión de los depósitos de libros localizados en la Universidad de Castilla la Mancha. Se seleccionaron tres libros, dos del campus de Toledo y otro del campus de Albacete. Se seleccionaron aquellos artículos cuyo contenido estaba relacionado directamente con el tema tratado en este trabajo. Además, para ayudar a esta selección se establecieron una serie de criterios: Artículos referidos a la especie humana. Estudios realizados en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Artículos cuyo texto completo se encuentre en lengua inglesa o española. Artículos que hagan referencia al tema de estudio. Por otro lado, se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones referidas a población, sociedad y comportamiento socio-sanitario: Desde 1965 hasta 2002, así mismo se realizó un nuevo filtro temporal únicamente de artículos publicados entre 2005 y 2015. Escogiendo exclusivamente artículos a texto completo.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

La definición que nos ofrece la OMS sobre persona mayor, es todo aquel que supera los 65 años (Balboa, Pérez y Sarasola, 2012). Actualmente las personas mayores han pasado de ser un grupo minoritario e improductivo a cambiar y ser un colectivo mayoritario con una buena formación en algunos de los casos dando lugar a posibilidades de actividad. Concentrándose en este grupo mayores entre 65 a 75, y excluyéndose a personas mayores de 80 años, ya que se encuentran lejos de la primera edad de jubilación así como por un aumento de dolencias (Agulló, 2001).

La dependencia en personas mayores en nuestro país está convirtiéndose en un grave problema tanto social como sanitario. Influido en gran medida por los cambios sociodemográficos que se están desarrollando. Estos cambios deben de ser objeto de estudio para evitar problemas sociosanitarios futuros que pueden afectar al conjunto de la población. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) ofrece unos datos estadísticos (INEbase), acerca de la economía, demografía y otros indicadores relevantes de la sociedad española. En las últimas proyecciones de población a largo plazo actualizadas cada tres años, se estima que desde el año 2012 al año 2052, la esperanza de vida al nacer en mujeres aumentará de los 79,8 a los 90,7 años de edad, en los hombres aumentará de los 79,8 a los 86,8. Por tanto la esperanza de vida para las mujeres aumentará de 22,3 a los 27,2 años, mientras que en los hombres acrecentará de los 18,4 a los 24,0 años de vida. Así mismo la esperanza de vida en la población mayor de 80 años en mujeres aumentó en 9,7 a 12,6 años y en hombres se observa un incremento de 7,9 a 10,2 años en el periodo de 2009 al 2049. Si se continúa con la misma tendencia demográfica, se prevé que en el año 2052 el 37% del total de la población española será mayor de 64 años de edad (INE, 2013). Es necesario comentar que esta previsión es secundada por otros muchos organismos, así el Instituto de Mayores y Servicios Sociales español (IMSERSO) proyecta que para el año 2050 el 30,8% de la población total española estará formada por personas mayores de 65 años. Esta situación no es un hecho aislado de nuestro país. A nivel mundial se está produciendo un fenómeno llamado envejecimiento del envejecimiento, lo que nos da a conocer que a nivel global se está produciendo un gran aumento del número de personas mayores de 80 años, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, siendo menor el aumento en estos últimos. Se proyecta que en el año 2060 casi la mitad de la población mundial será octogenaria (IMSERSO, 2009).

Con la ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, ha supuesto una manera nueva de entender a la persona dependiente, esta ley se pretende poner en marcha un Sistema para la Atención a la Autonomía y a la Dependencia (SAAD), coordinando centros y servicios públicos y privados. Constituye un giro radical en las políticas al considerar el cuidado de las personas dependientes como un derecho de la ciudadanía.

Así se da el hecho de que algunos autores comenten la situación que se produce cuando la persona mayor por diferentes motivos se queda en su casa o acude al domicilio de algún hijo, generalmente es la

figura de la mujer (en este caso la hija, con edad entre 40 y 60 años), quien se ocupa de los cuidados, aunque se prevé que esto disminuya debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral (Puga, 2001).

Los años de vida que se proyectan sin sufrir una incapacidad están decayendo (INE, 2013), así mismo si se observan las causas de morbilidad en ancianos es muy llamativo el aumento de las situaciones de dependencia (Abellán, Esperanza, Castejón y Pérez, 2011). Por tanto, se objetiva un aumento de vida en la población, pero este aumento se realiza con mayor dependencia, repercutiendo este hecho tanto en las políticas socio sanitarias así como en la propia estructuración de las familias. La encuesta de mayores de 2010 del IMSERSO, indica que el 87,7% de las personas mayores prefieren vivir en su casa, aunque estén solas. Así mismo indica como las personas mayores se resisten a las residencias de la tercera edad. Este mismo estudio hace referencia a que solo viven solas un 16% de las personas mayores, siendo sobre todo las mujeres, y encontrándose en el ámbito rural su residencia. Se observa como el 80% de los mayores vive con los hijos. Por tanto las personas mayores prefieren ser cuidadas por sus familiares; por tanto todas las personas dependientes requieren el cuidado de otras personas, y de la cobertura tanto pública y privada, pero al ser esta última inalcanzable por su alto coste, obliga a las familias o por otro tipo de afinidad personal a encargarse de sus mayores (Boletín Oficial Estado, 2006). El estudio realizado por el IMSERSO en el año 2005, sobre el cuidado de las personas mayores en los hogares, indica que el 84% de los cuidadores informales son mujeres, de las cuales el 50% son hijas, las esposas o compañeras constituyen el 16%, recayendo el cuidado en la figura de la nuera solo en un 9%. Este cuidado es prestado por los llamados cuidadores informales, dedicándole a esto gran parte de su tiempo diario, pudiendo o no recibir un salario simbólico por ello (Oliva, Vilaplana y Osuna, 2011). Para hacer visibles los cuidados familiares de pacientes cuando sufren demencia avanzada, explicando que es un cuidado que necesita creatividad, que conlleva estrategias de comunicación adaptación del ambiente en definitiva, todo ello para conseguir que el paciente se mantenga activo, cómodo y lo más seguro posible (Cuesta, 2005).

Es visible la falta de cobertura sociosanitaria existente, tanto en residencias de asistidos como en centros de día, siendo necesaria la ayuda que se presta actualmente al colectivo de familias por parte de la administración central y en particular por las Comunidades Autónomas, pues sería insostenible utilizar únicamente las prestaciones económicas para las residencias, por tanto ayuda que reciben las familias es destinada a la contratación de ayuda en la figura de cuidadores informales (Ruiz, 2013).

Se puede valorar cómo Delicado (2011), aglutina los factores que provocan la crisis de los cuidados, nombrando los nuevos modelos de familia, la disponibilidad de cuidadores y las infraestructuras y urbanismo, por tanto se objetiva como la sustitución de la familia en el cuidado está siendo sustituida por la contratación de servicios de cuidadoras, recayendo de manera masiva en la mujer. Esto suele suceder de esta manera debido a la flexibilización de sus horarios, asegurando la presencia de la misma en el domicilio incluso las veinticuatro horas, a la par que son más baratas que los servicios de proximidad (Martínez, 2009).

Se debe tener en cuenta que las preferencias para ser atendidos por cuidadores profesionales está directamente relacionado con el nivel de formación de las personas, así las personas mejor formadas prefieren ser atendidas por cuidadores no familiares. Cobra importancia en estos casos el papel de la enfermería para evitar el aumento de posibles problemas futuros que las personas dependientes puedan sufrir. Según la definición del Comité consultivo para la Formación en el ámbito de los cuidados de enfermería, el enfermero especializado es un enfermero que posee cualificaciones complementarias a las de un enfermero responsable de cuidados generales, con arreglo a la Directiva 77/CEE, y está habilitado para ejercer como especialista que posee conocimientos avanzados en un ámbito determinado de los cuidados de enfermería. Durante el periodo formativo de éstos, se lleva a cabo una metodología docente basada en técnicas educativas que den prioridad al aprendizaje activo tutorizado, garantizando el equilibrio entre la formación teórica y la práctica clínica, desarrollada por un equipo multidisciplinar,

proporcionando a estas profesionales una visión general en la atención al mayor y con un perfil profesional polivalente, vinculado tanto a la atención primaria como a la especializada, mediante la realización de actividades de docencia-asistencia estrechamente ligada a la práctica asistencial y a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios. Por tanto la enfermería especialista en geriatría y gerontología es el profesional de referencia para el cuidado destinado a la persona mayor de 65 años (Gómez, Duque y Sukkarieh, 2015). Por tanto, además de trabajar con unos conocimientos y habilidades, es importante que se tenga en cuenta el aspecto humanista de la relación con el paciente, buscando la mejora o curación de la enfermedad, aliviando el sufrimiento, o colaborando con el paciente en el proceso de la muerte. Por tanto actualmente en nuestro sistema es necesario un mayor número de profesionales enfermeros con posibilidades de formación en la especialidad de enfermería geriátrica, ya que el aumento de personas mayores para los próximos años, tal y como se ha comentado aumentará en nuestro país teniendo gran importancia los cuidados formales que precisará gran parte de la población.

### Discusión/Conclusiones

Se deben de conocer y tener en cuenta que los datos de la oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat), nos informan que el ratio de los dependientes en Europa, contando con los mayores de 64 años, es de 25,4% en el 2008 y en 2060 será de 53,5% y en España pasaran a ser el 59% de la población, sin dejar de lado que los pacientes sin patologías agudas han dejado de ser atendidos en los centros hospitalarios y que los centros sociosanitarios actualmente son muy escasos y que en estos se ejecutan muy pocas plazas de centro de día y de residencias, se está promoviendo y casi se diría que imponiendo el desplazamiento de las personas mayores tras el alta desde los centros hospitalarios a sus domicilios directamente.

Por otro lado debido al desarrollo de las ciencias biomédicas aumenta la supervivencia de las personas con enfermedades crónicas, trastornos degenerativos o por otras alteraciones y esto dará lugar a un desajuste entre la necesidad o demanda de cuidados y los servicios disponibles. La necesidad de permanencia en el hogar de los mayores se da debido a que la institucionalización es entendida como una falta de cariño y responsabilidad por parte de sus familias, pues históricamente ha sido responsabilidad de la familia e ineludible el cuidado de sus mayores. Teniendo en cuenta que las personas mayores desean vivir en sus hogares (IMSERSO, 2010). En este sentido la persona que suele estar encargada de los cuidados informales suele recaer en la figura de la mujer.

El paciente mayor debe ser considerado como sujeto capaz de tomar decisiones propias en el ejercicio de su autonomía, siempre que esta esté presente. Para ello es preciso un aumento de los conocimientos de los profesionales respecto a los derechos de los pacientes, así como una reorganización del sistema que favorezca una relación asistencial basada en el respeto a los derechos legales y humanos.

### Referencias

- Abellán, A., Esperanza, C., Castejón, P. y Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta sanitaria*, 25(2), 5-11.
- Agulló Tomás, M.S. (2001). Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica. 1ª edición: 2001. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Balboa, M., Pérez, M. y Sarasola, J.L. (2012). Propuestas saludables para el envejecimiento activo. *Revista de Educación Hekademos*, 11(V), 29-36.
- Cancian, F. (2000). Paid emotional care. En M. Harrington Meyer (ed.), *Care, work, gender, labour and the welfare state* (pp. 136-148). New York: Routledge.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- Defensor del pueblo. (2000). La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid. p 57-63.
- De la Cuesta, C. (2005). La artesanía del cuidado. Cuidar en la casa de un familiar con demencia avanzada. *Enfermería clínica*, 15(6), 335-342.

Delicado, M<sup>a</sup>.V. (2011). *Sin respiro. Cuidadores familiares: calidad de vida, y repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Madrid: Talasa.

Gómez Cantarino, S., Duque Teomiro, C. y Sukkarieh Noria, S. (2015). Otras unidades multiprofesionales en la formación sanitaria especializada desde el punto de vista de la enfermería. *Principios de Educación Médica*. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. *Editorial médica Panamericana*. S.A., 20(6), 439-440.

Hochschild, A. (2000). Global Care and Chains and Emotional Surplus Value. En W. Hutton y A. Giddens (Eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism* (pp. 130-1469). London: Jonathan.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2004). Empleados de Hogar. Apoyo a Mayores. [Visitado 21 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados*. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2009). *Las Personas Mayores en España, 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2010). Encuesta de mayores 2010. [Visitado 8 enero 2015]. Disponible en:

[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf).

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). Estadística de migraciones 2012. [Visitado 18 noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np788.pdf>

Leitner, S. (2003). Varieties of Familialism: the Caring Function of the Family in Comparative Perspective. *European Societies*, 5(4), 353-75.

Ley para la Promoción de la Autonomía personal y la Atención a las personas en situación de Dependencia 39/2006. De 15 de Diciembre. BOE, núm. 299.

Martínez Bujan, R. (2009). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes (pp. 99-109). Zerbitzuan

Martínez Veiga, U. (2004). *Trabajadores invisibles: precariedad, rotación y pobreza*. Madrid: La Catarata.

Oliva, J., Vilaplana, C. y Osuna R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta sanitaria*, 25(2), 100-7.

Puga, M.D. (2001). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer. UNESPA.

Ruiz López, M. (2013). Ni familiares ni profesionales: cuidadoras inmigrantes contratadas. Tesis doctoral. Serie: Salud.

UNESPA. Reflexiones para la reforma. Para un debate sobre los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar. 2010. [Visitado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/unespadietamencomision-01.pdf>

Vicente, J.M. (2011). Libro blanco sobre envejecimiento activo. 1<sup>a</sup> ed. Madrid: Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

## CAPÍTULO 40

### Motivos para el cuidado de personas mayores dependientes

Catalina López Martínez, Lourdes Moral Fernández, y Sara Moreno Cámara  
*Diplomada de Enfermería, Doctoranda en la Universidad de Jaén (España)*

El cuidado informal es definido como un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas y constituye un verdadero sistema oculto de cuidados. Este es proporcionado por una cuidadora informal o principal, que es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales, o de sus relaciones sociales (Francisco del Rey, 2006).

El cuidador principal reúne unas características, que son las siguientes (Roig, Abengózar, & Serra, 1998):

- Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
- Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, ésta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

Consecuencias del cuidado. En las repercusiones negativas, según Del Pino (2013) existe relación entre la sobrecarga subjetiva y las consecuencias del cuidado informal para cuidador y receptor. Para el cuidador, dichas consecuencias engloban aspectos objetivos (salud mental general y mortalidad) y subjetivos (salud percibida y/o calidad de vida). Para el receptor suponen institucionalización prematura y maltrato (Del-Pino-Casado, 2013).

Las personas cuidadoras sienten que el cuidado que prestan incide negativamente en sus vidas y esto va en aumento a medida que aumenta la edad del cuidador, existiendo fundada evidencia de la asociación entre el desempeño del rol de cuidador y el malestar emocional, siendo esta asociación menor en el malestar físico (Crespo López & López Martínez, 2006).

En las repercusiones positivas, la satisfacción personal por ayudar a sus familiares les hace sentirse próximos a los receptores de los cuidados y sienten que disfrutan estando con ellos, haciendo que la responsabilidad que conlleva su cuidado de sentido a su vida, aumente su autoestima y les produzca placer (Crespo López & López Martínez, 2006).

Motivos para el cuidado y relación con las consecuencias.

Los motivos para el cuidado. Los motivos son universales, conceptualmente distintos unos de otros y explican una cantidad importante de comportamientos humanos (Lecavalier & Havercamp, 2004). Del Pino (2013) y Feeney y Collins (2003) creen que estos motivos tienen alguna relación con la motivación que experimentan las personas cuidadoras para cuidar, con la calidad de sus cuidados y las consecuencias que en ellas se generan, especialmente en la sobrecarga subjetiva.

La motivación según Brown (1980) leída en una publicación de (Panta, 2013) es un proceso que provoca un determinado comportamiento o que modifica uno ya existente, es lo que causa el comportamiento, lo que le da energía y dirección a la conducta. La motivaciones sociales son principalmente: Filiación, poder y logro (Panta, 2013):

- Filiación: Es un impulso que mueve a relacionarse con las personas. Así, experimentan una satisfacción interna al encontrarse entre conocidos.

- Poder: Es un impulso por influir en las personas y las situaciones. El poder tiene dos caras, la primera es la que origina las reacciones negativas, relacionándose esta cara con el dominio-sumisión, personas que pueden controlar a los demás o que tienden a salirse con la suya. La segunda es provocada mediante un comportamiento persuasivo e inspirador de líder que puede provocar sentimientos de poder y habilidad en subordinados.

- Logro: Es la tendencia a alcanzar el éxito en una situación que contemple la evaluación del desempeño de una persona en relación con estándares de excelencia, es un impulso por vencer desafíos, avanzar y crecer.

Los motivos según la perspectiva del cuidador se pueden clasificar en (Kolmer, Tellings, Gelissen, Garretsen, & Bongers, 2008):

- Obtener un beneficio económico.
- Beneficios sociales o psicológicos.
- Evitar el rechazo social o sentimientos de culpa.
- Ayudar de manera que satisfaga las necesidades del paciente.

Según señalan Rivera, Rivera, y Zurdo (1999) y Pérez (2005) las principales razones que refieren las cuidadoras para cuidar son: El cariño, la obligación, el afecto, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia, amigos y conocidos en caso de que no se cuidara el familiar en casa, por que en España el cuidar se considera como un valor y como una obligación moral. El cuidar de un familiar puede ser una experiencia gratificante pero generalmente, es duradera y exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de la tarea del cuidado. En esta sociedad el cuidado es principalmente proporcionado por la familia (Bazo & Domínguez-Alcón, 1996) y en este grupo la carga del cuidado se reparte de forma desigual entre mujeres y hombres, siendo las primeras las que asumen en mayor parte esa responsabilidad (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004).

Losada (Losada et al., 2006; Losada et al., 2008) describe en sus artículos el familismo como un valor importante para los grupos hispanos y es definido en sus artículos como “Una fuerte identificación y el apego de los individuos y sus familias (nuclear y extendida), y fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de una misma familia” relaciona este motivo con las variables que componen el estrés y los modelos de afrontamiento.

Gómez (2007) indica que la decisión de cuidar a una persona está motivada por la relación filial o familiar con la persona que necesita esos cuidados, abandonando el trabajo y otras responsabilidades por la obligación de cuidar que genera el proceso que afecta a la persona cuidada. En el análisis de su estudio aparecen cuatro asuntos culturales que respaldan la decisión de asumir el cuidado de la persona, estos son: Función socioeconómica del grupo, la tradición, la reciprocidad y la religión. Además este cuidado produce un sentimiento de desgaste que hace que los cuidadores necesiten información, aprendizaje, reflexión, programación de las actividades y apoyo.

Otros estudios indagan más sobre la reciprocidad, estableciendo diferentes tipos de reciprocidad. Nuefeld y Harrison (1998) la estudia en sus investigaciones y Del Pino (2013) realiza un análisis del concepto y su relación con el cuidado. Así, se describe la reciprocidad como movimientos viceversa entre dos partes, que son la acción y reacción desde el punto de vista social y que producen relaciones solidarias para un beneficio mutuo. En este margen de movimiento establecen tres puntos, la reciprocidad generalizada que es indefinida, la reciprocidad negativa o apropiación egoísta y la reciprocidad equilibrada. En el cuidado esta reciprocidad también es nombrada como ganancias o recompensas (Del-Pino-Casado, 2013; Nuefeld & Harrison, 1998).

Del Pino (2013) realiza un análisis de los motivos para el cuidado en diferentes estudios clasificándolos en: justificaciones culturales (obligación moral, reciprocidad y familismo); recompensas (expresiones de gratitud de la persona cuidada, compensación financiera, calidad de las relaciones mutuas, disfrutar con la ayuda, reconocimiento social y evitar el castigo); ganancias emocionales

(dignificar, satisfacción, sentirse competente, dar sentido a la vida); adhesión, cariño, amor, respeto y afecto; fines o necesidades relacionales y falta de alternativas.

La motivación puede tener un papel muy importante en las conductas de salud de las cuidadoras, determinando los comportamientos de salud de las mismas (Carter & Kulbok, 2002). Así, la sensación que ellas pueden experimentar con la autovaloración del deber cumplido y del trabajo bien hecho, observando los efectos de sus cuidados sobre el mayor, da lugar a respuestas positivas que les ayudan a sentirse reconfortadas y satisfechas, dándole fuerza y motivación para seguir. De esta forma se aumenta la seguridad y el control de las cuidadoras sobre la situación de cuidado elevando su nivel de autoestima (Ruiz de Alegría Fernández de Retana, Lorenzo Urien, & Basurto Hoyuelos, 2006).

En la siguiente tabla se exponen las relaciones entre las motivaciones sociales y los motivos culturales.

Tabla 1: Relación de los motivos con las motivaciones sociales.

Filiación	Poder	Logro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación altruista</li> <li>• Reciprocidad</li> <li>• Ayuda a los demás</li> <li>• Lazos afectivos</li> <li>• Cariño</li> <li>• Afecto</li> <li>• Altruismo</li> <li>• Gratitud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitar el castigo</li> <li>○ Evitar el rechazo social</li> <li>○ Evitar censura de la familia, amigos y conocidos</li> </ul> </li> <li>• Sentimientos de culpa</li> <li>• Obligación</li> <li>• Tradición</li> <li>• Deber moral (Base moral)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familismo</li> <li>○ Piedad familiar</li> </ul> </li> <li>• Religión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recompensa</li> <li>• Ayuda a las personas</li> <li>• Beneficios                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Económicos</li> <li>○ Sociales</li> <li>○ Psicológicos</li> </ul> </li> <li>• Interés</li> <li>• Función socioeconómica</li> </ul>

Relación de los motivos con las consecuencias del cuidado. Hay varios estudios que relacionan los motivos para el cuidado con las consecuencias de dicho cuidado. Walker, Pratt, Shin, y Laura L. Jones (1990) comentan que los sentimientos de obligación si son fuertes pueden estar asociados con la presencia de mayor carga en la cuidadora. Por otro lado Reid, Moss, y Hyman (2005) sugieren las intervenciones dirigidas a fomentar la reciprocidad por disminuir el impacto en la carga de la cuidadora. Ya que la falta de intercambio de beneficios en una relación, deriva en una relación unidireccional presentando importantes consecuencias para el bienestar de los cuidadores. La reciprocidad habilita a las cuidadoras para hacer frente a la exigencias de su rol, amortiguando la probabilidades de institucionalización de la persona cuidada y mejorando la carga del cuidador en relación con la preocupación y con el conflicto de roles. Las cuidadoras que experimentan el sentido de reciprocidad muestran niveles altos de autoestima, e interpretan los acontecimientos de la vida como desafíos positivos, siendo menores las experiencias estresantes vividas (Reid, et al., 2005). La motivación extrínseca es decir, la derivada de la consecución de un objetivo, puede producir más efectos en la carga ya que la persona cuidadora no alcanza los objetivos que quieren, ya sea ayuda, reconocimiento u otro tipo de recompensas (Reid, et al., 2005).

Los motivos podrían ser utilizados como cribado, mediante la identificación de perfiles de riesgo y como afirma Walker (1990), adaptar los planes de cuidados a la diversidad de experiencias socioculturales existentes en el cuidado informal. Esto hace necesario organizar y sistematizar los



motivos para el cuidado. Hemos visto anteriormente que la mayoría de los estudios que analizan dichos motivos son parciales, ya que estudian algunos de los motivos para el cuidado, pero no todos. Y son escasos los estudios que parten de datos empíricos y los que utilizan un enfoque cualitativo, que sería el más adecuado para el análisis de estos motivos (Gómez Gómez, 2007; Nuefeld & Harrison, 1998). Por tanto nuestro objetivo es profundizar en las experiencias que los motivos de cuidado ocasionan como factor predisponente para la carga subjetiva y comprender la valoración que las cuidadoras realizan de su carga en relación con el motivo de cuidado.

## **Método**

### *Participantes*

Estudio cualitativo analítico realizado en Linares (Jaén), en 2010. Las 3 participantes son las cuidadoras principales (informales) de estos pacientes. Entendemos por cuidador principal a la persona que asume la responsabilidad principal del cuidado en la familia (Prieto Rodríguez, Gil García, Heierle Valero, & Frías Osuna, 2002). Las participantes se eligieron a partir de: Revisión de la bibliografía; de la información de los enfermeros del centro de salud; de un muestreo intencional en el que se ha maximizado la variabilidad de las 3 participantes en función del motivo aparente del cuidado (según consta en su historia clínica); y de la edad y nivel de ayuda externa. Algunas características de la muestra son comunes como son: El sexo, parentesco familiar con la persona cuidada, lugar de residencia, todas son mayores de 50 años, amas de casa y todas residen con la persona a la que cuidan.

### *Procedimiento*

El estudio se ha llevado a cabo mediante 3 entrevistas en profundidad. La elección de esta técnica ha sido en parte motivada por ser más íntima, flexible y abierta y permite obtener información personal detallada. Los datos han sido contrastados con el profesional de enfermería encargado del cuidado de las personas cuidadas. El contacto con las participantes se realizó por teléfono y fue realizado por los investigadores. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. La confidencialidad de los datos se dejó clara en todo momento.

### *Análisis de datos*

Utilizamos el análisis de contenido para el entendimiento de las experiencias de las participantes. Las unidades de análisis fueron las transcripciones de las entrevistas de las participantes (Gil-García et al., 2002; Pérez Serrano, 2007). Las unidades de muestreo fueron las entrevistas en profundidad de las cuidadoras. Las unidades de registro se elaboraron a partir del marco conceptual y de los hallazgos encontrados en las entrevistas. Y las unidades de contexto fueron las entrevistas. Posteriormente se procedió al análisis de las categorías y de las posibles relaciones entre ellas (Gil-García, et al., 2002; Pérez Serrano, 2007).

Las principales dimensiones exploradas en las entrevistas han sido: experiencia y competencia en el cuidado, carga de cuidado, motivaciones para cuidar, relaciones con la persona cuidada, nivel de satisfacción y repercusiones en el cuidador y en la persona cuidada.

## **Resultados**

Los motivos y sus relaciones.

La filiación la definimos como la necesidad de acercarse y cooperar de forma complacida con otra persona. Dentro de esta encontramos:

El “afecto” lo definimos como el sentimiento relacionado con el cariño y el amor, que hace que la persona se incline hacia alguien. Está caracterizada por el estar con los demás, por el cariño hacia los mayores y por el llevarse bien.

Hoy la vida es de otra manera, ¡Yo que sé!, no hay sentimientos | no hay sentimientos, no | no hay cariño hacia las personas mayores | ¿Qué pasa?; Nosotros es que nos hemos llevado todos muy bien. Éste [José, el hermano al que cuida] ha sido el padre. Era el mayor |.

El “dar sentido” en la que el cuidado es su ocupación principal y es por lo que vive y para lo que vive. Delegan la vida al propósito de cuidar a la persona dependiente, dejando en un segundo plano otros roles incluso su propia persona, ya que su vida es cuidar de ellos.

Total, mi vida es | No existe, mi vida es a remolque tirando del carro de ellas de ellas de ellas.; De vida propia nada || Y de pareja igual.; ¡Están como dos flores! Porque es que mi dedicación es a ellas, jantes que a mi persona! Porque hay que reconocer que es eso porque yo no tengo vida propia | ;| con ellos, con mi madre ciega, con este, con el otro, pues | ¡En fin! Eso ha sido la vida.

La “reciprocidad generalizada” definida como las “transacciones donde la retribución material no se estipula por tiempo, cantidad o calidad, y por tanto, la expectativa de dicha retribución es implícita, indefinida o difusa” (intercambio solidario) (Del-Pino-Casado, 2013). Estas cuidadoras llegan a cuidar gran parte de su vida de estas personas y de otras que tienen a su alrededor, siendo el proyecto de su vida el cuidado de los demás, sin aspirar a otras metas.

Porque es que llevo toda mi vida desde pequeña cuidando de ellos | Siempre.

La “reciprocidad equilibrada” la entendemos como -ganancias o recompensas derivadas de la acción de cuidar (Del-Pino-Casado, 2013). Así, el cuidado se justifica por el cariño de los demás a su persona y en otros casos por un intercambio de beneficios (reciprocidad equilibrada)

Si ha estado aguantando mi marido con mi madre, tengo también que aguantar con la suya.; Todo lo que ha pillado ha sido para nosotros. Y los demás pues estamos correspondiéndole todos.

El poder lo entendemos como las influencias que se producen en la persona o situación. Y dentro de este podemos encontrar:

El “conocimiento social” comprendido como el saber que se haya en la sociedad que rodea a unos individuos. Y la “presión social” que es la fuerza que la sociedad ejerce sobre una persona. La influencia de la sociedad, lo que esta opina y dictamina sobre lo que se hace en el cuidado y los resultados que se obtienen es valorado por la sociedad que rodea a la cuidadora y la persona cuidada, dando la aprobación a las acciones realizadas por la cuidadora.

O sea que, si vas a dar un paso, primero se tiene que enterar todo el mundo de lo que vas a hacer porque si no te puedes ir porque tienes un círculo que tiene que quedarse cerrado <...>; Pero la gente no lo ve así.; la gente que vio como vino de Andújar no se lo creía. Y ya estoy todas las tardes paseando con las dos |; A mi me conoce todo el mundo por aquí.; Lo bajé ahí para que distrajera un poquito, pero, da unos espectáculos: “Tus muertos, mama” Y todo el mundo mirando. Es que aquí a mi en Linares ya nos conocen nada más que por eso. | A mi marido lo ha conocido mucho aquí la gente porque ha trabajado mucho, pero ahora cuando lo ven así. |

Lo sentí cuando se calló y se rompió la cadera, que se hizo caca y viene mi hija y se pone a limpiarlo y salta la otra, la del mesón: “Que asco, yo esto no puedo verlo” Y sentí que le dijo el marido: “Tu, lo que haga esa, es lo que tienes que hacer”.; Pues no lo sé, porque tendrán que estar muy bien con los maridos para que los maridos las quieran mucho. ¡Digo yo! ¿Yo que sé? ¿Yo que sé? ¿Qué es lo que pasa? Si mis hijas han sido buenísimas, si mis hijas han sido educadas. ¡Vamos! Todo el mundo las ha conocido por aquí.;

La “costumbre familiar” (valores) es el modo habitual de realizar los actos, que se instaura por la repetición, y que se consolidan dentro de la familia. Y esta caracterizado por la fuerza que tiene lo que siempre se ha hecho y lo que se debería hacer.

Si unos padres tienen dos o tres hijos, tienen que estar en la casa de los dos o tres hijos. || Todos. Por mal que esté un abuelo con la maleta en la mano cada dos o tres meses caminado de un a otra casa, está mucho pero ingresado.; Mi madre siempre estaba con nosotros. Comía y estábamos siempre pendientes

de mi madre. | Y mis hijos, mis hijos no han visto eso en mi casa, pero | Yo sé porque son las cosas pero me callo. |.

El logro es la evaluación del desempeño del rol de cuidador de forma positiva. En el que encontramos:

La “satisfacción”, entendida como el sentimiento de haber realizado un buen trabajo. Esta satisfacción provoca efectos positivos en la cuidadora.

Luego me voy a sentir ¡Tan satisfecha! Que no quiero que luego nadie pueda decir: “hace dos días que se murió su madre y mirala. ¡” Vamos, que me dicen eso y me tiro al suelo. Es verdad, el luto hay que llevarle en vida, hacerlo en vida | Todo lo que sea posible por ellas | Y cuando se mueran, que más que vayas de rojo que de negro.; Pero tenías que ver a la abuela [mi suegra] como la he puesto | ¡Ah! La abuela está perfectamente.; Mi suegra ha estado fa::tal. Mi suegra ha dado noches | me he pasado las horas sentada al lado de la cama, tratando de tranquilizarla, hablándola lo mejor posible |

Yo ni por lavarlos, ni por vestirlos, ni por afeitárselos, ni por darle de comer | lo mejor que puedo. Porque la prueba la tiene usted [en] como está. Y porque no está arreglado porque no lo puedo tener arreglado porque está todo el día haciéndose pipi, y en fin | Bueno | Eso yo todo lo llevo.;

Los motivos y la carga de la cuidadora.

Los motivos de afecto y dar sentido, son propios del cariño, de tener tendencia a estar con algunas personas, de hacer del cuidado el motivo por el que se levantan a diario, de querer ayudar a sus familiares, estos motivos pueden hacer que se sobrelleve de forma más positiva los efectos que el cuidado tiene en la cuidadora, sin embargo el hecho de devolver algo o realizar el cuidado a cambio de alguna acción para la cuidadora, puede hacer que los efectos del cuidado se vean amortiguados dependiendo de si estos intercambios son vistos por las personas cuidadoras como positivos o negativos.

El conocimiento social cuando es positivo refuerza las conductas de la cuidadora y las hace sentirse reconfortadas por el estado de la persona cuidada. Sin embargo si los comentarios son negativos pueden perjudicar que las personas se hagan cargo de la persona cuidada o que este cuidado pueda ser más impactante en la cuidadora.

La satisfacción, puede tener efectos positivos sobre la carga que lleva la cuidadora, ya que les hace sentirse bien en cuanto al cuidado que realizan, con una sensación de orgullo y “buen hacer”.

### **Discusión**

Las motivaciones sociales filiación y logro, respectivamente, son las más significativas. Dentro de estas motivaciones, destacan los motivos, “dar sentido” a la vida de la cuidadora, la “reciprocidad generalizada” y “equilibrada”. Así podríamos entender que estos motivos culturales son los más representados en la sociedad en la que desarrollan el cuidado estas mujeres, implicando que la relación con las personas y el hecho de encontrarse entre personas conocidas producen una satisfacción interna a las mismas. La reciprocidad hace que las cuidadoras afronten mejor el rol de cuidadora y eleve su autoestima. Esta satisfacción produce efectos positivos en la cuidadora que se reflejan en la valoración subjetiva que realiza la cuidadora de la carga, y en los efectos que produce (Crespo López & López Martínez, 2006).

La motivación social poder viene de la mano de la sociedad, de las influencias que la sociedad tiene sobre las personas y las situaciones, y como las cuidadoras se sumen a las normas sociales y tradiciones. La presión que ejerce el conocimiento social y las tradiciones, hacen que el cuidado se dispense a través de una obligación, que proporciona una mayor percepción de carga a la persona que lo ejerce, ya que puede vivirlo de forma negativa (Walker, et al., 1990).

Zabalegui referencia que la mayoría de los cuidadores cuidan bajo una perspectiva de obligación y que los cuidadores que experimentaron reciprocidad generalizada o construida expresaron sentimientos positivos al cuidar (Zabalegui et al., 2007). Como vimos al principio, Reid nos sugiere intervenciones

que fomenten la reciprocidad por ser favorables para el bienestar de la cuidadora y de la persona cuidada (Reid, et al., 2005). Por otro lado la obligación, favorece la carga en la cuidadora (Walker, et al., 1990).

Apreciando las experiencias de las participantes en el cuidado podríamos decir que determinadas intervenciones en las cuidadoras podrían potenciar algunos motivos para el cuidado, haciendo que las repercusiones en estas se minimizasen, ya que como hemos visto la satisfacción hace que ellas se sientan mejor.

## Referencias

- Bazo, M. T., y Domínguez-Alcón, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *REIS*, 73, 43-56.
- Carter, K.F., y Kulbok, P.A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *J Adv Nurs*, 40(3), 316-330.
- Crespo López, M., y López Martínez, J. (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: INSERSO.
- Del-Pino-Casado, R. (2013). Factores Culturales y Sobrecarga Subjetiva en el Cuidado Familiar de Mayores Dependientes. *Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería*, 353. Retrieved from <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/453/1/9788484397175.pdf>
- Feeney, B.C., y Collins, N. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Pers Soc Psychol Bull.*, 29(8), 950-968.
- Francisco del Rey, C. y Mazarrasa Alvear, L. (2006). Cuidados informales y autocuidados. In D. A. d. Enfermería (Ed.), *Enfermería en Atención Primaria*. (Primera ed., Vol. II, pp. 709-734). Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(suppl. 1), 132-139.
- Gil-García, E., Conti-Cuesta, F., Pinzón-Pulido, S.A., Prieto-Rodríguez, M.A., Solas-Gaspar, O. y Cruz-Piqueras, M. (2002). El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index de Enfermería [Index Enferm]*, 36-37, 24-28. Retrieved from [http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37\\_articulo\\_24-28.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php)
- Gómez Gómez, M.M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Invest Educ Enferm*, 25(2), 60-71.
- Kolmer, D.B.G., Tellings, A., Gelissen, J., Garretsen, H. y Bongers, I. (2008). Ranked motives of long-term care providing family caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(1), 29-39.
- Lecavalier, L. y Havercamp, S.M. (2004). Are caregivers' reports of motivation valid? Reliability and validity of the Reiss Profile MR/DD. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 217-224.
- Losada, A., Knight, B.G., Márquez-González, M., Montorio, I., Etxeberria, I. y Peñacoba, C. (2008). Confirmatory factor analysis of the familism scale in a sample of dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 12(4), 504-508.
- Losada, A., Robinson Shurgot, G., Knight, B.G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., et al. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging and Mental Health.*, 10(1), 69-76.
- Nuefeld, A. y Harrison, M.J. (1998). Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation? *J Adv Nurs*, 28(5), 959-968.
- Panta Cortéz, V. y Urbano Reaño, E. (2013). *Motivación de Filiación, Poder y Logro en Estudiantes Universitarios* Unpublished Dissertation/Thesis, Universidad Cesar Vallejo, Lima.
- Pérez Pérez, M.J. (2005). Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades (Vol. 1): Biblioteca Lascasas.
- Pérez Serrano, G. (2007). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla, S. A.
- Prieto Rodríguez, M.A., Gil García, E., Heierle Valero, C. y Frías Osuna, A. (2002). La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 613-625.
- Reid, C. E., Moss, S. y Hyman, G. (2005). Caregiver reciprocity: The effect of reciprocity, carer self-esteem and motivation on the experience of caregiver burden. *Australian Journal of Psychology*, 57, 186-196.
- Rivera, J., Rivera, S. y Zurdo, A. (1999). El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. *Rev Mult Gerontol*, 9, 225-232.
- Roig, M.V., Abengózar, M.C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*, 14(2), 215-227.

Ruiz de Alegría Fernández de Retana, B., Lorenzo Urien, E. y Basurto Hoyuelos, S. (2006). Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index Enferm*, 15, 10-14.

Walker, A.J., Pratt, C.C., Shin, H.Y. y Laura L. Jones, L.L. (1990). Motives for Parental Caregiving and Relationship Quality. *Family Relations*, 39(1), 51-56.

Zabalegui, A., Rodríguez, E., Ramírez, A.M., Pulpón, A., López, L., Izquierdo, M.D., et al. (2007). Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Evidentia, ene-feb*; 4(13).

## CAPÍTULO 41

### Ayudando al cuidador a cuidarse

Patricia Montiel Crespo, Rosa Lidia Escalona Prieto, Nuria Infante Chacón, y  
Rocío Sánchez Martín  
*Hospital de La Línea (España)*

Actualmente el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas han abierto la puerta al cuidador familiar, siendo este el gran olvidado por nuestro actual sistema de seguridad social (Hagood, 2005) así como por el resto de la familia (Barrera y Sánchez, 2005). Se define como cuidador principal a aquella persona que asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido aquejado de una enfermedad crónica o terminal (Barrera, 2005). Desarrollaremos en este trabajo las necesidades del cuidador (Sánchez, 2001), la experiencia que para ellos supone (Sánchez, 2001), los desafíos que supone la tarea de cuidar. Y desarrollaremos los distintos requisitos, físicos, financieros, emocionales, etc. Nos parece interesante resaltar también las distintas maneras de obtener ayuda y orientación (Hanak, 1998).

Por último veremos al cuidador desde otra perspectiva (Johnson, 1999) desde la recompensa que supone proporcionar cuidados (Merck Sharp & Dohme, 2004). Y su relación con la enfermería sin pasar por alto el "Síndrome de burnout" (Freudenberger, 1974). Se desarrollará también la relación enfermería y cuidador y los recursos de los que ésta dispone para facilitar la labor y el día a día del cuidador. Por último y, a modo de resumen muy ilustrativo, hablaremos del caso de una señora cuidadora de su madre anciana, donde desarrollaremos en ejemplos todo lo que hemos desarrollado y ampliado en nuestro trabajo.

#### **Objetivo**

Nuestro objetivo principal en este trabajo se centra en la figura del cuidador familiar como punto de referencia. Comenzaremos por las necesidades que pueden llegar a presentar, en muchas ocasiones no cubiertas por los servicios sociales, lo que los hace sentirse vulnerables, frustrados e impotentes y con gran sensación de soledad ante situaciones que piensan que les van a sobrepasar. Al cuidador familiar se le presentaran muchos desafíos en su labor pues nadie está lo suficientemente preparado y los requisitos a veces son incontables y, en ocasiones, casi insuperables.

#### **Metodología**

Para la realización y desarrollo de nuestro trabajo hemos seguido una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos de ciencias de la salud tales como Scielo, Pubmed o Medline en una franja temporal centrada básicamente en la última década para acotar nuestra búsqueda de información. Como descriptores utilizamos "cuidador familiar", "calidad de vida", "burnout", "enfermedad crónica" y "necesidades".

La mayor parte de la información fue obtenida de internet con trabajos tanto en inglés como en español y de algunos libros que citamos en el apartado de bibliografía y que nos resultaron muy interesantes durante el desarrollo de nuestro trabajo.

#### **Resultados**

La experiencia de ser cuidador va mucho más allá que el mero hecho de cuidar a una persona pues conlleva una gran cantidad de connotaciones por las limitaciones, el estrés que supone, el impacto familiar, etc. la experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante y

cambiará para siempre la relación consigo mismo, con la persona cuidada y con el mundo (Sánchez, 2001). Desarrollaremos a continuación algunos de los requisitos por su importancia.

- Físicos- Un cuidador familiar necesita estar dotado de una cierta fuerza "física" y de un mínimo de conocimientos sobre como movilizar a una persona sin lesionarse, aunque no podemos pasar por alto las limitaciones personales de cada uno, como pueden ser, la edad o la corpulencia de cada uno pues, en muchos casos, son personas de edad avanzada, el sexo, pues en la mayoría de los casos los cuidadores son mujeres de edad media y en algunas ocasiones de edad avanzada, la fortaleza física de cada uno, etc. Por ejemplo un hombre que ha sufrido un accidente cerebrovascular va a necesitar la ayuda de su esposa para ir al baño, sentarse, para caminar... Y hay que ver si ella tiene la fortaleza física suficiente requerida para su movilización en cada caso.

- Emocionales - es un factor muy importante a tener en cuenta pues va a influir mucho el estado emocional del cuidador a la hora de proporcionar cuidados, puesto que en la mayoría de los casos el "cuidar" representa un gran impacto emocional, en el que no se va a reaccionar igual si los cuidados son "impuestos" o se asumen libremente. Cuidar incluye a menudo sacrificios, restricciones y responsabilidades concurrentes, muchos cuidadores, sin darse cuenta, se exigen más de sus posibilidades y terminan olvidándose de si mismos y de las personas que cuidan pudiendo todo esto manifestarse por ejemplo cuando el cuidador esta siempre agobiado, va corriendo a todas partes, manifiesta problemas de sueño, pérdida de energía, sensación de cansancio continuo, cefaleas, problemas de memoria molestias digestivas, aislamiento... o problemas físicos como palpitaciones, temblor, falta de memoria, aumento o disminución del apetito (Sanford, 1980).

Es importante citar también aquí que en multitud de ocasiones se dan en el cuidador circunstancias que hacen que este se sienta "desbordado" como hemos citado anteriormente, cansado y sobrepasado por la situación pues la vida del cuidador cambia radicalmente a consecuencia de la nueva situación. Desarrollaremos a continuación "el síndrome de burnout" o "síndrome del cuidador quemado" por la importancia y el impacto que supone. Existen numerosas definiciones de burnout" sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del cuidador" (Freudenberger, 1947) o "Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal" (Maslach y Jackson, 1981) el agotamiento emocional hace referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y emocional, la despersonalización se refiere a un conjunto de actitudes y respuestas que desarrolla el cuidador hacia la persona a la que presta sus cuidados y la reducida realización personal nos habla de la pérdida de confianza que experimenta la persona que ejerce los cuidados hacia si mismo, también puede definirse según Burke y Richardsen (1991) "existe un acuerdo general en el que el burnout ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de estrés y discomfort".

- Financieros - no por citarlos los últimos se consideran menos importantes y mucho menos hoy en día en los tiempos de crisis que vivimos actualmente donde los recursos familiares en muchas ocasiones son muy reducidos. El cuidador familiar debe cubrir en multitud de ocasiones muchos gastos adicionales que en muchas ocasiones son inesperados y a veces muy difíciles de asumir, en muchas ocasiones el cuidador es una persona jubilada con unos recursos muy limitados, y si se trata de un cuidador con un empleo a veces es necesario reducir la jornada laboral o incluso abandonar el trabajo para ejercer los cuidados. Al comenzar los cuidados el cuidador debe hacerse cargo de cualquier responsabilidad financiera que le surja, a veces se controlan los gastos declarando a la persona que se cuida como "dependiente", cobra importancia aquí el papel de la enfermería como "gestoras de casos" donde podemos asesorar sobre posibles ayudas financieras del estado o sobre programas de formación, terapias o ayudas. Evaluar el domicilio para recomendar determinadas medidas de seguridad, enseñar técnicas de movilización.

Pasaremos ahora a hablar de los distintos tipos de ayudas a las que los cuidadores pueden acceder y que les pueden ser de gran utilidad.

- Ayudas físicas- suelen ser de gran utilidad y facilitan mucho la vida al cuidador y a la persona a la que se cuida sobre todo a personas con minusvalías a las que les proporciona una mayor independencia, por ejemplo, poner barras en los baños para acceder a la bañera o el water, sillas o banquetas para meter dentro de la ducha y facilitar el baño, barandillas para la cama evitando así caídas accidentales, etc.

- Ayudas afectivas -es muy importante proporcionar " un respiro" al cuidador en forma de tiempo libre por ejemplo, para que se relaje y disfrute de actividades de las que habitualmente no puede, también son de mucha ayuda las terapias de grupo.

- Ayuda de la comunidad - A veces la ayuda que ofrece la familia al cuidador resulta insuficiente y es necesario recurrir a la ayuda de la comunidad, existen determinados tipos de ayuda que ofrecen, por ejemplo, cuidados durante unas horas, así el cuidador tiene tiempo para sí mismo, trámites burocráticos, acudir al médico, a la compra, a la peluquería o simplemente para dar un paseo y despejarse un rato o dormir una siesta. También existen los llamados centros de día en los que podemos dejar a la persona gran cantidad de horas donde estarán cuidados por profesionales, donde se supervisará la dieta, la medicación que toma, aseo... y que en ocasiones incluye el transporte y que suponen un gran alivio cuando el cuidador trabaja fuera de casa.

Y, a continuación hablaremos del cuidador desde otra perspectiva y es la de la recompensa que puede suponer a una persona proporcionar cuidados (Johnson, 1999), en muchas ocasiones una experiencia muy gratificante y enriquecedora que da un sentido distinto a la vida lo que para unos supone simplemente un deber que hay que asumir y cumplir, para otros es un gesto de amor y de ejemplo. Muchas personas refieren que su mayor satisfacción supone saber que su ser querido está entre ellos, que evoluciona favorablemente y que eso, en cierto modo, es gracias a los cuidados que se les proporcionan en casa, por otro lado, también es muy satisfactorio percibir el cariño y afecto de esa persona a la que se le proporcionan cuidados, el papel de un "ser superior" también ayuda mucho, conforta y proporciona alivio en los momentos difíciles, fortaleciendo al cuidador.

A modo de resumen podemos decir que la experiencia de ser cuidador va más allá de tener una tarea o responsabilidad, supone inmensos retos en los que con frecuencia, se ve afectada la salud física, la tensión arterial, el patrón de sueño... Pero que, por otro lado, supone una experiencia gratificante llena de matices y muy enriquecedora.

Como conclusiones finales a este trabajo podemos extraer varios puntos importantes, en primer lugar, el largo camino que aún queda por recorrer en cuanto al binomio enfermería -cuidador, sería conveniente y muy necesario la elaboración de programas encaminados a la orientación, ayuda y apoyo al cuidador. La comunicación entre el cuidador familiar y el personal sanitario resulta imprescindible (Sánchez, 2002). La entrevista enfermería -cuidador nos va a aportar una información muy valiosa sobre la situación real que se está viviendo, así como sobre las necesidades que se presentan aunque en ocasiones, llegar a estas conclusiones resulta muy dificultoso, también se ha documentado ampliamente el papel que juegan las redes de apoyo social en el bienestar de los cuidadores, estos grupos dan apoyo emocional y, en ocasiones, algunos también proporcionan compañía e incluso un respiro en la labor de cuidar.

A modo de resumen, vamos a explicar un caso que conocimos hace unos meses y con el que tuvimos la oportunidad de conocer de cerca todo lo que hemos desarrollado en este trabajo. Conocimos a María que es una señora de 66 años que lleva 15 años cuidando a su madre, Carmen, de 95 años enferma de Parkinson y 8 años encamada, tras sufrir una caída accidental donde se fracturó su cadera, en la actualidad en fase terminal de su enfermedad de Parkinson, completamente dependiente para las actividades básicas e instrumentalizadas de la vida diaria. María, por su parte, está casada y vive con su marido Francisco de 68 años, independiente y que le ayuda en todo lo que puede. Con respecto a su calidad de vida María refiere que el cambio en su vida fue progresivo desde que su madre fue a vivir con



ellos pero que ella "siempre se apañó bien con la ayuda de Francisco". Francisco refiere que a medida que Carmen precisaba mayor número de cuidados y mas dedicación María poco a poco se iba olvidando de ella misma, se fue convirtiendo en una persona "mas cerrada", perdió peso, comenzó a tener problemas con la tensión arterial y en mas de una ocasión tuvo que acudir al servicio de urgencias" por palpitaciones". En los últimos años María se refería a sí misma como " una persona que no sale nunca excepto para hacer la compra...y corriendo....no voy a la peluquería,ni siquiera salgo a ver de vez en cuando a mi familia...." Se observa claramente como el cuidador se "olvida de sí mismo".Sin embargo, con respecto a su rol de cuidadora María hablaba de su madre como la persona que la había enseñado lo útil que podía ser y el amor que era capaz de dar, consideraba también que lo que hacía era un gran ejemplo para sus hijos y que esperaba recibir lo mismo de ellos cuando los necesitara, Carmen, por su parte, en el contexto de su enfermedad, adora a su hija.

Por otro lado, estaban el resto de los hermanos de María, que venían una vez en semana a ver a Carmen y que no descargaban a su hermana en ningún momento "porque no podían ", aún así, ella no se quejaba nunca, incluso cuando recibía críticas por parte de sus hermanos.... En los últimos años de vida de Carmen gracias a su enfermera gestora de casos de su centro de salud, acudía a su casa todos los días una auxiliar de enfermería que ayudaba a María en el aseo en cama y que la asesoraba en las movilizaciones y cambios posturales, también acudía cuando era necesario una enfermera que valoraba a Carmen instruyendo a María en la prevención de úlceras por presión, tomaba sus constantes... Y comprobaba que todo iba bien. Hemos descrito este caso porque nos parecía interesante reflejar todo lo desarrollado en nuestro trabajo en un ejemplo que conocemos, habrá miles iguales o parecidos...todos conocemos algunos... "Aprende a cuidarte para cuidar mejor".

## Referencias

- Barrera, L. y Sánchez, B. (2005). *Cuidando a los cuidadores*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Colciencias.
- Barrera, L. y Sánchez, B. (2005). Evaluación de un programa de fortalecimiento de habilidades de cuidado dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.
- Florez, J.A. (2002). El síndrome del cuidador. *Geriatría*, 18(7), 22-26.
- Griffin, M. (1993). Cuidando a los cuidadores: el rol de enfermería en un establecimiento corporativo. *Geriatric Nursing*, 14(4), 200-204.
- Hagood, J.S., Lenker, C.V. y Thrasher, S. (2005) A course on the transition to adult care of patients with childhood - onset chronic illnesses. *Academic Medicine*, 80, 352-355.
- Hanak, M. (1998). Guía para la educación al paciente y la familia. Ediciones Doyma. Madrid.
- Janice, C. (2005). The meaning for elders of receiving family care. *Journal of advanced Nursing*, 485-487.
- Johnson, M. (1999). Nursing outcomes classification (NOC): Desempeño del cuidador: cuidado indirecto. EEUU Mosby year book Inc.
- Macvicar, M. y Sexton-Stone, K. (1990). El impacto de la enfermedad crónica sobre los sistemas humanos. En *Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*, cap 35 Washington D.C.E.U.A.
- Merck, S. y Dohme. (2004). Manual de información médica, edad y salud. Oceano librerías (pp. 175-187).
- Sánchez, B. (2002). Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. El arte y la ciencia del cuidado.
- Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación educación en enfermería.
- Troconiz, M.I. y Cerrato, I. (1997). Guía para cuidadores y familiares. Vol 1, Cap I. Cuidarse y cuidar mejor. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

## CAPÍTULO 42

### Cuidados familiares del anciano dependiente en su domicilio y nivel de sobrecarga

Margarita Torres Amengual\*, Beatriz Hernández Martínez\*, Casilda Antonia Martínez Fernández\*\*, e Inmaculada González Morales\*  
*\*Hospital Torrecárdenas (España), \*\*Distrito Almería (España)*

Debido a los cambios generacionales y sociales acontecidos en los últimos años, donde la pirámide poblacional cada vez está más invertida y los usuarios más longevos con los avances médicos, poseen mayores pluripatologías y comorbilidades, y por lo tanto son más dependientes; tras la crisis acontecida de los últimos años en España, muchas familias carentes de recursos no pueden conseguir ayuda profesional para reducir los niveles de sobrecarga en sus funciones como cuidadores familiares.

Estos niveles de sobrecarga son secundarios al acto de cuidar, y surge de las percepciones del principal proveedor de cuidados principales (Cerquera, Granados & Buitrago, 2012).

Según el estudio Martins, Da Silva, Correa, Rosset, Peroni & Partezani (2013) la pérdida de esta independencia acontecida por las comorbilidades del anciano acarrea una influencia directa sobre la sobrecarga del cuidador principal.

El cuidador familiar se define como el principal generador de cuidados del usuario con dependencia, dedicando la mayor parte de su tiempo y asumiendo y responsabilizándose de sus necesidades (Cerquera et al., 2012). La sobrecarga del cuidador familiar es secundaria a su nuevo rol generadas para atender las necesidades específicas de su familiar, pudiendo repercutir seriamente en su propia salud, esta vulnerabilidad viene definida por las fuertes modificaciones generadas en todos los ámbitos antes mentados, siendo la capacidad y/o habilidad para su autocuidado fundamental para evitar tal vulnerabilidad (Espinoza & Jofre, 2012; Stackfleth et al., 2012).

El acto de cuidar está estrechamente ligado al sexo femenino y a una edad media de entorno a los 50 años, diversos estudios sobre la sobrecarga al cuidador principal, así lo determinan, identificando a la mujer como principal proveedora de cuidados y con edades medias muy cercanas a la década mencionada (Ballester, Borrás, Corbalán, Hernández, Paul, Pérez, 2008; Cerquera et al., 2012; Corbalán, Hernández, Carré, Paul, Hernández, & Marzo, 2013; Espinoza & Jofre, 2012; Martins et al., 2013; Jofré & Sanhueza, 2010; Flores, Rivas, & Seguel, 2012; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona & Alonso, 2009; Martins, Da Silva, Correa, Ferreira, & Partezani, 2012; Ortiz, Lindarte, Jiménez & Vega, 2013). Flores et al. (2012) menciona a la mujer como característica definitoria de cuidador informal.

En cuanto al nivel de sobrecarga, según los estudios citados, existen discrepancias, mientras en el trabajo de Cerquera et al. (2012) los resultados arrojaron que un 65,4% de la muestra no presentaba sobrecarga, en el estudio de Flores, Rivas & Seguel (2012) presentaron un 59,7% de los casos sobrecarga intensa.

Cabe destacar que la permanencia del usuario en su propio domicilio es favorecedora para la mejora de calidad de vida, en el estudio de Ballester et al. (2008) se determinó el perfil de usuarios domiciliarios, de una población incluida en un programa de Atención Domiciliaria de un Área Básica de Salud, determinándose que el 98,9% de éstos poseían cuidador principal informal, siendo en el 82,6% de los casos mujeres, este estudio es una muestra de los casos de atención domiciliaria que precisan atención y coordinación desde el centro de atención primaria conjuntamente con el cuidador principal, puesto que sin los cuidados pertinentes sería necesaria la institucionalización.

En el caso del cuidador informal, a corto y largo plazo quedan determinadas las consecuencias de su vocación de cuidados, según estudios como el de Rogero-García (2010) y Cerquera et al. (2012), existen

como aspectos negativos perjuicios para la salud del cuidador, tanto física como psicológica, perjuicios para sus relaciones sociales, tanto familiares como comunitarias y costes en la economía, clasificados en directos e indirectos.

La importancia de este trabajo radica en la influencia de la convivencia continua con el usuario receptor de cuidados como estresor fundamental de cuidados y la influencia de la edad como factor predisponente al cansancio en el desempeño del rol de cuidador, con ello se pretende aportar a la comunidad del conocimiento el estado actual del cuidador informal en nuestra provincia, para, con ello, mejorar en la línea de actuación ante las dolencias y necesidades del cuidador informal.

Los objetivos del presente estudio son: Determinar el perfil del cuidador informal principal, identificar el nivel de sobrecarga que padecen, y determinar que variables influyen en la sobrecarga, en cuidadores principales familiares que conviven con el usuario geriátrico dependiente.

## **Método**

### *Participantes*

Para la obtención de la muestra del estudio, se captaron a todos los cuidadores familiares que acudieron a consulta de Enfermería, durante el periodo comprendido entre Junio y Diciembre de 2014, Almería.

Fueron un total de 49 cuidadores principales familiares.

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron:

- Poseer parentesco familiar con el usuario receptor de cuidados.
- Que el usuario receptor de cuidados fuera mayor de 75 años con más de dos patologías y/o dependencia en actividades de la vida diaria, tales como: Comer/beber, Continencia, Movilidad-Deambulacion, Baño/higiene y Vestirse/ desvestirse.
- Que los participantes convivieran con el usuario todo el año ininterrumpidamente.
- Que quisieran participar voluntariamente en el estudio.
- Que no tuvieran dificultades comunicativas o de comprensión para poder realizar el cuestionario.

En cuanto a criterios de exclusión:

- Se excluyeron a todos los participantes que no fueran figura principal de cuidados del usuario.
- Que percibieran alguna cuantía económica por sus funciones.
- Que no convivieran con el usuario durante el año completo.
- Que no quisieran participar en el estudio.

### *Instrumentos*

Para medir el nivel de sobrecarga del cuidador informar de usuarios geriátricos que poseía la muestra seleccionada, se utilizó como instrumento *La Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit*. Con una confiabilidad inter-observador 0,71-0,85 en validación internacional (Cerquera et al., 2012), y con una consistencia de 0,907 (Jofré & Alvaroado, 2010), y fiabilidad española en el test- retest de 0,86 (Ortiz et al., 2013).

Este instrumento está constituido por 22 ítems, medidos mediante escala Likert, otorgándose 1 punto (casi nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) a 5 (casi siempre); obteniéndose una puntuación final mínima y máxima de 22 y 110 puntos, respectivamente.

Una vez obtenida la puntuación final, se recodificó en tres escalas:

- No sobrecarga: para puntuaciones finales inferiores a 46 puntos.
- Sobrecarga leve: para puntuaciones de entre 47 a 56.
- Sobrecarga intensa: para puntuaciones superiores a 57 puntos (Cerquera et al., 2012).

### *Procedimiento*

En primer lugar se comunicó la intención de realizar un estudio a la dirección de un centro de atención privada, Almería. Una vez obtenida la aceptación del proyecto, se procedió a la captación de los participantes.

Para la obtención de la muestra, se solicitó la participación a todos los usuarios que, acudieron al centro y que fueran cuidadores informales, durante la captación se les explicó el tipo de estudio, la voluntariedad del mismo y el anonimato. Una vez aceptaron la participación, los usuarios cumplimentaron una encuesta autoadministrada, para facilitar la veracidad de los datos se les propuso la opción de poder llevarse la propia encuesta y depositarla en un buzón que se adecuó para ello, este proceso se llevó a cabo entre los meses de Junio y Diciembre de 2014.

Conjuntamente con la Encuesta de Zarit, se recogieron variables demográficas tales como: edad, sexo, si poseían ocupación exclusiva en el hogar o trabajaban fuera del mismo, el tiempo en meses de convivencia con el anciano, las horas diarias dedicadas al cuidado, si tenían hijos a cargo y número de componentes de la unidad convivencial.

### *Análisis de datos*

El Estudio fue observacional descriptivo transversal.

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 20.0.

Para la lectura y comprensión de los datos cuantitativos se utilizó como medida, media y desviación estándar.

Para datos categóricos se utilizaron porcentajes y gráfica de histogramas.

Se utilizó T student para muestras independientes para contrastar las puntuaciones finales de la escala y el sexo del encuestado y poseer hijos a cargo.

Se utilizó la prueba Correlación de Pearson con un nivel de significancia del 0,05 para determinar la relación entre la puntuación final con las horas de dedicación diarias, edad del encuestado y tiempo de convivencia.

### **Resultados**

El 87,8% de los participantes eran mujeres, con una media de edad de 53,77 años  $\pm$ 15,36 DE.

La media de dedicación que los participantes dedicaban exclusivamente al cuidado de sus familiares al día era de 14,32h  $\pm$ 8,63DE.

La familia estaba compuesta por 3,81 miembros  $\pm$ 3,28DE.

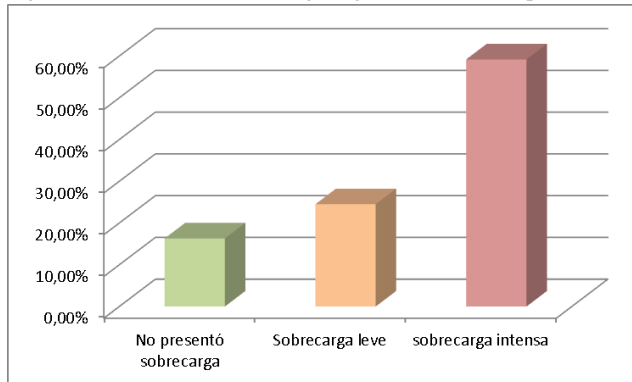
El 46,9% de los participantes poseían hijos a cargo.

El tiempo de convivencia continuo, ininterrumpido, con el familiar receptor de cuidados fue de 46,57 meses  $\pm$ 63,51DE.

El 59,1% de los participantes tenían dedicación exclusiva a las funciones dentro del hogar, funciones no remuneradas.

La gráfica 1 nos muestra que nivel de sobrecarga poseía la muestra determinada una vez categorizados los datos: el 16,3% no presentó sobrecarga, 24,5% sobrecarga leve y 59,2% intensa.

Gráfica 1. Histograma de niveles de sobrecarga según resultados de puntuación Escala de Zarit



Tras relacionar las puntuaciones de la escala de Zarit con el sexo, se determinó que la media de puntuación de mujeres fue de  $60,27 \pm 13,10$  DE mientras que de hombres de  $52,66 \pm 10,53$  DE; no se obtuvieron relaciones significativas estadísticamente en este caso (T-student para muestras independientes  $0,181 > 0,05$ ).

Tampoco existieron diferencias entre los grupos con hijos a cargo y sin hijos a cargo con la puntuación de la escala (Prueba T- student para muestras independientes  $0,914 > 0,05$ ), siendo la media de la escala de familia sin hijos a cargo de  $59,53 \pm 13,52$  DE frente al  $59,13 \pm 12,62$  DE de cuidadores con hijos a cargo, la media de puntuación fue ligeramente inferior en el cuidador con cargas familiares.

No existió correlación entre las horas diarias de dedicación y las puntuaciones finales de la escala (Correlación de Pearson Sig. Bilateral  $0,09 > 0,05$ ).

La edad del cuidador informar y la puntuación de la escala, obtuvieron una correlación moderada positiva (Tabla 1) (Correlación de Pearson).

Tabla 1. Correlación según edad y puntuación final de la Escala Zarit

Correlaciones			
		Puntuación	Edad
Puntuación	Correlación de Pearson	1	,319*
	Sig. (bilateral)		,025
	N	49	49
Edad	Correlación de Pearson	,319*	1
	Sig. (bilateral)	,025	
	N	49	49

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para la correlación entre puntuación y tiempo de convivencia (Tabla 2) se obtuvieron resultados positivos, determinándose una asociación positiva moderada, a mayor tiempo de convivencia mayor puntuación en la escala de sobrecarga del cuidador.

Tabla 2. Correlación según tiempo de convivencia y puntuación final de la Escala Zarit

Correlaciones		Puntuación	Tiempo de convivencia
Puntuación	Correlación de Pearson	1	,368**
	Sig. (bilateral)		,009
	N	49	49
Tiempo de convivencia	Correlación de Pearson	,368**	1
	Sig. (bilateral)	,009	
	N	49	49

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Discusión/Conclusiones

El perfil de cuidador informal de la muestra captada en el presente estudio fue de mujer, de más 50 años de edad, con cuatro años de convivencia, aproximadamente, con el anciano en el momento de la recogida de datos del estudio. Con dedicación exclusiva al hogar, no remunerada. En cuanto al tipo de domicilio, conviven entre tres y cuatro residentes, dependiendo de si poseen hijos a cargo o no, y para el cuidado del familiar precisa de aproximadamente 14 horas diarias íntegras.

El porcentaje de sexo femenino y media de edad se corresponde con los estudios anteriormente revisados (Ballester et al., 2008; Cerquera et al., 2012; Corbalán et al., 2013; Espinoza Miranda & Jofre Aravena, 2012; Martins et al., 2013; Jofré & Sanhueza, 2010; Flores et al., 2012; López et al., 2009).

La dedicación plena al trabajo del hogar está fuertemente ligado al tiempo de dedicación exclusiva al usuario dependiente, restando con ello las relaciones sociales al reducir el tiempo libre expreso para tal fin (Rogero-García, 2010).

El test de Zarit en nuestro estudio arrojó datos alarmantes sobre el nivel de sobrecarga de la muestra obteniéndose una sobrecarga intensa, en contraposición al estudio de Cerquera et al. (2012) que obtuvo un porcentaje más elevado en la no sobrecarga; en el estudio de Jofré & Sanhueza (2010) y Espinoza & Jofre (2012), Martins et al. (2012), Martins et al. (2013), Stackfleth et al. (2012) obtuvieron valores más intermedios; mientras que en el de Corbalán et al. (2013), Flores et al. (2012), López et al. (2009) obtuvieron valores más elevados y similares a nuestro estudio. Tanta diversidad interestudios indican que la variabilidad depende en gran medida de factores desconocidos, puesto que perfiles de características muy similares tienen resultados diferentes, con ello se plantea aquí otra línea de investigación sobre los participantes con menos sobrecarga, donde mediante un estudio cualitativo se averigüe que tipo de conducta asumen para poder disminuir su nivel de sobrecarga, que recursos poseen individualmente, para poder extrapolarlo a la sociedad.

El tiempo de convivencia con el usuario es influyente en el aumento de sobrecarga, actualmente existen sistemas institucionales, denominadas unidades de respiro familiar, que son determinantes para asegurar el descanso de los cuidadores informales, pero sería necesaria la implementación de educación sanitaria sobre este servicio, puesto que existe la visión o percepción por parte del cuidador de sentir que está abandonando a su familiar cuando en realidad, es un bien para su influencia sobre el mismo, estudios anteriores demuestran también el tiempo de convivencia como influyente Martins et al. (2012), Martins et al. (2013),

En cuanto a la edad, existió influencia de ésta sobre la percepción de sobrecarga, a mayor edad mayor sobrecarga en la escala, datos reflejados también en trabajos realizados como el estudio de Ortiz et al. (2013)

Se ha demostrado que la edad y el tiempo de convivencia con el usuario receptor de cuidados son influyentes en los resultados de la escala, pudiendo ser utilizado como factor predictivo en un desequilibrio de su salud. Actitudes como el fomento del autocuidado e información sanitaria sobre los

recursos sociales podría mejorar la calidad de vida del cuidador principal, por lo tanto se hace necesaria la visibilidad de la figura del cuidador principal familiar, como elemento clave para la determinación de cuidados del usuario dependiente en el domicilio, pero con una serie de características y necesidades especiales que, repercuten no exclusivamente en la salud del usuario sino además en la salud del propio cuidador.

## Referencias

Ballester Rubio M, Borrás Español L, Corbalán Carrillo G, Hernandez Vian B, Paul Garceran G, Pérez Rodríguez J. (2008) *Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. NURE Inv.*, 5 (32). Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es>.

Cerquera Córdoba, A., Granados Latorre, F., & Buitrago Mariño, A. (2012). *Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 35-45.

Corbalán Carrillo, M. G., Hernández Vian, Ó., Carré Catases, M., Paul Galcerán, G., Hernández Vian, B., & Marzo Duque, C. (2013). *Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos*, 24(3), 120-123.

Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). *Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.

Jofré Aravena, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). *Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y enfermería*, 16(3), 111-120.

López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). *El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.

Martins Gratão, A. C., Da Silva Talmelli, L. F., Correa Figueiredo, Ferreira Santos, J. L. & Partezani Rodrigues, R. A. (2012). *Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. Texto and Contexto Enfermagem*, 21(2), 304.

Martins Gratão, A. C., Da Silva Talmelli, L. F., Correa Figueiredo, L., Rosset, I., Peroni Freitas, C. P., & Partezani Rodrigues, R. A. (2013). *Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev esc enferm USP*, 47(1), 137-44.

Ortiz Claro, Y. G., Lindarte Clavijo, A. A., Jiménez Sepúlveda, M. A. & Vega Angarita, O. M. (2013). *Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. Revista cuidarte*, 4(1), 459-466.

Rogero-García, J (2010). *Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm*, 19 (1). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es&nrm=iso).

Stackfleth, R., Diniz, M. A., Fhon, J. R. S., Vendruscolo, T. R. P., Fabrício-Whebe, S. C. C., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2012). *Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. Acta Paul Enferm*, 25(5), 768-74.

## CAPÍTULO 43

### Cuidadores informales y “sobrecarga intensa” asociada al cuidado de personas dependientes

Patricia Macía García, María Deseada Caballero León, y María Jesús Larios Montosa  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, provoca cambios en los modelos familiares existentes hasta ahora. Los roles dentro de la unidad familiar evolucionan y cambian paralelamente con la evolución social, por ejemplo, por la aparición de enfermedades crónicas que crean dependencia en miembros de la unidad familiar (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar y Lázaro, 2004).

El proceso normal de la de una enfermedad crónica en el núcleo familiar, conlleva una reestructuración familiar, sobre todo en el caso de enfermedades invalidantes o en pacientes dependientes, obligando a uno de sus miembros, en la mayoría de las ocasiones, a asumir el papel de “cuidador principal”, que es el que normalmente se encarga de cuidar al paciente (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996).

La figura del cuidador, aparece desde tiempos prehistóricos, donde en la mayoría de los casos correspondía a la madre que cuida de sus hijos, a la hija que cuida de sus padres, a la esposa que cuida de su marido..., aunque se empezó a estudiar recientemente, la figura del cuidador siempre ha existido, es en la actualidad donde nacen los cuidados dirigidos a estas “personas que cuidan”, que frecuentemente se veían ignorados y poco valorados por la sociedad en general. El rol de cuidador, también ha evolucionado y cambiado en la actualidad. La figura de la mujer ha estado y está (todavía en la actualidad), íntimamente relacionada con la figura del cuidador, por sus características biológicas, emocionales y socio-culturales (Ferré, Rodero, Vives, Cid, Aparicio y Boque, 2010).

Los patrones tradicionales seguidos culturalmente, desde antaño, no ayudan a propiciar que esto cambie, ya que responsabilizan a la mujer de proveer la principal atención y cuidado de personas dependientes.

La mayoría de las mujeres cuidadoras que además son familiares, se sienten obligadas a asimilar el rol de cuidadora, por un deber moral (90%) y se ofrecen voluntariamente (59%). Pero existe un gran porcentaje que se siente obligada por la familia, o por la sociedad en general, repercutiendo en su calidad de vida (Gálvez, Ras, Hospital y Vila, 2003).

Actualmente, aunque de forma paulatina y lenta, parece que el concepto de cuidador va evolucionando, empezándose a ver como un trabajo voluntario, de solidaridad intergeneracional..., reconociéndose su labor y trabajo, además de analizar la necesidad de proporcionarle ayuda y apoyo por parte de la unidad familiar, comunidad y sociedad.

Dicho esto, el cuidador principal, normalmente es una mujer de mediana edad, sin estudios superiores, sin mucha formación en el cuidado de estos pacientes, que se ven obligadas por el contexto socio-familiar y en muchas ocasiones con grandes responsabilidades.

Esta gran carga de responsabilidades derivan frecuentemente en problemas de salud físicos, psíquicos y sociales, lo que comúnmente se denomina como “síndrome del cuidador”, que además de los problemas de salud anteriormente mencionados, proporciona también problemas económicos, laborales, sentimentales...



Según el estudio del departamento de Educación Social "Dinámica familiar y el cuidador principal" del centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias (2009), obtiene los siguientes resultados:

-Género del cuidador: El 69% son mujeres y un 31% hombres.

-Estado civil del cuidador: el 90% están casados/as y el 10% solteros/as.

-Edad del cuidador: el 51% de los cuidadores, tienen una edad comprendida entre los 40 y los 59 años.

-Relación cuidador-persona dependiente: el 53% de los cuidadores familiares son hijos/as y el 33% cónyuge.

-Nivel de estudios del cuidador: el 46% de los cuidadores solo tienen estudios primarios, el 19% no tienen estudios, el 20% tienen bachiller y el 15% estudios universitarios.

-Situación laboral actual: el 60% de los cuidadores trabajan por cuenta ajena, el 10% están en paro y el 30% están jubilados.

-Apoyos requeridos por el cuidador: el 51% de los cuidadores no buscan ningún apoyo, el 26% eligen la ayuda a domicilio, el 12% piden ayuda a otros familiares y el 8% institucionaliza al dependiente.

En resumen: suele ser mujer, casada, de entre 40 y 59 años, hija de la persona dependiente, con estudios primarios, que trabaja por cuenta ajena y no requiere ningún tipo de ayuda.

Se entiende como cuidador, aquella persona o institución que asume la responsabilidad en la asistencia y cuidado diario de las personas con alguna dependencia, que están normalmente a su cargo.

Existen varias clasificaciones del concepto de cuidador, pero revisada la bibliografía existente, se expondrán las más frecuentes (Zabalegui, Juando, Izquierdo, Gual, González-Valentín y Gallart, 2004):

-Actualmente existen dos tipos socio-culturales de cuidadores: el cuidador tradicional y el cuidador en la sociedad moderna.

El cuidador tradicional, suele ser aquella persona que ha convivido siempre con el paciente, y que por razones de obligación social y sentimental, se ha dedicado al cuidado del enfermo (hija, nieta, esposa...).

El cuidador de la sociedad moderna, es aquella persona que se ha visto obligado a desempeñar este papel por la aparición de la enfermedad, creando un vínculo cuidador-cuidado que antes no existía. Normalmente además del papel de cuidador, desempeña actividades laborales fuera del domicilio, lo que suma el problema de simultanear ambas actividades (nueras, sobrinas, nietas...)

-También se pueden clasificar según la relación cuidador-paciente/cuidado en:

El cuidador/a familiar: son los cuidados proporcionados por familiares, que dedican su tiempo y esfuerzo a suplir las dependencias de otro familiar. Frecuentemente hijas, nietas, mujer...

El cuidador/a informal: son los cuidadores que no pertenecen a la familia, ni a ninguna institución social, que suplen las dependencias de las personas no autónomas en su vivienda habitual.

El cuidador/a técnico de servicios asistenciales: son cuidadores remunerados, cualificados académicamente para poder proporcionar, bajo supervisión, todos los cuidados necesarios por la persona dependiente. Incluyendo si es necesaria la suplencia de las necesidades básicas, así como las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Este tipo de cuidador, aplica su función bajo la dirección de normativas y protocolos realizados por personal técnico cualificado.

Existe un proceso de adaptación al rol de cuidador, Según Peco (2005), en su curso "Cuidados especializados en la enfermedad de Alzheimer", en el capítulo 15: "El cuidador: fases de adaptación a la situación de cuidado"; se divide en las siguientes fases:

-Fase I: Negación y aislamiento:

Negamos una situación cuando no tenemos conciencia real de ella. Negar es una respuesta psicológica de autoprotección. Un mecanismo de defensa, que se utiliza para controlar la situación.

Suele utilizar mecanismos de evasión, para evitar enfrentarse a la situación. Necesita un período de adaptación pertinente, para poder objetivar las circunstancias en las que se encuentra su familiar y las de ella misma como cuidadora.

-Fase 2: Indagación de información y expresión por primera vez de sentimientos negativos:

Es la primera fase de aceptación real de la situación. Suelen aparecer alteraciones emocionales propias, como ansiedad, culpa, ira, angustia, pánico, frustración..., por verse inmiscuidas en una circunstancia que creen no merecer.

-Fase 3: Reorganización:

Progresivamente los sentimientos antes aparecidos se van disipando a medida que la vida del cuidador y la de la persona dependiente se va reorganizando, apareciendo la sensación de control de la situación en cuestión.

Las medidas adaptativas van fluyendo de forma espontánea sobre las diferentes circunstancias en las que se puede encontrar.

Es necesario que el cuidador identifique los signos y síntomas producidos por sobrecarga y factores de riesgo asociados, para así poder afrontarlos sin dificultad.

-Fase 4: Resolución:

Es la fase de resolución de conflictos y problemas con éxito. La seguridad y la experiencia previa del cuidador lo hacen más eficaz frente a la situación actual y situaciones futuras.

Existen una serie de efectos del cuidado sobre el cuidador, entre las que podemos destacar (Losada, Peñacoba, Márquez y Cigarán, 2008):

**Consecuencias económicas:** La dedicación a la persona dependiente, ocasiona en muchas situaciones la pérdida del empleo, la reducción de la jornada laboral...que se traduce en una disminución de los ingresos económicos. Otras veces se ven obligados a realizar grandes gastos, como consecuencia de contratar a personal que realice la función de cuidador (cuando el cuidador principal trabaja, cuando necesita salir...), a acondicionar la vivienda a la persona dependiente, a gastos en materiales precisos...

**Consecuencias laborales:** la simultaneidad de la actividad laboral con la de cuidar, puede ser insostenible (por cansancio, estrés, falta de tiempo...) obligando al cuidador a renunciar a su empleo o a reducir la jornada laboral (si el trabajo se lo permite). **Repercusiones sociales:** la dedicación plena y diaria a la persona dependiente (sobre todo de cuidadores sin ayuda), disminuye casi por completo el tiempo que el cuidador dedica a mantener o emprender relaciones sociales, incluso a sí mismo. El riesgo de aislamiento social en estas personas es muy alto, por lo que se debe de tener en cuenta.

**Consecuencias legales:** el cuidador principal suele ser el guarda legal del dependiente, y por lo tanto el encargado de administrar sus bienes. Esta es la consecuencia, que crea mayores conflictos en la unidad familiar.

**Consecuencias físicas y psíquicas:** las sobrecargas percibidas por el cuidador, provocan alteraciones orgánicas y psíquicas en el cuidador, que se evidencia a través de síntomas y signos propios de situaciones estresantes y crisis emocionales. Las sobrecargas propias de la situación de dependencia, de la falta de colaboración familiar, de la falta de ayuda social, de las características propias del cuidador, de las características de la persona cuidada, de la falta de tiempo...son asimiladas por el cuidador, como situaciones amenazantes o estresantes que pueden derivar en el maltrato a la persona dependiente, en la institucionalización temprana o en el "síndrome del cuidador principal" o Síndrome "Burn Out" (Ferre, Cid, Rodero y Vives, 2008).

Atendiendo a la importancia del SÍNDROME DEL ESTRÉS DEL CUIDADOR, hay que destacar que las actividades desarrolladas por el cuidador principal de una persona dependiente son difíciles, duras, agotadoras, con un compromiso que en muchas ocasiones ocupa las 24 horas al día, y con responsabilidades a veces difíciles de afrontar sin ayuda. Esta dedicación plena e ininterrumpida del cuidador a lo largo del tiempo, puede provocar alteraciones a nivel físico, psicológico y social, además de otros conflictos que merman su calidad de vida. Cuando aparecen este conjunto de alteraciones en el

cuidador, aparece lo que se conoce como "síndrome del cuidador principal", "síndrome del estrés del cuidador" o síndrome "Burn Out".

Alteraciones más frecuentes en el "síndrome del estrés del cuidador" (Peón, 2004):

Alteraciones físicas:

- Alteraciones de salud que el cuidador ya tenía.
- Alteraciones propias de su edad.
- Alteraciones derivadas de una sobrecarga física ininterrumpida: alteraciones musculares, esqueléticas.

- Alteraciones del sueño y el descanso: agotamiento, cansancio, insomnio...

- Deterioro del sistema inmunitario, provocado sobre todo por el estrés: lo que los hace más vulnerables a enfermedades infecciosas (herpes, gripe, eczemas, dermatitis, alopecia, psoriasis...).

- Alteraciones gastro-intestinales: úlceras, estreñimiento...

- Alteraciones nutricionales, por una nutrición inadecuada.

- Alteraciones cardiovasculares, como la hipertensión arterial.

Alteraciones psicológicas:

- Alteraciones psicoafectivas: sobre todo en cuidadores que se sienten desvalorados, sobrecargados o desprovistos de ayuda, ya sea familiar o social.

- Alteraciones psíquicas: insomnio, depresión, ansiedad...con la consiguiente somatización que esto provoca a nivel físico (mareos, palpitaciones, vómitos,...).

- Alteraciones conductuales, en la mayoría de los casos provocadas por el estrés emocional y físico.

Alteraciones socio-familiares: la dedicación constante a la persona dependiente, el cansancio o la falta de tiempo deriva en muchas ocasiones en aislamiento social. Las relaciones familiares, sociales, laborales, culturales y de ocio son difíciles de simultanear con el cuidado integral a la persona dependiente, por lo que se ve afectada. También suelen aparecer conflictos, sobre todo familiares, por la poca implicación de otros miembros, falta de recursos, toma de decisiones, responsabilidades....

Alteraciones económicas y laborales: como se ha mencionado anteriormente, en muchas ocasiones se ven obligados a abandonar su trabajo, o a reducir la jornada laboral.

Sobrecarga familiar: según el estudio del departamento de Educación social "Dinámica familiar y el cuidador principal" del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias (2009), podemos encontrar los siguientes factores de riesgo de sobrecarga familiar:

- Vivir solo con la persona dependiente sin otra actividad.

- Tener una edad avanzada.

- Nivel de salud del cuidador

- No disponer de familiares en el entorno cercano

- No disponer de un apoyo incondicional

- Tipo y nivel de demencia de la persona dependiente.

- Síntomas de agresividad agitación intensa, psicosis en la persona dependiente.

- Vagabundeo nocturno.

- No disponer de centro de día para el enfermo, en caso necesario.

- Ausencia de formación e información de la enfermedad de la persona dependiente.

- No pertenecer a una asociación, que le apoye.

En este contexto, es indispensable que el cuidador exponga sus sentimientos y preocupaciones acerca de la persona dependiente y de sí mismo como cuidador, evaluando su carga subjetiva y los problemas de salud que ésta le pueda causar.

Por norma general, el cuidador suele ser demasiado exigente con su labor, es ahí donde debemos ser lo bastante asertivo y comprensivo, para que entienda que no tiene que ser tan perfeccionista, ni lo tiene que abarcar todo. La asertividad y la escucha activa son herramientas muy útiles para el personal de Enfermería en la atención prestada al cuidador.

El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de “sobrecarga intensa” sobre los cuidadores informales de personas dependientes. Se debe dar a conocer la situación actual del tema objetivo de investigación.

## **Método**

### *Participantes*

La población de estudio se componen de los cuidadores informales de personas dependientes en Andalucía, que asciende a 279.082 según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008). De ellos 62.796 (22,5%) cuidadores informales son del sexo masculino y 216.289 (77,5%) del sexo femenino por lo que se estima una muestra de 384 cuidadores informales, con un potencial del 99,79%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 80%.

### *Instrumentos:*

En nuestro estudio se centra en valorar la variable “sobrecarga” sobre el cuidador informal, para ello usamos la escala Zarit (Martin et al., 1996) que mide el grado de sobrecarga experimentado por el cuidador. Es una escala tipo test de 22 ítems. Cada ítem se puntúa de 0 a 4 (0: nunca; 1: casi nunca; 2: a veces; 3: bastantes veces; 4: casi siempre). La puntuación máxima obtenida es de 88 puntos, y aunque no establece un corte diferencial, es orientativa al grado de sobrecarga. Así, una puntuación inferior a 46 puntos es indicativa de “no sobrecarga”, de 46 a 56 indica “sobrecarga” y una puntuación superior a 56 es indicativa de “sobrecarga intensa”.

Tras la realización de esta encuesta a los cuidadores informales estudiados obtenemos 3 posibles opciones: “no sobrecarga”, “sobrecarga”, “sobrecarga intensa”.

### *Procedimientos:*

La muestra se escogió por muestreo aleatorio simple entre los cuidadores que acuden a solicitar la ayuda de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia) en los diferentes distritos de la provincia de Málaga, durante el año 2014.

#### **Criterios de inclusión:**

-Ser cuidador informal de una persona dependiente >6 años (por la ambigüedad en determinar la dependencia de una persona <6 años).

-Dar su consentimiento para participar en el estudio.

Se ha realizado un estudio cuantitativo con diseño transversal descriptivo. Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS.15.

Para la consulta de información y revisión de la situación actual del tema, se consultó bases de datos como: CUIDEN, Cuiden Plus, BDIE, CINAHL, Cochrane Library Plus, CSIC, MEDLINE, SciELO.. ; descriptores como DeCS; y otros recursos como PubMed.

## **Resultados**

Del total de los participantes en el estudio (384) el 82,8% (318) pertenecen al género femenino y el 17,20% (66), pertenecen al masculino. De todos los encuestados el 10,41% no está sometido a “ninguna sobrecarga”, el 59,12% presenta “sobrecarga”, y el 30,47% presenta “sobrecarga intensa”.

De los sometidos a “sobrecarga” el 49,48% son mujeres y 9,64% hombres, una proporción entre sexos similar a los que presentan “sobrecarga intensa”, el 24,22% son mujeres y 6,25% hombres.

Gráfica 1. Proporción de Cuidadores Informales según Grado de Sobrecarga y Sexo

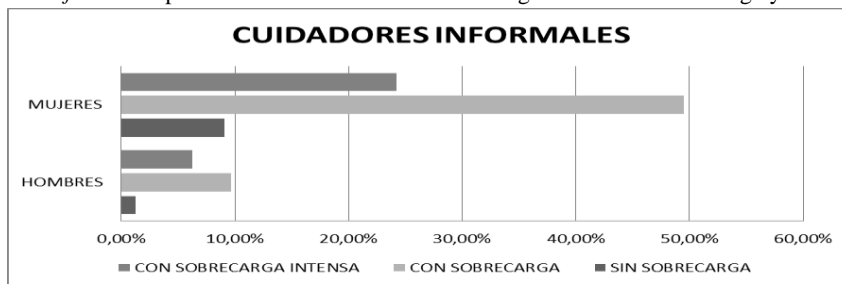


Tabla 1. Proporción de Cuidadores Informales según Grado de Sobrecarga y Sexo

Grado de Sobrecarga	Género Cuidadores Informales		Total
	Hombre	Mujer	
Sin Sobrecarga	N	5	35
	%	1,30%	9,11%
Sobrecarga	N	37	190
	%	9,64%	49,48%
Sobrecarga Intensa	N	24	93
	%	6,25%	24,22%
Total	N	66	318
	%	17,20%	82,80%

Tabla 2. Proporción de Cuidadores Informales según Grado de Sobrecarga

Grado de Sobrecarga	Cuidadores Informales	Total
Sin Sobrecarga	N	40
	%	10,41,5
Sobrecarga	N	227
	%	59,12%
Sobrecarga Intensa	N	117
	%	30,47%
Total	N	384
	%	100%

### Discusión

Como señalan los resultados de nuestro estudio la gran mayoría de los Cuidadores Informales pertenecen al género femenino, como bien indicaba el estudio del departamento de Educación Social "Dinámica familiar y el cuidador principal" del centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias (2009). Según Peón (2004), el proceso de cuidar a una persona dependiente implica en la mayoría de los casos una sobrecarga significativa en el Cuidador Informal, lo que condiciona implícitamente su calidad de vida, dato que hemos podido confirmar en nuestro estudio con un 59,12% de sobrecarga percibida por los Cuidadores Informales que han participado en el proyecto, pero a este dato hay que sumar que el 30,47% de los Cuidadores Informales están sometidos a una sobrecarga intensa.

Autores como Artaso, Goñi, y Biurrún, (2003), Badia, Lara, y Roset, (2004) entre muchos autores más, destacan la labor asistencial hacia el Cuidador Informal. Por ello, el proceso de valoración al

cuidador principal, es necesario hacerlo desde un punto de vista integral, tanto al cuidador principal, como a la familia, (igual que se hizo con el paciente) para poder identificar las alteraciones físicas, psíquicas y sociales que derivan del cuidado a una persona dependiente.

Este proceso nos permite recoger toda la información necesaria para poder identificar los problemas existentes, con el fin de poder realizar intervenciones adecuadas a resolver o minimizar estas alteraciones. El proceso de valoración debe de ser individualizada al cuidador principal y continuo, también debe de ser sistemático y deliberado.

A pesar de estas limitaciones, podemos estimar una correcta aplicabilidad a la población general, además nos orienta sobre los proyectos o programas de Salud necesarios para mejorar el Síndrome del Estrés del Cuidador, además de redirigir nuevas líneas de investigación en este campo. Hay que destacar el papel de la mujer en este síndrome, por lo que debemos de orientar ayudas y/o programas hacia este colectivo, que representa la mayor proporción.

Reducir la prevalencia del Síndrome del Estrés del Cuidador contribuye a disminuir los costes asociados, a nuestro Sistema Nacional de Salud.

## Referencias

Abellán, A., y Puga, MD. (2004). *La discapacidad en la población española*. Madrid: Observatorio de personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Artaso, B., Goñi, A., y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 38, 212-218.

Badía, X., Lara, N., y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*, 34, 170-177.

Bazo, MT., y Domínguez-Alcón, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Reis*, 73, 43-56.

Camos, L., Casas, C., y Rovira, M. (2005). Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enfermería Clínica*, 15 (5), 251-256.

Casado, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gac Sanit*, 20 (1), 135-142.

Crespo, M., y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Cruz, M., Pérez, MC., Jenaro, C., Flores, N., y Segovia, MG. (2010). Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: Una disyuntiva para la enfermería profesional. *Index Enferm*. Recuperado el 20 de Enero de 2014 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S132129620000300008&lng=pt.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962010000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S132129620000300008&lng=pt.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962010000300008).

De la Cuesta, C. (2009). Estar tranquila: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Pensar enfermagem*, 13 (2), 24-30.

De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios Luna, J., Delgado, A., Prados, MA., y Freitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*, 8, 688-692.

Díez, J., Redondo, LM., Arroniz, C., Giacchia, A., Zabala, CH., y Salaberri, A. (1995). Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *MEDIFAM*, 5, 124-130.

Dueñas, E., Martínez, MA., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, AS., y Herrera, JA. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37 (1), 31-38.

Durán, MA. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.

D'Zurita, TJ. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm*. Recuperado el 5 de Mayo de 2014 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962006000100010&lng=es.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962006000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000100010&lng=es.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962006000100010)

Ferré, C., Rodero, V., Vives, C., Cid, D., Aparicio, MR., y Boque, M. (2010). La complejidad de los cuidados familiares. Una mirada desde la Teoría de la Incertidumbre. *Enfermería Comunitaria*, 6 (1), 1-3. 2014, junio 12, De <http://www.indexf.com/comunitaria/v6n1/ec7116.php>.

Ferre, C., Cid, MD., Rodero, V., y Vives, C. (2008). *El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico*. Tarragona: Silva.

Flórez, J.A. (2000). El síndrome del cuidador. *Jano*, 58 (1345), 2244-2248.

Gálvez, J., Ras, E., Hospital, I., y Vila, A. (2003). Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria*, 31, 144-145.

García, MM., Mateo, I., y Gutiérrez, C. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

García, MM., Mateo, I., y Eguiguren, AP. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*, 18 (1), 132-139.

Gort, M., March, J., Gómez, X., De Miguel, M., Mazarico, S., y Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin*, 124, 651-653.

Insero. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Insero. (2009). *Dinámica familiar y el cuidador informal. Educación Social del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras demencias*. Salamanca: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2012). *Discapacidad y dependencia en Andalucía*. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

Instituto Nacional de Estadística. (1994). *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Ley 39/2006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, Españ, 15 de Diciembre de 2015.

López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.

Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con Alzheimer. *Rev Neurología*, 38, 701-708.

Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M., & Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Madrid: Ediciones Encuentro S.A.

Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, LC., Rico, JM., y Lanz, P. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver burden interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6, 338-346.

Moreno-Gaviño, L., Bernabeu-Wittel, M., Alvarez-Tello, M., Rincón-Gómez, M., Bohórquez-Colombo, P., y Cassani-Garza, M. (2008). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*, 40, 193-198.

Otero, A., Zunzunegui, MV., Rodríguez, A., Aguilar, MD., y Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 201-213.

Peón, M. J. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal de paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enfermería Científica*, 16 (22), 264-265.

Regueiro, A., Pérez-Vázquez, A., Gómara, S., y Ferreiro, M. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en Atención Primaria. *Aten Primaria*, 39, 185-188.

Ribas, J., Castel, A., Escalada, B., Ugas, L., Grau, C., y Magarolas, L. (2000). Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Bara*, 27, 131-134.

Tazón, MP., García, J., y Aseguinolaza, I. (2000). *Relación y comunicación*. Madrid: DAE.

Torres, MP., Ballesteros, E., y Sánchez, PD. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19, 9-15.

Valverde, C. (2005). La relación con el cuidador principal: cómo comunicarse de una manera eficaz, para profesionales de enfermería. *Equip Aquo*. Recuperado el 12 de Julio de 2014 de: <http://equipoaquo.com/pdf/LARELACIONCONELCUIDADORPRIN- CIPAL.pdf>

Zabalegui, A., Juando, C., Izquierdo, MD., Gual, P., González-Valentín, A., y Gallart. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15 (4), 199-208.

Zabalegui, A., Navarro, M., Cabrer, E., Gallart, A., Bardallo, MD., y Rodríguez, E. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 43, 157-166.

## CAPÍTULO 44

### **Programa experimental de prevención del “síndrome del cuidador” en la enfermedad de Alzheimer. El paciente oculto**

Isabel Gutiérrez Martínez

*Psicólogo General Sanitario (España)*

La promoción de la salud enseña estrategias de control con el fin de mejorar y reducir las causas de enfermedad y muerte en la población. Identifica las conductas saludables diana y actúa sobre ellas, para modificarlas en sentido positivo (Benito, Simón, Sánchez y Matachana, 2005). Actúa directamente con las personas, aumentando sus capacidades y habilidades, pero también modifica las condiciones ambientales y socioeconómicas que pueden tener un impacto importante en la salud. Este tipo de intervenciones se diferencian de la prevención de la enfermedad sustancialmente, esta última se centra en evitar la enfermedad y en reducir problemas de salud en la comunidad. Por otro lado, la promoción de la salud se centra en conservar la salud y en elaborar programas que desarrollen comportamientos saludables. Aun así ambos términos se complementan y son necesarios para aumentar nuestra calidad de vida.

En 1974, en Canadá, se produjo un importante cambio en la percepción de la salud pública a raíz de la publicación del Informe Lalonde. En este informe se reconocen por primera vez como determinantes claves de la salud, los factores sociales y ambientales. Diez años después, a través de la Carta de Ottawa, la comunidad de salud pública, confirmó esta línea de trabajo adoptando tres estrategias básicas para la promoción de la salud para trabajar en cinco áreas claves. Las estrategias se resumen en: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad (Escobar, 2001). Por otro lado, las cinco áreas de acción prioritarias, para la promoción de la salud (OMS, 1998) fueron: 1. Establecer una política pública saludable, 2. Crear entornos que apoyen la salud, 3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud, 4. Desarrollar las habilidades personales, 5. Reorientar los servicios sanitarios. Estas publicaciones ampliaron la acción de la promoción de la salud, de la mera asistencia sanitaria, a introducirla en la agenda de todos los sectores y niveles de la población y del gobierno. En estos momentos y resumiendo todo el movimiento iniciado en la década de los setenta, está en marcha el programa “Salud para todos en el siglo XXI”.

La promoción de la salud engloba todos los aspectos de la persona y todos los ámbitos de la vida diaria, a lo largo de todo el ciclo vital. De esta manera, queremos destacar, entre otros muchos, el papel de la promoción en la comunidad. En este ámbito en concreto, las labores de promoción están dirigidas a informar tanto individual como familiarmente de las posibilidades de decisión; a fomentar la participación responsable de la ciudadanía y a su divulgación en los medios de comunicación. También hay que resaltar la labor de los hospitales y consultas de atención primaria donde se traspa la medicalización y se integra el autocuidado y la educación de los cuidadores intentando una participación activa de los pacientes. Sin embargo, son muchas las denuncias por parte los profesionales de la salud del poco acceso que disponen de materiales adecuados para desarrollar un programa de promoción de manera óptima, ya sea por falta de material, falta de recursos económicos o su desconocimiento de los objetivos básicos (Benito, 2005).



*Promoción de la Salud en Cuidadores Informales.*

En España, según datos del World Alzheimer Report (2004), 1.000.000 de personas sufre la enfermedad de Alzheimer. El 95% de ellos residen en su domicilio al cuidado de familiares, por lo que tenemos que hablar de un alto número de gente afectada directamente e indirectamente por esta demencia en nuestro país.

Dada la situación socioeconómica actual, es habitual combinar los cuidados informales con cuidados especializados o con otro tipo de apoyos, como los centros de día. Además, se ha englobado por primera vez, toda esta problemática, en un marco legal con la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre). Esta ley establece que los cuidadores formales e informales deberán tener una formación especializada y estos últimos podrán optar a una ayuda económica. Debido al auge de estos cuidadores y ayudados por la publicación de esta ley, se han empezado a elaborar gran cantidad de programas de programas y propuestas para ayudar y educar a este colectivo en este nuevo rol social (Losadal, Márquez-González, Peñacobal y Gallagher-Thompson, 2007).

Los cuidadores informales, presentan una doble carga; la primera es la propia del cuidador principalmente física, y la segunda y más grave, es la psicológica y emocional al tratarse de familiares y al ser responsables de su cuidado 24 horas al día siete días a la semana. Ante esta situación es muy común que surja una sintomatología muy clara, llamada “carga del cuidador”. Zarit (1983) define la carga del cuidador como el conjunto de problemas físicos, psíquicos, emocionales, sociales y económicos que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Ante este problema hay que recordar priorizar las necesidades del cuidador, ya que el cuidador puede llegar a convertirse en “paciente oculto” (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998).

Se pueden resumir las características del cuidador principal en las siguientes: 1. Asume las principales tareas del cuidado, 2. Es percibido por los distintos miembros de la familia como tal, 3. No es remunerado económicamente y 4. Cuida al enfermo durante más de seis semanas. Las características que padece este cuidador según la Asociación de enfermos de Alzheimer de España son: 1. Sobrecarga continua física y emocional, 2. Asumen toda responsabilidad, 3. Pérdida de independencia, 4. Paraliza durante algunos años su proyecto de vida (Méndez, 2010):

Estos cuidadores pueden presentar frustración, depresión, ansiedad, estrés, sentido de culpa, manifestaciones en alteración conductual, carácter y perturbación somática; en definitiva, el “síndrome del cuidador” (Méndez, 2010). El apoyo social informal y formal es el factor que presenta mayores beneficios para el cuidador (Máximo, Iáñez e Iáñez, 2005); en un estudio de estos autores se señala que el prototipo de cuidador sobrecargado es un varón, joven, con estudios superiores, sin esposa ni hijos y sin apoyo social, aunque más del 70% de los cuidadores son mujeres. Esta forma de ser cuidado en el domicilio está siendo muy común en nuestro país, pero dado que la población cada vez envejece más rápido no en todos los casos se puede llevar a cabo, ya que los recursos disponibles no son suficientes para abastecer la demanda (Losada, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba, 2006). Es entonces cuando, para hacer frente tanto a la problemática planteada como a las necesidades de los enfermos, nacen las residencias y los centros de día.

La sociedad está concienciándose cada vez más de la problemática creciente que se nos plantea y, a nivel mundial se han empezado a desarrollar ideas muy interesantes sobre la promoción de la salud en este ámbito. Podemos citar como las más relevantes, la importancia del desarrollo de habilidades personales, la creación de condiciones para que se tome conciencia y se capacite para reconocer y expresar las necesidades de la salud y ser capaces de proveer instrumentos en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana. Con este fin en mente debemos intensificar los apoyos sociales y reforzar la acción comunitaria para controlar y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito colectivo (Sebastián, Pelicioni y Chiattonne, 2002).

Los profesionales de gerontología tienen como meta que el envejecimiento se acompañe de una buena calidad de vida: bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, con capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida (Losada, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba, 2006). Pero la realidad es muy diferente, muchos de los profesionales que atienden a los cuidadores consideran que no pueden atender a las demandas de éstos al no haber recibido la suficiente información y formación (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). En marzo de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) realizó una consulta pública sobre Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de proponer programas dirigidos a prevenir actuando sobre factores como la alimentación, la actividad física, el tabaco, el alcohol y el bienestar psicológico. El 87,7% afirman la importancia de continuar investigando en el área de la promoción y la prevención poniendo hincapié en el abordaje total y multidisciplinar de la salud, y en la necesidad de la optimización de los recursos y un menor coste de la sanidad reorientando el sistema sanitario. Además ponen de relieve la necesidad de coordinar los programas ya implantados tanto localmente como autonómicamente en el SNS. No obstante, un 3% de los encuestados ven innecesaria su implantación debido al gran coste económico que suponen. Un 78,8% considera que los programas llevados a cabo por profesionales formados, pueden fomentar cambios en los hábitos de salud y estilos de vida más saludables en la población (Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS: en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS, 2013).

En vista de todo lo anterior podemos afirmar que la situación para atender al cuidador informal dista mucho de lo ideal. Para conseguir intervenir en este ámbito se debe actuar desde dos polos. En primer lugar con actuaciones dirigidas al enfermo de Alzheimer, con terapias ocupacionales, cognitivas y fisioterapéuticas; y por otro lado, desde y para el cuidador. Este trabajo presenta una propuesta de intervención en este último polo, la atención a los cuidadores. Es decir, la enseñanza de habilidades para cuidarse y cuidar mejor; enseñándoles destrezas para reducir el sufrimiento, tanto físico como psicológico, relajación y promoción de la autonomía familiar, mejorando así, tanto su salud como la calidad de su cuidado y, evitando que se conviertan en pacientes ocultos.

### **Objetivo**

El objetivo del presente artículo es la presentación de un programa de prevención del síndrome del cuidador desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Los objetivos específicos son:

- Informar sobre aspectos relacionados con la enfermedad (evolución, alimentación, cuidado, ayudas...).
- Formar a los cuidadores sobre la promoción de la salud y el cuidado de su propia salud, tanto física como psicológica.
- Apoyar y acompañar en la labor de cuidado, enseñando estrategias de afrontamiento útiles y eficaces.

### **Metodología**

Para la realización del programa se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias sociales y de la salud como son: EBSCOHost, Web of Science, SCOPUS, ScienceDirect (Elsevier), Proquest, Emerald, IEEE Xplore Digital Library y SABI. Así mismo se usó el recurso online de la Universidad de Deusto (Bilbao), Océano Discovery Library. Las palabras claves para la búsqueda fueron “Alzheimer”, “cuidadores informales”, “síndrome del cuidador”, “promoción de la salud”, “programa prevención”. Posteriormente se realizó una búsqueda de documentos oficiales (leyes, informes de la OMS...), en las mismas bases de datos anteriormente citadas.

Finalmente, se seleccionaron para la revisión teórica 20 documentos de interés en español y en inglés. De ellos 11 son artículos extraídos de revistas científicas, un libro, un manual de aplicación de test y 7 son documentos oficiales.

### **Propuesta de programa**

#### *Población a la que va dirigida.*

La población a la que va dirigida el programa la componen los familiares / cuidadores de enfermos de Alzheimer recién diagnosticados. Desde los centros de salud y los médicos de familia, se les informará de la posibilidad de asistir al programa a todas las personas que sean cuidadores informales de una persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en el último año, quedando excluidas las que lleven más de un año ejerciendo el rol de cuidador. Se formarán grupos con un mínimo de cinco personas y un máximo de diez.

#### *Instrumentos usados en la evaluación.*

A continuación exponemos los dos instrumentos usados para evaluar el cambio pre y post tratamiento:

#### *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview):*

Desarrollada para medir el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales. Es una escala con suficiente validez que permite controlar la eficacia de programas de intervención basados en grupos de apoyo, terapia cognitiva- conductual, terapia ocupacional de enfoque comunitario y entrega de herramientas de manejo de pacientes dependientes (Hayo, K. et al., 2009). Se responde con una escala tipo Likert a sus 22 y sus puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

< 47	No sobrecarga
47- 55	Sobrecarga leve
> 55	Sobrecarga intensa

*Inventario de depresión de Beck (BDI-II).* Desarrollado por Beck para medir la depresión y su gravedad. Es un cuestionario válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos (Vázquez, C., 2005). Consta de 21 ítems de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 y sus puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

0- 13	Depresión mínima
14- 19	Depresión leve
20- 28	Depresión moderada
29- 63	Depresión grave

#### *Desarrollo del programa.*

El programa se desarrollará a lo largo de 10 sesiones, con dos sesiones semanales de una hora y media cada una, durante cinco semanas. Las dirigirá un profesional Licenciado en Psicología.

El programa se divide en 4 grande áreas:

#### *1. Evaluación pre- tratamiento y presentación (Sesión 1).*

En esta sesión se procederá a la presentación del programa, con el objetivo que los asistentes se conozcan entre sí. A su vez, se aplicarán los dos instrumentos descritos anteriormente para llevar a cabo la evaluación pre- tratamiento.

#### *2. Intercambio de pautas e información en grupo (Sesiones 2- 3- 4).*

El objetivo de esta área, es proporcionar información de todo lo que tiene que ver con la enfermedad de Alzheimer, desde las características propias de la enfermedad que padece su familiar hasta asesorarles sobre las posibles ayudas sociales a las que pueden optar y aconsejarles sobre cómo pueden promocionar su salud con las pautas de cuidado. Esto durará las siguientes tres sesiones.

*Sesión 2:* Se expondrá todo lo que tiene que ver con la enfermedad, etiología, evolución y fases terminales, poniendo de relieve los distintos cambios cognitivos y comportamentales que va a padecer el enfermo.

*Sesión 3:* Esta sesión se centrará en las ayudas públicas y privadas a las que pueden optar.

*Sesión 4:* Se centrará en el Síndrome del Cuidador, explicando en qué consiste su sintomatología y cómo pueden prevenir su aparición. Al final de la sesión se propondrá un tiempo para compartir dudas y trucos que usen en su vida diaria.

*3. Terapias de desahogo personal (Sesiones 5- 6- 7- 8).*

Teniendo como objetivo la relajación y dar la posibilidad de tener un marco donde compartir testimonios y experiencias.

*Sesión 5:* Mediante la técnica de Jacobson se enseñará a los asistentes a controlar la respiración y la relajación, se propondrá que se entrene en su casa todos los días durante 15 minutos. En los siguientes encuentros se practicará durante los últimos diez minutos de cada sesión.

*Sesión 6- 7:* Se proporcionará un marco donde los cuidadores puedan contar sus propias vivencias y testimonios, sus preocupaciones acerca de la enfermedad, sus anécdotas y compartan consejos acerca de diferentes temas como la dieta, el baño, dosis de la medicación... Proponemos algunas preguntas para introducir un debate entre los miembros:

- ¿Cómo te impactó cuando te informaron del diagnóstico de tu familiar?
- ¿Cómo consideras que va a afectar/está afectando a tu vida? ¿Y al resto de la familia?
- ¿Qué crees que puedes hacer para mejorar el cuidado de tu salud?
- ¿Crees que recibes suficiente apoyo de tu entorno?
- ¿Qué es lo que más te cuesta realizar relacionado con el cuidado del enfermo?

*Sesión 8:* Se proyectará una película relacionada con la enfermedad de Alzheimer y el Síndrome del Cuidador. La película será “El hijo de la novia”, ya que presenta el tema desde una perspectiva divertida y esperanzadora, intentando que sean conscientes del otro lado de la enfermedad y la posibilidad de poder disfrutar cuidando.

SESIÓN	CONTENIDO
1	Presentación del programa y aplicación de los dos instrumentos de evaluación.
2	Información sobre la enfermedad.
3	Información sobre ayudas.
4	El síndrome del cuidador: cuidados, consejos y pautas diarias.
5	Entrenamiento en relajación y música.
6- 7	Testimonios.
8	Visualización de una película
9	Valoración y post-test.
10	Despedida.
11	Seguimiento al cabo de un año.

*4. Despedida, valoración, post-test y (Sesiones 9- 10).*

Se dedicarán las últimas sesiones a desarrollar dos objetivos, en primer lugar se procederá a la valoración del programa por parte de los usuarios y las futuras mejoras; por último de dedicará una sesión a la despedida con el objetivo de fomentar la creación y consolidación de grupos informales.

*Sesión 9:* en esta sesión la palabra la tendrán los usuarios, con el fin de que comenten los beneficios que observan del programa y nos planteen qué aspectos podemos mejorar. Al final, se volverán a pasar los dos instrumentos de evaluación para poder compararlos con los rellenados en la primera sesión.

*Sesión 10:* Esta sesión se desarrollará de manera informal, se ofrecerá una merienda y se fomentará que los usuarios creen redes de comunicación externas al programa que puedan servir como apoyo social en el futuro.

#### *5. Seguimiento al cabo de un año*

Pasado a un año se llamará a los asistentes al programa y se les pedirá que rellenen otra vez los dos instrumentos de evaluación. Se compararan las tres puntuaciones, aunque esta última es la que determinará la eficacia del programa.

Los criterios para considerar eficaz el programa son que las puntuaciones del 75% de los asistentes han disminuido y/o se han mantenido en la Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit en “Sobrecarga leve” y en el BDI-II en “Depresión leve”.

En resumen, se desarrollarán de la siguiente manera las 10 sesiones y el post- test II:

### **Conclusiones**

En España, una de cada tres personas que tienen su cargo un familiar dependiente padece el síndrome del cuidador. Muchos profesionales de este ámbito se quejan de que no existe una buena base en lo que a promoción de la salud respecta, tachando los programas de ser escasos, poco flexibles, accesibles y en muchos casos, inadecuados, para cubrir las necesidades de las familias cuidadoras, protagonistas principales de la atención a las personas mayores dependientes en la actualidad. Sin embargo, la reciente aprobación de la Ley de Promoción la Autonomía Personal pone de manifiesto el creciente interés por atender, no solo a la dependencia, sino también a la persona encargada de su cuidado, estableciendo mecanismos y procedimientos cada vez más adecuados, que superen en cantidad y calidad los recursos disponibles. Afortunadamente, hoy en día, la existencia de programas educativos y de concienciación de la promoción de la salud en el ámbito público es una realidad, pero los avances son mayores en el ámbito privado y concertado.

Conocer a alguien que tiene a su cargo a un paciente de enfermedad de Alzheimer no es algo raro en nuestra sociedad, y prácticamente todos conocemos algún caso. Uno de los problemas que plantean estos cuidadores informales es su escasa formación en aspectos como el lavado del enfermo, la medicación, la pérdida de control del esfínter... aunque en la mayoría de los casos consiguen proporcionar una buena calidad de vida a sus familiares enfermos. Pero además de preocuparnos por la tarea de cuidar propiamente dicha, desgraciadamente, los familiares observan cómo van sus familiares van perdiendo sus facultades, orientación, se les deteriora progresivamente la memoria e incluso, en algunos casos se vuelven agresivos. Todas estas características, hacen que llevar a cabo un cuidado en estas circunstancias produzca un gran deterioro tanto psicológico como físico en la persona que lo ejerce. El Instituto de la Mujer, entre el 2010 y el 2012, ha elaborado un proyecto de investigación sobre las características de los cuidadores formales e informales, elaborando dos programas de intervención: Intervención psicoeducativa grupal e Intervención psicoeducativa de contacto mínimo. En esta investigación extrajeron las siguientes conclusiones: 1. Los cuidadores familiares tienen peores niveles de satisfacción vital, salud psicológica y física que la población general. 2. Los cuidadores familiares tienen menos nivel de bienestar psicológico. 3. Las mujeres cuidadoras tienen menos salud física que los hombres cuidadores. 4. La conformidad con las normas de rol del género femenino tiene riesgos y beneficios para la salud psicológica de las mujeres. 5. El modelo de afrontamiento del estrés en el cuidado es probablemente eficaz para explicar el proceso de adaptación en los cuidadores. 6. El programa de intervención psicoeducativa grupal ha demostrado ser eficaz en mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras si están remuneradas. 7. El programa de intervención multimodal psicoeducativo grupal ha demostrado ser eficaz en mejorar la salud de personas cuidadoras familiares si están remuneradas. Añaden además el gasto que supone para el Servicio

Nacional de Salud el tratamiento de estos cuidadores por trastornos de ansiedad y depresión, que se pueden volver en la mayoría de los casos crónicos. Por último, no hay que olvidar el agravamiento emocional de sentirse responsables de la muerte del familiar al pensar que sus cuidados no fueron todo lo buenos que deberían, una vez terminado el cuidado

Por todo lo expuesto a lo largo del artículo, consideramos imprescindible una correcta información sobre los cuidados mínimos, sobre la evolución de la enfermedad, y sobretodo sobre la promoción de su propia salud, poniéndoles en primera línea el hecho de que ellos pueden llegar a ser o son ya, “pacientes ocultos”; y siempre con el fin de mejorar la calidad de vida de los cuidadores, consiguiendo mejorar de manera indirecta el cuidado. Si tenemos en cuenta la situación social y económica actualmente existente en España: el aumento continuo y progresivo de pacientes aquejados con la enfermedad de Alzheimer, la larga evolución de la enfermedad, la crisis económica que dificulta la contratación de cuidadores formales por parte de las familias, el recorte de las ayudas a la dependencia del último gobierno y la arraigada tradición familiar de cuidar al enfermo en casa, pone de manifiesto que es necesario e imprescindible, formar a estos cuidadores que se encuentran con una situación, que en la mayoría de los casos, exceden sus recursos y acarrear graves problemas tanto físicos como psicológicos. Teniendo no solo que desarrollar un cuidado para el que no están formados, sino también teniendo que sumar la dificultad de tener que hacerlo con un familiar que se va deteriorando rápidamente.

En definitiva, debemos conseguir que el cuidador no se oculte y no se convierta en paciente.

## Referencias

- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio, The Psychological Corporation.
- Benito, P.; Simón, M.J.; Sánchez, A. y Matachana, M. (2005). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid, España. Mc Graw Hill.
- Cabrera, G.; Candelas, N. (1999). El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* (17), Nº 1, 9-16.
- Carta de Ottawa (1986) Organización Mundial de la Salud, EEUU.
- Escobar, D. (2001). La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud. *Revista de salud Pública* (3), Nº15, 284-300.
- Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS: en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS (2013) *Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.
- Hayo, K.; Vásquez, H.; Mayanz, S.; Guerra, C.; Millán, T. (2009) Validación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile* (137), 657-665.
- Informe Lalonde (1974). Organización Mundial de la Salud, Canadá.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE n.º 299.
- Losada, M.; Moreno-Rodríguez, R.; Cigarán, M.; Peñacobal, C. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas* (184), 173-186.
- Losadal, A.; Márquez-González, M.; Peñacobal, C.; Gallagher-Thompson, D.: (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual* (15), Nº 1, 57-76.
- Máximo, J.; Iáñez, M.A.; Iáñez, B. (2005) El apoyo como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud, Universidad de Veracruzana* (15), Nº 1, 34-43.
- Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre-Acevedol, D.; Loperal, F. (2010) Relación entre ansiedad, depression, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer tipo E280 en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología* (5), Nº 2, 137-145
- Montorio, I.; Izal, M.; López, A.; Sánchez, M. (1998) La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del concepto de carga. *Anales de Psicología, Universidad de Murcia* (14), Nº 2, 229-248.

Prince, M.; Albanese, E.; Guerchet, M.; Prina, M. (2014) *World Alzheimer Report, Dementia and Risk Reduction: An analysis of protective and modifiable factors*. Londres, Inglaterra. Alzheimer's disease International (ADI).

Prince, M.; Prina, M.; Guerchet, M. (2013) *World Alzheimer Report, Journey of Caring: An analysis of long-term care of dementia*. Londres, Inglaterra. Alzheimer's disease International (ADI).

Sánchez, M.P. (2010-12) Personas cuidadores formales y familiares y salud. *Proyecto financiado por el Instituto de la Mujer*.

Sebastián, R.W.; Pelicioni, M.C.; Chiatone, H. (2002). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical Psychology*, (2), N° 001, 153-172.

Vázquez, C.; Sanz, J.; Fortún, M.; Paz, M.; Espinosa, R. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista de psicología clínica y salud*, (16), N° 2, 121-142.

Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist* (20), 649-655.

## CAPÍTULO 45

### **¿Qué sienten las personas cuidadoras cuando tienen que hacerse cargo del cuidado de un familiar mayor dependiente?**

Lourdes Moral Fernández, Sara Moreno Cámara, y Catalina López Martínez  
*Universidad de Jaén (España)*

El aumento de la esperanza de vida es uno de los mayores logros de los últimos años, pero el hecho de que se viva más tiempo, conlleva que las personas sean más propensas a sufrir enfermedades crónicas e incapacitantes, con el consiguiente aumento de la discapacidad y minusvalía (ONU, 2013).

En la actualidad, las respuestas de las autoridades públicas al tema de la dependencia son insuficientes o inexistentes. Como resultado, la familia o los amigos, y en especial las mujeres, se ven en la obligación de asumir el cuidado de su familiar enfermo, convirtiéndose así en cuidadoras familiares.

Un cuidador familiar es "una persona no profesional que proporciona asistencia primaria con actividades de la vida diaria, ya sea en parte o en su totalidad, a una persona dependiente en su / su círculo inmediato" (COFACE, 2011).

En consecuencia a la tarea de cuidado, la familia en su núcleo sufre una serie de cambios sin un patrón específico, que dependen de las propias características familiares tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico y la historia familiar entre otros (Fernández, 2004).

En caso de enfermedad aguda-grave, aunque de corta duración, el grado de desajuste es mayor, en consecuencia a los grandes cambios de necesidades que acontecen. Puede darse el caso de rehabilitación del enfermo o su muerte, en cuya situación la familia se enfrentará al duelo, que en ocasiones supone tal magnitud de sentimientos de malestar que precisa de apoyo terapéutico especializado (Fernández, 2004).

Hay muchos aspectos de las personas cuidadoras que se ven afectados por la tarea de cuidar, como su salud física y mental, así como su vida social y familiar (Jones, 1992). De hecho, el 87% de las personas cuidadoras tienen problemas derivados del cuidado. La mayoría de los estudios confirman que el impacto sobre la salud física y mental de los cuidadores es fundamentalmente negativo. Además, las principales consecuencias relacionadas con la salud identificadas por la literatura son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración. Por otro lado también se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población (Roger, 2010).

En comparación con las personas no cuidadoras, las personas cuidadoras familiares poseen un peor estado de salud general y una mayor proporción de depresión, ansiedad y disfunción familiar severa, representando pues un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, & Viáfara, 2006) (Santiago, Lopez, & Lorenzo, 1999)

El objetivo de este estudio es conocer los sentimientos y emociones por los que pasan las personas cuidadoras familiares de un mayor dependiente, para así lidiar de la mejor manera posible con sus problemas y mejorar su bienestar emocional.

#### **Método**

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa en nueve bases de datos de Ciencias de la Salud: Medline, CINAHL, IME-Biomedicina, (ISI) Current Contents Connect, PsycINFO, Cochrane, CUIDEN, PubMed y Scopus, empleando diferentes estrategias de búsqueda. Para ello se han usado diferentes

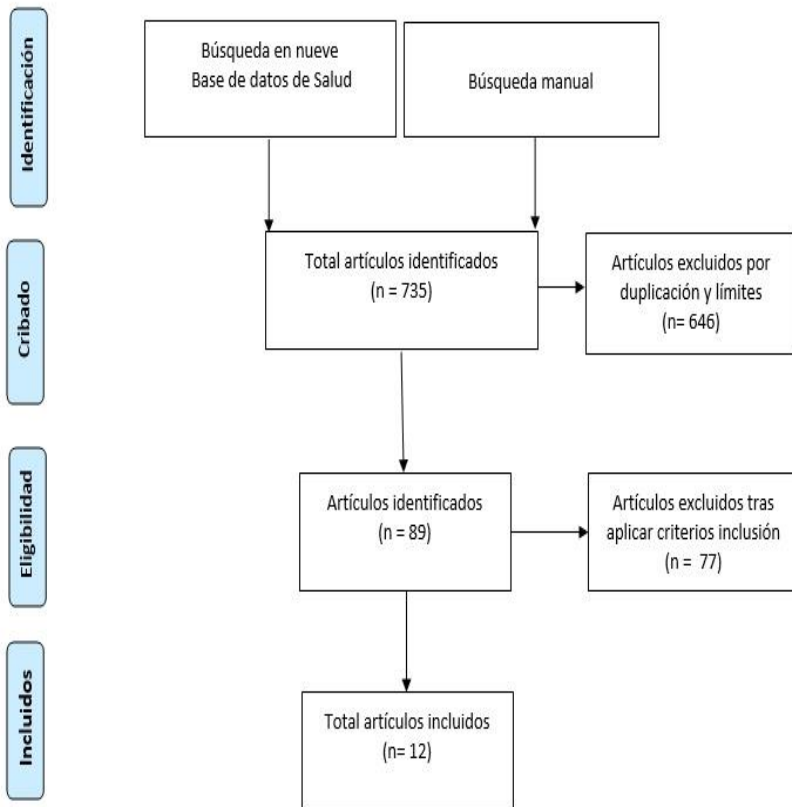


cadenas de búsqueda dependiendo de la base de datos (sentimientos, emociones, cuidadores, feeling, emotion, care, con sus respectivos truncamientos).

En una primera búsqueda fueron localizados 735 artículos disponibles a texto completo. Para refinar la búsqueda se limitaron resultados a título y resumen y se eliminaron los estudios duplicados, quedando 89 artículos resultantes que fueron revisados para localizar entre ellos todos aquellos que cumplieran los criterios de inclusión. (Gráfico 1)

Para la selección de los artículos se han considerado como criterios de inclusión los estudios sobre las emociones o sentimientos de personas cuidadoras familiares de mayores dependientes con cualquier tipo de enfermedad.

Figura 1. Diagrama PRISMA revisión sistemática



De los estudios incluidos, diez de ellos estaban escritos en inglés, uno en español, y otro en portugués. Un total de 414 personas cuidadoras familiares componen la muestra de los 12 artículos seleccionados. De estos estudios, nueve se basaban en una metodología cualitativa (dos de ellos con grupos focales, y siete con entrevistas en profundidad o semiestructuradas), otros dos estudios eran cuasi-experimentales y un último una revisión sistemática. (Tabla 1).

Tabla 1: Resumen artículos incluidos

Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel	Fonseca N., Fonseca A., Penna G. y Soares M.	Revista de Saúde Colectiva, 2008
An emotive subject: insights from social, voluntary and healthcare professionals into the feelings of family carers for people with mental health problems	Gray B., Robinson C., Seddon D. y Roberts A.	Health and Social Care in the Community, 2009
Attitudes and support needs of Black Caribbean, south Asian and White British carers of people with dementia in UK	Lawrence V., Murra J., Samsi K. y Banerjee S.	The British Journal of Psychiatry, 2008
Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. Analyses of strain, feelings and coping strategies	Samuelsson A.M., Annerstedt L., Elmstahl S., Samuelsson S.M. y Grafström M.	Scandinavian Journal Caring Science, 2001
Caregivers' deepest feelings in living with Alzheimer disease a ricoeurian interpretation of family caregivers' journals	Bursch, H.C. y Butche H.K	Research in Gerontological Nursing, 2012
Caregivers of people with stroke – needs, feelings and guidelines provided	Oliveira B.C., Garanhani M.L., Garanhani M.R.	Acta Paulista de Enfermagem, 2011
Caring for loved ones with frontotemporal degeneration: The lived experiences of spouses	Massimo L., Evans L.K. y Benner P.	Geriatric Nursing, 2013
Experiencias cotidianas de cuidadoras de personas con la Enfermedad de Alzheimer	Villarreal M.A., Dimmit J. y Salazar B.C.	Desarrollo Científico Enfermería, 2006
Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study	Henriksson A. y Arestedt K.	Palliative Medicine, 2013
Factors determining the impact of care-giving with dementia. A systematic literature review	Schoenmakers B., Buntinx F. y Delepeleire J.	Maturitas, 2010
Lived experience of caregivers of persons with dementia in Hong Kong: a qualitative study	Chan W.C., Mok C.C.M., Wong F.L.F., Pang S.L. y Chiu H.F.K.	East Asian Archives of Psychiatry, 2010
Patients' and caregivers' experiences of the impact of Parkinson's disease on health status	Chiong-Rivero H., Ryan G.W., Flippen C., Bordelon Y., Szumski N.R., Zesiewicz T.A., Vassar S., Weidmer B., García R.E., Bradley M. y Vickrey B.G.	Patient Related Outcome Measures, 2011

## Resultados

Entre los resultados obtenidos, debido a la dificultad del cuidado las personas cuidadoras a menudo manifiestan una sobrecarga emocional grande, lo que provoca sentimientos de insatisfacción agravados también por la falta de reconocimiento de su labor. El sentimiento de tristeza o pena es común en este colectivo, ya que su calidad de vida y la de sus familiares ha ido empeorando desde que comenzaron a cuidar; también promueve este sentimiento la casi exclusiva dedicación al cuidado, perdiendo el resto de actividades lúdicas o laborales, en muchos casos. Esto provoca sentimientos de soledad, nerviosismo e incluso indiferencia o apatía. Por otra parte, no solo afloran sentimientos negativos de la tarea de cuidar, sino también sentimientos positivos. Algunas personas cuidadoras consideran este rol una oportunidad para mejorar sus competencias y habilidades lo que supone un crecimiento personal para la misma.

Muchos de los estudios analizados mantienen que las personas cuidadoras experimentan un amplio espectro de emociones asociadas a diferentes factores, entre las que destacan las emociones negativas como la incertidumbre, culpa, tristeza, impotencia, rabia, desesperación, frustración, odio, aislamiento, ansiedad, soledad, preocupación y negación. Así mismo también se destacan las emociones positivas derivadas del cuidado como la satisfacción y el placer de ver que las cosas van bien y que se está cuidando de una buena manera (Gray, Robinson, & Seddon, 2009). En esta línea, Fonseca, Penna y Soares (2008), realzan aparte otro tipo de sentimientos negativos como la impaciencia y apatía y

destacan otros sentimientos más positivos como la piedad y gratificación de la persona cuidadora con su familiar dependiente.

Dentro de esta enorme gama de sentimientos, debido al carácter subjetivo y los distintos factores y estresores que rodean a la persona cuidadora cuando ejerce su tarea de cuidado, encontramos innumerables manifestaciones de sentimientos y emociones diferentes como culpabilidad, ira, impaciencia, soledad, preocupación, cansancio, desesperación, angustia, irritación, sufrimiento, agobio, miedo, ansiedad, esperanza, felicidad, incapacidad entre otras muchas manifestaciones que las personas cuidadoras no pueden manifestar con palabras (Bursch, 2012) (Chan, Mok, Wong, & Pang, 2010) (Chiong-Rivero, y otros, 2011) (Henriksson A. y., 2013) (Lawrence, Murra, & Samsi, 2008) (Massimo & Evans, 2013) (Oliveira & Garanhani, 2011) (Samuelsson, Annerstedt, Elmståhl, & Samuelsson, 2001) (Schoenmakers & Buntinx, 2010) (Villarreal & Dimmit, 2006).

Aunque los estudios analizados incluyen a personas cuidadoras familiares que cuiden de un familiar en situación de dependencia, independientemente de la enfermedad que sufra, la enfermedad que padezca la persona cuidada es un factor que afecta en gran medida a la salud emocional de la persona encargada de los cuidados. En las investigaciones incluidas en la presente revisión hemos podido analizar situaciones en las que las familias se encuentran al cuidado de un mayor afectado por distintas patologías, así como casos diversos que precisan cuidados paliativos, enfermos de Parkinson o con problemas cognitivos. No obstante, es importante resaltar que las personas cuidadoras de mayores con problemas de demencia suelen manifestar mayor grado de depresión, ansiedad y malestar que el resto.

### **Conclusión**

El estrés y la sobrecarga derivados del cuidado suelen ser el común denominador en las personas cuidadoras familiares.. Aunque los sentimientos y emociones por los que pasan estas personas no es una dimensión profundamente estudiada por su gran amplitud y subjetividad, los resultados de esta revisión coinciden con los de otras revisiones, aunque en ésta destaquen aspectos negativos como la depresión y el estrés (Schoenmakers & Buntinx, 2010). De la misma manera coinciden con otros estudios que aunque no se centran en el estudio de los sentimientos de las personas cuidadoras familiares, muestran resultados similares (Henriksson & Carlander, 2015) (Meiland, Kat, van Tilburg, & Jonker, 2005).

También se confirma el resultado especulativo sobre mayor depresión y ansiedad en cuidadores familiares a cargo de un familiar con demencia, ya que son numerosos los artículos hallados sobre el tema que demuestran que el grado de depresión que sufre el enfermo con demencia, repercute de manera considerablemente negativa en la salud emocional de la persona cuidadora. Siendo los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, una de las principales fuentes de estrés en el cuidador (Nogales-González, Romero-Moreno, Losada, & Márquez-González, 2015) (Méndez, Giraldo, & Aguirre-Acevedo, 2010)

Dado la gran variedad de sentimientos que pueden surgir en las personas cuidadoras, es necesario indagar en los mismos y en las características en las que se producen para que desde los servicios sociosanitarios y el contexto inmediato de este colectivo se pueda ofrecer ayuda en los casos en los que sea preciso, y así establecer las intervenciones necesarias según el tipo de sentimiento manifestado, así como fomentar todos los sentimientos positivos.

Para futuras investigación se recomienda realizar un estudio de los aspectos o sentimientos positivos que experimentan las personas cuidadoras y los contextos en los que se producen, para así promover una práctica de cuidado en la que tanto la persona cuidadora como el receptor del cuidado puedan alcanzar el mayor grado de bienestar posible.

### **Referencias**

Bursch, H. (2012). Caregivers' deepest feelings in living with Alzheimer disease a ricoeurian interpretation of family caregivers' journals. 207.

- Chan, W., Mok, C., Wong, F., & Pang, S. (2010). Lived experience of caregivers of persons with dementia in Hong Kong: a qualitative study. 163.
- Chiong-Rivero, H., Ryan, G., Flippen, C., Bordelon, Y., Szumski, N., Zesiewicz, T., Bradley, M. (2011). Patients' and caregivers' experiences of the impact of Parkinson's disease on health status. 57.
- COFACE, C. (2011). *Carta Europea de los cuidadores familiares*. Bruselas: Confederación de Organizaciones Familiares de la Unión Europea.
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., & Viáfara, A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. 31.
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. 251.
- Fonseca, N., & Penna, A. (2008). Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. 727.
- Gray, B., Robinson, C. A., & Seddon, D. (2009). An emotive subject: insights from social, voluntary and healthcare professionals into the feelings of family carers for people with mental health problems. 125.
- Henriksson, A. (2013). Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. 639.
- Henriksson, A., & Carlander, I. (2015). Feelings of rewards among family caregivers during ongoing palliative care. 1.
- Jones, D. (1992). Caring for elderly dependents: effects on the carers' quality of life. 428.
- Lawrence, V., Murra, J., & Samsi, K. (2008). Attitudes and support needs of Black Caribbean, south Asian and White British carers of people with dementia in UK. 240.
- Massimo, L., & Evans, L. (2013). Caring for loved ones with frontotemporal degeneration: The lived experiences of spouses. 1.
- Meiland, J., Kat, G., van Tilburg, W., & Jonker, C. (2005). The Emotional Impact of Psychiatric Symptoms in Dementia on Partner Caregivers: Do Caregiver, Patient, and Situation Characteristics Make a Difference? 195.
- Méndez, L., Giraldo, O., & Aguirre-Acevedo, D. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. 137.
- Nogales-González, C., Romero-Moreno, R., Losada, A., & Márquez-González, M. (2015). Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. 1-9.
- Oliveira, B., & Garanhani, M. (2011). Caregivers of people with stroke - needs, feelings and guidelines provided. 43.
- ONU, D. (2013). *Profiles of ageing*. ONU.
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Samuelsson, A. M., Annerstedt, L., Elmståhl, S., & Samuelsson, S. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. 25.
- Santiago, P., Lopez, O., & Lorenzo, A. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. 404.
- Schoenmakers, B., & Buntinx, F. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. 191.
- Villarreal, M., & Dimmit, J. (2006). Experiencias cotidianas de cuidadoras de personas con la Enfermedad de Alzheimer. 342.



## CAPÍTULO 46

### **Influencia de un programa de terapia ocupacional en el nivel de sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera**

Lydia M<sup>a</sup> Martín Martín\*, Concepción Rubiño García\*\*, Noelia Galiano Castillo\*\*\*,  
e Irene Cantarero-Villanueva\*

\**Universidad de Granada (España)*, \*\**Hospital Santa Ana, Motril (España)*,

\*\*\**Universidad de Jaén (España)*

Las fracturas de cadera son un problema de salud pública a nivel mundial relacionado con el proceso de envejecimiento poblacional. Se ha estimado que para el 2050, la incidencia del número de fracturas de cadera aumentará de 4,5 millones a 21,3 millones (Gullberg, Johnell O, Kanis 1997; Sambrook y Cooper, 2006). Esta patología supone importantes costes personales, sociales y económicos para las personas que lo sufren. Tras la ocurrencia de la fractura de cadera, es frecuente la aparición de dolor y discapacidad en los individuos, con una consecuente pérdida de movilidad e independencia las cuales además suelen llevar al sujeto a elevados niveles de morbilidad y mortalidad (Wiktorowicz, Goeree, Papaioannou, Adachi, y Papadimitropoulos, 2001; Magaziner et al., 2010; Nahm, Resnick, Orwig, Magaziner, y Degrezia 2010; Shyu, Chen, Wu, y Cheng, 2010). Un 39% de estos pacientes necesitarán cuidados posteriores (Sircar, Godkar, Mahgeretfeh, Chambers, Niranján, y Cucco, 2007) y entre un 25-75% de los que eran independientes no podrán caminar por sí mismos ni lograr su nivel funcional previo tras un año de la fractura (Magaziner, 2010).

Las importantes necesidades de cuidado que tienen los sujetos tras la fractura de cadera, señalan la importancia del proceso de cuidado al alta hospitalaria más allá del provisto por las instituciones sanitarias y que es llevado a cabo mayormente por cuidadores informales. Estos cuidadores junto cumplen un relevante papel en la provisión de apoyo social, emocional y financiero a los pacientes con fractura de cadera (Siddiqui et al., 2010). En un contexto sanitario donde reciben poca información acerca de cómo manejar la nueva situación de cuidado que les acaece, los cuidadores se ven forzados a aprender nuevas habilidades, cambiar sus roles sociales familiares y funciones, y hacer modificaciones en el hogar (Lin y Lu, 2005; Quine, Helby, Cameron, y Lyle, 1994; Bull, 1990; Nahm, 2010). Esta nueva situación propicia en los cuidadores informales estrés y sobrecarga que afectan a su salud y estatus financiero y social. Diversos estudios han mostrado que estos sujetos experimentan síntomas de ansiedad, falta de sueño y fatiga incluso mientras el familiar permanece en el hospital (Bull 1990).

Tras una estancia hospitalaria corta, los pacientes con fractura de cadera son frecuentemente alojados en el hogar familiar recayendo su cuidado en familiares (Lin, 2005; Quine, 1994). A pesar de esto, pocos estudios se han efectuado sobre los cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera y los protocolos hospitalarios en el sistema sanitario español para estos pacientes, tampoco incluyen la figura del terapeuta ocupacional. Por ello, con este estudio nos plantemos evaluar la eficacia de un programa de Terapia Ocupacional para reducir los niveles de sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera.

#### **Método**

##### *Participantes*

Se reclutaron pacientes ingresados en el servicio de urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología (perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario Virgen de las Nieves) de Granada para su intervención quirúrgica entre julio de 2011 a septiembre de 2012. A partir de ellos se localizaron

a sus cuidadores informales. Los criterios de inclusión fueron: a) pacientes con fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente a partir de 65 años; b) no tener deterioro cognitivo u otra discapacidad física, intelectual o psiquiátrica que dificultase su participación; c) tener de uno a tres cuidadores informales; c) no ser institucionalizados al alta; d) dar su consentimiento para participar; d) ser hispanoparlante.

#### *Instrumentos*

La variable principal de estudio fue el nivel de sobrecarga del cuidador medido a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Este índice posee 22 ítems graduados en una escala de 0 a 4 de acuerdo con la presencia o ausencia de sobrecarga. Ha sido validado en población española (Martín M, 1996) y ha mostrado alta consistencia interna y buena fiabilidad test-retest (Gallagher, Rappaport, Benedict, Lovett, Silven, y Kraemer, 1985; Herbert, Bravo, y Girouard, 1993). La puntuación total varía de 0 a 88, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de carga (Ankri, Andrieu, Beaufils, Grand, y Henrard, 2005).

De forma secundaria se recogió información de tipo sociodemográfica tanto de pacientes como de cuidadores.

#### *Procedimiento*

Los pacientes fueron aleatorizados en un grupo control y otro de intervención al que se dió la intervención de Terapia Ocupacional. Se obtuvieron los permisos del comité de ética del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y se siguió la declaración de Helsinki. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para incluirse en el estudio.

A las 24 horas del ingreso y tras explicarles el objetivo del estudio, los pacientes y sus cuidadores fueron invitados a participar. Un entrevistador ciego a la aleatorización de los participantes en los grupos, realizó todas las evaluaciones para evitar un posible sesgo. Se recogió la información a nivel basal, al mes, al tercer y sexto mes tras la fractura.

Una unidad independiente se encargó de realizar la asignación aleatoria de las diadas cuidador-paciente en los grupos de intervención o control.

Los pacientes del grupo control recibieron los cuidados estipulados a los pacientes en el protocolo hospitalario para fractura de cadera (el cual no incluye la Terapia Ocupacional) y se les dio información general sobre la etiopatogenia de la fractura de cadera.

El grupo de intervención recibió los cuidados generales incluidos en el protocolo de fractura de cadera más una intervención de Terapia Ocupacional. Esta se llevó a cabo 5 días a la semana. Los cuidadores y pacientes fueron entrenados acerca de: manejo del paciente, reglas de ergonomía e higiene postural, posicionamiento y movilidad en las actividades de la vida diaria, transferencias del paciente, productos de apoyo, modificaciones ambientales y otros consejos.

#### *Análisis de datos*

En este ensayo controlado aleatorizado se evaluó la normalidad mediante análisis exploratorio de datos. Se midieron las diferencias basales pre-existentes entre el grupo control y el grupo intervención. Las variables cuantitativas fueron expresadas como media y desviación estándar y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó un análisis por intención de tratar y una ANOVA mixta de dos vías. Las pruebas de significación fueron de dos colas y el nivel alfa se estableció en 0,05. Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS 20.00.

#### **Resultados**

Fueron incluidos en el estudio 186 cuidadores y pacientes. La tabla 1 muestra las características basales de la muestra. Tras aplicar los criterios de inclusión, 93 parejas fueron randomizadas en el grupo

control y 93 en el grupo de intervención para su evaluación. Del total de la muestra de cuidadores, 80,6% fueron mujeres con una edad de entre 24 a 88 años (media= 54,42, DE=12,76). La mayoría de pacientes fueron asimismo mujeres (73,1%) con 65 años o más (media 80,98, DE= 7,12). El 17,2% de los pacientes eran pareja de sus cuidadores y un 65,1% de cuidadores eran hijos de los sujetos con fractura de cadera.

Tabla 1. Características basales de la muestra

	Control (n=93) N (%)	Intervención (n=93) N (%)
<b>Cuidador</b>		
Sexo		
Mujer	68 (73.1)	82 (88.2)
Edad, media (DE)	57.25(14.64)	51.6(9.8)
Parentesco		
Pareja	24 (25.8)	8 (8.6)
Hijo/a	52 (55.9)	69 (74.2)
Nuera/yerno	7 (7.5)	7 (7.5)
Otros	10 (10.8)	9 (9.8)
<b>Paciente</b>		
Sexo		
Mujer	61 (65.6)	75(80.69)
Edad, media (DE)	81.06(7.7)	80.98(6.5)

La tabla 2 muestra la evolución de ambos grupos en la puntuación de la escala Zarit en los diferentes periodos de seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre grupos de comparación a nivel basal; sin embargo a partir del primer mes, las diferencias entre grupos e hicieron significativas mostrando los cuidadores del grupo de intervención menores niveles de sobrecarga que el grupo control (39,04 vs 43,74;  $p=0.027$ ). Estas diferencias se mantuvieron a lo largo del seguimiento a los 3 meses (37,16 vs 42,66;  $p=0.015$ ) y a los 6 meses (35,74 vs 40,06). Por tanto, mientras que los cuidadores del grupo de intervención redujeron sus niveles de sobrecarga desde el momento basal, aquellos situados en el grupo control descendieron estos niveles sólo ligeramente al primer mes. Después, si bien sus niveles siguieron reduciendo, mantuvieron unas puntuaciones inferiores.

Desde el primer mes las diferencias intra-grupo también fueron significativas (0,638 del grupo intervención vs. 0,078 en el grupo control;  $p= 0,027$ ). Estas diferencias se mantuvieron al tercer mes (0,038 grupo de intervención vs. 0,205 en el grupo control;  $p= 0,015$ ) y al sexto mes (0,030 en el grupo intervención vs. 0,007 en el grupo control;  $p= 0,048$ ).

Tabla 2. Diferencias medias intragrupos en Zarit a lo largo del periodo de seguimiento

	GI media (DE) N=93	Diferencias medias GI [IC]	Valores P GI	GC media (DE) N=93	Diferencias medias GC [IC]	Valor es P GC	Diferenci a p entre grupos
<b>ZARIT</b>							
Seguimiento		0.47 [-1.51, 2.46]			-2.09 [-4.43, 0.23]		
Basal-1m			0.637			0.078	0.027
1 m-3 m	39.46 (13.60)	1.88 [0.10, 3.66]		43.41 (14.28)	0.91 [-0.50, 2.33]		
3 m-6 m			0.038	42.50 (15.17)		0.205	0.015
	37.58 (14.09)	1.46 [0.14, 2.77]		40.53 (14.48)	1.96 [0.54, 3.38]		
			0.030			0.007	0.048
	36.11 (13.69)						

Nota: GI: Grupo intervención; GC: Grupo control; m: mes

## Discusión

El principal hallazgo de nuestro estudio fue que, comparado con los cuidadores de pacientes con fractura de cadera que reciben los cuidados protocolizados del hospital, los cuidadores que recibieron



(junto con sus familiares) un entrenamiento de Terapia Ocupacional, tuvieron niveles de sobrecarga significativamente menores hasta 6 meses después del alta del paciente.

En nuestro estudio, los cuidadores del grupo control vieron incrementados sus niveles de sobrecarga al primer mes, esto probablemente relacionado con el estrés consecuente de la vuelta a casa tras el alta hospitalaria. Los cuidadores del grupo de intervención tuvieron información acerca del manejo y el afrontamiento ante los cambios que acompañan la vuelta al hogar lo que puede explicar su menor nivel de sobrecarga. Los meses sucesivos al alta, como es de esperar por la mejora funcional del paciente, disminuye el nivel de estrés de los cuidadores en parte debido a la menor cantidad de ayuda que los pacientes necesitan. Nuestros resultados muestran que este descenso es más acentuado en el grupo de intervención, cuyos niveles de sobrecarga fueron menores hasta 6 meses después del alta del paciente. Una intervención de Terapia Ocupacional basada en el manejo del paciente, posicionamiento y adaptaciones, podría por tanto ayudar a disminuir el nivel de sobrecarga percibida por los cuidadores informales hasta 6 meses después de la fractura del paciente. Esto puede deberse a la mayor confianza en sí mismos de estos cuidadores con las nuevas destrezas de cuidado adquiridas.

El nivel de sobrecarga de los cuidadores es un asunto de relevancia no sólo por las consecuencias físicas y psicológicas para el cuidador, sino porque dichas consecuencias se ha demostrado que llegan a influir en la persona dependiente y la calidad de cuidados recibidos. Hasta la fecha, la mayoría de estudios con cuidadores se han enfocado en cuidadores de pacientes con demencia o ictus (Wilson, Thalanany, Shepstone, Charlesworth, Poland, Harvey, ... Mugford, 2009; Thinnis y Padilla, 2011; Nioeber, Resnick, Orwig, Magaziner, y Degrezia, 1998;). Las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y los programas psicosociales han mostrado efectos positivos contra la sobrecarga del cuidador. Los estudios que han trabajado con cuidadores de pacientes con fractura de cadera no han implementado intervenciones específicas para ellos más allá de aproximaciones psicologicas de afrontamiento de la situación de cuidado (Guberman, 2007). Estos cuidadores han sido más bien sujeto de evaluación y objeto secundario de interés en los estudios tras el paciente (Dooley, 2004; Shyu 2011; Siddiqui 2010); tan sólo en los últimos años han aparecido trabajos que comienzan a trabajar principalmente con ellos, como el estudio de Nahm y otros (2012) donde se crea el protocolo de un sistema online para dar información a los cuidadores de pacientes con fractura de cadera.

Tras usar modelos de análisis ajustados, nuestros resultados fueron similares a pesar de la mayor frecuencia de mujeres de nuestra muestra. El diseño de nuestro estudio junto con el ciego de los evaluadores hacen que estos resultados sean consistentes. Del mismo modo, la escala Zarit empleada, ha mostrado excelente consistencia interna y fiabilidad test-retest con un alpha de Cronbach de 0,83 y 0.89 (BioPsychoSocial Assessment Tools for the Elderly - Assessment Summary Sheet..

Se necesitan realizar nuevos estudios en diferentes poblaciones y dispositivos para incrementar el conocimiento sobre los cuidadores informales de pacientes con fractura de cadera y afianzar nuestros resultados.

## Referencias

Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A., & Henrard, J. C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 254–260. <http://doi.org/10.1002/gps.1275>

Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758–770; discussion 771–776.

CSIC, E. en red E.-R. (n.d.). Documentos-Investigación. Envejecimiento en red. EN-RED.CSIC. Retrieved April 16, 2015, from <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=3599>

Dooley, N. R., & Hinojosa, J. (2004). Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(5), 561–569.

Formiga, F., Lopez-Soto, A., Duaso, E., Ruiz, D., Chivite, D., Perez-Castejon, J. M., ... Pujol, R. (2008). Characteristics of fall-related hip fractures in community-dwelling elderly patients according to cognitive status. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(5), 434–438.

Gallagher, D., Rappaport, M., Benedict, A., Lovett, S., Silven, D., & Kraemer, H. (1985). Reliability of selected interview and self-report measures with family caregivers. Paper presented at the 38th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. New Orleans.

Guberman, N., Keefe, J., Fancey, P., & Barylak, L. (2007). “Not another form!”: lessons for implementing carer assessment in health and social service agencies. *Health & Social Care in the Community*, 15(6), 577–587. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00718.x>

Gullberg, B., Johnell, O. y Kanis, J.A. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis International*, 7(5):407-413.

Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. [Reliability of French translations of three instruments for evaluating natural caregivers of patients with dementia.]. *Canadian Journal on Aging*, 12(3), 324–337. <http://doi.org/10.1017/S0714980800013726>

Lin, P.-C., & Lu, C.-M. (2005a). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 719–726. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01130.x>

Magaziner, J., Hawkes, W., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., Fox, K. M., Dolan, M., ... Kenzora, J. (2000). Recovery from hip fracture in eight areas of function. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(9), M498–507.

Magaziner, Jay, Hawkes, W., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., Fox, K. M., Dolan, M., ... Kenzora, J. (2000). Recovery From Hip Fracture in Eight Areas of Function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(9), M498–M507. <http://doi.org/10.1093/gerona/55.9.M498>

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L., Rico, M., Lanz, P., Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6:338-46.

Naah, E.-S., Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J., Bellantoni, M., Sterling, R., & Brennan, P. F. (2012). A theory-based online hip fracture resource center for caregivers: effects on dyads. *Nursing Research*, 61(6), 413–422. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318270712a>

Naah, E.-S., Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J., & Degreza, M. (2010). Exploration of informal caregiving following hip fracture. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 31(4), 254–262. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.01.003>

Nieboer, A. P., Schulz, R., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Ormel, J., & Lindenberg, S. M. (1998). Spousal caregivers' activity restriction and depression: a model for changes over time. *Social Science & Medicine* (1982), 47(9), 1361–1371.

Quine, S., Helby, L., Cameron, I., & Lyle, D. (1994). Carer burden after proximal femoral fracture. *Disability and Rehabilitation*, 16(4), 191–197.

Sambrook, P., & Cooper, C. (2006). Osteoporosis. *Lancet*, 367(9527), 2010–2018. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68891-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68891-0)

Shyu, Y.I. L., Chen, M.-C., Liang, J., & Tseng, M.-Y. (2012). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 658–666. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05778.x>

Shyu, Y.I. L., Chen, M.-C., Wu, C.-C., & Cheng, H.-S. (2010). Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2450–2459. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x>

Siddiqui, M. Q., Sim, L., Koh, J., Fook-Chong, S., Tan, C., & Howe, T. S. (2010). Stress levels amongst caregivers of patients with osteoporotic hip fractures - a prospective cohort study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 39(1), 38–42.

Sircar, P., Godkar, D., Mahgerefteh, S., Chambers, K., Niranjana, S., & Cucco, R. (2007). Morbidity and mortality among patients with hip fractures surgically repaired within and after 48 hours. *American Journal of Therapeutics*, 14(6), 508–513. <http://doi.org/10.1097/01.pap.0000249906.08602.a6>

Thinnes, A., & Padilla, R. (2011). Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(5), 541–549.

Wiktorowicz, M. E., Goeree, R., Papaioannou, A., Adachi, J. D., & Papadimitropoulos, E. (2001). Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporosis International: a Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 12(4), 271–278. <http://doi.org/10.1007/s001980170116>

Wilson, E., Thalanany, M., Shepstone, L., Charlesworth, G., Poland, F., Harvey, I., ... Mugford, M. (2009). Befriending carers of people with dementia: a cost utility analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 610–623. <http://doi.org/10.1002/gps.2164>

## CAPÍTULO 47

### **Experiencia vivida por cuidadores de adultos mayores con discapacidad. Aproximación cualitativa**

M<sup>a</sup> de Jesús Lilia Nieto Ledesma\* y Manuel Lillo Crespo\*\*

\**Universidad Autónoma de Tamaulipas (México)*, \*\**Universidad de Alicante (España)*

El envejecimiento demográfico es un proceso que caracteriza la dinámica poblacional de gran parte del planeta y nuestro país no ha permanecido al margen de él. Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad aumentó los años de sobrevivencia y, por consiguiente, un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas; la disminución de la fecundidad, por su parte, se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad (CONAPO, 2004).

Según proyecciones para el 2020, 75% del total de muertes en los países en desarrollo, se deberá al factor edad. La mayor proporción de esas muertes ocurrirá a consecuencia de enfermedades no transmisibles, como distintos tipos de cáncer, diabetes mellitus y enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo hipertensión arterial. (OMS 2004)

Para el caso de México, de acuerdo al Censo Poblacional efectuado en el año 2010, el 9,1% de la población se encontraba dentro de la clasificación de adultos mayores (INEGI, 2010). Al revisar las cifras específicamente en el estado de Tamaulipas, se encontró que en el año 2010, la cantidad de personas de la tercera edad era de 205,674. Particularmente, en Ciudad Victoria (contexto del estudio), había 17,298 adultos mayores. (INEGI, 2010)

En relación a lo anterior, la tercera edad es la última etapa en la vida del ser humano y se caracteriza por el deterioro paulatino y progresivo de la salud del individuo. En esta fase el organismo del adulto mayor experimenta una disminución en sus capacidades físicas y mentales, de tal manera que se ven afectadas sus actividades cotidianas, así como sus relaciones familiares.

Este deterioro es muy marcado en países en vías de desarrollo en los cuales existe un incremento en la esperanza de vida sin que existan mejoras en condiciones de vida, además de que se suman problemas como la pobreza, la discriminación social, la enfermedad, la discapacidad, el aislamiento social y las distintas expresiones de desigualdad por clase social, etnia y género (Duran et al, SF).

Por lo que se considera a las personas adultas mayores un grupo social con desventajas estructurales debido a los bajos ingresos en su etapa productiva, a las pensiones limitadas, al deterioro de los bienes adquiridos y los conceptos socioculturales negativos lo que se refleja en las pobres oportunidades de apoyo institucional y familiar (Montes de Oca, 2001) al grado que hay investigadores que a partir de sus trabajos plantean “vivir más o vivir mejor”, al abordar la problemática que esta población tiene de marginación, baja seguridad social, pobreza, pobre acceso a la vivienda, dificultades para la movilidad, pobre acceso a servicios de salud de calidad (Flores, Vega y González, 2011)

Un impacto negativo del envejecimiento como un proceso vital, son los problemas de salud que este grupo de población presenta, como la co-morbilidad, la insuficiencia orgánica múltiple, la presentación de un problema social y el uso de múltiples medicamentos. (Rodríguez, 2006)

De hecho, no se puede asegurar de forma contundente que existan enfermedades exclusivas de los ancianos, pero lo cierto es que habitualmente los adultos mayores se enferman con mayor frecuencia.

Para Tamaulipas los 10 principales problemas de salud las personas adultas mayores son en orden de frecuencia: Infecciones Respiratorias Agudas, Infecciones de Vías Urinarias, Infecciones Intestinales y Parasitarias, Gastritis y Úlceras, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Fracturas, Gingivitis y Enfermedades Periodontales, Otitis, Faringitis y Asma (INEGI, 2012). Y las 5 principales causas de mortalidad son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como Enfermedad Isquémica del Corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebrovascular y Enfermedades Hipertensivas (INEGI, 2012). Este grupo de enfermedades, representan un problema de salud pública, debido a que pueden derivar en una alta probabilidad de ocasionar alguna discapacidad (OMS, 2011).

Se entiende la discapacidad como la dificultad que la persona tiene para realizar actividades consideradas de la vida diaria como caminar o subir escaleras, ver aun usando lentes, escuchar, atender el cuidado personal, comunicarse con otras personas, entre otras dificultades.

En el Estado de Tamaulipas, México; del total de población de 60 años y más 21.3% tiene alguna discapacidad; por grupos, el de 60 a 84 años presenta un 19.4% de discapacidad, mientras que entre la población de 85 años y más el porcentaje se incrementa, de modo que cinco de cada diez personas de este grupo de edad registra esta condición (49.4 por ciento). Entre las dificultades más frecuentes reportadas para los adultos mayores, sobresale la limitación en la movilidad, 67.7% presenta esta discapacidad; le siguen la dificultad para ver con 30.0 y la limitación para escuchar con 12.5 por ciento (INEGI, 2012). El riesgo de discapacidad aumenta con la edad y sus consecuencias van más allá de la dependencia física pues afecta al individuo, la familia y el grupo social (INEGI, 2005)

Hasta el momento la sociedad y sus instituciones no han hecho planteamientos de política pública suficientemente eficaces para atender las necesidades de cuidado socialmente responsable de las personas adultas con discapacidad, delegando esta responsabilidad al ámbito doméstico, donde a su vez las familias delegan en ciertas personas estas funciones del cuidado. Se desconoce en gran medida la manera como las personas que fungen como cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad están viviendo y significando esta experiencia.

Contar con información al respecto puede además de ayudar a conocer y entender el fenómeno social del cuidado en casa, ofrecer las evidencias necesarias para generar las políticas, programas y acciones necesarias para atender adecuadamente tanto a las personas adultas mayores como a sus cuidadores asegurando que ninguna de ellas sufra el menoscabo de sus oportunidades y sus derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud. Por lo anterior el objetivo de esta investigación fue: Caracterizar cualitativamente, desde la propia perspectiva de los actores, la manera en cómo se vive y significa la experiencia de ser cuidadores primarios de personas adultas mayores con discapacidad, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

### **Método**

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, considerando que este tipo de acercamiento *emic* posibilita un acercamiento metodológico desde la propia perspectiva de los actores que viven el fenómeno social (Valles, 1997; Grbich, 1999; Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000, Villaseñor, 2011), que en este caso se trata de la significación y experiencia de ser cuidadores primarios de personas adultas mayores. La perspectiva paradigmática empleada fue la interpretativista (Valles, 1997; Grbich, 1999) como parte de la corriente antropológica sociocultural

En este estudio se partió de considerar al cuidado como un es un evento cultural (Leininger, 1991) al igual que los procesos de significación de las experiencias vitales y por lo tanto el acercamiento interpretativista se asumió como pertinente ya que la significación y la experiencia de ser cuidador pueden ser, como Geertz (1994) señaló algo que puede ser “leído e interpretado”.

### *Participantes*

Las informantes en esta investigación fueron diez mujeres cuidadoras en casa de personas adultas mayores con discapacidad. La edad de las cuidadoras fluctuó en un rango de 45 a 76 años de edad, siendo importante hacer notar que de las diez, cuatro son también personas adultas mayores que pudiera pensarse necesitarían ser cuidadas y no ser cuidadoras. De las diez cuidadoras cinco no tenían un trabajo remunerado, una no trabajaba por estar jubilada y 5 trabajaban. Fueron localizadas mediante la técnica de bola de nieve.

### *Instrumento*

A las personas adultas mayores se les aplicó el Índice de Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria de Barthel (Cid-Ruzafa y Moreno, 1997) para la determinación del nivel de discapacidad, Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria, siendo de fácil y rápida administración y constituye la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional del paciente, El rango de posibles está entre 0 y 100, a menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia:

Para el acercamiento a la perspectiva subjetiva de las personas cuidadoras se empleó una técnica de indagación cualitativa (Delgado y Gutiérrez, 1995; Huberman y Miles, 2000) mediante entrevistas abiertas con elementos biográficos. Cuyos ejes de indagación fueron: a) Antecedentes biográficos personales; b) Antecedentes familiares del cuidado en casa; c) Sentido y significado del cuidado y d) Experiencia, sentido y significado de ser cuidador

### *Procedimiento*

Antes de iniciar con la recolección de los datos el estudio contó con el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), posteriormente se realizaron visitas domiciliarias a los cuidadores, explicando el propósito del estudio e invitándoles a participar, mediante la firma del consentimiento informado. Se realizaron las entrevistas en su domicilio en horario que eligieron las participantes. La unidad de análisis fueron las narrativas resultado de las entrevistas audio grabada.

### **Resultados**

El nivel socioeconómico de los participantes en su mayoría es precario, cuatro nivel bajo; cuatro en pobreza extrema, una de nivel medio y uno nivel económico alto, sin embargo es importante considerar que el impacto económico que refieren todas, aun la de nivel alto, plantean que el impacto del cuidado de una persona adulta con discapacidad y problemas de salud es devastador económicamente y ello generando a su vez problemas de tipo social, emocional y de salud.

Seis de las cuidadoras entrevistadas cuidaban a su papá, tres a su esposo y la otra cuidadora restante cuidaba a dos de sus hermanas. Además seis cuidaban a más de una persona , cuatro personas más son receptoras del cuidado, entre ellos adultas mayores o niños pequeños, así por ejemplo la informante 10 quien tiene 72 años de edad y está en condiciones de pobreza extrema cuida en total a 5 personas. Una característica generalizada es la insuficiencia de apoyo y de recursos para el cuidado tanto de parte de la familia como de las instituciones

Al momento de hacer el análisis se emplearon los indicadores del “Índice de Esfuerzo del Cuidador, que permitió dimensionar el esfuerzo de las cuidadoras en esta investigación y se refieren a cambios en la vida y a efectos negativos en la persona cuidadora para valorar la carga percibida y el esfuerzo de los cuidados resultando que de las diez cuidadoras cuatro presentan indicadores de un esfuerzo elevado y seis un esfuerzo muy elevado.

El Cuidado acorde a como Leininger (1991) lo conceptualiza, es un proceso que si bien involucra a individuos en espacios concretos, es parte de una estructura social compleja que le da contexto, la

manera en cómo se vive la experiencia de ser cuidadora está en relación con: la historia familiar; la trayectoria personal de vida; la identidad, roles y estereotipos de género; la economía y el entorno rural o urbano.

La narrativa de las cuidadoras entrevistadas permitió establecer que hay una historia familiar y una ideología de género que define lo que es el cuidado, como debe ser y quienes lo realizaran, lo que incide en la trayectoria de vida de determinadas personas de la familia jugando un papel determinante para que a ellas se les atribuya la responsabilidad de ser cuidadoras y ellas la asuman pese a considerar que es pesado física y emocionalmente, la condición económica difícil al parecer condiciona quien y como cuida pero también a su vez se ve incrementada por el hecho de ser cuidadora.

El concepto y significado, así como el sentido y razón de ser del cuidado a familiares adultos mayores con discapacidad se muestra en el Cuadro Matricial No. 1, llamando la atención que hay una fuerte ambivalencia al definirlo como algo negativo desgastante y obligatorio a la vez que satisfactorio, ligado a un deber ser culturalmente determinado, que se vive como un continuo a manera de herencia familiar y la trayectoria de vida.

Tabla 1. Concepto y Significado del Cuidado

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	EJEMPLOS TEXTUALES	
Definición	Carga	“Para mí el cuidado es pesado, muy muy pesado” “Se cansa uno y mucho” “Cuidar a un enfermo es muy pesado, más en el hospital. Lo cuide casi un año en el hospital y en total llevo 37 años cuidándolo, en ocasiones requiere hasta 5 cambios de pañal en la noche”	
	Problema	“Tengo el problema de que él ocupa que lo cuide todo el tiempo ... tengo que estar al pendiente las 24 horas”	
	Destino	“El cuidado es mi vida” “Yo nací para eso y me gusta cuidar” “Fue porque me case, me separe y regrese a la casa de mis papas y pues me toco”	
	Herencia de familia	“Mi mamá también cuide, ya me viene de familia” “Ya lo traigo de familia, estoy impuesta, le sé y me gusta”	
	Deber ser	“Es lo que me toca pues soy su hija” “A ella le prometí que la iba a cuidarla y estoy cumpliendo con mi misión de hija” “Es mi esposo” “Me nace hacerlo porque es mi papá”	
	Satisfacción	“Es una gran satisfacción para mí”	
	Obligación	“No me queda de otra a mí me toca”	
	Razón de ser	Ser única opción ante negativa de familiares	“Los demás no podían por que trabajaban o no se animaron o no querían y yo tuve que entrarle”
		Cuidar para un día ser cuidada	“Es obligación, si no siembras no cosechas”
		Pagar cuidados de la infancia	“De chiquita tuve un accidente en el ojo y mi papa que no sabe ni una letra me llevo al hospital... ahora como no cuidarlo a él”
Por vocación		“A mí siempre me gustaron eso de los cuidados”	
Gusto por el cuidado		“Es amor, es una satisfacción, a mí me gusta” “Siempre me ha gustado”	
Ser la única que puede, sabe y quiere y a la única que la persona cuidada quiere		“Me duele mucho que mis hermanos no puedan hacer lo mismo que yo” “No quiere que nadie más lo ayude, ni lo bañe”	
Acatar voluntad Divina		“Sino que cuentas voy a dar ante Dios”	

Por otro lado, destaca en el discurso de las cuidadoras la carencia casi absoluta de apoyo “no tengo apoyo solo mis brazos y yo” y consideran que si bien cuidar representa una carga pesada “el problema es que nadie le ayuda a una” y plantean con respecto al apoyo familiar casi siempre indirecto, escaso y

esporádico que “no es lo mismo solo observar que cuidar, no es lo mismo solo estar al pendiente por teléfono que cuidar

La ambivalencia presente en la significación del cuidado también está presente al visualizar su impacto, se declaran un impacto negativo devastador sobre la libertad, el bienestar y la salud pero se asumen ganancias simbólicas que se obtendrán en un mañana incierto “cuidar para que te cuiden” (Cuadro Matricial 1) cuando esto no está siendo real ya que por ejemplo 4 de las 10 cuidadoras ya son también personas de la tercera edad (68, 72, 73 y 76 años).

Asimismo se identificaron pérdidas, ganancias y efectos como consecuencia de desempeñarse como cuidadora que tiene sobre la salud de ellas, el cual en términos generales es muy negativo. El enorme impacto que el cuidado de personas adultas mayores con discapacidad genera en las cuidadoras se le ha denominado “síndrome del cuidador” caracterizado por estrés, agotamiento físico, deterioro de la calidad de vida, disminución de las expectativas de desarrollo, aumento de problemas de salud, seria afectación de sus tiempos de ocio, recreación y descanso.

Muchas de las señales de alarma que indican riesgo por sobrecarga fueron referidas por las mujeres cuidadoras entrevistadas en esta investigación sin que nadie, ni su familia, ni instituciones como el DIF o el sector salud atiendan esta situación, estas señales referidas fueron: agotamiento físico y emocional, aislamiento social, ansiedad, trastornos del sueño, hipertensión arterial, depresión, irritabilidad, negación de las propias emociones, baja autoestima, deterioro de las relaciones intrafamiliares, disminución o abandono laboral, desesperanza.

### **Discusión/Conclusiones**

En las narrativas de las cuidadoras se hace evidente que para la mayoría, el cuidado actual es una circunstancia que se suma a una historia de vida marcada por la pobreza, las pocas oportunidades educativas y de desarrollo personal, al trabajo físico excesivo, la inserción laboral desde la infancia y muchas veces sin paga y el involucramiento con el cuidado de enfermos, niños y/o personas adultas mayores desde edades tempranas.

Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de factores que propician las condiciones actuales en las que el cuidado de personas adultas mayores se da, por un lado cuidadoras que se asumen por su condición de género y parentesco obligadas a fungir como cuidadoras y que visualizan el cuidado como una oportunidad de conseguir reconocimiento y cariño del familiar cuidado, del resto de la familia, de la sociedad y de Dios y como una forma de pagar el haber sido cuidadas o su derecho a llegar a ser cuidadas, por otro lado una familia y una sociedad, incluidas las instituciones y el sector salud indiferentes y poco responsables ante las necesidades de cuidado que requieren las personas adultas mayores con discapacidad y una cultura que contradictoriamente está a favor del cuidado en el domicilio y que sanciona el abandono pero que propicia y tolera la asignación de responsabilidades ante el cuidado dejando la carga a la familia y dentro de ella a las mujeres.

El rol de cuidadora conlleva una experiencia contradictoria de muchas pérdidas reales que impactan la calidad de vida y la salud de ellas y algunas ganancias simbólicas altamente valoradas asociadas a la satisfacción del cumplimiento de un deber de género y de parentesco.

Tal como lo señalan Sánchez, Herrera y Sacarraz (2008) el sentido cultural del cuidado se vuelve agobiante por la desesperanza frente a una realidad socioeconómica de pobreza y de enfermedad crónica no curable, buscando mecanismos psicológicos de satisfacción como la fe como una alternativa de solución o afrontamiento mágico religiosa.

Por otro lado, el enorme impacto que el cuidado de personas adultas mayores con discapacidad genera en las cuidadoras evidenciado en este estudio es similar al encontrado por otros autores al hablar de personas al cuidado de enfermos (Nigenda, 2007; Robles, 2003; Quero 2003 2007; Rivera, Morales, Benito y Mitchell, 2008; Andrade, 2010, Félix 2012) al que se le ha denominado “síndrome del cuidador” caracterizado por estrés, agotamiento físico, deterioro de la calidad de vida, disminución de las



expectativas de desarrollo, aumento de problemas de salud, sería afectación de sus tiempos de ocio, recreación y descanso.

Finalmente, Tal como lo señala Quero (2007) es sorprendente el vacío bibliográfico que aborde el tema del cuidado familiar retomando el hecho de que en su mayoría este es proporcionado por mujeres, y aun cuando algunos estudios destacan esta condición femenina abocada al cuidado dentro de la familia, pocos estudios abordan el tema desde una postura que retome la perspectiva de género, e incluso algunos trabajos refuerzan estereotipos que naturalizan el hecho de que sean las mujeres las responsables del cuidado y las recomendaciones de intervención giran en torno en hacer más efectivas sus tareas y no en cuestionar la inequidad de género que estas mujeres viven.

Y, aun cuando la narrativa evidencia una actitud poco crítica frente al pobre apoyo que reciben de las instituciones y de los servicios de salud, todas expresaron sentirse necesitadas de apoyo no solo de tiempo para sí mismas, como también lo reporta Escuredo (2006), sino principalmente de apoyo para la subsistencia de la persona que cuidan y de ellas mismas.

Por lo anteriormente expuesto, y con el reconocimiento de las múltiples necesidades de la creciente población de adultos mayores, así como las repercusiones sociales y de salud que este hecho representa, es un punto de gran relevancia para los profesionales de enfermería de conocer la experiencia vivida por cuidadores de adultos mayores con discapacidad, con el propósito de elaborar programas específicos para la capacitación de los cuidadores primarios

## Referencias

Andrade CR (2010) Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *Rev Neurología (Mex)* 9(1): 54-58

Cid-Ruzafa J y Damián-Moreno M (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*; 71(2): 127-137.

Consejo Nacional de Población (2004). La población de adultos mayores se multiplicará por cinco hacia el año 2050. Consulta agosto de 2011 en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/742004.pdf>

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis Psicología.

Duran MC, García PC, Gallegos, et al (SF) Envejecimiento en México: perspectiva del IMSS. Consultado en línea en enero del 2013 en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/Salud>

Escuredo RB (2006) El sistema formal de cuidados. Consecuencias de una visión sobre los cuidados informales. *Rev. Rol de Enfermería* 29(10): 671-676.

Félix AA (2012) Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con discapacidad funcional: una perspectiva de género. *Rev. Cuidado de los Cuidados* año XVI no. 33: 81-89.

Flores VM, Vega LM, González PG (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. México: *Universidad de Guadalajara* CUCS.

Geertz, Clifford (1994). Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. En: *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.

Grbich, C. (1999), *Qualitative research in health: an introduction*, Sydney, National Library of Australia.

Huberman M, Miles M. (2000). *Métodos para el manejo y el análisis de datos*. En: Denman C, Haro J. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación. Hermosillo, México: El Colegio de Sonora; 253-300.

INEGI Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta Interactiva de datos. [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)

INEGI (2005) Los adultos mayores en México perfil sociodemográfico al inicio del Siglo XXI. Consultado en [www.inegi.gob.mx/prod.../adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod.../adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)

INEGI (2012) Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad: datos de Tamaulipas. En: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2013/poblacion28.pdf](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2013/poblacion28.pdf)

Leininger M. (1991) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Pres.

Mercado MF, Villaseñor FM, Lizardi GA (2000). Situación actual de la investigación cualitativa en salud. *Revista Universidad de Guadalajara*; 17:19-30.

- Moreno A (2007) Historias de vida en investigación. Consultado 23/01/07 en: <http://prof.usb.ve/miguelm/historiasdevida.html>
- Nigenda G, (2007) Atención de los enfermos y discapacitados en el hogar, retos para el sistema de salud mexicano. *Rev Salud Pública de México* 49(4): 286-294.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (WHA 57.17) Ginebra: OMS; 2004
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Banco Mundial [BM] (2011). *Resumen. Informe mundial sobre la discapacidad*. Consulta 15 de agosto de 2011, en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Quero RA (2007) *Los cuidadores familiares en el hospital* (Tesis) España: Universidad de Granada.
- Rivera NJ, Morales GJ, Benito LJ, Mitchell AJ (2008). Dimensión Social y familiar: Experiencia del cuidador de personas con esclerosis múltiple, el estudio GEDMA. *Rev. Neurología* 47(6): 281-285.
- Robles SL (2003) Doble o triple jornada: el cuidado a enfermos crónicos. *Rev. Estudios del Hombre* 17 *Universidad de Guadalajara*, pag: 75-99
- Rodríguez ÁN. (2006) *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Sánchez SM, Herrera SF, Sacarras VM (2008) El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo. *Rev. Ciencias del Cuidado*. 5(1): 74-84 Universidad Francisco de Paulo Santander.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Villaseñor FM y Valadez FI (2012) *Metodología Cualitativa y Participativa en Salud Pública*. En: Malagón y Moncayo Salud Pública Perspectivas. Bogotá: Editorial Médica Panamericana 2da ed.



## CAPÍTULO 48

### Impacto del cuidado de pacientes crónicos, en la salud de las personas cuidadoras

María López Cano, María Dolores Ruiz Fernández, Antonia Fernández  
Leyva, y Dolores Hernández Martínez  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

En las últimas décadas se están produciendo cambios demográficos, que a su vez están ocasionando cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades, sobre todo referido a la morbilidad, progresando desde la enfermedad aguda hacia una mayor prevalencia de la enfermedad crónica, entendiéndose esta como “un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida” (Mesa, Carrillo y Moreno, 2013). Por su trascendencia se ha llegado a hablar de la epidemia de las enfermedades crónicas. Estas suponen la causa principal de muerte en el mundo, en el 2008 supusieron el 63% y para el 2020 se espera que supongan el 75% de las muertes.

El mayor número de personas con patología crónica, como la insuficiencia cardíaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus, las depresiones, el cáncer, los trastornos mentales, la osteoporosis..., suponen un mayor consumo de los recursos sanitarios tanto a nivel de atención primaria, por la gran carga de trabajo que produce y sus altos costes humanos y materiales, como hospitalaria por la frecuencia con la que estos pacientes requieren ingresos (Contel, Muntané y Camp, 2012), poniendo en riesgo la sostenibilidad de los servicios sanitarios.

Ante tal situación las organizaciones sanitarias internacionales, establecen la necesidad de adoptar estrategias que disminuyan la prevalencia creciente de las afecciones crónicas, haciéndose eco los distintos países con la elaboración de modelos de atención a la cronicidad.

Con frecuencia la cronicidad va asociada a edad avanzada, comorbilidad y polimedición y a un importante grado de discapacidad y dependencia, necesitando una atención de cuidados continuos y prolongados.

La atención de personas en situación de dependencia supone un importante reto a nivel de política sanitaria, ya que a la dependencia derivada del envejecimiento hay que añadirle la producida por enfermedad, creándole a la persona una dependencia para las actividades de la vida diaria. Para este grupo se legisla la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia” (Ley de Dependencia). Dicha Ley define Dependencia 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”. La Ley contempla tres grados de dependencia, Grado I o dependencia moderada “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal”, Grado II o dependencia severa, “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal y Grado III o gran dependencia, “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal”. Cada uno de estos

grados consta de dos niveles en función de la autonomía y de la necesidad de cuidados que la persona necesite.

La cronicidad supone un problema sociosanitario así como un importante desafío para las familias, ya que el incremento de la dependencia en personas con enfermedad crónica, sea física, psicológica o clínica, hace necesario la presencia de personas en el ámbito domiciliario que se responsabilicen y garanticen los cuidados que el paciente pueda precisar, favoreciendo la permanencia del mismo en el entorno familiar y previniendo la institucionalización. Es el que se llama cuidado informal o familiar, prestado por personas con un lazo afectivo con la persona dependiente, sin recibir remuneración económica por ello y asumiendo las consecuencias que se derivan del mismo.

La promulgación de la Ley de Dependencia ha pretendido crear una alternativa al cuidado familiar de la persona dependiente, a través de la interrelación entre el cuidado formal e informal en base a conseguir el mejor desarrollo del paciente dependiente y a prevenir los efectos nocivos en la salud del cuidador (Ruiz y Moya, 2005).

La tarea de cuidar puede suponer para la persona cuidadora un impacto negativo en su calidad de vida y en la salud, ya que se ve obligada a modificar sus propias dinámicas, a enfrentarse a un proceso de adaptación y cambio de roles.

Según Schalock y Verdugo (2002), la calidad de vida "*es un estado deseado de bienestar personal multidimensional, influenciado por factores personales y ambientales o contextuales e integra ambas perspectivas, tanto subjetiva como objetiva*". A nivel de salud se puede ver afectada por una sobrecarga, entendida como "la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida" (García, Mateo y Maroto, 2004). El impacto de cuidar tiene un componente objetivo y subjetivo. La sobrecarga objetiva se relaciona con características del paciente y la demanda de cuidados, mientras que la sobrecarga subjetiva está más relacionada con las dificultades del hecho de cuidar.

En ocasiones las familias presentan incapacidad para actuar de forma adecuada a las necesidades y demandas de las personas en situación de cronicidad. El sistema sanitario tiene el compromiso de intervenir para prevenir los problemas de salud en las cuidadoras.

## **Objetivo**

El objetivo de nuestra investigación, fue valorar la relación de la dependencia de los pacientes crónicos domiciliarios, en la sobrecarga y calidad de vida de las personas cuidadoras informales.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra ( $N=48$ ) estaba compuesta por cuidadoras informales de personas con patología crónica. El perfil del paciente crónico atendido es de un 72,9% mujeres, la media de edad es de 77 años ( $DT=15,96$ ). El estado civil predominante es del 41,7% tanto para casados como viudo y en cuanto a su situación de salud, el 79,2% son pacientes polimedicados y un 68,8% tienen más de una patología.

### *Instrumentos*

Describir Para la recogida de los datos se ha empleado el cuestionario SF-12 y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC), que nos permiten valorar la calidad de vida y la sobrecarga, en las personas cuidadoras.

El cuestionario SF-12, se trata de un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), está compuesto por doce ítems, a partir de los cuales se construye el componente físico (PCS-12) y mental (MCS-12) del SF-12. Su finalidad es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio

de ocho dimensiones. La puntuación va de 0 a 100 donde la mayor puntuación se corresponde con una mejor calidad de vida.

El IEC se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica (SI/NO), cada respuesta afirmativa se valora con un punto. El punto de corte se establece en 7, puntuación por encima de la cual se considera que existe un alto nivel de sobrecarga.

El grado de dependencia de los pacientes se midió a través del Índice de Barthel (IB). Es un cuestionario, utilizado para medir la discapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Son diez las actividades valoradas (comer, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al retrete, traslado sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras), asignándosele una puntuación de 0, 5, 10 o 15 puntos. La puntuación total puede variar entre 0 (dependencia total) y 100 (independiente), pudiéndose interpretar en diferentes tramos según el nivel de dependencia en total, severa, moderada y leve.

### Procedimiento

Fueron seleccionadas de forma intencionada, expresando su deseo de participar, voluntariamente en el estudio, firmando el correspondiente consentimiento informado.

### Análisis de datos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con cuidadoras familiares pertenecientes a tres centros de salud del Distrito Sanitario Almería.

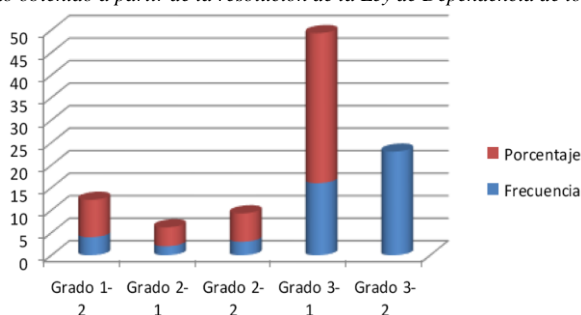
Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 20. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables cualitativas hemos utilizado medidas de frecuencia y tablas de contingencia. Para conocer la influencia de la dependencia de los pacientes crónicos, en la calidad de vida y sobrecarga de las personas cuidadoras, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y para contrastar la influencia del grado valorado por Ley de Dependencia en la calidad de vida se realizó la prueba de Kruskal-Wallis.

## Resultados

Los datos obtenidos en el estudio referidos al perfil sociodemográfico, indican que el 81,3% de las personas cuidadoras informales, son mujeres frente a un 18,8% que pertenecen al género masculino, principalmente son hijas (54,2%) y convivientes en el mismo domicilio en un 87,5%. La distribución por edad muestra una media de 57,37 años ( $DT=11,27$ ). Siendo el estado civil de casados, el más predominante con un 62,5%.

En cuanto a la valoración de la dependencia del paciente crónico atendido, la media del Índice de Barthel es de 19,48 y un 81,2% tienen un grado de dependencia 3 (Gráfico 1), obtenido a partir de la resolución de la Ley de Dependencia.

Gráfico 1. Grado obtenido a partir de la resolución de la Ley de Dependencia de los pacientes crónicos.



Los resultados obtenidos tras la valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora la media total del IEC es de 7,69 ( $DT=1,91$ ). La calidad de vida evaluada mediante la aplicación del SF-12, obtuvo valores medios en ambas dimensiones, siendo superiores en salud física con respecto a la salud mental de las cuidadoras (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los dominios de calidad de vida evaluada

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Salud Física (PCS-12)	48	25,37	58,31	41,14	8,11
Salud Mental (MCS-12)	48	22,92	55,09	39,52	7,39

En la Tabla 2 se representan la calidad de vida de los cuidadores en función del grado de dependencia. Como puede observarse la dimensión de salud física es mayor en aquellos grados de dependencia más elevados, en concreto en el grado 3-1, seguido del grado 3-2, siendo el grado 2-1, el que menor puntuación media obtiene en salud física.

Por el contrario, en la dimensión salud mental del cuestionario de calidad de vida, la puntuación media obtenida es menor en el grado 3-2 ( $Md=20,41$ ), con respecto al grado 1-2 ( $Md=43,50$ ), siendo las diferencias encontradas significativas estadísticamente en función de los grados de dependencia.

Tabla 2. Grado de dependencia y Calidad de vida (SF-12). Descriptivos y Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

SF-12	Grado de dependencia por Ley de Dependencia	N	Md	Kruskal-Walis	p
Salud Física (PCS-12)	1-2	4	12,75	7,65	0,10
	2-1	2	6,00		
	2-2	3	22,33		
	3-1	16	28,03		
	3-2	23	25,98		
	TOTAL	48			
Salud Mental (MCS-12)	1-2	4	43,50	10,69	0,030
	2-1	2	35,00		
	2-2	3	28,00		
	3-1	16	23,66		
	3-2	23	20,41		
	TOTAL	48			

La tabla siguiente (Tabla 3), nos indica como la correlación entre dependencia (IB) e índice de esfuerzo del cuidador medido mediante la prueba de Spearman es negativo, es decir, a mayor sobrecarga del cuidador la dependencia del paciente cuidado es menor. Por el contrario, al medir calidad de vida y dependencia (IB) en sus dos componentes, nos muestra como la puntuación media en dimensiones de salud física y mental son mayores a medida que aumenta la dependencia del paciente, no observándose diferencias significativas.

Tabla 3. Datos de correlación del Índice de Barthel con IEC y Dominios de Calidad de Vida

		Puntuación total Índice de Barthel
IEC	Coefficiente de correlación	-.225
	Sig. (bilateral)	.125
	N	48
Rho de Spearman	Salud Física(PCS-12)	Coefficiente de correlación .190
		Sig. (bilateral) .195
		N 48
	Salud Mental (MCS-12)	Coefficiente de correlación .156
		Sig. (bilateral) .289
		N 48

## **Discusión**

En base a los resultados podemos afirmar que se han identificado similitudes con respecto a las variables sociodemográficas de la persona cuidadora con otros estudios (García, Mateo y Maroto, 2004). De lo que se desprende que la mujer sigue siendo en la mayoría de los casos el proveedor de la atención a la necesidad de cuidados que presenta el paciente dependiente en su domicilio.

Con relación a la valoración de dependencia del paciente crónico atendido es elevada, existiendo similitud entre los resultados obtenidos por el Índice de Barthel con el grado de dependencia valorado a través de la Ley de Dependencia.

En nuestro estudio la dependencia del paciente crónico no es el factor que más influye en la sobrecarga de las cuidadoras, sin embargo, sí que existe cierta influencia en la calidad de vida.

Al contrastar la calidad de vida, en función del grado de dependencia obtenido por Ley de Dependencia, los resultados obtenidos en nuestro estudio nos permite concluir que a mayor grado de dependencia de los pacientes crónicos, hay una mayor afectación de la salud mental de sus cuidadoras. Si bien, sería importante hacer un análisis diferencial por género, sobre los resultados en calidad de vida y salud.

El cuidado informal constituye el sistema primordial de provisión de cuidados de personas dependientes, de forma que la gestión sanitaria de la cronicidad debe incluir estrategias encaminadas a la mejora de la calidad de vida del proveedor de estos cuidados.

## **Referencias**

Ávila, J.H. y Vergara, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417-429.

Bover, A. y Gastaldo, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileña de Enfermería*, 58(1), 9-19.

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2012). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. Sevilla.

Contel, J.C., Muntané, B. y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: El reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, 44(2), 107-113.

Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería XVIII*, 1, 29-41.

García, M.M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.

Ledon, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana Salud Pública*, 37(4), 488-99.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 15 de diciembre de 2006.

Manso, M.E., Sánchez, M.P. y Cuéllar, I. (2013) Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45.

Mesa, L., Carrillo, A.J. y Moreno, F. (2013). La cronicidad y sus matices: estudio documental. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 15(2), 95-114.

Ruiz, N. y Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.

Sánchez, C.I. (2014). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.





## CAPÍTULO 49

### Los problemas en el cuidado familiar a una persona afectada por demencia: Una revisión sistemática de la literatura

Sara Moreno Cámara, Lourdes Moral Fernández, y Catalina López Martínez  
*Universidad de Jaén (España)*

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos más preocupantes para las sociedades modernas. El aumento de la esperanza de vida viene acompañado por el aumento de la dependencia, y de esta manera las enfermedades crónicas y degenerativas se sitúan en el epicentro del problema (European Commission., 2008; OECD, 2005).

La respuesta a las necesidades de atención en cuidados de la población mayor dependiente en nuestro país se enfrenta a varios retos. Por un lado, el modelo familista (Del Pino Casado, 2010), característico de los países del sur de Europa, se ve amenazado por los cambios en los roles tradicionales de la mujer y en la concepción tradicional de la familia. Por otro lado, las iniciativas puestas en marcha en nuestro país derivadas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se han visto truncadas como consecuencia de la recesión económica que estamos atravesando. No obstante, el cuidado familiar, entendido como el apoyo no remunerado prestado por los familiares u otras personas del entorno cercano de la persona cuidada (COFACE, 2011), sigue siendo el principal soporte de los mayores dependientes en España.

En este escenario, la demencia constituye el primer motivo de discapacidad en adultos mayores y es la mayor causa contribuyente a la dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico de las personas cuidadoras familiares (Ballard C, Gauthier S, Corbett A, Brayne C, Aarsland D, Jones E, 2011; Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B, 2008; Wimo A, Winblad B, Jönsson L, 2010).

La demencia, así como su afección más común: La enfermedad de Alzheimer, evoluciona de manera progresiva produciendo discapacidad y dependencia. Por este motivo, las necesidades de cuidados de la persona enferma cambian a lo largo del tiempo y las personas encargadas de los cuidados han de adaptar sus estrategias de cuidados a las necesidades de las mismas (Del-Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral, & Pancorbo-Hidalgo, 2011; Passoni S, Mazzà M, Zanardi G, Bottini G, 2010). Además, diferentes estudios han puesto de manifiesto que los problemas cognitivo-conductuales, característicos en las demencias, son los predictores más consistentes de estrés, sobrecarga, depresión y deterioro de la salud física de las PCF (Pinquart & Sorensen, 2003a).

En la carrera inesperada que supone el cuidar, las personas cuidadoras familiares se enfrentan a un sinnúmero de problemas que deben solucionar para continuar su labor cuidadora de manera funcional y satisfactoria (de la Cuesta-Benjumea C, 2011). La presente revisión sistemática pretende recoger los problemas a los que se enfrentan las personas cuidadoras familiares de personas afectadas por demencia, descritos y estudiados en la literatura científica.

#### Objetivo

Identificar los problemas que presentan las personas cuidadoras familiares durante el cuidado a mayores afectados por demencia durante el desempeño de su rol.

### Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las principales bases de datos en ciencias de la salud: Cochrane, Cuiden, Lilacs, Medline, Pubmed y Scopus.

La cadena de búsqueda utilizada combinó los descriptores del MeSH siguientes: *problem\** o *difficult\**, *care\**, *famil\** y *dementia* o *Alzheimer* (para búsquedas en bases de datos internacionales). Para la búsqueda en bases de datos en español utilizamos las palabras clave: *problema\** o *dific\**, *cuida\**, *familia\** y *demencia* o *Alzheimer*, pertenecientes al DeCS.

En una búsqueda inicial, fueron encontrados un total de 152 resultados, refinando la búsqueda a título para todos los descriptores en aquellas bases de datos que permitían filtros, excepto para *famil\*/familia\** que también podría aparecer en el resumen. Tras descartar los estudios duplicados, los artículos restantes fueron ajustados a los criterios de inclusión establecidos, siendo seleccionados un total de 14 artículos para su inclusión en la presente revisión (Imagen 1). Se estableció como criterios de inclusión que los estudios seleccionados abarcaran los problemas que presentan las personas cuidadoras familiares principales en el cuidado a una persona afectada por demencia o enfermedad de Alzheimer y que estuvieran escritos en inglés o español (Tabla 1).

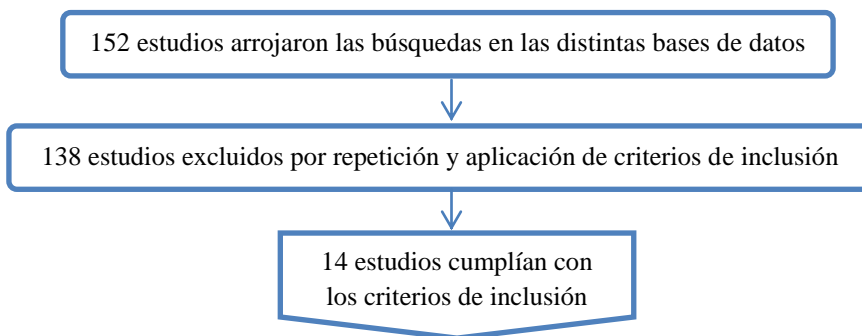
Para llevar a cabo la revisión sistemática de la literatura se siguieron las recomendaciones propuestas por Kitchenham (2004) que incluye tres etapas principales de revisión:

- La planificación de la revisión. Las investigadoras participantes en el estudio elaboraron un protocolo de revisión que incluía las bases de datos pertinentes para la realización de las búsquedas bibliográficas, los descriptores diana con las correspondientes cadenas de búsqueda de cada base de datos seleccionada, así como los criterios a considerar para la incorporación de los artículos a la presente revisión.

- Realización de la revisión. Las investigadoras analizaron minuciosamente los estudios que arrojaron las cadenas de búsqueda en cada base de datos. Y seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión previamente establecidos. Posteriormente estudiaron y sintetizaron la información concerniente al objetivo de la presente revisión en cada artículo seleccionado.

- Presentación de informes de la revisión. Finalmente el equipo de investigación elaboró un informe consensuado de resultados final.

152 estudios arrojaron las búsquedas en las distintas bases de datos. 138 estudios excluidos por repetición y aplicación de criterios de inclusión. 14 estudios cumplían con los criterios de inclusión.



### Resultados/Estado de la cuestión

La dependencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria por parte de las personas afectadas por demencia genera un estrés en la persona responsable de los cuidados que se incrementa cuando las actividades de cuidado suponen un mayor esfuerzo físico (Esteban Gimeno & Lampré, 2008). Los mayores problemas en el cuidado se derivan de la incontinencia de la persona cuidada, la dificultad para mantener la higiene, para acostarse y levantarse, para vestirse (Mahoney, La Rose, & Mahoney, 2013), comer (Hsiao, Chao, & Wang, 2013), dormir-descansar (R. H. Gibson, Gander, & Jones, 2014), así como para deambular (Esteban Gimeno & Lampré, 2008). Los problemas peor tolerados por las personas cuidadoras familiares son: La imposibilidad de dejar tan siquiera una hora a su familiar solo o sola, levantarle o acostarle de la cama, así como la agitación nocturna, la falta de fuerzas y la conducta peligrosa (Esteban & Lampré, 2008).

Tabla 1. *Elaboración propia. Tabla resumen de los artículos incluidos en la presente revisión sistemática.*

Título	Autores	Año	Revista
1 Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers	Nogales-González C, Romero-Moreno R, Losada A, Márquez-González M, Zarit SH, Gibson RH, Gander PH, Jones LM	2015	Aging Mental Health
2 Understanding the sleep problems of people with dementia and their family caregivers	Gibson RH, Gander PH, Jones LM	2014	Dementia
3 Family caregivers' perspectives on dementia related dressing difficulties at home: The preservation of self model	Mahoney DF, La Rose S, Mahoney EL	2013	Dementia
4 La dependencia de las personas mayores: Influencia en las familias y la sociedad actual	Luque N	2013	Archivos de la Memoria
5 Una hija entregada al cuidado de su madre. ¿Cómo lo compagina con su vida laboral?	Callejas I	2013	Archivos de la Memoria
6 Features of problematic eating behaviors among community-dwelling older adults with dementia: family caregivers' experience	Hsiao HC, Chao HC, Wang JJ	2013	Geriatric Nursing
7 Difficult diagnoses: Family caregivers' experiences during and following the diagnostic process for dementia	Gibson AK, Anderson KA	2011	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias
8 Degree of tolerance among caregivers to the problems of their relatives with dementia	Esteban AB, Mesa MP	2008	Revista española de geriatría y gerontología
9 Do family caregivers perceive more difficulty when they look after patients with early onset dementia compared to those with late onset dementia?	Arai A, Matsumoto, T, Ikeda M, Arai Y	2007	International journal of geriatric psychiatry
10 Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decision for caregivers	Caron CD, Ducharme F, Griffith J	2006	Can J Aging.
11 Spouse caregivers of Alzheimer patients: Problem responses to caregiver burden	Croog SH, Burleson JA, Sudilovsky A, Baume, RM	2006	Aging and Mental Health
12 Alzheimer's disease: usefulness of the Family Strain Questionnaire and the Screen for Caregiver Burden in the study of caregiving-related problems	Ferrario SR, Vitaliano P, Zotti AM, Galante E, Fornara R	2003	International journal of geriatric psychiatry
13 Relinquishing in-home dementia care: difficulties and perceived helpfulness during the nursing home transition	Gaugler JE, Pearlin LI, Leitsch SA, Davey A	2001	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias
14 Problems of caregiving spouses of patients with dementia	Commissaris, CJAM, Jolles J, Verhey, FRJ, Kok GJ	1995	Patient Education and Counseling

Las alteraciones cognitivo-conductuales de las personas afectadas por demencia suponen un estrés añadido al cuidado (Nogales-González, Romero-Moreno, Losada, Márquez-González, & Zarit, 2015). Las personas cuidadoras familiares de personas afectadas por demencia perciben mayores dificultades en las fases de la demencia donde dichas alteraciones son más patentes. En este contexto, la percepción de autoeficacia en los cuidados de la persona cuidadora reduce el estrés provocado por la situación. Este estrés se traduce en términos de angustia en los responsables de los cuidados (depresión y conductas disruptivas) (Arai, Matsumoto, Ikeda, & Arai, 2007).

Cuando una persona asume el cuidado de un familiar afectado por demencia se produce un ‘cambio radical’ en la vida de la misma (Luque Giménez, 2013). Se desencadenan muchos sentimientos y retos a superar. Las repercusiones en la calidad de vida real y subjetiva de las personas cuidadoras se hacen patentes, destacándose la escasez de tiempo para dedicarlo a sí mismas ya que el tiempo libre del que disponían pasa a ser ocupado por el cuidado (Callejas Chagoyen, 2013; Croog, Bursleson, Sudilovsky, & Baume, 2006; Luque Giménez, 2013). Como consecuencia, la vida social de la persona cuidadora familiar también merma (Commissaris, Jolles, Verhey Jr., & Kok, 1995; Croog et al., 2006) y surgen problemas emocionales que tienen que ver con la ira, el resentimiento, la depresión y la ansiedad (Croog et al., 2006). Cabe mencionar que según Ferrario y colaboradores (2003), estos problemas se incrementan cuanto más tiempo la persona cuidadora lleve cuidando.

Así mismo, también se producen dificultades para conciliar la vida laboral con el cuidado. Cuando una persona está trabajando y en su familia surge la dependencia de algún miembro, al tomar ella la responsabilidad de los cuidados, se produce un conflicto de intereses (Callejas Chagoyen, 2013; Ferrario et al., 2003; Luque Giménez, 2013). Sin embargo, las personas cuidadoras familiares que cuentan con un trabajo satisfactorio, tienen una percepción positiva de su vida en general (incluida la faceta como cuidador o cuidadora) (Ferrario et al., 2003).

Otro aspecto que supone una de las experiencias más difíciles para las familias cuidadoras es la decisión de la institucionalización de su familiar afectado por demencia. En el proceso de decisión intervienen numerosos factores como la ayuda profesional, la accesibilidad a la información y a los recursos disponibles, apoyo social y familiar, etc. (Caron, Ducharme, & Griffith, 2006; Gaugler, Pearlman, Leitsch, & Davey, 2001).

Por otra parte, el diagnóstico tardío de la enfermedad también supone un problema para las familias de las personas afectadas por demencia (A. K. Gibson & Anderson, 2011). De igual manera, constituye un problema la escasez de formación sobre la demencia/enfermedad de Alzheimer proporcionada por los profesionales sanitarios. Se ha detectado que las familias cuidadoras que buscaron ayuda profesional en una etapa temprana de la enfermedad experimentaron menos problemas en el afrontamiento del cuidado (Commissaris et al., 1995; Hsiao et al., 2013).

### **Discusión/Conclusiones**

La naturaleza de los problemas a los que las personas cuidadoras familiares deben enfrentarse cuando asumen el rol cuidador responde a tres fuentes: Los problemas en la persona cuidada, que tienen que ver con la dependencia física y los trastornos cognitivos-conductuales. Por otra parte, los problemas derivados del cuidado sobre la persona cuidadora familiar, a parte de la situación personal de la misma. Y por último, otros problemas transversales que influyen directamente sobre los cuidados, las personas cuidadoras familiares y la familia en su conjunto, que tienen que ver con la atención sanitaria, entre otros. Los tres ejes de problemas mencionados anteriormente concurren simultáneamente siendo el estresor primario la asunción de la labor cuidadora.

Los hallazgos de la presente revisión sugieren que hay una gran oportunidad para mejorar los servicios ofrecidos a las familias afectadas por el cuidado a una persona afectada por demencia y que la formación adicional, la coordinación y la cooperación entre los profesionales pueden mejorar la

capacidad de ayudar durante y después del diagnóstico, haciendo hincapié en aquellas medidas que han demostrado mayor efectividad (Torres Egea, Ballesteros Pérez, & Sánchez Castillo, 2008).

A pesar del alcance del presente estudio sobre la síntesis de los problemas que presentan las personas cuidadoras familiares de personas afectadas por demencia estudiados en la literatura científica, cabe mencionar como limitación, que se podría haber incluido más bases de datos, así como haberse valorado la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Como recomendaciones para investigaciones futuras se propone profundizar en los problemas percibidos por las personas cuidadoras familiares de mayores afectados por demencia en los distintos momentos de la enfermedad, ya que se trata de una enfermedad en la que se avanza de manera progresiva (Ballard C, Gauthier S, Corbett A, Brayne C, Aarsland D, Jones E, 2011). Así como otros factores que intervienen en el afrontamiento de los cuidados como es el nivel de implicación, la consanguineidad con la persona cuidada, la motivación para cuidar, etc.

## Referencias

- Arai, A., Matsumoto, T., Ikeda, M. y Arai, Y. (2007). Do family caregivers perceive more difficulty when they look after patients with early onset dementia compared to those with late onset dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1255-1261.
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D. y Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. *Lancet*, 19(9770), 31-1019.
- Callejas Chagoyen, I. (2013). Una hija entregada al cuidado de su madre ¿Cómo lo compagina con su vida laboral? *Archivos De La Memoria*, 10(3).
- Caron, C.D., Ducharme, F. y Griffith, J. (2006). Deciding on institutionalization for a relative with dementia: The most difficult decision for caregivers. *Canadian Journal on Aging*, 25(2), 193-205.
- COFACE. (2011). Carta europea cuidador familiar. Retrieved from <http://www.coface-eu.org/en/>
- Commissaris, C.J.A.M., Jolles, J., Verhey Jr., F.R.J. y Kok, G.J. (1995). Problems of caregiving spouses of patients with dementia. *Patient Education and Counseling*, 25(2), 143-149.
- Croog, S.H., Burleson, J.A., Sudilovsky, A. y Baume, R.M. (2006). Spouse caregivers of alzheimer patients: Problem responses to caregiver burden. *Aging and Mental Health*, 10(2), 87-100. doi:10.1080/13607860500492498
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving. *J Adv Nurs*, 67(8), 9-1790.
- Del Pino Casado, R. (2010). Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes doi:<http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/453/1/9788484397175.pdf>
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. y Pancorbo-Hidalgo, P. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2311-2322.
- Esteban Gimeno, A.B. y Lampré, M.P.M. (2008). Degree of tolerance among caregivers to the problems of their relatives with dementia. [Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia] *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(3), 146-153. doi:10.1016/S0211-139X(08)71174-0
- European Commission. (2008). Long-term care in the european union: European comission.
- Ferrario, S.R., Vitaliano, P., Zotti, A.M., Galante, E., Formara, R. et al. (2003). Alzheimer's disease: Usefulness of the family strain questionnaire and the screen for caregiver burden in the study of caregiving-related problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1110-1114.
- Gaugler, J.E., Pearlin, L.I., Leitsch, S.A. y Davey, A. (2001). Relinquishing in-home dementia care: Difficulties and perceived helpfulness during the nursing home transition. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 16(1), 32-42.
- Gibson, A.K. y Anderson, K.A. (2011). Difficult diagnoses: Family caregivers' experiences during and following the diagnostic process for dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26(3), 212-217.
- Gibson, R. H., Gander, P.H. y Jones, L.M. (2014). Understanding the sleep problems of people with dementia and their family caregivers. *Dementia*, 13(3), 350-365.
- Hsiao, H., Chao, H. y Wang, J. (2013). Features of problematic eating behaviors among community-dwelling older adults with dementia: Family caregivers' experience. *Geriatric Nursing*, 34(5), 361-365.

Kitchenham, B. (2004). In Keele University Technical Report TR/SE-0401 (Ed.), Procedures for performing systematic reviews. Keele University, Australia: NICTA Technical Report 0400011T.1.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J.M., Valderrama, M.J. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*, 22(5), 443-450.

Luque Giménez, N. (2013). La dependencia de las personas mayores: Influencia en las familias y la sociedad actual. *Archivos De La Memoria*, 10(3).

Mahoney, D.F., La Rose, S. y Mahoney, E.L. (2013). Family caregivers' perspectives on dementia related dressing difficulties at home: The preservation of self model. *Dementia*, [Epub ahead of print].

Nogales-González, C., Romero-Moreno, R., Losada, A., Márquez-González, M. y Zarit, S.H. (2015). Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. *Aging and Mental Health*.

OECD. (2005). Long-term care for older people. OECD.

Passoni, S., Mazzà, M., Zanardi, G. y Bottini, G. (2010). Levels of burden of alzheimer disease caregivers. *G Ital Med Lav Ergon*, 32(3), B37-42.

Pinquart, M. y Sorensen, S. (2003a). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-28.

Torres Egea, M.P., Ballesteros Pérez, E. y Sánchez Castillo, P.D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.

Wimo, A., Winblad, B. y Jönsson, L. (2010). The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers Dement*, 6(2), 98-103.

## CAPÍTULO 50

### Dependencia del cuidador tras la pérdida del anciano

Yolanda Cánovas Padilla\*, Irene Hita García\*\*, y Jesús García Redondo\*\*\*  
\*Empresa Pública Hospital de Poniente (España), \*\*Residencia Geriátrica Mirasierra (España),  
\*\*\*Residencia de ancianos Virgen de la Esperanza (España)

El proceso enfermero atiende a métodos implicados sobre los ciudadanos y que tiene como finalidad obtener unos resultados óptimos y de forma más eficiente (Fernández y Rodríguez, 2002). En este estudio se presenta el caso de una mujer de 71 años de edad que acude a su centro de Atención Primaria informando sobre la reciente pérdida de su marido. Ella mantenía una estrecha relación de cuidadora durante los últimos 7 años. Se diseña un plan de cuidados individualizado para conseguir una asistencia eficaz y de calidad (Carmona y Bracho, 2008). Dicho plan de cuidados, se realiza siguiendo los patrones funcionales de salud de M. Gordon (1996), que se traducen en los Diagnósticos Enfermeros usando la Taxonomía II de la NANDA Internacional (Heather, 2010), NOC (Moorhead, Johnson y Maas, 2004) y NIC (McCloskey y Bulechek, 2005). Se plantean como objetivos la aceptación de la realidad de la pérdida, así como el alivio en el nivel de depresión. Dentro de las intervenciones llevadas a cabo, nos centramos en el apoyo emocional, proporcionando atención y ánimo en momentos de tensión. Así pues, se consigue una pronta normalización familiar y una potenciación en la autoestima (Espina, Gago y Pérez, 1993). La aplicación del plan de cuidados obtiene como resultados la mejora en la recuperación de nuestra paciente, tanto a nivel físico como emocional (Worden, 1997).

La actividad enfermera en situaciones de pérdida de un ser querido llega a ser cuanto menos complicada, aunque un buen abordaje de las intervenciones, en las que se comprometa a paciente y entorno, dan como resultado una mejora en la situación personal (Fernández y Rodríguez, 2002).

La capacidad adaptativa de un individuo frente a ausencias de seres queridos requiere un trabajo constante, el cual implica la realización de las actividades propuestas de forma mantenida y continuada (Tizón, 2004).

#### Caso clínico.

Mujer, ama de casa, con 71 años de edad, acude a la consulta de enfermería de su Centro de Salud al que pertenece, acompañada por su hija y derivada por su médico para toma de constantes incluyendo nivel de glucemia capilar y control de peso.

A su llegada a la Consulta, la paciente hace especial hincapié a la situación de incapacidad física que actualmente padece, apenas puede moverse por dolor generalizado y no realiza actividades diarias que competen tanto en su domicilio como fuera de él. Acto seguido, la paciente informa de la reciente pérdida de su marido, hace menos de 5 meses.

Se procede a la realización de la entrevista clínica sobre su estado de salud en la que la paciente insiste en su dificultad para moverse, no posee fuerzas “ni ganas”, e imposibilidad para iniciar la marcha al incorporarse. Pasa la mayor parte del día sentada en el sofá con la televisión encendida. Informa que no es capaz de dormir bien y se despierta una o dos ocasiones para ir al baño. Durante las primeras horas de la mañana es capaz de conciliar el sueño lo que ocasiona que se levante más tarde de su hora habitual.

En relación a la pérdida de su marido, la paciente informa que en los últimos 7 años había permanecido cuidando de él por motivos de salud. Era parcialmente dependiente y recibía la ayuda de su mujer en las actividades diarias. Por otra parte se ayudaban y servían de apoyo emocional de forma mutua tras la pérdida hace 8 años de uno de sus cinco hijos.



Su hija que le acompaña indica que la familia intenta pasar la mayor parte del tiempo con ella aunque por motivos laborales le es imposible permanecer en casa todo el día. Cuando permanecen en casa le ayudan en las tareas del hogar pero informan que su madre colabora poco y es bastante complicado animarla para que realice sus actividades cotidianas. Por otra parte es difícil hacerle entender que debe de volver a sus cuidados principales de alimentación, aseo e higiene y de actividades recreativas que anteriormente realizaba. Durante la entrevista mantenida la paciente hace mención en varias ocasiones a la mala situación económica que ha sufrido tras la pérdida, puesto que la cuantía de la paga se ha visto reducida a la mitad y vive una constante situación de estrés ante la dificultad para llegar a fin de mes (Carmona y Bracho de López, 2008).

Se define duelo según Bowlby (1961, p.317) como todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado. La persona que se enfrenta al duelo experimenta una serie de fases de las que cada una carece de un periodo de tiempo específico de permanencia (Bowlby, 1983). Atendiendo a las características personales y situación individualizada, cada sujeto que sufre una situación de duelo, le supondrá una adaptación determinada y por tanto un periodo de tiempo distinto (Bowlby, 1998).

### **Exploración y pruebas complementarias**

Se realiza toma de constantes; TA: 150/95, FC: 85 lpm, DTT: 135 mg/dl, Peso: 90, Talla: 160cm.  
IMC: 35,16 Obesidad tipo II.

### **Antecedentes personales**

Intervenida de Histerectomía total en 1995, Diagnosticada de artritis reumatoide, fibromialgia, HTA, SAOS, Obesidad Mórbida.

### **Juicio clínico**

Se procede a la valoración del paciente para llegar al Diagnóstico de Enfermería.

Para realizar la valoración se eligió la propuesta de Marjory Gordon (2007) con sus 11 Patrones Funcionales, obteniéndose los datos a partir de una entrevista realizada a la paciente.

El empleo de los Patrones funcionales para la realización de un Proceso Enfermero viene a ser una práctica útil en la que se obtiene una importante cantidad de datos sobre el paciente y que facilita un análisis sobre los mismos. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Se diseña un plan de cuidados individualizado para conseguir una asistencia eficaz y de calidad. Dicho plan de cuidados, se realiza siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, que se traducen en los Diagnósticos Enfermeros usando la Taxonomía II de la NANDA, NIC y NOC.

La valoración obtenida en función de los patrones mencionados, es la siguiente:

#### Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

- Conoce sus patologías crónicas, aunque cumple de forma parcial el tratamiento.
- No reconoce su problema de salud emocional.
- Visita en varias ocasiones el servicio de Urgencias hospitalarias por dolor generalizado y catarro que le impiden moverse.
- Realiza de forma esporádica su higiene personal y mantenimiento de la vivienda.

#### Patrón 2: Nutricional – metabólico

- IMC: 35,16 Obesidad tipo II.
- Nutrición desequilibrada.
- Ingesta dieta sin orden horario, omite comidas y realiza comidas sin elaboración y poco sanas.
- Los líquidos consumidos son escasos.

- Fragilidad en el pelo, caída.
- Lipoma en región intercostal izquierda, pendiente de quirófano.

Patrón 3: Eliminación

- Estreñimiento relacionado con el continuo sedentarismo.
- Nocturia.

Patrón 4: Actividad – ejercicio

- TA: 150/95, FC: 85 lpm.
- Debilidad generalizada, cansancio, dolor en articulaciones, disminución de fuerza y tono muscular.
- Sedentarismo activo. No realiza actividad física, realiza compras de forma esporádica, siempre acompañada.
- Diagnosticada de Síndrome de apnea durante el sueño.
- No realiza actividades de ocio.

Patrón 5: Sueño – descanso

- Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche.
- Somnolencia diurna, relacionada con apnea de sueño.
- Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso.
- Presencia de hábitos inadecuados que dificultan el sueño (acostarse tarde, no incluir obligaciones durante el día que generen un orden en el cumplimiento horario del sueño).

Patrón 6: Cognitivo – perceptual

- Presencia de dolor constante y generalizado que no cede con analgesia. Esta situación llega a provocar de forma inmediata la aparición de miedo por su deterioro físico.
- Existencia de alteración en la memoria.
- Aparición de conductas de irritabilidad en actuaciones cotidianas.
- Presencia de depresión manifestada por llanto incongruente y de forma reiterada.

Patrón 7: Autopercepción – auto concepto

- Verbalización de estado negativo sobre sí mismo y expresión de desesperanza sobre el sentido de su vida y de su salud.
- Negación de su situación emocional y expresión de desesperanza frente a ella.
- Huye de los consejos sanitarios recomendados, responde con los familiares de forma irritable.

Patrón 8: Rol – relaciones

- Se siente sola.
- Insatisfacción con el rol y falta de capacidad para asumir las responsabilidades personales de su situación actual.
- Alude a los consejos ofrecidos por los familiares más directos para la adecuación y adaptación a su vida diaria.
- Conductas inefectivas de duelo, negación de la pérdida.

Patrón 9: Sexualidad–reproducción

- No mantenimiento de relaciones sexuales en la actualidad. Indica no hacer ningún comentario al respecto.
- Patrón reproductivo no alterado.

Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés

- Se producen cambios en los últimos años que generan una situación elevada de estrés.
- Incapacidad de adaptación a los cambios emocionales.
- Negación de sus problemas emocionales, solo reconoce los problemas físicos generados por sus patologías crónicas.
- No usa ningún sistema de apoyo.

Patrón 11: Valores – creencias

- Ideologías y creencias no alteradas.

• Afirmación en que la religión ayuda ante los problemas aunque desde el duelo aparece una elevada preocupación ante el sufrimiento y el dolor.

Continuando con el procedimiento de valoración de enfermería, se procede a describir los distintos diagnósticos hallados en el caso.

Diagnóstico de enfermería: *Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con sentimientos de ansiedad y pérdida de autocontrol, proceso de duelo, manifestado por ingesta aumentada y poco elaborada así como desorganizado e incumplimiento horario de la misma.*

---

NANDA: 00001. Desequilibrio nutricional por exceso.

---

NOC: (1009) Estado nutricional: Ingestión de nutrientes.

Indicadores:

100901 Ingestión calórica. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 4.

100902 Ingestión proteica. Puntuación global 4, aumentar a puntuación a 4.

100903 Ingestión de grasas. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 3-4.

100904 Ingestión de hidratos de carbono. Puntuación global 1, aumentar puntuación a 3.

100905 Ingestión de vitaminas. Puntuación global 3, mantener puntuación.

100910 Ingestión de fibra. Puntuación global 3, mantener puntuación.

1- Inadecuado, 2- Ligeramente moderado, 3- Moderadamente adecuado, 4- Sustancialmente adecuado, 5- Completamente adecuado.

---

NIC:

(1280) Ayuda para disminuir el peso. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Actividades:

Establecer una meta de pérdida de peso semanal.

Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.

Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.

Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.

(1100) Manejo de la nutrición. Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

---

Diagnóstico de enfermería: *Duelo disfuncional relacionado con el fallecimiento de un ser querido manifestado por alteración en las conductas diarias tales como nivel de actividad, patrón del sueño y regresión en el desarrollo.*

---

NANDA: 00135. Duelo disfuncional.

---

NOC: (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida.

Indicadores:

130504 Expresiones de utilidad. Puntuación global 3, aumentar puntuación a 4.

130505 Expresiones de optimismo sobre el presente. Puntuación global 1, aumentar puntuación a 4.

130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 3.

130510 Control financiero eficaz. Puntuación global 1, aumentar puntuación a 3.

NOC: (1304) Resolución de la aflicción. Indicadores:

130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 4.

130403 Verbaliza la realidad de la pérdida. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 3.

130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción. Puntuación global 1, aumentar puntuación a 4.

1- Nunca demostrado, 2- Raramente demostrado, 3- A veces demostrado, 4- Frecuentemente demostrado, 5- Siempre demostrado.

---

NIC:

(5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

---

---

Disponer de un ambiente de aceptación.  
Fomentar un dominio gradual de la situación.  
Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

NIC:

(5290) Facilitar el duelo. Ayuda en la resolución de una pérdida importante.

Actividades:

Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.

Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.

Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.

---

Diagnóstico de enfermería: *Temor relacionado con la sensación de soledad tras la pérdida de un ser querido manifestado por pérdida de autocontrol.*

---

NANDA: (00148) Temor.

---

NOC: (1302) Afrontamiento de los problemas. Indicadores:

130201. Identificar patrones de superación eficaces. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 4.

130207. Verbaliza la necesidad de asistencia. Puntuación global 2, aumentar puntuación a 3.

1- Nunca demostrado, 2- Raramente demostrado, 3- A veces demostrado, 4- Frecuentemente demostrado, 5- Siempre demostrado.

---

NIC:

(5820) Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
  - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.
  - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- 

### Conclusiones

Según Espina, Gago y Pérez (1993), “las intervenciones que favorecen la expresión de sentimientos en torno a la pérdida y la reorganización familiar para poder funcionar de una manera acorde con el momento evolutivo, permiten resolver el problema presentado y mejorar la salud”.

La elaboración y realización de intervenciones y actuaciones enfermeras sobre el paciente que vive una situación de duelo, resulta cuanto menos complicado. La dificultad en conseguir una disposición del paciente para la obtención de datos y su posterior ayuda resulta un gran reto para el personal enfermero.

Crear un plan de cuidados por parte de los profesionales facilita la comunicación y posterior abordaje frente a procesos tales como el duelo.

Intentar reconocer aquellos signos y síntomas que están vinculados en el duelo para así evitar desencadenar un duelo complicado en el paciente es tarea fundamental para los profesionales de la salud.

Por otra parte, la preparación de un plan de cuidados implica la realización de una serie de tareas a seguir y por tanto una responsabilidad para intentar mantener unas conductas que benefician la situación actual de la paciente.

El duelo es una situación en la que antes o después sufrimos todos en nuestro paso por la vida. Nos enseñan que la existencia comprende distintas etapas y la última de ellas somos casi incapaces de afrontar. Sin duda alguna, la persona es capaz de asimilar la muerte, pero nunca le será fácil adaptarse a la pérdida. Pérdida de un ser querido, de una compañía prolongada, de un vínculo en su vida o de una forma de acostumbrarse a vivir.

Dependiendo de cómo decidamos afrontar la situación, nos encontraremos diferentes respuestas ante la pérdida de un ser querido. Se produce un cambio importante en cada una de las personas que viven esta situación. Existen modificaciones en los hábitos de vida, aparecen conductas y estados de ánimo

propias del anhelo y la situación que se vive en la familia y el entorno. La vuelta a la normalidad en un periodo breve de tiempo es inexistente por la desvinculación física que se instaura en el entorno. Por ello, es importante aprender a vivir con las carencias y recuerdos y que estos no lleguen a provocar un deterioro a nivel bio-psico-social.

El duelo realizado de forma correcta, supone un proceso de maduración personal que permite a la persona salir de este, siendo mejor de lo que era cuando lo empezó

## Referencias

- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1961). Proceso de duelo. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1983). The Impact of Death on the Family System. *Journal of Family Therapy*, 5, 279-294.
- Carmona, ZE. y Bracho, CE. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 14-23.
- Espina, A., Gago, J. y Pérez, M.M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 4(13), 77-87.
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I). El proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107.
- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006). *Sobre el Duelo y el Dolor*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Gala, F., Lupiani, M., Raya, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, MC., et al. (2002) Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición*. Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- Gordon, M. (2007). *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Heather, T. (2010). *NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M. y Moorhead, S. (2007). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Madrid: Elsevier-Mosby.
- McCloskey, J. y Belechek, G. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier-Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M. y Maas, M. (2004). *Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, organización y asistencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

**DETERIORO COGNITIVO, ALZHEIMER  
Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA**



## CAPÍTULO 51

### **Estimulación cognitiva: una revisión sistemática en dos bases de datos de la producción literaria en español de los últimos cinco años**

M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes, José Jesús Gázquez Linares, Francisco Soler Flores, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Isabel Mercader Rubio y Andrea Núñez Niebla  
*Universidad de Almería (España)*

En las últimas décadas, el incremento de la esperanza de vida ha producido un aumento del número de personas mayores en la sociedad (Erickson y Kramer, 2009). Concretamente en España, el envejecimiento de la población es cada vez más apremiante (López-Pousa, 2002), convirtiendo a ello en centro de la atención de muchos investigadores (Rodríguez-Rodríguez, Rodríguez-Mañas, Sancho-Casttiello y Díaz-Martín, 2012). No obstante, pese a ser la mayor longevidad un éxito social, el hecho de envejecer lleva asociados una serie de cambios a nivel funcional en las dimensiones física (Gramunt, 2010), perceptivo-motriz (Ribeiro y Oliveira, 2007) y cognitiva (Sorel y Pennequin, 2008), y en general, sobre la calidad de vida (Mander *et al.*, 2013). Este deterioro físico y cognitivo se ve acuciado, entre otros aspectos, por la disminución paulatina de tareas y papel activo dentro de la sociedad (Valencia *et al.*, 2008), el estrés, la alimentación, etc. (Park y Reuter-Lorenz, 2009). Así, el deterioro cognitivo no está tanto en relación con la edad cronológica (Delaloye *et al.*, 2009), como con el descenso progresivo del uso de las funciones cognitivas (Richeson, Boyne y Brady, 2007).

Por otro lado, pese a que el cerebro con los años también envejece, sigue presentando plasticidad (May, 2011), lo cual ofrece la oportunidad de adquirir nuevos aprendizajes, incluso, aunque de forma más limitada, en casos de Alzheimer leve y moderado (Calero, 2000); por lo que es posible contrarrestar su deterioro (Rowe y Kahn, 1997); especialmente cuando se une esta neuroplasticidad a ambientes enriquecidos (McFadden y Basting, 2010; Redolat y Mesa-Gresa, 2012). Hecho que se debe, a la capacidad de regeneración de las neuronas lesionadas (Goldman, 1995), excepto en casos de demencia grave donde es muy señalada la pérdida neuronal y de conexiones (Kass, 1995). En definitiva, parece quedar claro que el aprendizaje en la vejez, además de ser una realidad, aporta un gran beneficio a los mayores (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga, Moya e Íñiguez, 2003).

En el panorama científico, el deterioro cognitivo que se produce con el envejecimiento está impulsando el desarrollo de intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas (Reiman *et al.*, 2011). En este sentido, la intervención cognitiva sistematizada se postula como un gran aliciente frente al declive de la función cerebral (Richeson, Boyne y Brady, 2007). En concreto, la estimulación cognitiva se sitúa como la terapia no farmacológica que mayor respaldo recibe por parte del ámbito científico, para su uso, especialmente en el envejecimiento normal y en el deterioro cognitivo leve (Martin, Clare, Altgassen, Cameron y Zehnder, 2011). El objetivo principal de la estimulación cognitiva es prevenir la dependencia (Valdés, 2005), o dicho de otra forma, alargar al máximo la autonomía del sujeto, su capacidad motora y de razonamiento, así como sus relaciones interpersonales (Puig, 2001). En general, ofrecer un envejecimiento de forma activa y saludable (Tardif y Simard, 2011); a partir de diversas actividades, unas más sencillas y otras más amplias, de entrenamiento de los procesos cognitivos (Pang y Hannan, 2012). Concretamente en las demencias, se sitúa, a la estimulación cognitiva directamente con el Alzheimer debido a su capacidad para la prevención del beta-amiloide en edades avanzadas (Landau *et al.*, 2012) y disminución de las alteraciones de conducta (Olazarán *et al.*, 2004). De hecho, numerosos programas han sido elaborados específicamente para el tratamiento de esta enfermedad (Lobo, Saz, Marcos y Morales, 1992).



Por otro lado, son numerosas las investigaciones que han afirmado los efectos positivos de entrenar los procesos cognitivos (e.g. Derwinger, Neely y Backman, 2005; Thompson y Foth, 2005). Así, se ha comprobado como grupos de población con demencia tratados con estimulación cognitiva, han obtenido mejoras significativas frente a sus iguales pertenecientes a grupos control (Tárraga *et al.*, 2006). No obstante, en otras ocasiones también se han encontrado resultados no tan positivos del entrenamiento cognitivo, por ejemplo en la mejora de manera significativa del estado de ánimo (Koltai, Welsh-Bohmer y Schmechel, 2001). En este sentido, uno de los obstáculos podría ser la dificultad de generalización a la vida diaria de las tareas cognitivas entrenadas (Clare y Woods, 2004); lo que se suma a las limitaciones metodológicas de los estudios, como por ejemplo la escasez de grupos de control o la dificultad de establecer criterios de inclusión (Chapman, Weiner, Rackley, Hynan y Zientz, 2004). Así, no se puede afirmar con totalidad el éxito de la estimulación cognitiva sobre el deterioro cognitivo (Rabipour y Raz, 2012).

Diversos modelos teóricos fundamentan la estimulación cognitiva, como modelos de atención (e.g. Sohlberg y Mateer, 2001) o de procesos de reconocimiento (e.g. Humphreys y Riddoch, 2001). Ejemplos de técnicas que se usan en la estimulación cognitiva son la modificación de conducta (Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997) o la visualización (Zarit, Zarit y Reeve, 1982). En España, un ejemplo de desarrollo de un programa actual sobre estimulación cognitiva en mayores es el PEGI-PM (Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler, 2014), en el que a través de las TIC, se combinan técnicas de estimulación cognitiva con la inteligencia emocional. En esta línea, en los últimos años las nuevas tecnologías se abren paso como herramientas en los programas de estimulación cognitiva (Aldana, García-Gámez y Jacobo, 2012), tanto en el envejecimiento normal como en demencias (Franco y Bueno, 2002). En cualquier caso, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se presentan como una alternativa de gran interés para llevar a cabo programas de estimulación cognitiva en edades avanzadas ya que el uso de las mismas es cada vez más frecuente en estas edades (Aldana *et al.*, 2012), y no únicamente en edades tempranas –grupos de población sobre los que sí hay numerosos estudios (e.g. García-Martín, García-Sánchez, Álvarez-Fernández y Díez-Caso, 2014)-.

En cuanto a la producción científica sobre estimulación cognitiva, en los últimos años, diversos autores se han ocupado de hacer revisiones sobre los programas existentes tanto en inglés (e.g. Tardif y Simard, 2011) como en español (Ruiz-Sánchez de León, 2012); así como sobre la estimulación cognitiva en general (Rabipour y Raz, 2012).

### **Objetivo**

El objetivo es analizar y actualizar la producción literaria en español en los últimos cinco años en torno a la estimulación cognitiva en mayores. Concretamente nos planteamos hacer una revisión sistemática de la literatura en estimulación cognitiva presente en dos bases de datos.

### **Metodología**

Para la búsqueda se han seleccionado dos bases de datos bastante concurridas en el ámbito científico: ISOC y Dialnet. En el buscador se ha introducido el descriptor “estimulación cognitiva”; para su búsqueda en el título de los artículos. Así, se han rechazado aquellos que únicamente lo presentaban en el resumen y/o en el cuerpo del texto; o cuyo manuscrito no era un artículo científico. Se ha seleccionado únicamente la literatura en español. Además se ha filtrado por año, atendiendo a la producción literaria de los últimos cinco años, o lo que es lo mismo, la perteneciente al rango temporal 2010-2015. Así, se han obtenido un total de 13 resultados. Posteriormente se eliminaron todos aquellos textos repetidos y los que no permitían acceso libre al texto completo, así como todos aquellos que no trataban de mayores. También se ha excluido uno, que pese a tener acceso libre, no estaba disponible en su enlace web; y otro que pese a obtener el título en castellano, estaba escrito en catalán. Finalmente obtuvimos 4 artículos como resultado.

Tabla 1. Resultados de la revisión sistemática

Autores (año)	Programa	Instrumentos	Muestra utilizada	Resultados
Miranda, Mascayano, Roa, Maray y Serraino (2013)	Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) para personas con enfermedad de Alzheimer, con el objetivo de valorar sus efectos en el deterioro cognitivo y la percepción sobre la calidad de vida.	-Mini Mental State Examination (MMSE; Quiroga <i>et al.</i> , 2004). -Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive (ADAS-Cog; Rosen, Mohs y Davis, 1984). -Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD; Logsdon, Gibbons, McCurry y Teri, 1999). -Índice de Barthel (IB; Mahoney y Barthel, 1965).	22 ancianos mayores de 65 años (Media = 83.6; DE = 9.76) con demencia tipo Alzheimer	No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y grupo de intervención; aunque sí substancialmente el grupo de intervención mostró una mejora de la función cognitiva.
Rey, Canales y Táboas (2011)	Programa de estimulación "Memoria en movimiento", que combina entrenamiento cognitivo y perceptivo-motriz. El objetivo es demostrar su adecuación en mayores.	-Diario de campo (Sicilia, 1999). -Observación (Anguera <i>et al.</i> , 1995). -MEC (Lobo <i>et al.</i> , 2001). -Test de Dígitos -WAIS III- (Wechsler, 1999). -Prueba de Memoria Motriz (Rey y Canales, 2008).	300 sujetos (Media=70.21; DT=7,30) con y sin deterioro cognitivo ni problemas de movilidad	Es un programa adecuado para mayores y mejora: la función cognitiva de la atención y la memoria; y la función perceptivo-motriz de la estructuración espacial y conciencia corporal.
Fernández -Calvo, Contador, Serna, Menezes de Lucena y Ramos- Campos (2010)	Programa multimodal de estimulación cognitiva (PMEC). Pretende estimular globalmente múltiples dominios cognitivos, a la vez que disminuir los efectos del deterioro cognitivo sobre la dimensión emocional del sujeto; produciendo beneficios a nivel cognitivo, conductual y funcional. El objetivo es comparar estos resultados en la aplicación de manera grupal o individual.	-Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein y McHugh, 1975). -Versión española de Peña-Casanova <i>et al.</i> (1997) de la Escala para la Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer, subescala cognitiva (ADAS-Cog, Mobs, Rosen y Davis, 1983). -Inventario Neuropsiquiátrico Breve (NPI-Q; Kaufer <i>et al.</i> , 2000). -Escala de Depresión de Cornell (EDC; Alexopoulos, Abrams, Young y Shamoian, 1988). -Escala de Evaluación Rápida de Discapacidad-2 (RDRS-2; Linn y Linn, 1982).	45 pacientes con enfermedad de Alzheimer "probable" en fase leve.	-Disminución del deterioro cognitivo. -Mejora del ajuste psicológico y conductual. -Mejores resultados en sujetos que reciben el tratamiento de manera individual que grupal.
Tiernes (2011)	Estudio teórico que, partiendo del modelo del deterioro cognitivo asociado a la edad, concluye la importancia de la formación de futuros profesionales con una formación específica para proporcionar a los mayores una atención social y envejecimiento activo, que mejore su calidad de vida.			concluye la importancia de la formación de futuros profesionales con una formación específica para proporcionar a los mayores una atención social y envejecimiento activo, que mejore su calidad de vida.

### Resultados/Estado actual de la cuestión

Los resultados de la búsqueda sistemática, después de aplicar los filtros y desechar aquellos manuscritos que no cumplieran con los criterios de inclusión, han concluido un total de tres artículos sobre programas de estimulación cognitiva y un artículo teórico. Así en la literatura científica de los últimos cinco años, en estas bases de datos, sobre estimulación cognitiva nos encontramos la intervención de una terapia de estimulación cognitiva TEC, un programa de estimulación cognitiva ("Memoria en Movimiento") y un programa multimodal de estimulación cognitiva (PMEC). En general, todos ellos presentan mejoras a nivel cognitivo en los sujetos a los que se aplican. No obstante, no se encuentran diferencias significativas frente a grupos control, en uno de los casos tras la aplicación del programa (TEC). Las mejoras que se obtienen son en memoria, atención, estructuración espacial, conciencia corporal, atención selectiva, rastreo visual, velocidad psicomotora, depresión... y en general, en la función cognitiva. La población utilizada en todos ellos es mayor de 65 años. Por último encontramos dos artículos en los que la muestra está compuesta exclusivamente por pacientes con demencia tipo

Alzheimer; y uno, por grupos de pacientes con y sin deterioro cognitivo. Por otro lado, el artículo teórico se basa en la necesidad de formar profesionales en la atención de los mayores, para generarles una mayor calidad de vida. En la Tabla 1, se expone con mayor claridad.

### Discusión/Conclusiones

En los últimos años, el número de personas mayores dentro de la sociedad se ha incrementado (Erickson y Kramer, 2009). El aumento de la esperanza de vida, pese a ser un éxito social, lleva asociados una serie de cambios negativos en las personas, como por ejemplo, el deterioro físico (Gramunt, 2010) y cognitivo (Sorel y Pennequin, 2008). El hecho de que el cerebro durante la vejez sigue presentando plasticidad (May, 2011), abre la puerta a nuevos aprendizajes en esta etapa de la vida, incluso en casos de Alzheimer leve y moderado (Calero, 2000). Así, la investigación actual se centra en la estimulación cognitiva como una de las terapias no farmacológicas preferentes a la hora de enfrentarse al deterioro cognitivo en la vejez (Martin *et al.*, 2011). Los efectos positivos de la estimulación cognitiva sobre el deterioro cognitivo han sido demostrados en numerosos trabajos (e.g. Derwinger *et al.*, 2005; Tárraga *et al.*, 2006; Thompson y Foth, 2005), aunque también es cierto que algunos autores no han encontrado cambios significativos tras su aplicación (Koltai *et al.*, 2001). En la revisión de la producción española de los últimos cinco años que hemos realizado de publicaciones sobre estimulación cognitiva, también hemos encontrado autores que no encuentran diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control. No obstante, todos los manuscritos que hemos encontrado en los que se han aplicado programas de estimulación cognitiva, afirman mejoras en la función cognitiva tras su aplicación. También se afirma un mejor efecto a nivel individual que grupal en la aplicación de un programa multimodal de estimulación cognitiva (PMEC); y se habla de la necesidad de formar específicamente a profesionales en la atención y cuidado de los mayores, ya que un envejecimiento activo está en la base de una buena calidad de vida. En conclusión, pese a que no hay firmeza sobre la significancia de las mejoras tras la aplicación de programas de estimulación, sí está claro que esas mejoras se producen.

Por otro lado, tras realizar la revisión de la literatura existente en español en las bases de datos de Dialnet y Pubmed, podemos afirmar que son escasos los estudios que se han llevado a cabo en estos últimos cinco años. Si bien es verdad, que para afirmar esto nos basamos en los resultados de dos bases de datos, que pese a ser bastante concurridas, no contienen la totalidad de la producción literaria en español. Asimismo, entendemos que el limitar la búsqueda al descriptor “estimulación cognitiva”, pueda haber sido otra de las limitaciones de este estudio. Por ello para investigaciones futuras, planteamos la posibilidad de ampliar las bases de datos de búsqueda y de utilizar otros descriptores como por ejemplo “estimulación mental”.

### Referencias

- Aldana, G., García-Gómez, L. y Jacobo, A. (2012). Las Tecnologías de la Información y Comunicación como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez. CPUe. *Revista de Investigación Educativa*, 14, 153-166
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C. y Shamoian, C.A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1995). *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Calero, M. D. (2000). *Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo*. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 1437-1438). Madrid: Pirámide.
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S. y Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1149-1163.

Clare, L. y Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401.

Delaloye, C., Moy, G., Baudois, S., De Bilbao, F., Dubois Remund, C., Hofer, F., Ragno-Paquier, C., Weber, K., Urben, S. y Giannakopoulos, P. (2009). The contribution of aging to the understanding of the dimensionality of executive functions. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e51-e59. doi:10.1016/j.archger.2008.08.011.

Derwinger, A., Neely, A.S. y Backman, L. (2005). Design your own memory strategies! Self-generated strategy training versus mnemonic training in old age: an 8-month follow-up. *Neuropsychological Rehabilitation*, 15(1), 37-54.

Erickson, K.I. y Kramer, A.F. (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 22-24. doi: 10.1136/bjism.2008.052498.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Tárraga, L., Moya, R. e Iñiguez, J. (2003). Cognitive plasticity in healthy, mild cognitive impairment (MCI) subjects and Alzheimer's disease patients: a research project in Spain. *European Psychologist*, 8(3), 148-159. doi: 10.1027//1016-9040.8.3.148.

Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A.J., Menezes de Lucena, V.A. y Ramos-Campos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4090.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Franco, M.A. y Bueno, Y. (2002). Uso de las nuevas tecnologías como instrumentos de intervención en programas de psicoestimulación. En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp. 665-677). Masson: Barcelona.

García-Martín, J., García-Sánchez, J.N., Álvarez-Fernández, M.L. y Díez-Caso, H. (2014). Efectos en la competencia digital tras la aplicación de un programa de competencias ocupacionales. *European Journal of Education and Psychology*, 7(2), 73-81. doi: 10.1989/ejep.v7i2.180.

Goldman, S. (1995). Neurogenesis and neuronal precursor cells in the adult forebrain. *Neuroscientists*, 1(6), 338-350. doi: 10.1177/107385849500100606.

Gramunt, N. (2010). *Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos*. Barcelona: Obra Social Fundación «La Caixa».

Humphreys, G.W. y Riddoch, M.J. (2001). The neuropsychology of visual object and space perception. En B. Goldstein (Ed.), *The Blackwell handbook of perception* (pp. 204-236). Oxford: Blackwells.

Kass, J. (1995). The reorganization of sensory and motor maps in adult mammals. En M. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 51-72). Cambridge, MA: The MIT Press.

Kaufner, D.I., Cummings, J.L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelleu, T., López, O.L. y DeKosky, S.T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(2), 233-239.

Koltai, D.C., Welsh-Bohmer, K.A. y Schmechel, D.E. (2001). Influence of anosognosia on treatment outcome among dementia patients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 455-475. doi: 10.1080/09602010042000097.

Landau S.M., Marks S.M., Mormino E.C., Rabinovici G.D., Oh H., O'Neil J.P. Wilson, R.S. y Jagust, W.J. (2012). Association of Lifetime Cognitive Engagement and Low  $\beta$ -Amyloid Deposition. *Archives of Neurology*, 69(5), 623-629. doi: 10.1001/archneurol.2011.2748.

Linn, M.W. y Linn, B.S. (1982). The rapid disability rating scale-2. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30(6), 378-382.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y Morales, F. (1992). Incidence of dementia and other psychiatric conditions in the elderly. *Neuroepidemiology*, 11(Supl. 1), 52-56.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L.F., Montañés, J.A. y Aznar, S. (2001). Revalidación y normalización del MiniExamen Cognoscitivo en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-774.

Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M. y Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32.

López-Pousa S. (2002). Definición y epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 147-156). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

- Mander, B.A., Rao, V., Lu, B., Saletin, J.M., Lindquist, J.R., Ancoli-Israel, S., Jagust, W. y Walker, M.P. (2013). Prefrontal atrophy, disrupted NREM slow waves and impaired hippocampal-dependent memory in aging. *Nature Neuroscience*, 16(3), 357-364. doi: 10.1038/nn.3324.
- Martín, M., Clare, L., Altgassen, A., Cameron, M. y Zehnder, F. (2011). *Intervenciones basadas en la cognición para personas mayores sanas y pacientes con deterioro cognitivo leve*. Oxford: The Cochrane Library.
- May, A. (2011). Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10), 475-482. doi: 10.1016/j.tics.2011.08.002.
- McFadden, S.H. y Basting, A.D. (2010) Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clinical Geriatrics Medicine*, 26(1), 149-161. doi: 10.1016/j.cger.2009.11.004.
- Miranda, C., Mascayano, F., Roa, A., Maray y Serraino, L. (2013). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445-455. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-2.ipec.
- Mobs, R.C., Rosen, W.G., y Davis, K.L. (1983). The Alzheimer's Disease Assessment Scale: An instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacological Bulletin*, 19(3), 448-450
- Olazarán, J., Muñoz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A.J., Serrano, P., Navarro, E., García de la Rocha, M.L., Frank, A., Galiano, M., Fernández-Bullido, Y., Serra, J.A., González-Salvador, M.T. y Sevilla, C. (2004). Benefits of cognitive motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer's disease. *Neurology*, 63(12), 2348-2353.
- Pang T.Y. y Hannan A.J. (2012). Enhancement of cognitive function in models of brain disease through environmental enrichment and physical activity. *Neuropharmacology*, 64, 515-528. doi: 10.1016/j.neuropharm.2012.06.029.
- Park D.C. y Reuter-Lorenz P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093656.
- Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertrán Serra, I., Hernández, G., Sol, J.M., Pujol, A., Blesa, R. y Grupo Normacodem (1997). Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) (NORMACODEM) (II). *Neurología*, 12(2), 69-77.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Gázquez, J.J. y Soler, F.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. doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.80.
- Puig, A. (2001). *Programa de psicoestimulación cognitiva preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*. Madrid: Editorial CCS.
- Quiroga, P., Albala, C. y Klaasen, G. (2004). Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Revista Médica de Chile*, 132(4), 467-78.
- Rabipour S. y Raz A. (2012) Training the brain: fact and fad in cognitive and behavioral remediation. *Brain and Cognition*, 79(2), 159-179. doi:10.1016/j.bandc.2012.02.006.
- Redolat, R. y Mesa-Gresa, P. (2012) Potential benefits and limitations of enriched environments and cognitive activity on age-related behavioural decline. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 10, 293-316. doi: 10.1007/7854\_2011\_134.
- Reiman E.M., Langbaum J.B., Fleisher A.S., Caselli R.J., Chen K., Ayutyanont N., Quiroz, Y.T., Kosik, K.S., Lopera, F. y Tariot, P.N. (2011). Alzheimer's Prevention Initiative: a plan to accelerate the evaluation of presymptomatic treatments. *Journal of Alzheimers Disease*, 26(Supl. 3), 321-329. doi: 10.3233/JAD-2011-0059.
- Rey, A. y Canales, I. (2008). *Memoria en Movimiento. Programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores*. Santiago de Compostela: Obra Social Caixa Galicia.
- Rey, A., Canales, I. y Táboas, M. (2011). Características y efectos de un programa integrado de estimulación cognitiva a través de la motricidad. *Apunts. Educació Física i Esports*, (105), 21-27. doi: 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2011/3).105.02.
- Ribeiro, F. y Oliveira, J. (2007). Aging effects on joint proprioception: the role of physical activity in proprioception. *European Review of aging and Physical Activity*, 4(2), 71-76.
- Richeson, N., Boyne, S. y Brady, E.M. (2007). Education for older adults with early-stage dementia: Health promotion for the mind, body and spirit. *Educational Gerontology*, 33, 723-736. doi: 10.1007/s11556-007-0026-x.
- Rodríguez Rodríguez, V., Rodríguez Mañas, L., Sancho Castiello M. y Díaz Martín, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 174-179. doi: 10.1016/j.regg.2012.02.005.

- Rosen, W.G., Mohs, R.C. y Davis, K.L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1356-1364.
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433.
- Ruiz-Sánchez de León, J.M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 57-66. doi: 10.1016/j.rlfa.2012.02.002.
- Sicilia, A. (1999) El diario personal del alumnado como técnica de investigación en Educación Física. *Apunts*, (58), 25-33.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Sorel, O. y Pennequin, V. (2008). Aging of the planning process: The role of executive functioning. *Brain and Cognition*, 66(2), 196-201.
- Tardif, S. y Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2011, 1-13.
- Tárraga, L., Boada, M., Modinos, G., Badenas, S., Espinosa, A., Diego, S., Morera, A., Guitart, M., Balcells, J., López, O.L., y Becker, J.T. (2006). A randomized pilot study to assess the efficacy of Smartbrain®, an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(10), 1116-1121. doi: 10.1136/jnnp.2005.086074.
- Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J. y McCurry, S.M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), 159-166.
- Thompson, G. y Foth, D. (2005). Cognitive-training programs for older adults: what are they and can they enhance mental fitness? *Educational Gerontology*, 31(8), 603-626. doi: 10.1080/03601270591003364.
- Tiernes, C. (2011). El trabajo social y la educación social como pilares básicos para la atención y estimulación cognitiva de nuestras personas mayores. *Pedagogía i Treball Social*, 1(2), 48-64.
- Valdés, C.A. (2005). Memoria y envejecimiento: programas de estimulación. *Geriatría: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 21(1), 22-30.
- Valencia, C., López-Alzate, E., Tirado, V., Zea-Herrera, M.D., Lopera, R., Rupprecht, R. y Oswald, W.D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 46(8), 465-471.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS-III. Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-III*. Madrid: TEA
- Zarit, S.H., Zarit, J.M., y Reever, K.E. (1982). Memory training for severe memory loss: Effects on senile dementia patients and their families. *Gerontologist*, 22(4), 373-377.



## CAPÍTULO 52

### Diagnóstico y valoración del anciano con demencia

Guillermina Acién Valdivia, Cándida Martínez Ferrón, Ángeles Bonilla Maturana, y Montserrat Gabín Benete

Podemos definir la demencia como un síndrome que se caracteriza por un deterioro general de las funciones cognitivas, es decir, de la capacidad de la persona para procesar el pensamiento. En su mayor parte este deterioro es irreversible y va a generar en el paciente una discapacidad y dependencia muy grave, ya que origina una gran desadaptación social, sin producirse alteración del nivel de conciencia. La demencia afecta a la memoria, a la capacidad de aprendizaje, al lenguaje, al pensamiento, a la orientación, a la comprensión, al cálculo y al juicio (Martín, 2012; Alvares, Fernández y Font, 1999; Gil y Martín, 2010).

Las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular son algunos de los problemas de salud con los que más frecuentemente se encuentran los profesionales sanitarios (Castellanos, Cid y Duque, 2011; García, Maldonado y Martínez, 2013), y es de gran importancia su diagnóstico temprano, lo cual se puede llevar a cabo desde Atención Primaria (Olazarán, 2011).

La realización de una amplia batería de pruebas complementarias, cuyo objetivo principal es establecer el origen o causa de la demencia, y una valoración completa del paciente (Gil, 2010; Olazarán, Agüera y Muñoz, 2012) van dirigidas a establecer un tratamiento, analizando siempre los beneficios del mismo para el paciente (Rodríguez, Formiga y Fort, 2012; Baena, Gonzalez y Rodríguez, 2012).

#### Objetivo

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es proporcionar una síntesis sencilla sobre la demencia, su diagnóstico, clasificación, signos y síntomas asociados y tratamiento; que sirva al profesional sanitario, especialmente al profesional de enfermería para reforzar estos conocimientos y aplicarlos en su práctica diaria con estos pacientes.

#### Metodología

##### 1. EL CEREBRO TAMBIÉN ENVEJECE

Antes de centrarnos en la clasificación y en el diagnóstico de las demencias, debemos conocer los cambios que el paso del tiempo produce en el cerebro ya que este, al igual que el resto de órganos del cuerpo, también envejece (Ballesteros, García y Torres, 2000).

Existen una serie de factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (tóxicos, ambientales, estrés, alimentación...) que influyen en el envejecimiento del cerebro, produciéndose en él diferentes cambios:

1. **Cambios morfológicos y anatómicos:** Dentro de estos cambios existen algunos que son a nivel macroscópico como por ejemplo la disminución de volumen y peso del cerebro de un 10-15%, el agrandamiento de los surcos interhemisféricos y corticales, el aumento de los depósitos de liposocina o “pigmento del envejecimiento”, que se relaciona con la acumulación de los productos de deshecho, la calcificación y fibrosis de las meninges, la pérdida de elasticidad de los vasos y los microaneurismas. Y otros a nivel microscópico como la retracción neuronal, cambios en la estructura sináptica y axonal con disminución de la velocidad de conducción del impulso nervioso, alteraciones en la membrana plasmática neuronal con el consiguiente enlentecimiento de los procesos metabólicos, aparición de ovillos neurofibrilares, cuerpos de Lewy y placas seniles.



2. **Cambios en los neurotransmisores** del sistema dopaminérgico, noradrenérgico, serotoninérgico, acetilcolinérgico y aminérgico., en función de los cuales aparecen múltiples teorías sobre las demencias.
3. **Cambios bioquímicos:** Como el aumento de producción de los radicales libres con la consecuente disminución de la capacidad antioxidante del individuo y cambios en la doble hélice de ADN.
4. **Cambios funcionales:** Como la disminución de la capacidad de coordinación y control muscular, cambios en el patrón de sueño (disminuye el sueño REM), deterioro progresivo de los órganos de los sentidos, aumento del tiempo de aprendizaje, disminución de la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, de la agilidad mental y de la capacidad de concentración pero no de los conocimientos generales, vocabulario o comprensión.

### 2. OLVIDOS BENIGNOS Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

Basándonos en el envejecimiento natural del cerebro, tenemos que mencionar los llamados olvidos benignos y el deterioro cognitivo leve (Gil y Martín, 2010).

Los **olvidos benignos de la vejez** son alteraciones de memoria relacionadas generalmente con los hechos cotidianos frecuentes, que son vividas con gran preocupación por las personas que las padecen. Por ejemplo donde han dejado las llaves del coche, si han enviado una carta, si han puesto sal a la comida... Mantienen su capacidad de juzgar y razonar, no se altera en absoluto su identidad personal y existe una relación normal con su familia y entorno social.

Mejoran bastante con ejercicios y entrenamiento.

Debemos realizar un seguimiento, ya que aunque los test psicométricos de memoria a veces no los detectan, pueden ser fases iniciales de una demencia.

El **deterioro cognitivo leve** si es detectado en los test psicométricos, y no es tanto una alteración de la memoria como una disminución de las funciones cognitivas como la orientación o la planificación.

Igual que los olvidos benignos, el seguimiento es muy importante ya que puede evolucionar a un cuadro de demencia en un periodo aproximado de 5 años.

### 3. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Podríamos clasificar las demencias en (Álvarez, Fernández y Font, 1999):

1. Demencias corticales: Enfermedad de Alzheimer, demencias frontotemporales como la enfermedad de Pick.
2. Demencias subcorticales: Demencia por enfermedad de Parkinson o Huntington, demencia por cuerpos de Lewy.
3. Demencias vasculares: Secundarias a la muerte neuronal en procesos isquémicos o hemorrágicos.
4. Demencias secundarias a cualquier enfermedad del sistema nervioso central como tumores o infecciones, a enfermedades sistémicas o metabólicas como enfermedad tiroidea o déficit de vitaminas y a la polifarmacia.

La detección de un deterioro cognitivo es algo frecuente en la práctica asistencial en Atención Primaria. Tanto el médico como la enfermera deben estar alerta a los diferentes síntomas que se pueden presentar, para así llevar a cabo un diagnóstico rápido (Olazarán, 2011).

La **historia clínica** es la base en el acercamiento al diagnóstico de demencia. En ella deben estar reflejados los antecedentes personales (riesgo cardiovascular, abuso de alcohol u otras sustancias, trastornos psiquiátricos, neurológicos...) antecedentes sociales y familiares (nivel educativo, familiares con diagnóstico de demencia o síntomas similares), historia farmacológica, enfermedades actuales, así como una exploración física y neurológica completa, buscando alteraciones de la marcha, signos de focalidad...

Al realizar la revisión farmacológica del paciente es importante buscar si existe relación entre el inicio de los síntomas y el consumo de algún fármaco, ya que son muchos los fármacos que se asocian al

deterioro cognitivo. Ejemplos: Digoxina, propanolol, ciprofloxacino, ibuprofeno, alprazolam, levodopa, prednisona, ranitidina...

Quizás uno de los aspectos más importantes para el diagnóstico sea la exploración neuropsicológica y funcional.

Esta valoración cognitiva, funcional y conductual es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, y en ella es muy útil el uso de escalas y test, para poder analizar estas tres áreas.

- Para la evaluación del **área cognitiva** se utilizan pruebas cortas, de sencilla aplicación, que puede realizar el médico o la enfermera en cualquier momento es su consulta o en el domicilio del paciente y que aportan una información inicial y valiosa.

Se usa por ejemplo el Mini Examen Cognitivo (MEC) con el que valoramos la orientación en el tiempo y espacio (¿Qué día es hoy? ¿Dónde está usted?), la memoria inmediata y diferida (con la repetición de palabras en el momento y posteriormente), la capacidad de cálculo y del lenguaje.

El Test de Pfeiffer también es de sencilla aplicación y con el evaluamos la orientación en tiempo y espacio, la memoria inmediata y diferida (número de teléfono, edad, nombre de su madre), y el cálculo.

Es importante que el personal sanitario este entrenado en el uso de estas escalas, ya que su aplicación es muy sencilla, rápida y útil.

- Al evaluar el **área funcional** pretendemos establecer una relación entre el deterioro cognitivo y el impacto de este en su vida cotidiana. Para ello valoramos su dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, con test como el índice de Barthel o el índice de KATZ, con los que valoramos el nivel de dependencia en áreas básicas como higiene, alimentación, vestido y desplazamiento, y las actividades instrumentales de la vida diaria, con las escalas GDS y FAST de Reisberg. Estas últimas valoran la disminución de la capacidad para realizar tareas más o menos complejas y la pérdida de habilidades básicas como vestirse, usar el baño correctamente o caminar, y las relacionan no solo con el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer sino con el estadio de esta.
- La valoración del **área conductual** suele ser amplia y muy variable en el desarrollo de la enfermedad, ya que estudia los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), que son generalmente los peor soportados por el entorno del paciente. Los SPCD son tanto los síntomas conductuales más básicos como la agresividad, hiperactividad motora, vagabundeo o deambulación excesiva, trastornos del apetito, gritos, labilidad emocional, resistencia a realizar ciertas tareas o desinhibición, que obtenemos con la mera observación del paciente, como los síntomas psicológicos más elaborados desde el punto de vista mental como psicosis, alucinaciones, delirios, depresión (Olazarán, Agüera y Muñiz, 2012).

La escala de valoración más usada en este campo es la NPI o Neuro Psiquiatric Inventory

Se realizan también diferentes **pruebas complementarias** durante el proceso diagnóstico con el fin de descartar cualquier otra patología, como suelen ser:

- Hemograma y velocidad globular de sedimentación.
- Bioquímica: Glucosa, electrolitos (calcio), pruebas de función renal, hepática y tiroidea, vitamina B12
- Serología de sífilis.
- Pruebas de imagen:
  - o TAC: Búsqueda de lesiones tipo tumores o hidrocefalia por si fuera reversible.
  - o RMN: Búsqueda de pequeños infartos o lesiones en la sustancia blanca que ayudan a valorar la atrofia existente.
- En algunos casos también se realizan estudios genéticos, electroencefalograma, estudios inmunológicos y toxicológicos, serología de VIH, punción lumbar ...

Aunque esta batería de pruebas complementarias no suele dar grandes resultados, busca descartar enfermedades del SNC como infecciones, tumores, hematomas subdurales, enfermedades metabólicas

como alteraciones tiroideas, déficit de vitamina B12 ... que puedan ser las responsables de la demencia y que, tratables o no, nos permitan definir nuestro plan de actuación.

Es primordial, tras todo lo realizado, confirmar o no el diagnóstico de demencia y tras esto valorar si existe la posibilidad de tratar la causa o si en cambio es irreversible; tras lo cual debemos trazar un plan de cuidados basado en la situación actual del enfermo, que estará en continua evolución, al igual que la enfermedad.

No podemos dejar de mencionar que las últimas investigaciones en relación al diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer van dirigidas a elaborar un test sencillo en sangre para la detección o no de la enfermedad. Actualmente en España se está investigando en esta dirección y se esperan resultados positivos en breve espacio de tiempo.

#### 4. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Al ser la enfermedad de Alzheimer la demencia más frecuente, del 50 al 70% de los casos, vamos a hablar de ella más detenidamente.

La podríamos definir como una demencia degenerativa del sistema nervioso central, de causa desconocida y actualmente sin tratamiento curativo (Martin, 2012).

Se relaciona la enfermedad de Alzheimer con un déficit en el sistema neurotransmisor de la acetilcolina y aunque su diagnóstico definitivo se realiza con un análisis anatomopatológico del cerebro en el que encontramos signos de muerte neuronal, principalmente en la corteza cerebral, en la práctica se diagnostica con la aparición de los síntomas característicos, como son:

- Deterioro de la memoria.
- Afasia (alteración del lenguaje).
- Agnosia (fallos al reconocer personas y objetos).
- Apraxia (deterioro de las capacidades motoras).
- Alteraciones en la ejecución de tareas.

#### Fases evolutivas de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva, que va evolucionando a lo largo de los años, y en la cual podemos hablar de:

- **Fase 1, leve o inicial:** Aparecen los primeros olvidos en la memoria a corto plazo; se hace difícil el aprendizaje de nueva información pero se mantiene la memoria a largo plazo. Aparecen dificultades en el lenguaje, como la dificultad para nombrar objetos cotidianos (anomia) que al principio suelen solucionar describiendo su uso. Comienza también aquí la dificultad para el cálculo (acalculia) primero mental y luego escrito, y la desorientación en el tiempo. Generalmente precisan ayuda para realizar algunas actividades instrumentales, pero sobretodo precisan supervisión.
- **Fase 2, moderada o intermedia:** En ella aparecen los fallos de memoria a corto y largo plazo. La comunicación se dificulta, ya que se empobrece el lenguaje y se vuelve repetitivo (ecolalia). Aparece la desorientación en el espacio y se acentúa la del tiempo, lo que hace que puedan perderse. Aparece la agnosia (dificultad en el reconocimiento de objetos) y la prosopagnosia (dificultad en el reconocimiento de personas), al final no se reconocen a si mismos en el espejo. Aumenta el riesgo de caídas por la aparición de dificultad en la deambulación (apraxia).

En esta fase aparecen algunos de los síntomas que más preocupan a los familiares, por su dificultad para controlarlos, como son las alteraciones del comportamiento tales como agresividad o desinhibición, y la desadaptación a los cambios, ya que se ha enlentecido el pensamiento y ha disminuido la capacidad de aprendizaje y adaptación, lo que causa muchas veces la aparición de comportamientos inapropiados.

No solo precisa ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria sino también para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

En esta fase ya están claramente presentes la afasia, agnosia y apraxia.

- **Fase 3, severa o avanzada:** En ella se acentúan todos los síntomas, volviéndose el paciente totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. La afasia es tan avanzada que solamente usan monosílabos llegando incluso al mutismo. La desorientación en personas, espacio y tiempo es completa. Se presenta la incontinencia generalmente doble y a nivel motor nos encontramos con inmovilidad, flexión y rigidez.

### 5. TRATAMIENTO

Cuando mencionamos la palabra tratamiento pensamos casi directamente en medicación; pero en enfermedades como las demencias y sobre todo en la enfermedad de Alzheimer el tratamiento no es solo el uso de fármacos para el control de los SPCD, sino también la educación y el apoyo a los cuidadores y por supuesto el tratamiento de las posibles complicaciones.

Al no existir en la actualidad tratamiento curativo de la enfermedad de Alzheimer, nos debemos plantear siempre la necesidad o no de tratamiento farmacológico, es decir, que hay que valorar la situación del enfermo, y el tratamiento se mantendrá siempre que exista un beneficio terapéutico para el paciente, o lo que es lo mismo, se suspenderá cuando la demencia sea muy severa o no existan expectativas terapéuticas razonables para su mantenimiento (Rodríguez, Formiga y Fort, 2012).

- Tratamiento sintomático: Se emplean principalmente fármacos relacionados con la acetilcolinesterasa: Donepezilo, rivastigmina, galantamina (se usa en enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, deterioro cognitivo y enfermedad cerebrovascular). Aunque no sea un tratamiento curativo la simple mejoría, por leve que sea o el retraso en la evolución de la enfermedad son razones suficientes para mantener el tratamiento, siempre y cuando la tolerancia sea buena.
- Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD): Como ya hemos dicho anteriormente los SPCD constituyen un grave problema para el paciente y sobre todo para sus cuidadores, por lo que muy frecuentemente es preciso usar fármacos para controlarlos. Hay que mantener la premisa de tratar solo aquello que afecte realmente al paciente o cuidadores, aquella sintomatología que, aunque llamativa, no perjudique a nadie no es preciso tratar (Ej: alucinaciones tipo ver a un familiar fallecido pero que no producen en el paciente tristeza ni desasosiego).

Valorar siempre la posible aparición de efectos adversos de los fármacos utilizados, especialmente frecuentes al ser una población anciana.

Los fármacos generalmente usados son:

- Antipsicóticos: Risperidona.
- Ansiolíticos: Lorazepam u oxacepam.
- Antidepresivos: Citalopram, sertralina y escitalopram, trazodona (inductor del sueño), velafaxina (control de síntomas de ansiedad).
- Antiepilépticos: Para controlar la agitación se usa ácido valproico, carbamazepina y gabapentina.

Como la presencia de una sintomatología u otra se relaciona con la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, es importante que el uso de la medicación también se corresponda, es decir que si aparecen síntomas depresivos al comienzo de la enfermedad y se administra al paciente por ejemplo citalopram, se valore, al ir avanzado la enfermedad, la necesidad de continuar o suspender dicho tratamiento. Esta valoración periódica del tratamiento se debe aplicar también al resto de tratamientos que tenga el paciente para otras patologías sobretodo en estadios avanzados de demencia (Baena, González y Rodríguez, 2012).

### **Conclusiones**

Diagnosticar la demencia y más concretamente ponerle nombre y apellidos no es una tarea fácil, pero es una tarea que realiza a diario el personal sanitario.

El personal médico y de enfermería de Atención Primaria suele poner las bases a este diagnóstico, generalmente con la ayuda inicial de la familia que, alarmada por los primeros síntomas, acude en busca de respuestas. Es por ello por lo que los profesionales sanitarios han de estar preparados y familiarizados con el tema.

La medicina especializada clasificara el tipo de demencia e instaurara un tratamiento y el paso del tiempo y la progresión de la enfermedad harán el resto.

### Referencias

Olazarán, J., Agüera, L. y Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de neurología*, 55(10), 598-608.

Gil, P. y Martín, J. (2010). Demencia. En P. Gil (Ed), *Tratado de Neuropsicogeriatría* (pp.173-188). Madrid: Editorial Ergon.

Olazarán, J. (2011). ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria?. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 43(7), 377-384.

Castellanos, F., Cid, M. y Duque, P. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(2), 39-45.

Baena, J.M., Gonzalez, I. y Rodriguez, R. (2012). Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. *FMC: Formación médica continuada en Atención Primaria*, 19(9), 547-541.

Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M.J., Barranco, E. y Cubí, D. (2012). Tratamiento farmacológico de la demencia: cuanto, como y hasta cuándo. *Revista española de geriatría y gerontología*, 47, 228-233.

García, M.F., García, C.R., Maldonado, C. y Martínez, P. (2013). Diagnóstico de las demencias en atención primaria. En Pérez, M.C. y Molero, M.M. (Ed), *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento*, 1, (pp.183-186).

Martín, M. (2012). *Comprender la Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, España: Amat Editorial.

Álvarez, M., Fernández, J.A. y Font, M.C. (1999). *Demencias*. Barcelona, España: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Ballesteros, E., García, M. y Torres, M.P. (2000). *Enfermería geriátrica*. Barcelona, España: Editorial Mason.

## CAPÍTULO 53

### Papel de la acetilcolina en las demencias

Carmen Rocío García García\*, Carmen García Gálvez\*\*, Sandra Muñoz De La Casa\*\*\*, y  
María Francisca García López\*\*\*\*  
\*DCCU La Carolina (España), \*\*Universidad de Almería (España), \*\*\*Hospital de Poniente (España),  
\*\*\*\*Distrito Sanitario Almería Levante (España)

Las Enfermedades neurodegenerativas tales como la enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (EP), la esclerosis lateral amiotrófica (ALS) y la degeneración de la retina se han estudiado ampliamente, proponiendo varios mecanismos moleculares como posibles iniciadores de dichas enfermedades, siendo investigado también el análisis genético de estas enfermedades. Sin embargo, los mecanismos que regulan la magnitud de la vulnerabilidad a tales enfermedades sigue sin resolverse (Shweta, et al., 2014).

Los estudios más recientes se han centrado en comprobar cuál es el papel de la exposición del medio ambiente en la progresión de este tipo de enfermedades, en concreto en el contexto de la vida prenatal y postnatal, explicando cómo los mecanismos moleculares median cambios epigenéticos que conducen a las enfermedades degenerativas. Los primeros años de vida son claves para el desarrollo de un individuo, se piensa que las interacciones entre los genes y los factores ambientales durante el primer periodo de vida pueden explicar la conducta humana, además de la susceptibilidad a las enfermedades. Sin embargo, en algunos individuos, la aparición de enfermedades neurodegenerativas no puede ser explicada por la historia familiar (Xiaowei et al 2011).

Se han relacionado una variedad de agentes que pueden influir en su desarrollo, tales como factores ambientales, la exposición de metales pesados (plomo (Pb), manganeso y el mercurio); así como el estrés, los hábitos dietéticos, los plaguicidas y otros factores intrínsecos como citoquinas inflamatorias que pueden afectar la vida temprana y alterar la regulación de la expresión génica (Hayden, 2010).

Además de los agentes nombrados anteriormente, existen determinados fármacos que también pueden influir en el desarrollo de las enfermedades neurodegenerativas, como son el uso prolongado de anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación, antimuscarínicos, antiespasmódicos gastrointestinales, etc) que produce mayor riesgo de demencia (Gray, et al, 2015).

En otra vertiente, están los fármacos que ha demostrado que frenan la progresión del alzheimer, como son los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Las personas que sufren la enfermedad tienen niveles bajos de acetilcolina, un químico importante del cerebro involucrado en la comunicación entre las células nerviosas. Los inhibidores de la colinesterasa retardan la degradación metabólica de la acetilcolina y proporciona una fuente adicional de este componente químico para la comunicación entre las células. Esto ayuda a retrasar la progresión del deterioro cognitivo y pueden ser efectivos para algunos pacientes entre la primera fase e intermedia. (Birks J et al., 2008; Rolinski et al., 2012; Focus Foundation, 2013).

Sin embargo dichos fármacos, en otras enfermedades neurodegenerativas como EH (Enfermedad de Huntington), ACADISL (Arteriopatía Cerebral Autosómica Dominante Con Infartos Subcorticales y Leucoencefalopatía) y DFT (Demencia Fronto-Temporal), no ha demostrado aún la eficacia, aunque si son bien conocidos sus efectos secundarios gastrointestinales en comparación con placebo (Ying et al., 2015).

Nos planteamos algunas dudas, como son que los fármacos empleados para el tratamiento de la EA sean inhibidores de la acetilcolinesterasa, y sin embargo los plaguicidas que se han relacionado como factores de riesgo de la patología también tienen entre sus efectos la inhibición de la acetilcolinesterasa.

## **Objetivo**

Basándonos en las últimas investigaciones, la demencia tipo Alzheimer, así como otras enfermedades neurodegenerativas son producidas por diversos factores que hoy en día algunos son conocidos, y otros aún están por descubrir. Nuestro informe trata de explicar cuál es el papel que juega uno de los factores implicados en el desarrollo de dichas patologías, como es la acetilcolina. Dado que es bien conocido que los plaguicidas que se emplean en la actualidad para labores agrícolas, fumigación y erradicación de plagas producen en el organismo de aquellos individuos que han estado en contacto con ellos (sin necesidad de haber sufrido una intoxicación), un descenso de los niveles de acetilcolinesterasa; desarrollaremos también la relación hallada hasta el momento, entre el contacto con los plaguicidas y la aparición de demencia tipo Alzheimer.

## **Metodología**

Para realizar dicho capítulo hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la búsqueda sistemática en numerosas bases de datos, incluyendo PubMed, biblioteca Cochrane, registro especializado del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group), Medline, Embase y Scielo. Los descriptores empleados fueron "tratamiento", "alzheimer", "plaguicidas", "acetilcolina", "demencia" (estos términos fueron incluidos en inglés para la búsqueda de bases de datos internacionales). El tipo de fuente que se ha seleccionado fueron artículos de revistas científicas, acotando la búsqueda a artículos en inglés y español, se introdujo un filtro de fechas desde 2008 hasta 2015, ambos incluidos.

## **Resultados/Estado de la cuestión**

La enfermedad de Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa más común en todo el mundo y se espera que los casos sigan aumentando hasta 3 veces en los próximos 40 años. Existen varias formas para la enfermedad, siendo la más común la forma de aparición tardía, que por lo general se desarrolla después de los 60 años de edad.

Los factores etiológicos de aparición tardía de la EA aún no se entienden completamente. Conocemos que existen algunos estudios realizados a lo largo de los últimos años en los cuales se concluye la teoría de la influencia de múltiples factores de riesgo que pueden causar la enfermedad de Alzheimer, así como otras patologías neurodegenerativas. Estos factores son genéticos, ambientales y el estilo de vida que intervienen en el riesgo de una persona de desarrollar la enfermedad. Aunque hay una reciente lista de genes de susceptibilidad de EA, el hecho de tener una E4 apolipoproteína 8APOE4) alelo tiene un efecto relativamente fuerte (riesgo relativo de aproximadamente 2 a 3), y, de forma acumulada, los 10 genes identificados hasta el momento solo están presentes en la mitad de los casos de EA (Jason, et al., 2014).

Además de los factores genéticos nombrados, respecto al estilo de vida y factores ambientales, hay evidencia consistente de mayor riesgo de EP asociado a pesticidas, y evidencia débil de la asociación de Parkinson con consumo elevado de leche en hombres, ingesta alta de hierro, anemia crónica, traumatismo craneoencefálico grave, y de menor grado para la hiperuricemia, tabaco y café.

Hay evidencia de mayor riesgo de EA relacionado a pesticidas, hipertensión, colesterol en edad media, hiperhomocisteinemia, tabaco, traumatismo craneoencefálico grave y depresión, ingesta elevada de aluminio en agua potable, alta exposición a redes eléctricas, DM e hiperinsulinemia, obesidad en edad media, consumo excesivo de alcohol y anemia crónica.

Existe la certeza de tener menor riesgo de Alzheimer con consumo moderado de alcohol, ejercicio físico, dieta mediterránea, café y consumo crónico de AINE, la terapia hormonal sustitutiva perimenopáusica y una buena reserva cognitiva. Actúan como factores protectores en EP el mayor consumo de vitamina E, alcohol, té, AINE, ejercicio físico vigoroso. Por tanto, extraemos que existen diversos factores ambientales que contribuyen significativamente al riesgo de EP y EA. Algunos de ellos

podrían actuar ya desde etapas tempranas de la vida o interactuar con otros factores genéticos. Si se realizan estrategias poblacionales de modificación de estos factores podrían potencialmente evitar algunos casos de enfermedad (Campdelacreu, 2014).

Respecto a la investigación de los pesticidas, que son considerados uno de los factores de riesgo por su mecanismo de acción, hemos encontrado algunos análisis epidemiológicos que se han realizado hasta el momento; pero estos son aún limitados. Nos sugieren que la exposición ambiental a plaguicidas organoclorados en el trabajo presenta una clara asociación con la aparición de EA. Aunque, como hemos dicho anteriormente, estas sustancias tóxicas, producen en el organismo un descenso de los niveles de acetilcolinesterasa (enzima que se encarga de degradar la acetilcolina, neurotransmisor que se libera de las vesículas sinápticas para propagar impulsos por la brecha sináptica de axones de motoneuronas, neuronas colinérgicas, parasimpáticas, motoras de la espina dorsal, del SNA y del SNP) que interviene en la degradación de la acetilcolina, para la transmisión de información del sistema nervioso, y que esta disminuida en las enfermedades neurodegenerativas.

Una de las ideas que justifican la implicación de los pesticidas en estas enfermedades, es que los niveles séricos de diclorodifenildicloroetileno (DDE) y el metabolito de la diclorodifeniltricloroetano pesticidas (DDT), son elevados en un pequeño número de pacientes con EA, y por tanto puede existir una relación entre ambos (Jason et al., 2014).

El DDT fue sintetizado en 1874, y fue ampliamente utilizado como insecticida agrícola y forestal a partir de 1939. Años más tarde, fueron apareciendo diferentes estudios en los que se demostraba que sus efectos eran muy nocivos sobre la salud y se fue prohibiendo paulatinamente en los distintos países. Siendo utilizado en España hasta final de década de 1.970. Sin embargo, nuestro país siguió permitiendo el empleo de esta sustancia para elaborar dicofol, un plaguicida, y fue en 2008, cuando sería prohibido incluso como sustancia intermediaria para el desarrollo de otros compuestos.

Quizás por este uso prolongado, por la comercialización ilegal o porque los metabolitos derivados del DDT, denominados DDE, permanecen varias décadas en el ambiente y en el organismo humano, varios estudios han constatado la presencia de estas sustancias en un gran número de personas. "Detectamos DDE en el 100% de la población española. En Cataluña se hizo uno de los numerosos estudios representativos que existen sobre dicho tema, donde se demostraba esta presencia. Siempre que se ha estudiado una muestra poblacional se encuentra DDE en la totalidad de ellos, esto incluye a recién nacidos, lo que significa que el feto ha estado expuesto a esta sustancia durante el embarazo", según Miguel Porta, investigador del Instituto de Investigaciones Médicas del Hospital del Mar (IMIM). Este experto, que ha dirigido varias investigaciones al respecto, señala que la presencia de DDE en sangre demuestra que "estamos fracasando en detectar la exposición a esta sustancia, porque hacemos oídos sordos a los estudios que nos dicen que estamos expuestos al DDE y que lo vinculan con problemas en la salud".

El grupo responsable del estudio que publica JAMA, dirigido por el doctor Dwight German, de la Universidad de Texas (EEUU), en 2011 expuso un trabajo en el que se vinculaba la exposición a un pesticida (el beta-HCH), con un mayor riesgo de enfermedad de Parkinson. En ese momento no encontraron resultados acerca de la EA y los niveles en sangre elevados del pesticida. Pero en estudios posteriores con otros plaguicidas se confirmó la relación.

En el estudio descrito en el artículo publicado en JAMA Neurology (Richardson et al., 2014), los niveles séricos de DDE y el metabolito (DDT), fueron significativamente mayores en una pequeña cohorte (n = 20) de los pacientes con EA en comparación con el grupo control, y no hallaron asociación significativa entre los niveles de DDE y un diagnóstico de la EA. Por tanto, se decidieron evaluar las asociaciones entre los niveles séricos de DDE, EA, y Mini Examen del Estado Mental (MMSE), obteniendo las puntuaciones en un mayor número de casos y control de los participantes. Se exploró la susceptibilidad diferencial por APOE4, se examinó la relación entre el cerebro y los niveles séricos de DDE y si el DDT o DDE altera la expresión de la proteína precursora amiloide (APP) en las células



neuronales cultivadas. Se concluyó que los niveles elevados de DDE en suero se asocian con un mayor riesgo de EA y los portadores de un alelo  $\epsilon 4$  APOE4 pueden ser más susceptibles a los efectos de DDE. Tanto el DDT y el DDE aumentan los niveles de proteína precursora de amiloide, proporcionando mecánica plausibilidad para la asociación de la exposición DDE con EA. Lo que nos indica que identificar a las personas que tienen niveles elevados de DDE y llevan un alelo APOE  $\epsilon 4$  pueden conducir a la identificación temprana de algunos casos de EA y ayudaría también a la aparición de nuevos tratamientos tales como inhibidores de la enzima beta-APP-sitio de escisión, para prevenir la escisión de elevada APP para amiloide- $\beta$  42.

Es mucho todavía lo que queda por averiguar sobre el Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas, pero los cientos de grupos que investigan sobre este tema arrojan, lentamente sobre todo para pacientes y familiares, cada vez más luz sobre sus posibles causas.

Hasta el momento, disponemos de escasos datos a cerca de la evaluación de la posible asociación entre la exposición a los pesticidas y el riesgo posterior de la enfermedad de Alzheimer (EA). Los estudios que analizan esta posible asociación son de especial interés por diversos motivos:

- Algunos pesticidas son inhibidores de la acetilcolinesterasa o pueden tener efectos similares. Existe evidencia de que la exposición a plaguicidas a largo plazo puede tener efectos duraderos tóxicos sobre el sistema nervioso central.

- El uso de pesticidas se ha incrementado exponencialmente en los últimos 50 años. La Agencia de Protección Ambiental informa que "En los EE.UU., más de 18.000 productos tienen licencia para su uso, cada año más de 2 millones de libras de pesticidas se aplican a los cultivos, viviendas, escuelas, parques y bosques." Dada la magnitud de las cifras, que se pueden extrapolar a otros países, nos encontramos ante un problema de salud pública.

- Por último, los adultos mayores son más propensos a haber estado expuestos a plaguicidas persistentes, como el DDT, que se utilizó desde la década de 1940 hasta su prohibición en 1972.

Sólo ha habido unos pocos estudios de casos y controles y 2 estudios de cohortes para analizar la asociación entre la exposición a plaguicidas y EA. Se necesitan muestras de mayor tamaño y mejores métodos de clasificación de la exposición con el fin de obtener una imagen clara de los riesgos potenciales asociados con la exposición ocupacional a pesticidas (Hayden, 2010).

En uno de los estudios recopilados, Richardson et al (2014) informa de los niveles elevados de diclorodifenildicloroetileno (DDE) en pacientes con enfermedad de Alzheimer, y plantea la posibilidad de que el eslabón perdido sea el efecto antitestosterona de muchos plaguicidas que causan aumento de la producción- $\beta$  amiloide. Algunos pesticidas, incluyendo DDT, y en particular su producto de degradación DDE se han relacionado con enfermedad de Alzheimer y Parkinson.

El mecanismo exacto ha sido investigado intensamente, destacando dos vertientes, por un lado la acción directa de las diferentes toxinas en las neuronas y por otro una acción indirecta a través de su capacidad para inducir estrés oxidativo, disfunción mitocondrial y fibrilación de  $\alpha$ -sinucleína. Sin embargo, existe un consenso general de que la exposición a múltiples pesticidas, factores genéticos, y la lesión cerebral traumática también puede predisponer a un individuo a conseguir 1 o ambas de estas condiciones.

### **Discusión/Conclusiones**

La aparición de la enfermedad de Alzheimer se ve favorecida por varios factores de riesgo, dentro de los cuales destacamos factores ambientales, genéticos y el estilo de vida.

Las últimas investigaciones han identificado que haber estado expuesto a un pesticida como el DDT y al DDE aumenta el riesgo de padecer trastornos neurodegenerativos.

Se ha demostrado que el DDT y su producto de degradación, el DDE aumentan los niveles de proteína precursora de amiloide, proporcionando plausibilidad mecánica de la asociación de la

exposición DDE con Alzheimer, siendo esto aún más preocupante al conocer que estos metabolitos permanecen varias décadas en el ambiente.

Identificar a las personas que tienen niveles elevados de DDE y llevan un alelo APOE  $\epsilon$ 4 pueden conducir a la identificación temprana de algunos casos de Enfermedad de Alzheimer.

Los estudios más recientes afirman que aquellas personas que presentan la confluencia de un factor genético (ApoE4) y otro ambiental (exposición a DDT) tienen más riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer.

La clave para poder erradicar algún día esta enfermedad, es descubrir el tratamiento eficaz. Y para ello debemos esforzarnos en la investigación de los factores implicados en su etiología.

## Referencias

Anstey, K.J., Cherbuin, N., Herath, P., Qui, C., Kuller, L.H., Lopez, O.L., Wilson, R.S. y Fratiglioni, L. (2014). A self report risk index to predict occurrence of dementia in three independent cohorts of older adults: the ANU-ADRI. *PLoS One*, 9, 1.

Anstey, K.J. y Dixon, R.A. (2014). Applying a cumulative deficit model of frailty to dementia: progress and future challenges. *Alzheimers Res Ther* 26, 6(9), 84.

Anstey, K.J. y Dixon, R.A. (2014). Applying a cumulative deficit model of frailty to dementia: progress and future challenges. *Alzheimer's Research & Therapy*, 6(9), 84.

Barnes, D.E., Covinsky, K.E., Whitmer, R.A., Kuller, L.H., Lopez, O.L. y Yaffe, K. (2009). Predicting risk of dementia in older adults: the late-life dementia risk index. *Neurology*. 73, 173–179.

Birks, J. y Flicker, L. (2008). Donepezilo para el deterioro cognitivo leve (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK.

Birks, J. y Harvey, R.J. (2008). Donepezil para la demencia en la enfermedad de Alzheimer (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK)

Brightfocus Foundation. (2013). Los Tratamientos de la Enfermedad de Alzheimer. Disponible en <http://www.brightfocus.org/espanol/tratamiento.html>

Campdelacreu, J. (2014). Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *Neurología*, 29(9), 541—549.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K. Frailty in elderly people. (2013). *Lancet*. 381, 752–762.

Fang, X., Shi, J., Song, X., Mitnitski, A., Tang, Z., Wang, C., Yu, P. y Rockwood, K. (2012). Frailty in relation to the risk of falls, fractures, and mortality in older Chinese adults: results from the Beijing Longitudinal Study of Aging. *J Nutr Health Aging*, 16, 903–907.

Fotuhi, M., Hachinski, V. y Whitehouse, P.J. (2009). Changing perspectives regarding late-life dementia. *Nat Rev Neurol*, 5, 649–658.

Gray, S.L., Anderson, M.L., Dublin, S. et al. (2015). Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia: A Prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med*, 175(3), 401-407.

Hayden, K.M., Norton, M.C., Darcey, D., Ostbye, T., Zandi, P.P., Breitner, J.C. y Welsh-Bohmer, K.A. (2010). Cache County Study Investigators. Occupational exposure to pesticides increases the risk of incident AD: the Cache County study. *Neurology*. May 11, 74(19), 1524-30

Inhibidores de colinesterasa para las demencias más raras asociadas con afecciones neurológicas (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 3. Art. No.: CD009444. DOI: 10.1002/14651858.CD009444

Inhibidores de la colinesterasa para la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia de la enfermedad de Parkinson y el deterioro cognitivo de la enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). (2012). Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD006504. DOI: 10.1002/14651858.CD006504.

Jack, C.R., Jr, Knopman, D.S., Jagust, W.J., Shaw, L.M., Aisen, P.S., Weiner, M.W., Petersen, R.C. y Trojanowski, J.Q. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neuro*, 1(9), 119–128.

Kivipelto, M., Ngandu, T., Laatikainen, T., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J. (2006). Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurol*, 5, 735–741.

Kukull, W.A., Higdon, R., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Schellenberg, G.D., Van Belle, G., Jolley, L. y Larson, E.B. (2002). Dementia and Alzheimer disease incidence: a prospective cohort study. *Arch Neurol*, 59(11).

Li, Y., Hai, S., Zhou, Y., Dong, B. (2015). Inhibidores de colinesterasa para las demencias más raras asociadas con afecciones neurológicas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015). Issue 3. Art. No.: CD009444. DOI: 10.1002/14651858. CD009444.

Lindsay, J., Hebert, R. y Rockwood, K. (1997). The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for vascular dementia. *Stroke*, 28, 526–530.

MacDonald, S.W., DeCarlo, C.A. y Dixon, R.A. (2011). Linking biological and cognitive aging: Toward improving characterizations of developmental time. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(1), i59-70.

Modgil, S.K., Lahiri, D.L., Sharma, V. y Anand, A. (2014). Role of early life exposure and environment on neurodegeneration: implications on brain disorders. *Translation Neurodegeneration*, 3(9).

Richardson, J.R., Roy, A., Shalat, S.L. et al. (2014). Elevated Serum Pesticide Levels and Risk for Alzheimer Disease. *JAMA Neurol*, 71(3), 284-290.

Shweta Modgil, Debomoy, K., Lahiri, Vijay, L., Sharma. y Akshay Anand. (2014). Role of early life exposure and environment on neurodegeneration: implications on brain disorders. *Transl Neurodegener*, 3, 9.

Song, X., Mitnitski, A. y Rockwood, K. (2014). Age-related deficit accumulation and the risk of late-life dementia. *Alzheimer's Res Ther*, 6, 54.

Song, X., Mitnitski, A. y Rockwood, K. (2011). Nontraditional risk factors combine to predict Alzheimer disease and dementia. *Neurology*, 77, 227–234.

## CAPÍTULO 54

### **Alzheimer, música y palabra. De momento sólo podemos prevenir**

Ana Mercedes Vernia Carrasco y Manuel Martí Puig  
*Universidad Jaume I, Castellón (España)*

En una etapa de la vida en la que las personas adultas, en muchos casos se resignan a esperar lo inevitable, es necesaria una motivación para seguir activo no sólo física sino también psicológicamente, recuperando la alegría por hacer, por sentir, por relacionarse o simplemente por lo que representa estar activo y sentirse útil.

Muchas investigaciones reflejan los beneficios que la música y la rítmica aportan al ser humano, por lo que cada día se contemplan en las programaciones y actividades de los centros para personas mayores en cualquiera de sus modalidades: Centros de día, residencias, etc., se plantean desde el ámbito lúdico, con el objetivo de ofertar un espacio y un tiempo de actividad sin tener en cuenta los conocimientos musicales que ya tienen.

Si a estos planteamientos en los que la educación musical se consigue desde la euritmia, se suman los placeres de la escritura y lectura mediante las historias de vida, se obtiene un proyecto integral que cubre prácticamente todas las necesidades que los diferentes programas y proyectos sobre prevención de alzhéimer ofrecen.

El reconocimiento y respeto a su vida genera sentimientos de gratitud, comprensión, aceptación y le da valor a una vida que en muchos casos no es valorada tanto como se debería por el propio sujeto y por su entorno. El tener que pensar, ordenar, clasificar y elegir los propios recuerdos para plasmarlos por escrito exige un trabajo personal que se ve reforzado a la hora de compartir con sus semejantes. El hecho de sentirse escuchados en una sociedad en la que la inmediatez y las prisas son sus características produce sentimientos de aceptación superando a los del abandono que en muchos casos se generan.

Este proyecto pretende mejorar la calidad de vida de las personas adultas participantes incidiendo en la motricidad, la comprensión, el habla y escucha atentas y principalmente la prevención del Alzheimer. No se trata ni de jugar ni de divertirse, ya que la música y la lecto-escritura son una diversión en sí mismas, se trata de sentirse vivos, activos y conscientes de que siempre se puede aprender de manera significativa, pues la práctica musical combinada con las historias de vida se encaminarán al trabajo corporal y mental de manera simultánea, lo que obliga al participante a realizar muchas acciones a la vez, unas de manera consciente y otras de manera inconsciente.

#### **Fundamentación teórica**

Las personas adultas tienden a la pasividad, el aburrimiento, la soledad y el aislamiento. Para combatirlos es necesario que desde los centros de formación de personas adultas, los centros de día, las universidades, las residencias o las asociaciones de jubilados se realicen actividades que puedan hacerles frente (Petrus, 1997). En este sentido, plantear una actividad de manera lúdica que incremente tanto la actividad cerebral como la motricidad supone mejorar la calidad de vida.

A nivel popular se considera inmadura a la persona adulta que juega, aunque jugar implica cordura, equilibrio mental o no padecer desórdenes de personalidad como la depresión u otras patologías que impliquen el no disfrute del juego. La actividad lúdica debe incluirse en el quehacer del aula - y también de la vida -, tanto en las primeras etapas como en las etapas más avanzadas (Bernabeu y Goldstein 2009).

Para Bolaños (2002) los movimientos de los músculos del cuerpo y la posición de las articulaciones relacionadas con la flexión, son producidas por las percepciones sinestésicas. El conocimiento del

esquema corporal, la lateralidad y las relaciones espaciales dan garantía de un desarrollo perceptual mejor, ya que estos elementos configuran la percepción motora. Respecto a la lateralidad, existen, según este autor, dos dimensiones, la lateralidad corporal y la lateralidad conceptual. La primera se relaciona con el dominio de cada órgano y sentido, y cada una de las extremidades, y la segunda tiene relación con la identificación y aplicación de la concepción direccional del propio cuerpo. En opinión de Da Fonseca (2000), tenemos lateralidad ocular, manual, pedal y acústica. Este autor opina que los órganos pares actúan de manera recíproca, conjunta y complementaria asumiendo función de iniciativa unos mientras que otros se comportan como apoyo y ayuda.

Para Dalcroze el ritmo musical puede ordenar el ritmo interior (Markessinis, 1995). El objetivo de su método es:

1. El desarrollo del sentimiento musical en el cuerpo entero.
2. El despertar de los instintos motores que dan conocimiento a la noción de orden y equilibrio.
3. La ampliación del desarrollo de las facultades imaginativas, ante el hecho de un libre intercambio entre el pensamiento y el movimiento corporal.

Prácticamente en todas las actividades cotidianas utilizamos las dos manos (vestir, comer, etc.), y en la actividad musical concretamente se requiere de la coordinación bimanual, tanto si una mano actúa como apoyo de la otra o como si actúan las dos manos en coordinación, para cuyo control será necesario que se practique inicialmente la disociación del movimiento (Vernia Carrasco, 2011). La “disociación doble” hace referencia a cuando actúan las dos manos pero con movimientos diferentes (lanzar una pelota de tenis para ser golpeada por la raqueta), esta actividad requiere de la intervención conjunta de los dos hemisferios cerebrales (Rigal, 2006). En opinión de Pellicer (2000), la utilización de la mano derecha o izquierda, de alguna manera viene condicionada por la visión que se dirige a la lateralidad cerebral y consecuentemente a la lateralidad del sistema nervioso.

El control de la lateralidad es consecuencia de los procesos dados entre los dos hemisferios cerebrales. Según Ornstein y Sobel (1987) en Jensen (2004), el hemisferio izquierdo percibe más rápidamente las emociones positivas, mientras que las emociones negativas son reconocidas más pronto por el hemisferio derecho. Se ha comprobado que, cuando hay emociones positivas, el hemisferio izquierdo está más activo.

Aunque los dos hemisferios proceden conjuntamente, es aceptado que existe una dominancia cerebral para determinadas funciones o aspectos de una misma actuación (Rotta et al., 2007).

Fraisse (1976) establece cinco aspectos en la comprensión y evolución del ritmo musical:

- Para el desarrollo de la orientación espacial y de la lateralidad.
- El que se ejerce cuando se realizan actividades rítmicas con una o varias personas, lo que al mismo tiempo favorece la socialización.
- El que se ejercita cuando se trabaja con objetos y contribuye al incremento de la destreza y la coordinación motora.
- El que se manifiesta con la expresión a través del gesto tras la interiorización de agentes externos.
- Para conjugar el ritmo y la melodía en frases, improvisaciones, acompañamientos rítmicos a la prosodia, etc.

La investigación de carácter biográfico-narrativo posibilita que el sujeto aporte sus propias vivencias, y éstas son el elemento central de las historias de vida que son definidas por Pujadas (1992) como un relato autobiográfico obtenido mediante entrevistas sucesivas en las que se muestra el testimonio subjetivo del entrevistado, recogiendo tanto los acontecimientos como las valoraciones que ese sujeto hace de su propia existencia. Podemos decir que las historias de vida son una de las herramientas más útiles si queremos entender la vida de las personas posibilitando un punto de vista más amplio y adecuado a la complejidad del ser humano y su mundo de vida (Fernandez y Ocando, 2005). En este sentido Lomsky-Feder (2000) entiende que las historias de vida son capaces de desplegar las experiencias personales a la vez que incluyen los recuerdos de las experiencias vividas.

De los diferentes tipos de entrevistas cualitativas: Estructurada, semiestructurada y no estructuradas (Vela, 2001), hemos utilizado la entrevista cualitativa no estructurada en profundidad ya es ésta la que nos permite conocer con mayor intensidad su vida y desde una perspectiva constructivista entendemos que los datos que el entrevistado aporta junto con el entrevistador reconstruyen la realidad (Guber, 2002).

El discurso narrativo va unido a la reflexión previa obligando a la persona entrevistada a “plantearse, describir sus relaciones, explicar las razones por las que actúan, describir el contexto de las acciones y las interacciones y elaborar juicios sobre las acciones” (Bertaux, 2005). Este proyecto está basado en la narrativa, y de acuerdo con Connelly y Clandinin (1995:11) “la razón principal para el uso de la narrativa en la investigación educativa es que los seres humanos somos organismos contadores de historias, organismos que, individual y socialmente, vivimos vidas relacionadas”.

Martí y Nebot (2012) afirman que trabajar con personas adultas nos obliga a entender su vida desde la experiencia. La utilización de las historias de vida genera una reflexión y toma de conciencia de forma crítica de la realidad que han vivido, generando un sentimiento positivo de participación social.

### **Objetivos**

El objetivo principal es la prevención del Alzheimer y en su defecto la mejora física y mental de las personas afectadas por esta enfermedad degenerativa.

### **Objetivos generales**

1. Prevenir el Alzheimer desde la práctica musical combinada con la lecto-escritura.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas adultas.
3. Potenciar la memoria significativa.
4. Mejorar en el movimiento mediante la psicomotricidad.
5. Conocer los beneficios del trabajo de la lateralidad.
6. Potenciar e incrementar la relación social e interpersonal.
7. Mantenerse activos en una etapa de la vida en la que se incrementa el tiempo libre y la pasividad.
8. Enriquecer el conocimiento en general.
9. Fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida y la educación permanente.
10. Ofrecer programas formativos que estén en conexión con el principio de calidad de vida.
11. Practicar la actividad musical en grupo como una forma de relación social y realización personal.
12. Utilizar las historias de vida como elemento potenciador de la memoria.

### **Metodología Técnicas Utilizadas**

En el ámbito de la metodología distinguiremos la metodología propia del proceso aplicado a los alumnos para la consecución de los objetivos y la propia metodología utilizada por los investigadores para la obtención de datos y resultados.

La implementación de la lecto-euritmia en este proyecto supone una serie de actividades que podrían entenderse como materias o asignaturas si las comparamos con otros tipos de aprendizaje, dividiéndose en: Música – Expresión corporal – Lateralidad – Reacción vocal y auditiva – Comprensión – Creatividad e Improvisación – Memoria significativa– Escritura.

Esta lista de conceptos están de manera global en las actividades planteadas para que también la percepción de los participantes sea completa, cuerpo y mente activados y coordinados.

#### **a) Para los participantes**

A través de una metodología activa y participativa, abierta y flexible en la cual todos construyen su propio aprendizaje como modelo de constructivismo.

- Activa porque las actividades planteadas implicarán el propio aprendizaje fomentando el movimiento, la participación y el desarrollo de las mismas desde una posición activa pero sin

descalificar en ningún sentido las actuaciones pasivas que se pudieran producir por determinadas circunstancias.

- Participativa porque involucra a todos los que están relacionados en el proceso de enseñanza-aprendizaje y no solo desde la actitud de receptor, sino como partícipe del propio proceso.

- Abierta porque permitirá introducir nuevas actividades o planteamientos que refuercen las ya preparadas y

- Flexible porque permita su continua adaptación al proceso educativo.

b) Para los investigadores.

Al inicio del proyecto se facilitará a los participantes una serie de cuestionarios relacionados con sus situaciones actuales. El mismo cuestionario se volverá a utilizar en las últimas sesiones del proyecto, con la finalidad de observar los cambios en los mismos. Las sesiones se grabarán, previo consentimiento de los participantes, para valorar el proceso y los cambios.

Se formularán unos resultados y se elaborarán unas conclusiones para su posterior discusión.

- Recursos materiales

Además de las fichas y cuestionarios proporcionados por los investigadores, así como otros materiales que se crean necesarios para adaptarse a la diversidad, son necesarias herramientas que incidan en la psicomotricidad, atención, reacción o lateralidad. Estas herramientas son las propias utilizadas en las investigaciones que se llevan ya a cabo en el Instituto Dalcroze de Ginebra en colaboración con un equipo de médicos para la prevención de caídas en personas adultas y que en este proyecto se adaptan y complementan con otras para llegar a los objetivos marcados como son los materiales referentes a las historias de vida.

### **Desarrollo e implementación**

Para la consecución de los objetivos, este proyecto requiere que de una sesión por semana y por grupo, no siendo recomendable más de 15 personas por grupo.

Los criterios de agrupación no deben ser discriminatorios, sino todo lo contrario, la diversidad de las sesiones enriquecerá tanto el proceso como los resultados, por suponer, además de un reto, un acercamiento a la realidad del Centro.

Estas sesiones es necesario que se lleven a cabo por las mañanas, donde los participantes están más receptivos.

### **Medidas de atención a la diversidad**

Por la realidad del centro, entendemos una realidad de participantes bien diferentes, tanto por edades como por cognición, además se debe sumar las características físicas y las habilidades que se poseen en relación con esta u otras posibles enfermedades que la edad suele marcar como circunstancia común.

Por ello la metodología contempla adaptaciones a las actividades que permitirán que cada participante dentro de sus posibilidades no se sienta excluido en ningún momento ni por ninguna circunstancia.

### **Plan de evaluación**

El plan de evaluación se estructura en diferentes fases y módulos que afectan tanto a la estructura del proyecto como a la actuación del docente y discente. Además incide en las actividades, su aplicación y desarrollo.

La evaluación debe revelar la significatividad del proyecto y su posible continuación. El aprovechamiento del alumnado y la eficiencia de toda su aplicación. Debe ser por tanto, una herramienta significativa que pueda utilizarse para la mejora y no una simple valoración de los resultados.

El seguimiento y evaluación del proyecto se llevará a cabo en tres fases diferenciadas. Por una parte el seguimiento del alumnado se reforzará con su autoevaluación que se dirigirá no sólo a su aprendizaje

sino también a la aplicación y desarrollo del mismo. Por otra parte, la evaluación se aplicará tanto al alumnado como a la viabilidad del proyecto, su repercusión en la sociedad y su posible continuidad.

En resumen, se podrán distinguir tres tipos de evaluaciones:

1. Autoevaluación.
  - a. Del alumnado.
  - b. Del profesorado.
2. Evaluación de los aprendizajes.
3. Evaluación del proyecto.
  - a. Por parte del alumnado.
  - b. Por parte del profesorado.

### **Herramientas de Evaluación**

Las herramientas de evaluación, además de las propias para medir los aprendizajes, serán encuestas y cuestionarios elaborados para obtener información del alumnado, no sólo de su progreso sino de su valoración respecto al proyecto y su aplicación. Estos cuestionarios, encuestas se anexaran a la memoria final como parte del proceso de evaluación.

### **Resultados estimados**

Estimamos la mejora en las funciones psicomotrices y de memoria en los participantes, pero la mayor valoración que podemos esperar será la mejora de la calidad de vida desde las relaciones personales y sociales y la motivación por mantenerse activos, lo cual nos lleva a pensar en una mejoría tanto de lo físico como de lo psíquico y cognitivo.

Estos resultados se basan en diferentes experiencias en las que se implementó este proyecto desde pequeños talleres, cuya duración osciló entre dos-tres sesiones, por consiguiente cabe esperar de una respuesta favorable y un incremento de los resultados positivos, dada la duración del proyecto.

Sin duda, al finalizar la implementación del proyecto será cuando realmente podamos constatar nuestras hipótesis; así como corroborar si los objetivos planteados se han cumplido, o si por el contrario, cabe realizar algún tipo de adaptación para la mejora y cuyo contenido se adjuntará a las propuestas de futuro.

### **Propuestas de Futuro**

Este proyecto de investigación e innovación de carácter experimental supone la aplicación de la euritmia y la lectoescritura para la prevención del alzhéimer y mejora de las personas afectadas por dicha enfermedad. La música es un elemento apreciado por todas las personas e incide en el pensamiento de manera positiva, pero la escucha musical sólo es parte de un proceso donde el cuerpo en su totalidad puede desarrollarse de manera eficiente. Este proyecto desea recabar información desde la aplicación de la Euritmia y la lectoescritura, para poder constatar cuáles son sus efectos en dicha enfermedad no tanto por la propia enfermedad, pues conocemos sus efectos, sino por la mejora de la persona como tal.

Las propuestas de futuro se enmarcan en dos planteamientos complementarios, por una parte la ampliación del equipo humano y por otra parte los recursos materiales que faciliten una continuación en la investigación para la mejora de los resultados.

### **Equipo Humano**

Es necesario que este proyecto cuente en su segunda fase con profesionales especialistas en enfermedades degenerativas tales como el alzhéimer, además de un gerontólogo, pues en su fase inicial, sólo se requiere de especialistas para el movimiento corporal (desde la música) y la lectoescritura (en adultos mayores) que valoren unos resultados iniciales y unas conclusiones que lleven a soluciones idóneas en las diferentes actuaciones. Esta primera fase sólo es preventiva, pero para la segunda fase,



donde el análisis de los resultados y las conclusiones deben tomar un enfoque práctico y eficaz, la implicación de profesionales especialistas será fundamental.

Funciones, entre otras, del Gerontólogo para la colaboración en la segunda fase:

- Acompañar en sus paseos y salidas.
- Motivarles y entretenerles.
- Estimular que se muevan y que se mantengan activos.
- Especialista en enfermedades degenerativas en adultos mayores.
- Analizar los resultados.
- Realizar un seguimiento.
- Valorar las actividades.
- Elaborar, con el resto del equipo las conclusiones.

### **Referencias**

- Bernabeu, N. y Goldstein, A. (2009). *Creatividad y aprendizaje. El juego como herramienta pedagógica*. Madrid: Narcea.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida: perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra S.L
- Bolaños, G. (2002). *Educación por medio del movimiento y expresión corporal*. Costa Rica: EUNED.
- Conelly, M. y Clandinin, D.J. (1995). Relatos de experiencias e investigación narrativa. En J La Rosa y otros, *Déjame que te cuente, ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes.
- Da Fonseca, V. (2000). *Estudio y génesis de la psicomotricidad*. (2a ed.) Barcelona: Inde.
- Fernández, O. y Ocando, J. (2005). *La búsqueda del conocimiento y las historias de vida*. Omnia, 11. Universidad de Zulia, Venezuela.
- Fraisse, P. (1976). *Psicología del ritmo*. Madrid: Morata.
- Fuentes Serrano A.L. (2005). *El valor pedagógico de la danza*. Valencia: Servei de publicacions de la Universitat. Tesis. Recuperada de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9711/fuentes.pdf?sequence=1>[Consulta: 4 mayo de 2014]
- Guber, R. (2002). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Editorial Norma.
- Hofer, B.K., Yu, S.L. y Pintrich, P.R. (1998). Teaching college students to be self-regulated learners. In D.H. Schunk y B.J. Zimmermam (Eds.), *Self-regulated learning. From Teaching to self-reflective practice*, 57-85. New York: Guilford Press.
- Jensen, E. (2004). *Cerebro y aprendizaje. Competencias e implicaciones educativas*. Madrid: Narcea.
- Markessinis, A. (1995). *Historia de la danza desde sus orígenes*. Madrid: Librería deportiva ESM.
- Martí, M. y Nebot, E. (2012). *Historias de vida: dar vida a los años que la vida da de más. Historias de vida en educación: sujeto, diálogo, experiencia*, 164- 170. En <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32345/7/>.pdf.
- Pellicer, M.C. (2000). *Los dibujos de los zurdos: percepción y lateralidad*. Castellón: Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Petrus, A. (Coord.) (1997). *Pedagogía social*. Barcelona: Ariel
- Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS
- Rotta, N., Ranzan, J., Ohlweiler, L., Soncini Kapzink, N. y Steiner, S. (2007). *Síndromes del hemisferio no dominante*. Medicina (Buenos Aires), 67- 1,593-600.
- Vela, F. (2001). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En observar, escuchar y comprender sobre la tradición en la investigación social*. (pp. 63-103) México: El colegio de México FLACSO
- Vernia Carrasco, A.M. (2011). *L'educació musical per a adults i la seua repercussió. Aprendre des de la família i amb la família*. I Congreso de Educación. Vila-real 12 - 13 de marzo. Valencia: Conselleria de Educación, Cultura y Deporte.

## CAPÍTULO 55

### Fármacos anticolinérgicos y deterioro cognitivo en los enfermos de demencia tipo Alzheimer

M<sup>a</sup> Francisca García López\*, Carmen Rocío García García\*\*, Carmen García Gálvez\*\*\*, y Sandra Muñoz de la Casa\*\*\*\*

\*C.S. Albox, Almería (España), \*\*C.S. La Carolina, Jaén (España), \*\*\*Universidad de Almería (España), \*\*\*\*Hospital de Poniente, Almería (España)

El envejecimiento progresivo de la población debido al aumento de la esperanza de vida, en el que las mejoras en la atención en la salud tienen un papel fundamental, está contribuyendo significativamente al incremento en la prevalencia y la incidencia de las patologías características de la población anciana, entre ellas la demencia, en general, y la enfermedad de Alzheimer, en particular, por ser la demencia más frecuente en nuestro medio. En el informe “Dementia: A public health priority”, OMS (2012), se recoge que, según diferentes estimaciones, entre el 2% y el 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años, multiplicándose por dos la prevalencia cada 5 años, de manera que afecta a un 25% de las personas mayores de 85 años (es decir, a una de cada cuatro). En 2011, se calculó que, a nivel mundial, 35.6 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante, estimándose que la cifra casi se duplicará cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050 (OMS, 2012). Ciertamente, previsiones como la probabilidad de que la atención a la demencia en Estados Unidos a mediados de este siglo sea equivalente a todo su Producto Interior Bruto actual sobrecogen y estimulan la investigación tanto a nivel científico como social (Sanz, 2006; Lipton, 2005).

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, lenta y progresiva, caracterizada clínicamente por el deterioro paulatino de las funciones cognitivas e intelectuales afectando a la capacidad del individuo para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (Gandía, Álvarez y Hernández-Guijo, 2006). Se trata pues de una afección costosa a nivel social, económico y de salud (OMS, 2012).

En la fisiopatología de la demencia tipo Alzheimer se ha descrito el deterioro de la neurotransmisión en diferentes áreas del sistema nervioso central, resultando particularmente destacado el que acontece en la neurotransmisión colinérgica (fundamentalmente nicotínica) y glutamatérgica (Gandía, Álvarez y Hernández-Guijo, 2006). La llamada “teoría colinérgica” fue la primera en formularse y defiende la correlación entre la disminución de la neurotransmisión colinérgica (especialmente en las neuronas colinérgicas del núcleo basal de Meynert) y los síntomas neurológicos y la gravedad de la enfermedad (Bartus, Dean y Beer, 1982; García, 2000). La “teoría glutamatérgica” se conoce desde el trabajo de Greenamyre y Young (1988), pero fueron necesarios estudios más recientes para confirmar los primeros resultados y demostrar la relación de la gravedad y localización de la alteración glutamatérgica con la evolución de los síntomas, de forma similar a lo establecido para la neurotransmisión colinérgica (Francis, Simas y Proctor, 1993; Sanz, 2006). En los pacientes con demencia tipo Alzheimer se ha observado un aumento mantenido de glutamato en las sinapsis neuronales glutamatérgicas (especialmente corticales e hipocampales) (Tanovic y Alfaro, 2006).

La causa de este deterioro de la neurotransmisión colinérgica y glutamatérgica en zonas concretas cerebrales está en las alteraciones histopatológicas encontradas en los enfermos de Alzheimer, entre las que cabe resaltar: Una marcada atrofia de la corteza cerebral (con pérdida de neuronas corticales y subcorticales), la formación de las denominadas “placas seniles” (acumulaciones de la proteína  $\beta$

amiloide) y las degeneraciones neuríticas con ovillos neurofibrilares (compuestos de pares de filamentos helicoidales y de otras proteínas, como la proteína tau hiperfosforilada) (Whitehouse, Price y Struble, 1982; Selkoe, 1989; Selkoe, 1994; Ávila, 2000). Se ha observado una buena correlación entre el deterioro cognitivo de los pacientes con demencia tipo Alzheimer y la presencia y el número de estas formaciones, especialmente presentes en el hipocampo y en zonas asociativas de la corteza cerebral (Whitehouse, Price y Struble, 1982).

Es lógico pues que exista dentro de la terapia farmacológica disponible para la enfermedad de Alzheimer, un grupo de fármacos que se engloban bajo el nombre de inhibidores de la colinesterasa (ICE) y que incluyen al donezepilo, la galantamina y la rivastigmina. La colinesterasa es una enzima que degrada la acetilcolina liberada en las uniones sinápticas de las neuronas colinérgicas, al inhibir dicha enzima aumentan la concentración de la acetilcolina y consecuentemente se refuerza la neurotransmisión colinérgica (Gandía, Álvarez y Hernández-Guijo, 2006). Como tampoco es de extrañar que exista otro pilar terapéutico representado por la memantina, un antagonista no competitivo de afinidad moderada y voltaje dependiente del receptor glutamatérgico NMDA, que bloquea la activación patológica, pero permite la fisiológica, es decir, mantiene la posibilidad de la activación relacionada con el aprendizaje (Sanz, 2006).

En la práctica clínica habitual es frecuente el uso de fármacos anticolinérgicos en un amplio abanico de patologías. Éstos actúan bloqueando de forma competitiva la unión de la acetilcolina a los receptores postsinápticos, lo que inhibe la neurotransmisión colinérgica. Por tanto, si la disminución en la neurotransmisión colinérgica a nivel del SNC en los enfermos con demencia tipo Alzheimer jugaba un papel fundamental en la fisiopatología de la enfermedad y se correlacionaba con la sintomatología de la misma, la utilización de estos fármacos en este grupo de pacientes podría empeorar su estado cognitivo al inhibir aún más esta neurotransmisión colinérgica. Esta hipótesis se nos plantea en relación a un caso clínico atendido en nuestra consulta de atención primaria. Se trataba de una mujer de 73 años diagnosticada de enfermedad de Alzheimer estadio leve-moderado en tratamiento con un ICE, el donezepilo, y que además presenta incontinencia urinaria de urgencia tratada satisfactoriamente con Solifenacina (fármaco anticolinérgico). La paciente nos aporta un informe clínico de su última revisión en la consulta de Neurología donde el facultativo nos indica suspender el tratamiento con el fármaco anticolinérgico, lo que causa gran angustia a la paciente por el empeoramiento de la calidad de vida que supone para ella su problema de incontinencia urinaria que ahora estaba controlado con dicha medicación. Queremos aconsejar a nuestra paciente con el buen criterio que nos ofrece la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), lo que nos lleva a hacer una revisión bibliográfica del tema.

### **Objetivo**

Conocer la evidencia científica disponible en cuanto a la posible relación entre el uso de fármacos anticolinérgicos y el deterioro cognitivo en los enfermos de demencia tipo Alzheimer.

### **Método**

La MBE se ha definido como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes considerados en su individualidad (Montaño y Rivas, 2004). La MBE nos ayuda a disminuir la incertidumbre que el médico de familia tiene que manejar a diario y permite integrar la maestría clínica individual, entendida como el dominio del conocimiento y el juicio que los profesionales sanitarios adquieren a través de la experiencia clínica, y las mejores evidencias clínicas externas disponibles, entendidas como aquellas investigaciones clínicamente relevantes a menudo procedentes de las ciencias básicas de la medicina pero especialmente de la investigación clínica centradas en los pacientes y que se realiza sobre la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas.

La práctica de la MBE se compone de cuatro etapas: Formular una pregunta clínica clara relacionada con el problema del paciente, buscar artículos clínicos relevantes en la literatura científica, evaluar la validez y utilidad de las evidencias encontradas y aplicar los hallazgos útiles a la práctica clínica.

El primer paso en la búsqueda de respuestas consiste en transformar el problema que se nos plantea en el cuidado del paciente en una pregunta clínica, de forma que queden bien determinados y diferenciados los sujetos, las intervenciones actuales, las propuestas y los resultados posibles (Ruiz-Canela y Louro, 2004). En relación a nuestro caso clínico formulamos nuestra pregunta PICO (Costa, Castiñeira y Viana, 2004) (ver tabla 1).

Tabla 1

Paciente	Paciente con enfermedad de Alzheimer en tratamiento con anticolinérgicos.
Intervención	Retirar el tratamiento con anticolinérgicos para no empeorar su deterioro cognitivo.
Comparación	Mantener el tratamiento con anticolinérgicos.
Resultados	Evaluación del estado cognitivo mediante test neuropsicológicos (MMSE).

Tabla 2

Área de pregunta	Mejor estudio para encontrar la respuesta
Diagnóstico	Guías de Práctica Clínica (GPC)
	Revisión Sistemática
	Estudio transversal
Etiología	GPC
	Revisión Sistemática
	Estudio de Cohortes
	Estudio de Casos-Controles
Pronóstico	GPC
	Revisión Sistemática
	Estudio de Cohortes-Supervivencia
Intervención	GPC
	Revisión Sistemática.
	Ensayo clínico aleatorizado y controlado
Frecuencia	GPC
	Revisión Sistemática
	Estudio de Cohortes
	Estudio Transversal

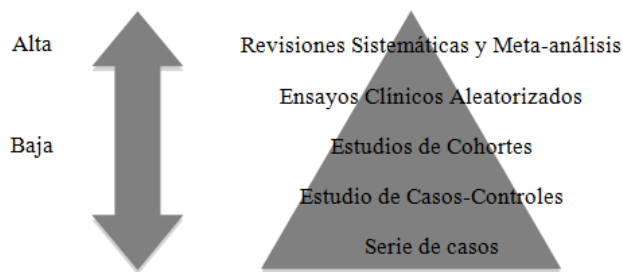
Pasamos a la segunda etapa, la búsqueda bibliográfica. El tipo de recurso que más nos conviene utilizar dependerá del tipo de pregunta planteada (ver tabla 2) y del tiempo que dispongamos (Ruiz-Canela y Louro, 2004). La pregunta puede referirse al valor de distintos test diagnósticos, al pronóstico de la enfermedad o a los beneficios o riesgos de las distintas opciones terapéuticas que se pueden emplear en esa situación (Ruiz-Canela y Louro, 2004). Y a continuación seleccionaremos dónde realizar la búsqueda (ver tabla 3). En nuestro caso, como nuestra pregunta se incluiría dentro del área de tratamiento, aunque también podría hacerlo en la de pronóstico, nos decantamos por una revisión sistemática y la mejor base de datos para hacerlo sería la Cochrane Library, que contiene más de 2300 revisiones sistemáticas a texto completo elaboradas por los grupos de trabajo de la Cochrane Collaboration. Desde el punto de vista de la calidad de la evidencia científica, son las revisiones sistemáticas junto con los meta-análisis los que se sitúan en primer lugar (ver figura 1). Los descriptores de búsqueda (términos MeSH) utilizados fueron finalmente: “Anticholinergics” AND “cognitive

impairment”; pues en un primer momento se añadió un tercer descriptor, AND “Alzheimer disease”, pero no se encontró ningún resultado. La Cochrane Library nos ofrece dos revisiones sistemáticas publicadas en la revista *Drugs Aging* pero no nos resultan útiles ya que sus resultados parecen poco extrapolables a nuestra paciente dado que en ambas revisiones sistemáticas los individuos incluidos en los estudios están sanos, a diferencia de nuestra paciente que sufría de demencia tipo Alzheimer, sí compartían la característica de la edad avanzada. Decidimos, pues, realizar una nueva búsqueda al respecto en otras bases de datos, concretamente Pubmed, incluyendo en los descriptores de búsqueda “Alzheimer disease” (“Alzheimer disease” AND “prognosis” AND “cholinergic antagonists”).

Tabla 3

	Trip Database	Cocharane	Clinical Evidence	Medline/Pubmed
Tratamiento	++	++++	+++	++
Etiología	++	+	-	+++
Pronóstico	++	+	+/-	++
Diagnóstico	++	+	+/-	+++
Guías	+++	+/-	-	++

Figura 1. Calidad de la evidencia



**Resultados/Estado de la cuestión**

Los estudios encontrados en nuestra búsqueda bibliográfica que incluyen pacientes con características similares a la nuestra y dan respuesta a nuestra pregunta PICO son escasos y sus resultados son contradictorios. Livingston y Maidment (2011), llevan a cabo el estudio LASER-AD cuyo objetivo era examinar la repercusión de la medicación con efectos anticolinérgicos sobre el estado cognitivo y el deterioro en la demencia tipo Alzheimer, para ello se seleccionaron a 224 participantes con enfermedad de Alzheimer en tratamiento con fármacos anticolinérgicos que fueron seguidos durante 18 meses y a los que se le midió su estado cognitivo mediante tres escalas de evaluación validadas (MMSE, SIB, ADAS-COG) al inicio, a los 6 meses y a los 18 meses del periodo de seguimiento; los resultados obtenidos no apoyaron que los fármacos anticolinérgicos tengan un efecto negativo sobre el estado cognitivo de las personas con demencia establecida. Sin embargo, Konishi, Hori y Uchida (2010), sugieren que un gran número de los fármacos psicotrópicos prescritos conducen a un aumento de la actividad anticolinérgica en suero (SAA) lo que acelera el deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer (Hori, Konishi y Watanabe, 2011), afectando especialmente a la memoria; recomiendan prescribir con mayor prudencia estos medicamentos a los pacientes con esta enfermedad, pues son una de las causas más importantes de la disminución de la función cognitiva.

El número de estudios que evalúan el posible impacto negativo de los fármacos anticolinérgicos sobre la función cognitiva en pacientes ancianos sin demencia es mucho mayor. Campbell, Boustani y Limbill (2009) realizan una revisión sistemática de toda la evidencia científica publicada entre Enero de

1966 y Enero de 2008, sobre los efectos de los fármacos anticolinérgicos en la cognición de los ancianos. Seleccionaron 27 publicaciones que cumplieran su criterio de inclusión de las que todas menos dos encontraron una asociación entre los fármacos anticolinérgicos y ya sea el delirio, el deterioro cognitivo o la demencia. Además de apoyar estos mismos resultados, el estudio REPOSI de Pasina, Djade y Lucca (2013) comparaba dos escalas de medición de riesgo anticolinérgico, la Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) y la Anticholinergic Risk Scale (ARS), concluyendo que la ACB podría permitir una rápida identificación de los fármacos potencialmente asociados a un peor deterioro cognitivo en un patrón de dosis-respuesta, aunque puntúan que la ARS es más adecuada para clasificar las actividades de la vida diaria. Tannenbaum y Paquette (2012), realizan una revisión bibliográfica con la que pretendían examinar la evidencia atribuida al deterioro cognitivo amnésico y no amnésico por el uso de medicación con efectos anticolinérgicos, antihistamínicos, GABAérgicos y opioides; vieron que los antihistamínicos de primera generación y los antidepresivos tricíclicos inducían a menudo déficits cognitivos no amnésicos leves, mientras que las benzodiazepinas provocaban deterioro cognitivo amnésico y no amnésico, sin embargo, la evidencia no fue concluyente para los fármacos antimuscarínicos, los agentes narcóticos y los antipsicóticos. Consideran que ante la decisión de no indicar o interrumpir un tratamiento por los posibles efectos adversos a nivel cognitivo se debe evaluar el riesgo-beneficio de forma individual en cada paciente.

Ancelin, Artero y Portet (2006) aportan con su estudio longitudinal de cohortes una idea interesante a considerar. Las personas mayores que toman medicamentos anticolinérgicos presentaban déficits significativos en el funcionamiento cognitivo pudiendo ser clasificadas como probable deterioro cognitivo leve (DCL), sin presentar un mayor riesgo real de demencia por ello. Por lo que es fundamental antes de considerar la indicación de ICE ante cualquier paciente diagnosticado de DCL, evaluar si toma algún fármaco anticolinérgico en su tratamiento habitual, pudiendo ser el responsable del deterioro cognitivo detectado. Además de apoyar estas conclusiones, López-Álvarez, Zea y Agüera (2014) exponen en su artículo que los mayores efectos cognitivos del uso de fármacos anticolinérgicos aparecen cuando hay un déficit cognitivo anterior, sin embargo los efectos cognitivos de los fármacos anticolinérgicos desaparecen en la demencia severa. También refieren que la presencia de la ApoE4 aumenta la vulnerabilidad para el deterioro cognitivo cuando se emplean estos fármacos.

Por otro lado, encontramos estudios que no apoyan esta asociación o con resultados no concluyentes. Kersten, Molden y Tolo (2012), publican un ensayo clínico controlado aleatorizado sobre los efectos cognitivos al reducir la carga de fármacos anticolinérgicos en una población frágil de edad avanzada, no evidenciándose una mejora de la función cognitiva al disminuir la puntuación en la Anticholinergic Drug Scale (ADS), aunque sugieren que esta escala puede tener una aplicabilidad limitada en la prevención de riesgos en la prescripción de esta población pues la reducción en la carga anticolinérgica no se tradujo en una disminución de la SAA. Salahudeen, Duffull y Nishtala (2014), llegan a la conclusión en su revisión bibliográfica que el impacto de la interrupción de los medicamentos anticolinérgicos sobre la función cognitiva sigue siendo un tema poco investigado y poco conocido y que es necesaria una muestra de mayor tamaño, un seguimiento más largo y mejores métodos de evaluación del deterioro cognitivo para llegar a resultados más fiables.

### **Discusión/Conclusiones**

La evidencia científica disponible en cuanto a la asociación entre deterioro cognitivo y uso de fármacos anticolinérgicos en pacientes con demencia tipo Alzheimer no es abundante y los resultados que nos ofrece son contradictorios. Es importante conocer que los fármacos anticolinérgicos pueden inducir déficits cognitivos, por lo que la posibilidad de su uso se debe tener en cuenta ante pacientes que acuden por quejas de la memoria u otros trastornos cognitivos, ya que pueden ser los responsables de un diagnóstico de DCL que no presenta mayor riesgo de evolución a demencia en comparación con un verdadero DCL (Ancelin, Artero y Portet, 2006; López-Álvarez, Zea y Agüera, 2014).

No sólo es preciso la indicación cautelosa de este tipo de fármacos en enfermos de Alzheimer por el hecho de que en la base fisiopatológica de la enfermedad el deterioro de la neurotransmisión colinérgica juegue un papel esencial. La mayor parte de los enfermos de Alzheimer presentan edad avanzada y a éste respecto sí es abundante la evidencia científica disponible que subraya la asociación entre los fármacos anticolinérgicos y ya sea el delirio, el deterioro cognitivo o la demencia en pacientes ancianos (Campbell, Boustani y Limbill, 2009). La pluripatología, la polimedicación y los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos presentes en la población anciana, la hacen más vulnerable que el resto de la población al padecimiento de interacciones y efectos adversos farmacológicos no deseados (Rudolph, Salow y Angelini, 2008). Estas condiciones, a menudo, conducen a consecuencias tales como caídas, comportamiento impulsivo y pérdida de la independencia (Rudolph, Salow y Angelini, 2008). Los fármacos anticolinérgicos son comúnmente prescritos a la población anciana (Bhattacharya, Chatterjee y Carnahan, 2011; Chatterjee, mehta y Sherer, 2004) y en la literatura se han descrito frecuentemente a los mismos como causa del incremento de efectos adversos. En relación a ello se han desarrollado escalas de riesgo anticolinérgico que pueden resultar de utilidad para el manejo de dichos fármacos en este grupo especial de pacientes.

En la decisión de no indicar o interrumpir un fármaco anticolinérgico por los posibles efectos adversos a nivel cognitivo se debe evaluar el riesgo-beneficio de forma individual en cada paciente (Tannenbaum y Paquette, 2012).

## Referencias

- OMS. (2012). *Dementia: a public health priority*. Washington.
- Gandía, L., Álvarez, R.M. y Hernández-Guijo, J.M. (2006). Anticolinesterásicos en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 42(8), 471-477.
- Sanz, P. (2006). Papel neuroprotector de la memantina en la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer, realidades e investigación en demencia*, 34.
- Lipton, S.A. (2005). The molecular basis of memantine action in Alzheimer's disease and other neurologic disorders: low-affinity, uncompetitive antagonism. *Curr Alzheimer Res*, 2, 155-65.
- Bartus, R.T., Dean, R.L. y Beer, B. (1982). The cholinergic hipótesis of geriatric memory dysfunction. *Science*, 217, 408-14.
- García, A.G. Teoría colinérgica del Alzheimer. (2000). *JANO*, 62, 1104.
- Francis, P.T., Simas, N.R. y Proctor, A. (1993). Cortical piramidal neuron loss may cause glutamatergic hypoactivity and cognitive impairment in Alzheimer's disease-investigative and therapeutic perspectives. *J Neurochem*, 60, 1589-604.
- Tanovic, A. y Alfaro, V. (2006). Neuroprotección con memantina (antagonista no competitivo del receptor NMDA-glutamato) frente a la excitotoxicidad asociada al glutamato en la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. *Rev Neurol*, 42, 607-16.
- Whitehouse, P.J., Price, D.L. y Struble, R.G. (1982). Alzheimer's disease and senile dementia: loss of neurons in the basal forebrain. *Science*, 215, 1237-9.
- Selkoe, D.J. (1989). Biochemistry of altered brain proteins in Alzheimer's disease. *Ann Rev Neurosci*, 12, 463-90.
- Selkoe, D.J. (1994). Normal and abnormal biology of the beta-amyloid precursor proteína. *Annu Rev Neurosci*, 17, 489-517.
- Aymerich, M., Espallargues, M. y Gutiérrez, I. (2006). *De la evidencia a la Práctica Clínica*. Madrid: Grupo Saned, Meditex.
- Ruiz-Canela, J. y Louro, A. (2005). Medicina basada en pruebas: dónde y cómo buscar la información necesaria. *Investig Clin Farm*, 2(29), 71-75.
- Montaño, A. y Rivas, M.D. (2004). *Algunas consideraciones sobre la aplicabilidad de la MBE y la toma racional de decisiones en la práctica clínica diaria*. España: Fisterra.
- Costa, C., Castiñeira, C. y Viana, C. *Cómo formular preguntas clínicas contestables*. España: Fisterra.
- Jiménez, J., Fernández, M. y Argimon, J.M. (2004). Cómo responder preguntas clínicas. *FMC*, 11(5).

Tannenbaum, C., Paquette, A. y Hilmer, S. (2012). A Systematic Review of Amnestic and Non-Amnestic Mild Cognitive Impairment Induced by Anticholinergic, Antihistamine, GABAergic and Opioid Drugs. *Drugs Aging*, 29(8), 639-658.

Salahudeen, M.D. y Duffull, S.B. (2014). Impact of anticholinergic discontinuation on cognitive outcomes in older people: a systematic review. *Drugs Aging*, 31(3), 185-92.

Fox, C., Livingston, I. y Maidment I.D. (2011). The impact of anticholinergic burden in Alzheimer's Dementia-the Laser-AD study. *Age and Ageing*, 40, 730-735.

Konishi, K., Hori, K. y Uchida, H. (2010). Adverse effects of anticholinergic activity on cognitive functions in Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 10, 34-38.

Hori, K., Konishi, K. y Watanabe Koichiro. (2011). Influence of Anticholinergic Activity in Serum on Clinical Symptoms of Alzheimer's Disease. *Neuropsychobiology*, 63, 147-153.

Campbell, N., Boustani, M. y Limbil, T. (2009). The cognitive impact of anticholinergics: A clinical review. *Clinical Interventions in Aging*, 4, 225-233.

Pasina, L., Djade, C.D. y Lucca, U. (2013). Association of anticholinergic burden with cognitive and functional status in a cohort of hospitalized elderly: comparison of the anticholinergic cognitive burden scale and anticholinergic risk scale: results from the REPOSI study. *Drugs Aging*, 30(2), 103-12.

Kersten, H., Molden, E. y Tolo, I.K. (2013). *J Gerontol A Biol Med Sci*, 68(3), 271-8.

Ancelin, M.L., Artero, S. y Portet, F. (2006). Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ*, 332(7539), 455-9.

López-Álvarez, J., Zea, M.A. y Agüera, L. (2014). Effect of anticholinergic drugs on cognitive impairment in the elderly. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(1), 35-43.

Rudolph, J.L., Salow, M.J. y Anfelini, M.C. (2008). The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adverse Effects in Older Persons. *Arch Intern Med*, 168(5), 508-513.

Bhattacharya, R., Chatterjee, S. y Carnahan, R.M. (2011). Prevalence and predictors of anticholinergic agents in elderly outpatients with dementia. *Am J Geriatr Pharmacother*, 9(6), 434-41.

Chatterjee, S., Mehta, S. y Sherer, J.T. (2010). Prevalence and Predictors of Anticholinergic Medication Use in Elderly Nursing Home Residents with Dementia. *Drugs Aging*, 27(12), 987-997.





## CAPÍTULO 56

### **Beneficios de los programas universitarios para mayores sobre la capacidad de memoria**

Cristina Vilaplana Prieto  
*Universidad de Murcia (España)*

En España, de acuerdo con las “Proyecciones Demográficas a Largo Plazo” del INE para el año 2052, el 36,58% de la población tendrá 65 y más años. Sin embargo, frente al progresivo envejecimiento de la población, el número de años libres de discapacidad se ha incrementado. Entre 2004 y 2012, la esperanza de años libres de discapacidad ha aumentado de 62,7 a 65,7 años para las mujeres, y de 62,6 a 64,7 años para los hombres (Eurostat).

A tenor de estos datos, es necesario desarrollar estrategias que permitan mantener la vitalidad y la independencia durante el mayor periodo de tiempo posible. En el ámbito de la Gerontología, se considera que Peterson (1976) fue el primero en acuñar el término “Gerontología de la Educación” para referirse al análisis de la relación entre la educación para adultos y la gerontología social. Más recientemente Orte et al. (2007) han enfatizado la importancia del aprendizaje para mejorar la calidad de vida durante la etapa de madurez, y desarrollar un estilo de vida saludable y activo.

No existen demasiados estudios de carácter empírico que hayan analizado el impacto de los programas educativos para personas mayores. La mayoría de estos estudios han utilizado la técnica de entrevista en profundidad o grupo de discusión (Wolf, 1985; Searle et al., 1995; Jones and Symon, 2001). La principal conclusión es que estos nuevos conocimientos han proporcionado un sentimiento de continuidad de sus vidas dentro de la sociedad y han enfatizado el hecho de tener un propósito determinado. Otros autores han constatado que la estimulación cognitiva en personas mayores contrarresta los efectos negativos del envejecimiento sobre la actividad cerebral (Simone y Scuiilli, 2006) e incluso puede reducir las posibilidades de desarrollar enfermedades degenerativas (Cusak et al., 2003).

En España, se han llevado a cabo fructíferos estudios sobre las características de los Programas Universitarios para Mayores y los beneficios derivados de los mismos. El análisis de Carmen et al. (2004) estaba centrado exclusivamente en la Universidad Abierta para Mayores de las Islas Baleares, y en él se ponía de relieve no sólo la adquisición de conocimientos, sino la importancia del apoyo social recibido por los participantes. A nivel nacional, Bru (2007) realizó una evaluación de 47 Programas Universitarios para Mayores, señalando que los objetivos perseguidos en la mayoría de ellos son promover el conocimiento de nuevas tecnologías, las relaciones intergeneracionales y el desarrollo personal.

Por otra parte, el trabajo de Fernández Ballesteros et al. (2012) resulta muy interesante puesto que plantearon un análisis comparativo entre participantes en Programas Universitarios para Mayores (PUM) (grupo de tratamiento) y no participantes (grupo de control). Se observaron las características de ambos grupos durante tres años (2007-2010), y al final del periodo se constató que la función cognitiva, el estado de salud y el nivel de actividad social eran significativamente superiores en el grupo de tratamiento.

El objetivo de este trabajo es contribuir a esta área de investigación aportando nuevas evidencias, con datos más actualizados y diferentes técnicas econométricas. No se ha realizado ningún trabajo en España de características similares al de Bosma et al. (2003) para los Países Bajos, en el que se mida el efecto de la participación en PUM sobre diversos indicadores de rendimiento cognitivo. La ventaja frente a otros estudios que se han realizado en España es que el tamaño de la muestra participantes en PUM es mayor

que en los anteriores trabajos mencionados, y además es posible comparar los resultados de participantes en PUM con los de no participantes.

En particular, en este trabajo se dará respuesta a las siguientes preguntas: ¿Ejerce la participación en PUM un efecto significativo sobre el rendimiento cognitivo, evaluado éste a partir de pruebas de memoria y fluidez de vocabulario?. Cuando se compara la situación de las mismas personas en diferentes momentos del tiempo, ¿se observa alguna diferencia respecto a los individuos que participaron en algún momento y que luego interrumpieron su participación? ¿Y respecto a los que nunca han participado?

## **Método**

### *Participantes*

Se utilizan datos de la encuesta SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Se trata de una encuesta multidisciplinar que contiene información sobre características socioeconómicas, estado de salud y entorno familiar de más de 86.000 personas de 50 o más años. Hasta el momento se han realizado cuatro olas de la encuesta: 2004, 2007, 2008/09 y 2011. En este trabajo se van a utilizar las olas segunda y cuarta, correspondientes a los años 2007 y 2011. No se utiliza la primera ola porque el número de personas que declara participar en Programas Universitarios para Mayores es excesivamente reducido, y tampoco la tercera porque el cuestionario es totalmente diferente al de las otras olas.

En España se realizó un muestreo polietápico a partir de los registros de población locales y autonómicos. Las entrevistas se realizaron en el domicilio del encuestado mediante el sistema CAPI.

Para el diseño de la muestra para este trabajo, se han seleccionado los individuos de 50 a 85 años residentes España. El límite inferior de 50 años obedece a que la edad para poder entrar en los PUM oscila entre los 50 y 55 años según Comunidades. El límite superior de 85 años se debe a que en ninguna de las dos olas (2007 y 2011) se ha encontrado a nadie mayor de 85 años. Las muestras finales constan de 2.003 observaciones en 2007 y 2.927 en 2011.

### *Instrumentos*

Con la información del SHARE se definen las siguientes variables:

Participación en Programas Universitarios para Mayores. Se pregunta a los entrevistados por una serie de actividades que hayan realizado en el último mes (voluntariado, actividades deportivas, actividades religiosas...) y entre ellas se encuentra la realización de cursos en Programas Universitarios para Mayores. Se define una variable binaria "PUM" que toma el valor 1 cuando ha respondido afirmativamente a esta pregunta, y cero en caso contrario. El número de participantes es 65 en 2007 y 160 en 2011, lo que en términos porcentuales supone un 3,25% y 5,47%, respectivamente. Por tanto, en el intervalo de 4 años la tasa de participación ha crecido a una tasa media anual acumulada del 13,90%.

Prueba de memoria. Esta prueba consta de las siguientes fases. Primero, en la pantalla de un ordenador se muestra al entrevistado una lista de 10 palabras. Por ejemplo, en el cuestionario para 2007 las palabras eran: mantequilla, brazo, carta, reina, ticket, césped, esquina, piedra, libro, vara. A continuación, se espera un minuto, y se pide al entrevistado que diga todas las palabras que recuerda. Se continúa con otras preguntas, y más adelante se vuelve a pedir al entrevistado, que enumere todas las palabras que recuerde.

La puntuación total es la suma del número de palabras recordado en cada tanda, por lo que toma un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 20.

Prueba de fluidez. Se pide al entrevistado que enumere todos los animales que pueda en el tiempo máximo de un minuto. Se admiten como válidos todos los nombres de animales reales o mitológicos, quedando excluidos los nombres propios y las variaciones de una misma especie (macho, hembra o los nombres relativos a las crías). La puntuación oscila entre 0 y el número máximo de animales válidos que pueda citar una persona. El número máximo de animales citados fue 39 en 2007 y 47 en 2011.

### Procedimiento

Se propone estimar dos modelos: (i) un modelo para los resultados de las pruebas cognitivas utilizando la muestra total de individuos entrevistados en 2007 y 2011, (ii) un modelo para la variación en los resultados de las pruebas entre 2007 y 2011 utilizando exclusivamente la submuestra de individuos entrevistados en ambas olas.

Modelo para la relación entre pruebas cognitivas y participación en PUM. Consideramos un sistema de dos ecuaciones. La primera ecuación especifica la probabilidad de que un individuo  $i$  participe en PUM en función de una serie de variables explicativas ( $W'_{1i}$ ). La segunda ecuación especifica el hecho de tener una mayor o menor capacidad de memoria o fluidez de vocabulario en función de una serie de variables explicativas ( $W'_{2i}$ ) y de la participación en PUM.

$$PUM_i^* = W'_{1i}\alpha_1 + \theta_{1i} \quad (1)$$

$$Cognitiva_i^* = \gamma PUM_i^* + W'_{2i}\alpha_2 + \theta_{2i} \quad (2)$$

$$Cognitiva_i^* = \{Memoria_i^*, Fluidez_i^*\}$$

Dado que los resultados de nuestras pruebas cognitivas siempre toman valores no negativos y muestran una distribución con un perfil decreciente, el modelo de tipo Poisson es el que mejor se ajusta a estas variables.

$$E(Cognitiva_i|W_{2i}) = \exp(\gamma PUM_i^* + W'_{2i}\alpha_2 + \theta_{2i}) \quad (3)$$

$$Cognitiva_i = \{Memoria_i, Fluidez_i\}$$

En este sistema la participación en PUM es una variable potencialmente endógena puesto que el hecho de participar en PUM puede estimular la capacidad cognitiva de los participantes, pero las personas con mejores resultados cognitivos pueden mostrar mayor propensión a participar en estos programas. Por ello es preciso contar con variables que sirvan para instrumentalizar a la variable potencialmente endógena (es decir, correlacionadas con ella, pero no correlacionadas con el término de error de la ecuación de prueba cognitiva). En ambos vectores de variables explicativas ( $W'_{1i}$  y  $W'_{2i}$ ) se incluyen edad, género, nivel de estudios, estado de salud y relación con la actividad económica. Actuando como restricciones de identificación, y por tanto, solamente en  $W'_{2i}$  se incluyen estado civil, cuidar a otras personas, tamaño del municipio de residencia y nivel de ingresos. La filosofía que hay detrás de estas variables es que la disponibilidad de tiempo, las circunstancias económicas y geográficas pueden afectar a la motivación de iniciar un PUM.

Modelo para las diferencias en pruebas cognitivas y participación en PUM. Este modelo se estima únicamente para la submuestra de 1.280 observaciones que han participado en ambas olas de la encuesta. Se calcula la diferencia entre 2011 y 2007 para las pruebas cognitivas y para el nivel de satisfacción:

$$Dif - Memoria_i = Memoria_{2011,i} - Memoria_{2007,i} \quad (4)$$

$$Dif - Fluidez_i = Fluidez_{2011,i} - Fluidez_{2007,i} \quad (5)$$

Un valor positivo de cualquiera de las variable ( $Dif$ ) indica que ha mejorado el resultado de las pruebas, mientras que un resultado negativo implica un deterioro a nivel cognitivo. A continuación se estima una regresión por mínimos cuadrados ordinarios para cada una de estas diferencias:

$$Dif - Cognitiva_i = PUM_{1,0}\omega_1 + PUM_{0,1}\omega_2 + PUM_{1,1}\omega_3 + Z'_{1i}\lambda_1 + \xi_i \quad (6)$$

$$Cognitiva_i = \{Memoria_i, Fluidez_i\}$$

Donde  $PUM_{1,0}$  toma el valor 1 si sólo ha participado en PUM en 2007;  $PUM_{0,1}$  toma el valor 1 si sólo ha participado en PUM en 2011, y  $PUM_{1,1}$  toma el valor 1 si ha participado en PUM en 2007 y

2011. Por consiguiente, la categoría excluida es no haber participado nunca en PUM.  $Z'_{1i}$  contiene las mismas variables explicativas  $W'_{2i}$ .

Tabla 1. Características de la muestra en función de su participación en PUM

	2007		2011	
	No participa en PUM	Sí participa en PUM	No participa en PUM	Sí participa en PUM
Hombre (%)	46,80	32,31	46,98	33,13
Mujer (%)	53,20	67,69	53,02	66,88
Edad promedio	65,23 (9,55)	61,28 (9,06)	64,66 (9,23)	59,52 (1,85)
De 50 a 59 años	32,92	50,77	34,22	59,38
De 60 a 69 años	30,91	30,77	32,49	26,88
De 70 a 79 años	28,28	13,85	26,74	12,50
De 80 y más años	7,89	4,62	6,54	1,25
Nivel de estudios (%)				
Sin estudios	16,44	3,45	14,55	8,08
Educación primaria	58,60	31,04	65,92	33,34
Educación secundaria	11,86	27,59	8,42	24,24
Educación superior	12,00	34,47	9,70	30,30
No indica el nivel de estudios	1,10	3,45	1,42	4,04
Estado civil (%)				
Casado	78,83	73,89	77,93	75,91
Separado	3,81	4,35	3,46	4,82
Soltero	7,22	8,70	4,37	4,82
Viudo	10,14	13,05	14,25	14,46
Enfermedades o problemas de salud (%)				
Nº promedio de enfermedades	1,46 (1,41)	1,34 (1,04)	1,74 (1,47)	1,39 (1,24)
Discapacidades para actividades personales de la vida diaria (PADL)				
Nº promedio de PADL	0,22 (0,81)	0,05 (0,28)	0,37 (1,16)	0,13 (0,65)
Discapacidades para actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)				
Nº promedio de IADL	0,36 (1,07)	0,11 (0,32)	0,51 (1,34)	0,14 (0,62)
Relación con la actividad económica (%)				
Ocupado	20,74	33,85	14,13	35,63
Desempleado	2,94	7,69	4,81	6,25
Incapacitado para trabajar	4,23	4,62	3,69	1,88
Jubilado	39,11	26,15	46,11	24,38
Labores del hogar	31,63	27,69	29,20	31,25
Otra situación	1,34	0,00	2,06	0,63
Ingreso anual (€ constantes de 2011)	9.639 (39.414)	10.096 (18.951)	13.950 (65.200)	14.693 (33.697)
Soporte de otras personas (%)				
Cuida de otra persona no residente	7,84	10,77	4,59	10,63
Cuidador de otra persona residente	10,42	6,15	10,26	9,38
Cuida de sus nietos	19,81	20,00	16,84	23,13
Localización de la vivienda (%)				
Gran ciudad	24,10	30,77	21,84	30,28
Zona periférica de una ciudad	7,17	6,15	6,43	11,93
Ciudad pequeña	18,01	23,08	22,55	27,52
Pueblo	37,15	38,46	42,62	23,85
Aldea o zona rural	8,26	1,54	6,55	6,42
Prueba de memoria				
Nº promedio de palabras recordadas (mínimo:0; máximo: 20)	6,30 (3,13)	8,25 (3,22)	6,39 (3,38)	9,34 (3,42)
Prueba de fluidez				
Nº promedio de animales citados	14,25 (6,80)	17,89 (5,87)	13,83 (5,94)	18,35 (6,68)
N	1.938	65	2.767	160

Desviación estándar entre paréntesis. Elaboración propia a partir de SHARE

*Análisis de datos*

La Tabla 1 muestra la información descriptiva de las personas entrevistadas en SHARE (2007, 2011) en función de su participación en PUM. La distribución de los no participantes está compuesta por un 47% de hombres y un 53% de mujeres, frente a un 32% de hombres y 68% de mujeres en el grupo de participantes. Los participantes son aproximadamente cinco años más jóvenes en promedio (60 frente a 65 años).

Entre los participantes hay un mayor peso de los niveles educativos secundarios y universitarios (62,06% en 2007 y 54,51% en 2011) frente a sólo 23,86% y 18,12%, respectivamente, en el grupo de no participantes.

En la prueba de memoria, el número medio de palabras recordadas se encuentra en torno a las 6 para no participantes, mientras que ha aumentado de 8 a 9 palabras para los que sí participan. En la prueba de fluidez, el número promedio de animales mencionados es superior entre los participantes, y la diferencia entre ambos ha aumentado con el paso del tiempo (3,64 en 2007 y 4,52 animales más en promedio en 2011).

A partir del código de identificación del individuo (que se mantiene constante) es posible identificar a las personas que fueron entrevistadas en 2007 y en 2011, consiguiéndose una submuestra de 1.280 personas (Tabla 2).

*Tabla 2. Resultados de pruebas cognitivas para la submuestra de individuos que responden a las dos olas del SHARE (2007 y 2011)*

	2007	2011	Diferencia 2011-2007
<b>No ha participado en PUM en ningún año (N= 1.180)</b>			
Prueba de memoria	6,34 (3,03)	6,41 (3,30)	0,07
Prueba de fluidez	14,39 (6,33)	13,96 (6,37)	-0,43
<b>Participó en PUM en 2007, pero no en 2011 (N=30)</b>			
Prueba de memoria	7,53 (2,75)	7,70 (3,72)	0,17
Prueba de fluidez	16,59 (6,27)	15,73 (3,93)	-0,85
<b>No participaba en PUM en 2007, pero sí en 2011 (N=52)</b>			
Prueba de memoria	7,46 (3,05)	9,19 (4,04)	1,73
Prueba de fluidez	16,77 (5,87)	17,37 (5,58)	0,60
<b>Participaba en PUM en 2007 y en 2011 (N=18)</b>			
Prueba de memoria	8,50 (4,08)	9,33 (4,16)	0,83
Prueba de fluidez	18,00 (5,72)	18,67 (7,02)	0,67

Desviación estándar entre paréntesis. Elaboración propia a partir de SHARE

El grupo que participa en ambos años es el que consigue recordar el mayor número de palabras (8,50 y 9,23). El mayor aumento en la capacidad de memoria (1,73 palabras) corresponde a los que no participaban en 2007, pero sí en 2011. Por el contrario, el grupo que nunca ha participado es el que manifiesta la menor capacidad de recuerdo (sólo 6,41 palabras en 2011).

Los resultados de las pruebas de fluidez de vocabulario indican que se pueden realizar dos subgrupos. Se aprecia una mejora entre los individuos que en el año 2011 participaban en PUM (tanto si participaban en el año 2007, como si no). Por el contrario, han empeorado las puntuaciones de los que no participan en 2011 (tanto si nunca han participado, como si participaron en 2007, pero luego dejaron de hacerlo).

Tabla 3. Probabilidad predicha para la prueba de memoria. Probabilidad de recordar un número determinado de palabras condicionado a participar o no en PUM

	No participa en PUM (1)	Sí participa en PUM (2)	Diferencia entre las probabilidades predichas (2)-(1)
Toda la muestra			
De 0 a 4 palabras	0,18	0,00	-0,18
De 5 a 9 palabras	0,81	0,65	-0,16
De 10 a 14 palabras	0,00	0,34	0,34
Edad: De 50 a 59 años			
De 0 a 4 palabras	0,01	0,00	-0,01
De 5 a 9 palabras	0,98	0,44	-0,55
De 10 a 14 palabras	0,01	0,56	0,55
Edad: De 60 a 69 años			
De 0 a 4 palabras	0,03	0,00	-0,03
De 5 a 9 palabras	0,97	0,95	-0,01
De 10 a 14 palabras	0,00	0,05	0,05
Edad: De 70 a 79 años			
De 0 a 4 palabras	0,37	0,00	-0,37
De 5 a 9 palabras	0,63	0,93	0,30
De 10 a 14 palabras	0,00	0,07	0,07
Edad: 80 o más años			
De 0 a 4 palabras	0,97	0,20	-0,77
De 5 a 9 palabras	0,02	0,80	0,78
De 10 a 14 palabras	0,00	0,00	0,00
Estudios: Sin estudios			
De 0 a 4 palabras	0,55	0,00	-0,55
De 5 a 9 palabras	0,45	1,00	0,55
De 10 a 14 palabras	0,00	0,00	0,00
Estudios: Primarios			
De 0 a 4 palabras	0,19	0,00	-0,19
De 5 a 9 palabras	0,81	0,86	0,05
De 10 a 14 palabras	0,00	0,14	0,14
Estudios: Secundarios			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	1,00	0,09	-0,91
De 10 a 14 palabras	0,00	0,91	0,91
Estudios: Superiores			
De 0 a 4 palabras	0,06	0,00	-0,06
De 5 a 9 palabras	0,88	0,30	-0,58
De 10 a 14 palabras	0,06	0,70	0,64

## Resultados

A partir de las estimación de las ecuaciones (1)-(2) se ha calculado la probabilidad predicha condicionado a “participar en PUM” y a “no participar en PUM” para el total de la muestra y diferenciando por cohorte de edad y por nivel educativo.

La Tabla 3 muestra los resultados de las probabilidades predichas para la prueba de memoria. Para el conjunto de la muestra, la probabilidad de que el entrevistado recuerde entre 10 y 14 palabras aumenta en

0,34 puntos si participa en PUM. La probabilidad de recordar entre 10 y 14 palabras para los participantes en PUM es superior a la de los no participantes cuando comparamos personas de 50-59 años (0,55 puntos), estudios secundarios (0,91 puntos) y estudios superiores (0,64 puntos).

*Tabla 4. Probabilidad predicha para la prueba de fluidez. Probabilidad de citar un número determinado de animales condicionado a participar o no en PUM*

	No participa en PUM (1)	Sí participa en PUM (2)	Diferencia entre las probabilidades predichas (2)-(1)
Toda la muestra			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,06	0,00	-0,05
De 10 a 14 palabras	0,61	0,00	-0,61
De 15 a 19 palabras	0,33	0,55	0,21
20 o más palabras	0,00	0,45	0,45
Edad: De 50 a 59 años			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,01	0,00	-0,01
De 10 a 14 palabras	0,31	0,00	-0,31
De 15 a 19 palabras	0,68	0,28	-0,40
20 o más palabras	0,00	0,72	0,72
Edad: De 60 a 69 años			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,02	0,00	-0,02
De 10 a 14 palabras	0,66	0,00	-0,66
De 15 a 19 palabras	0,32	0,87	0,55
20 o más palabras	0,00	0,13	0,13
Edad: De 70 a 79 años			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,09	0,00	-0,09
De 10 a 14 palabras	0,90	0,00	-0,90
De 15 a 19 palabras	0,01	0,97	0,96
20 o más palabras	0,00	0,03	0,03
Edad: 80 o más años			
De 0 a 4 palabras	0,04	0,00	-0,04
De 5 a 9 palabras	0,34	0,20	-0,14
De 10 a 14 palabras	0,61	0,00	-0,61
De 15 a 19 palabras	0,00	0,80	0,80
20 o más palabras	0,00	0,00	0,00
Estudios: Sin estudios			
De 0 a 4 palabras	0,02	0,00	-0,02
De 5 a 9 palabras	0,17	0,00	-0,17
De 10 a 14 palabras	0,76	0,00	-0,76
De 15 a 19 palabras	0,05	0,78	0,73
20 o más palabras	0,00	0,22	0,22
Estudios: Primarios			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,06	0,00	-0,06
De 10 a 14 palabras	0,67	0,00	-0,67
De 15 a 19 palabras	0,27	0,71	0,45
20 o más palabras	0,00	0,29	0,29
Estudios: Secundarios			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,00	0,00	0,00
De 10 a 14 palabras	0,14	0,00	-0,14
De 15 a 19 palabras	0,86	0,13	-0,74
20 o más palabras	0,00	0,88	0,88
Estudios: Superiores			
De 0 a 4 palabras	0,00	0,00	0,00
De 5 a 9 palabras	0,01	0,00	-0,01
De 10 a 14 palabras	0,25	0,00	-0,25
De 15 a 19 palabras	0,74	0,20	-0,54
20 o más palabras	0,00	0,80	0,80

En el grupo de personas de 80 y más años y en el de personas que no han completado estudios primarios, aunque no hay ningún caso que haya recordado más de 10 palabras, hay que valorar muy positivamente, el aumento en la probabilidad de recordar entre 5 y 9 palabras cuando se ha participado en PUM (0,78 puntos en el grupo de 80 y más años; 0,55 puntos en el grupo de sin estudios)..



Los resultados de las probabilidades predichas para la prueba de fluidez se ofrecen en la Tabla 4. La probabilidad de que la lista de animales que debían confeccionar los entrevistados contenga 20 o más nombres aumenta en 0,45 puntos si participa en un PUM, con un máximo de 0,88 puntos de diferencia si tiene estudios secundarios y 0,80 puntos si tiene estudios superiores. Al igual que en la prueba de memoria, se aprecia que la probabilidad de recordar un mayor número de nombres de animales disminuye a medida que aumenta la edad, pero incluso en este caso, la probabilidad de recordar entre 14 y 19 nombres aumenta sustancialmente para los participantes en PUM (0,96 puntos para el grupo de 70-79 años; 0,80 puntos para el grupo de 80 y más años).

Gráfico 1. Probabilidad de que los resultados de la prueba de memoria mejoren, continúen estables o empeoren entre 2007 y 2011 en función de la participación en PUM

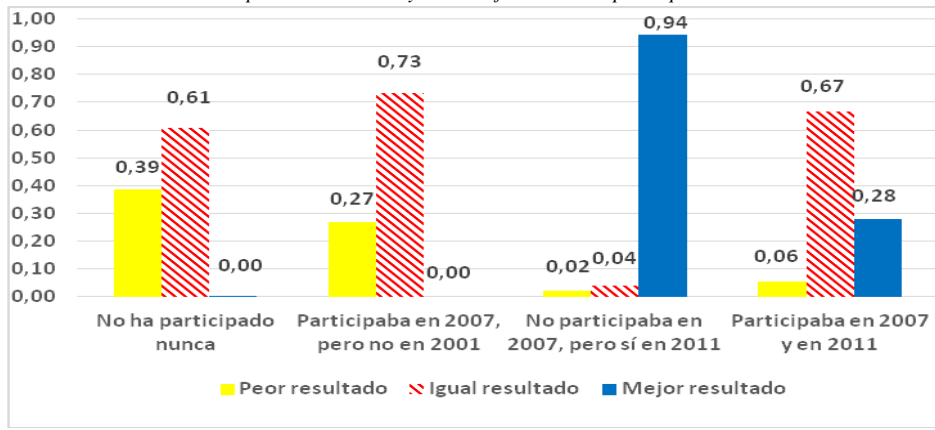
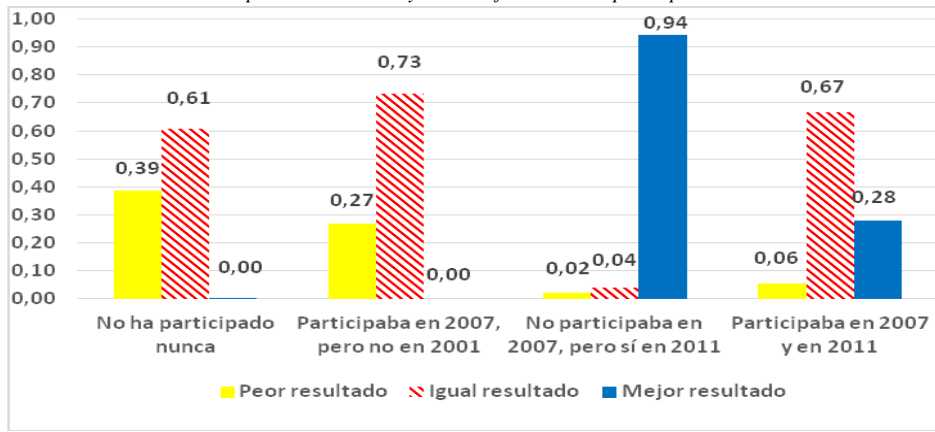


Gráfico 2. Probabilidad de que los resultados de la prueba de fluidez mejoren, continúen estables o empeoren entre 2007 y 2011 en función de la participación en PUM



Se han estimado las regresiones especificadas en (4)-(5) y se han calculado los valores predichos. En función del signo de los valores predichos, se puede analizar cómo ha evolucionado el rendimiento cognitivo y el nivel de satisfacción en función de la participación o no en PUM durante los años objeto de estudio.

Los Gráficos 1 y 2 muestran la probabilidad de que la persona entrevistada haya obtenido un resultado mejor, igual o peor en la prueba de memoria (o en la de fluidez) en el año 2011 en comparación con el

obtenido en 2007. La observación de dichas figuras permite extraer las siguientes conclusiones: (i) sólo hay mejoras en la prueba de memoria entre los individuos que participaban en 2011 en PUM (tanto si también participaban en 2007 como si no), (ii) la mayor probabilidad de empeoramiento en los resultados de memoria y de fluidez corresponde a los individuos que nunca han participado en PUM; (iii) el mayor incremento en la probabilidad de mejorar los resultados de memoria corresponde a los individuos que no participaban en 2007, pero sí en 2011.

### Discusión

En este trabajo se ha comparado el rendimiento cognitivo para participantes y no participantes en PUM en 2007 y 2011. Los resultados muestran la participación en PUM ejerce un efecto beneficioso sobre la memoria y la fluidez de vocabulario. Hay que destacar que los incrementos en las pruebas cognitivas correspondientes a las personas que tienen educación secundaria son superiores a los experimentados por los participantes con educación superior. Además, al comparar individuos entrevistados en ambas olas, se constata que este efecto beneficioso es más intenso en aquellas personas que no participaban en PUM en 2007, pero sí en 2011. Por lo tanto, el inicio en la participación en PUM marca un punto de inflexión en los resultados cognitivos de los participantes.

Como claves para garantizar el éxito de los PUM conviene recordar trabajo de Duay y Brian (2008) en el que concluyeron que el diseño de programas de aprendizaje efectivos debían sustentarse sobre las siguientes bases: (1) que los temas a tratar fueran interesantes, (2) que el profesor se sintiese implicado con el tema de los programas universitarios para mayores, (3) que las experiencias de aprendizaje permitiesen la implicación de los estudiantes, es decir, que se fomentase una actitud muy participativa.

De cara al futuro, habría que investigar hasta qué punto se lleva a cabo un aprendizaje bidireccional en los PUM en donde las personas mayores compartieran su saber y sus habilidades con las generaciones más jóvenes, y éstas a su vez les transmitieran sus propios conocimientos e innovaciones (Laslett, 1996; Withnall, 2008). Si esto llegara a suceder, conseguiríamos una sociedad más inclusiva, en donde todas las formas de aprendizaje sean valoradas, se aprecie la contribución de las personas mayores como un elemento más del sistema educativo, y se reconozcan los beneficios del aprendizaje a lo largo de toda la vida.

### Referencias

- Bosma, H., Boxtel, M.P., Ponds, R.W., Houx, P.J., y Jolles, J. (2003). Educational and age-related cognitive decline: the contribution of mental workload. *Educational Gerontology*, 29, 165-173.
- Bru, C. (2007). Older Adults University Programs in Spain. *Proceedings of the International Conference on Learning in Later Life*. Glasgow: Senior Studies Institute. University of Strathclyde. (pp. 29-38).
- Carmen, O.S., Luis, B.B., y Carmen, T.G. (2004). University programs for seniors in Spain. *Educational Gerontology*, 30, 315-328.
- Cusack, S.A., Thompson, W.J. y Rogers, M.E. (2003). Mental fitness for life: assessing the impact of an 8-week fitness program on healthy ageing. *Educational Gerontology*, 29 393-403.
- Duay, D.L., y Bryan, V.C. (2008). Learning in later life: what seniors want in learning experience. *Educational Gerontology*, 34, 1070-1086.
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini, R., y Rey, A.L., (2012). Promoting active aging through University Programs for Older Adults. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, 145-154.
- Jones, I., y Symon, G. (2001). Lifelong learning as serious leisure: policy, practice and potential. *Leisure Studies*, 20, 269-283.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: the emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Orte, C., March, M.S., y Vives, M. (2007). Social support, quality of life and university programs for seniors. *Educational Gerontology*, 33, 995-1013.
- Peterson, D.A. (1976). Educational gerontology: The state of the art. *Educational Gerontology*, 1, 61-73.

Searle, M.S., Mahon, M.J., Iso-Ahola, S.E., Solroliás, H.A., y Van Dyck, J. (1995). Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: a field experiment. *Journal of Leisure Research*, 27, 107-124.

Simone, P., y Sculli, M. (2006). Cognitive benefits of participation in lifelong learning institutes. *LLI Review*, 1, 44-51.

Withnall, A. (2008). Lifelong learning and older persons: choices and experiences. *Teaching and Learning Research Briefing*, 58, 1-4.

Wolf, M.A. (1985). The experience of older learners in adult education. *Lifelong Learning*, 8, 8-11.

## CAPÍTULO 57

### Uso de fármacos anticolinérgicos y falsos diagnósticos del síndrome demencial en la población anciana

Myriam Gallego Galisteo\*, Victoria Vázquez Vela\*\*, Alberto Villa Rubio\*,  
y Carlos Núñez Ortiz\*

\*AGS Campo de Gibraltar (España), \*\*Hospital Universitario Virgen del Rocío (España)

El envejecimiento de la sociedad es un escenario que plantea diversos retos en la sanidad. El aumento de la pluripatología asociado a la edad y la polifarmacia, hace esencial comprender el uso de los medicamentos en esta población y saber discernir entre las alteraciones fisiológicas propias de la senectud y los efectos iatrogénicos de la farmacoterapia instaurada. Es por ello que actualmente se plantean estrategias para suprimir las cascadas de prescripción por el tratamiento farmacológico de los efectos secundarios de otros medicamentos consumidos por el paciente (Fuentes, 2013).

Entre los indicadores publicados e instaurados en la práctica clínica actual para analizar la calidad e idoneidad de la farmacoterapia en geriatría encontramos los criterios de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (Criterios STOPP-START, Criterios de Beers, Listado Priscus, etc.) y las escalas de valoración de carga anticolinérgica de los tratamientos (Campanelli, 2012; Gallagher, 2008; Holt, 2010; Lu, 2015).

Los fármacos con acción anticolinérgica son usados habitualmente en la práctica clínica, ya que cuentan con un gran número de indicaciones: incontinencia urinaria, enfermedad de Parkinson, depresión, úlceras pépticas e insomnio entre otras muchas. No obstante, a pesar de su uso tan extendido, nos encontramos frente a fármacos responsables de numerosos efectos adversos, siendo estos más importantes en la población anciana donde aparece alteración funcional en el metabolismo y la eliminación de fármacos. (Florez, 2008; López-Álvarez, 2014)

Los efectos secundarios de los fármacos con acción anticolinérgica son debidos al antagonismo selectivo de los subtipos de receptores muscarínicos que son responsables de síntomas como retención urinaria, estreñimiento, sequedad de boca, déficit de memoria y mareos. Estos síntomas pueden ser interpretados erróneamente como consecuencias del envejecimiento lo que conlleva habitualmente la prescripción de otros medicamentos, para paliarlos, en lugar de ajustar o titular la dosis del fármaco responsable (Hulme, 1990).

La dosis tóxica de los fármacos anticolinérgicos frecuentemente es responsable de síntomas como falta de concentración y una memoria mermada, con mayor manifestación en aquellas personas con un deterioro cognitivo de base. Este hecho, hace que actualmente se cuestione la idoneidad de fármacos anticolinérgicos tanto en pacientes sanos como con sintomatología de síndrome demencial. Así, según los estudios publicados, se estima que entre el 2 y el 12% de los pacientes con signos de demencia no presentan un diagnóstico de síndrome demencial, siendo éste el resultado de un efecto iatrogénico de los medicamentos anticolinérgicos de su tratamiento. (Moore; 1999)

La manifestación de los efectos adversos sobre la función cognitiva dependen de la carga anticolinérgica del tratamiento, del estado cognitivo basal y de las características inherentes al propio paciente (farmacocinética y farmacodinámica). La edad conlleva un deterioro de determinados procesos como el metabolismo y excreción, con el riesgo de concentraciones séricas tóxicas de estos fármacos. Por otra parte, con el envejecimiento, el cerebro tiene una menor actividad colinérgica por una disminución de células neuronales y receptores colinérgicos y por tanto, es fácilmente alcanzable el umbral sintomático por efecto anticolinérgico (Bartus, 1982).

### Objetivo

Analizar la relación del uso de fármacos anticolinérgicos y el falso síndrome demencial en la población anciana.

### Método

Se realizó una revisión sistemática de las investigaciones publicadas hasta Enero de 2015 mediante una estrategia de búsqueda restringida combinando los siguientes descriptores: “drug”, “anticholinergic”, “elderly”, “dementia”, “cognitive”, “ApoE ε4”.

La búsqueda se realizó en las bases de datos referenciales *Medline*, *Embase*, *IME*, *Lilacs* y *Pubmed* a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz y se seleccionaron aquellos estudios publicados con evidencia científica y relevancia clínica.

### Resultados

Tras la revisión bibliográfica realizada se describe a continuación la evidencia científica con mayor relevancia clínica.

#### *Fármacos con efectos anticolinérgicos*

Los fármacos con acción anticolinérgica pueden ser responsables de un amplio número de efectos adversos, desde sequedad de mucosas hasta alteraciones cognitivas como delirio o estados confusionales agudos. En la tabla 1 se pueden observar los grupos terapéuticos y ejemplos de fármacos con mayor efecto anticolinérgico, considerados de prescripción inadecuada en pacientes geriátricos.

Tabla 1. Grupos terapéuticos y fármacos con efecto anticolinérgico

Grupos Terapéuticos	Fármacos
Analgésicos opioides	Tramadol
Antiviral	Amantadina
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina
Antidepresivos ISRS ( <i>inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina</i> )	Paroxetina
Antieméticos	Metoclopramida
Antiespasmódicos	Tolterodina
Antiepilépticos	Carbamazepina
Antihistamínicos	Hidroxizina
Antiparkinsonianos	Carbidopa - Levodopa
Antipsicóticos	Haloperidol
Protectores gástricos	Ranitidina
Hipnóticos	Trazodona
Relajantes musculares	Carisoprodol
Estimulantes del apetito	Ciproheptadina

En la población anciana, donde aparece una alta frecuencia de polimedicación hay que considerar la acumulación de los efectos anticolinérgicos para limitar sus efectos tóxicos y minimizar los riesgos.

Para determinar el riesgo de los efectos anticolinérgicos de la farmacoterapia de los pacientes, actualmente en la práctica clínica se hace necesario el análisis de la carga anticolinérgica que permita determinar su idoneidad.

*Mediciones de la carga anticolinérgica:*

Las escalas ACB (Anticholinergic Cognitive Burden Scale) y ARS (Anticholinergic Risk Scale) son dos sistemas de puntuación asociados con el riesgo de efectos adversos anticolinérgicos centrales y periféricos en pacientes de edad avanzada.

En el caso de la escala ARS, diseñado por *Rudolph et al (2008)*, más utilizada en la práctica clínica, los fármacos se clasifican según el potencial de su efecto anticolinérgico en una escala de 3 puntos: fármacos con efecto anticolinérgico moderado (1 punto), fuerte (2 puntos) y muy fuerte (3 puntos). Así, para calcular el carga y riesgo anticolinérgico mediante el sistema de puntuación de ambas escalas se identifica los fármacos del paciente y se utilizan la suma de los puntos de su medicación.

*Tabla 2. Potencia del efecto anticolinérgico según Escala ARS (Anticholinergic Risk Scale)*

Puntuación	1 (moderada)	2 (fuerte)	3 (muy fuerte)
<b>Fármacos</b>	Carbidopa - Levodopa	Amantadina	Amitriptilina
	Entacopona	Baclofeno	Atropina
	Haloperidol	Cetirizina	Benztropina
	Metocarbamol	Cimetidina	Carisoprodol
	Metoclopramida	Clozapina	Clorfeniramina
	Mirtazapina	Ciclobenzaprina	Clorpromazina
	Paroxetina	Desipramina	Ciproheptadina
	Pramipexol	Loperamida	Difenhidramina
	Quetiapina	Loratadina	Hidroxizina
	Ranitidina	Nortriptilina	Hiosciamina
	Risperidona	Olanzapina	Imipramina
	Selegilina	Proclorperazina	Oxibutinina
	Trazodona	Pseudoefedrina	Perfenazina
	Ziprasidona	Tolterodina	Tizanidina

*Fuente: Rudolph (2008). The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons*

*Estudios publicados sobre el uso de anticolinérgicos en ancianos*

Los fármacos anticolinérgicos son frecuentemente prescritos en personas de edad avanzada. Así, estudios publicados como el de *Piktala et al (2002)*, afirman que el 12,5% de los ancianos toman fármacos de prescripción inapropiada, como benzodicepinas de vida media larga, relajantes musculares y antidepresivos tricíclicos como amitriptilina, alcanzando esta cifra hasta el 60% en el estudio de *Blazer et al (1983)*, realizado en 5.902 pacientes ingresados en residencias de larga estancia.

En el caso de estudios en pacientes hospitalizados, *Wawruch et al (2012)*, determinó que el 10,5% de los pacientes tomaban fármacos anticolinérgicos al ingreso y el 14,2% al alta.

*Síndrome demencial por el efecto anticolinérgico de los fármacos*

El síndrome demencial se define como un trastorno de las funciones cognitivas. Su evolución suele ser continua y creciente desde una fase leve sin repercusiones importante en la vida diaria hasta una fase severa que puede llegar a generar una dependencia funcional total del paciente.

Existe una amplia evidencia científica de la relación entre el consumo de anticolinérgicos y la cognición del paciente anciano. Así, el estudio de *Bhattacharya et al (2011)* realizado en personas con

seguimiento ambulatorio de demencia, se estimó que el 43% de los pacientes había estado en tratamiento con algún fármaco anticolinérgico. De la misma manera, *Roe et al (2002)* estudiaron la prevalencia de síndrome demencial y la farmacoterapia en pacientes ancianos, concluyendo una posible relación entre el consumo de anticolinérgicos con el padecimiento de demencia con un 33% de pacientes frente a un 23% de pacientes sin signos de la enfermedad.

Respecto al uso de anticolinérgicos en mayores de 75 años, el estudio de *Jessen et al (2010)* evidenció una asociación significativa con un mayor riesgo de demencia (tasa de riesgo = 2,08) a los 54 meses, siendo mayor (tasa de riesgo = 3,36) con fármacos con efectos más potentes.

Los anticolinérgicos deben evitarse en pacientes con Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy o pacientes con demencia y Parkinson en tratamiento con terapias específicas como Inhibidores de Acetilcolinesterasa (IACE). Así, estos fármacos pueden generar efectos secundarios colinérgicos y por tanto, antagonistas. Por este motivo, en muchas ocasiones se utilizan fármacos anticolinérgicos para contrarrestar los efectos iatrogénicos de los IACE, siendo suficiente a veces una simple reducción de la dosis y una valoración periódicamente de su eficacia.

El trabajo de *Boudreau et al (2011)* sobre el efecto antagónico de fármacos anticolinérgicos e IACE, determinaron que el 37% de los pacientes en tratamiento con IACE habían tomado previamente fármacos con efectos anticolinérgico, con una media de 4 meses de tratamiento y en el 25% de los casos, durante más de un año.

Por esta relación causa-efecto ampliamente demostrada en la bibliografía, autores como *Campbell et al (2009)*, declaran que pacientes en tratamiento con anticolinérgicos y una valoración del estado cognitivo de un paciente mediante un Mini-Mental State Examination (MMSE), Tabla 3, con atisbos de demencia o deterioro cognitivo leve, obligaría a suspender o sustituir estos fármacos por otros con menor efecto anticolinérgico y realizar una nueva valoración al cabo de 3 meses. Respecto a la relación entre efecto anticolinérgico y la puntuación del MMSE, se ha observado que está más patente cuando el MMSE es mayor de 26 (rendimiento cognitivo basal normal), menos entre 22-25 puntos (deterioro cognitivo leve) y no se percibió con 21 puntos o menos (deterioro cognitivo moderado-severo).

*Lu et al (2003)*, en un estudio de 2 años realizado de pacientes con Alzheimer y en tratamiento con donepezilo, concluyeron que existía una disminución significativa en las puntuaciones del MMSE en el grupo tratado con fármacos anticolinérgicos, con una pérdida media de 3 puntos en los pacientes sin fármacos anticolinérgicos y de 7 en los pacientes con consumo de estos fármacos.

ApoE  $\epsilon$ 4 como factor de riesgo en el deterioro cognitivo de anticolinérgicos

El alelo  $\epsilon$ 4 de la apolipoproteína E (ApoE) codifica una proteína que participa en la modulación y agregación del péptido amiloide beta y regula el metabolismo lipídico a nivel cerebral y la función sináptica. Por esta razón, el alelo ApoE  $\epsilon$ 4 se relaciona como factor genético influyente en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer.

En la actualidad existen investigaciones publicadas sobre la influencia del alelo ApoE  $\epsilon$ 4 en la predisposición a sufrir demencia. Así, el estudio de *Pomara et al (2004)* realizado en pacientes ancianos dilucidó una mayor alteración en la memoria tardía en aquellos pacientes en tratamiento con trihexifenidilo y portadores de ApoE  $\epsilon$ 4.

### Discusión/Conclusiones

Los clínicos deben considerar los efectos anticolinérgicos adversos de los pacientes, especialmente en pacientes de edad avanzada donde es más frecuente la polifarmacia y una reducción del rendimiento cognitivo. Los efectos de los fármacos anticolinérgicos en el estado cognitivo de los pacientes, podría estar asociado al efecto acumulativo de varios medicamentos con modesta actividad antimuscarínica. Así, según criterios de adecuación de la prescripción en geriatría como los criterios de Beers o STOPP/START recomiendan reducir el uso de los medicamentos con efectos anticolinérgicos

que no tienen una indicación basada en la evidencia clara o que impliquen un riesgo considerable de efectos adversos en el paciente en cuestión.

Así, la evaluación de la carga anticolinérgica, con el empleo de escalas como la ARS como la ACB, debería considerarse una estrategia adicional importante para la optimización y adecuación de la polifarmacia.

Según estudios publicados 14 de los 25 fármacos más dispensados en la población anciana tiene acción anticolinérgica a pesar de estar considerados fármacos de prescripción inapropiada en geriatría. Por ello, se debería controlar su uso, limitándolo a casos sin alternativa terapéutica, a la mínima dosis eficaz y con la necesidad de un seguimiento farmacoterapéutico que minimice el riesgo de efectos adversos.

## Referencias

Bartus, R. T., Dean, R. L., Beer, B., & Lippa, A. S. (1982). The cholinergic hypothesis of geriatric memory dysfunction. *Science*, 217(4558), 408-414.

Bhattacharya, R., Chatterjee, S., Carnahan, R. M., & Aparasu, R. R. (2011). Prevalence and predictors of anticholinergic agents in elderly outpatients with dementia. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 9(6), 434-441.

Blazer, D. G., Federspiel, C. F., Ray, W. A., & Schaffner, W. (1983). The risk of anticholinergic toxicity in the elderly: a study of prescribing practices in two populations. *Journal of Gerontology*, 38(1), 31-35.

Boudreau, D. M., Yu, O., Gray, S. L., Raebel, M. A., Johnson, J., & Larson, E. B. (2011). Concomitant use of cholinesterase inhibitors and anticholinergics: prevalence and outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2069-2076.

Campanelli, C. M. (2012). American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616.

Campbell, N., Boustani, M., Limbil, T., Ott, C., Fox, C., Maidment, I., ... & Gulati, R. (2009). The cognitive impact of anticholinergics: a clinical review. *Clinical Interventions in Aging*, 4, 225.

Florez, J., Armijo, J. A., & Mediavilla, A. (2008). Farmacología humana. 5ª. Edición, Editorial Masson, Barcelona.

Fuentes, P., & Webar, J. (2013). Prescripción de fármacos en el adulto mayor. *Medwave*, 13(04).

Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J., & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). *Consensus validation. International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, 46(2), 72-83.

Holt, S., Schmiedl, S., & Thürmann, P. A. (2010). Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(31-32), 543.

Hulme, E. C., Birdsall, N. J. M., & Buckley, N. J. (1990). Muscarinic receptor subtypes. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 30(1), 633-673.

Jessen, F., Kaduszkiewicz, H., Daerr, M., Bickel, H., Pentzek, M., Riedel-Heller, S., ... & Maier, W. (2010). Anticholinergic drug use and risk for dementia: target for dementia prevention. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 260(2), 111-115.

López-Álvarez, J., Sevilla, M. A. Z., Ortiz, L. A., Blázquez, M. Á. F., Soler, M. V., & Martínez-Martín, P. (2014). Efecto de los fármacos anticolinérgicos en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Lu, C. J., & Tune, L. E. (2003). Chronic exposure to anticholinergic medications adversely affects the course of Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry*, 11(4), 458-461.

Lu, W. H., Wen, Y. W., Chen, L. K., & Hsiao, F. Y. (2015). Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 187(4), E130-E137.

Moore, A. R., & O'Keefe, S. T. (1999). Drug-induced cognitive impairment in the elderly. *Drugs & aging*, 15(1), 15-28.

Pitkala, K. H., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2002). Inappropriate drug prescribing in home-dwelling, elderly patients: a population-based survey. *Archives of Internal Medicine*, 162(15), 1707-1712.



Pomara, N., Willoughby, L. M., Wesnes, K., & Sidtis, J. J. (2004). Increased anticholinergic challenge-induced memory impairment associated with the APOE-epsilon4 allele in the elderly: a controlled pilot study. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 29(2), 403-409.

Roe, C. M., Anderson, M. J., & Spivack, B. (2002). Use of anticholinergic medications by older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5), 836-842.

Rudolph, J. L., Salow, M. J., Angelini, M. C., & McGlinchey, R. E. (2008). The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 168(5), 508-513.

Wawruch, M., Macugova, A., Kostkova, L., Luha, J., Dukat, A., Murin, J., & Kuzelova, M. (2012). The use of medications with anticholinergic properties and risk factors for their use in hospitalised elderly patients. *Pharmacoeconomics and drug safety*, 21(2), 170-176.

## CAPÍTULO 58

### Abordaje terapéutico de la demencia

Carlos Núñez Ortiz, Myriam Gallego Galisteo, y Eloisa Márquez Fernández  
*AGS Campo Gibraltar (España)*

La demencia es una enfermedad degenerativa, que afecta al estado cognitivo y cuya incidencia aumenta proporcionalmente con la edad. Actualmente se considera un problema de salud pública que afecta, a nivel mundial, tanto a países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo (Larson, 2008). En España, la prevalencia de la demencia en el año 2013 fue de unos 600.000 casos, asociándose el 67% de los casos a la Enfermedad de Alzheimer (EA) y relacionando el 33% restante con otros tipos de demencia, especialmente a las de origen vascular (Pedro-Cuesta, 2009). A nivel mundial se estima que la cifra total de afectados puede llegar a alcanzar los 81 millones en el año 2040 (Ferri, 2006).

La demencia en general y la EA y enfermedad vascular cerebral en particular, se manifiesta habitualmente de forma lenta pero progresiva, siendo la velocidad de la progresión dependiente de cada paciente. Esta enfermedad altera el rendimiento cognitivo de la persona afectada, llegando a provocar la discapacidad crónica del enfermo.

La supervivencia en el caso de la EA ha sido el objetivo de numerosos estudios publicados. Entre los datos encontrados se refleja que la esperanza de vida de los enfermos pueden oscilar entre 3 y 12 años desde su diagnóstico, siendo la supervivencia global inversamente proporcional a la edad (Ganguli, 2005) y resultando mayor en mujeres que en hombres (Doody, 2004; Larson, 2004).

La variabilidad interindividual del deterioro cognitivo en pacientes con demencia, genera preguntas tanto sobre su etiopatogenia y fases de progresión como sobre los cuidados y terapias farmacológicas más idóneas.

La acumulación y agregación a nivel cerebral de placas beta-amiloides y ovillos neurofibrilares por proteínas tau ( $\tau$ ) se identifican como biomarcadores de la EA y como responsables de una disminución del lóbulo temporal y una disfunción de la sinapsis entre las células neuronales afectadas (Serrano-Pozo; 2011).

Las fases de la EA se desarrollan en tres periodos diferentes pero consecutivos (Croisile, 2012). En un primer momento ocurre un periodo preclínico, donde el paciente sufre los primeros cambios neurofisiológicos sin evidencia de sintomatología. Seguidamente, se desarrolla un deterioro cognitivo leve, donde surgen las primeras manifestaciones de la enfermedad. Y en tercer lugar, la enfermedad progresa hasta la fase de demencia progresiva de leve a avanzada, donde la capacidad cognitiva del paciente se va mermando progresivamente hasta llegar a alcanzar una situación terminal de dependencia total.

Hasta la fecha, el tratamiento de la EA estaba centrado principalmente en el control de los síntomas neuropsiquiátricos (delirios, alucinaciones, ansiedad, depresión, insomnio, etc.), incluyendo antidepresivos y neurolépticos, además de los fármacos específicos como inhibidores del receptor acetilcolinesterasa y moduladores del receptor N-metil-D-aspartato.

Sin embargo, no son pocas las publicaciones que actualmente dirigen el propósito de la terapia hacia la causa, es decir, las investigaciones más recientes analizan el uso de anticuerpos anti-beta-amiloide con el fin de controlar la aparición de la enfermedad (Mandler, 2015).

De igual modo, se están realizando numerosas investigaciones sobre la terapia farmacológica de la EA, dónde se muestra gran interés en el análisis de la idoneidad en base al estado cognitivo del paciente y el grado de progresión de la enfermedad (Rodríguez, 2011).

De esta manera, dado que el abordaje terapéutico de la EA está en continua revisión y evolución por las recientes investigaciones realizadas, el objetivo del presente trabajo pretende revisar la evidencia científica más actual de la farmacoterapia y establecer las recomendaciones más consensuadas sobre su instauración y retirada.

### **Método**

Se realizó una búsqueda bibliográfica de forma sistemática de los artículos publicados hasta Enero de 2015, utilizando las bases de datos referenciales *Medline*, *Embase*, *IME*, *Lilacs* y *Pubmed* de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se utilizaron como descriptores de búsqueda los siguientes términos: “dementia”, “elderly”, “management”, “alzheimer”, “treatment”, “vaccine”, “acetylcholinesterase”.

### **Resultados**

De la revisión bibliográfica realizada se desprende que las medidas terapéuticas en la demencia dependen del estado cognitivo, conductual y funcional del paciente y por tanto, del estadio de la enfermedad. Por ello, respecto a la terapia farmacológica será necesario evaluar de forma individual la idoneidad de la terapia valorando la relación beneficio/riesgo.

#### *Abordaje terapéutico en la EA:*

El objetivo del abordaje integral en la demencia es retrasar la evolución de la enfermedad, reducir los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (depresión, agitación, ansiedad y problemas de comportamiento principalmente) y mejorar la calidad de vida del paciente y cuidador. Por ello, podemos decir que el tratamiento disponible en la actualidad pretende controlar los síntomas de la enfermedad sin interferir en la causa que la provoca.

El tratamiento de estos síntomas incluye tanto terapias no farmacológicas como farmacológicas. Las terapias no farmacológicas se basan en cuidados orientados a la estimulación cognitiva del paciente (actividades para el refuerzo de la memoria y la orientación entre otros), detección y control de factores determinantes de alteraciones en la conducta y educación al profesional sanitario y cuidador para el afrontamiento de estos síntomas (Olazarán, 2012).

Respectos a la terapia farmacológica, el control de los síntomas conductuales de la EA es el objetivo del tratamiento farmacológico específico. Ejemplos de estos síntomas suelen ser alteraciones del sueño, agresividad o hiperactividad motora.

Como tratamiento específico de la EA se dispone, en la actualidad, de los inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) entre los que se encuentran tres fármacos: Donepezilo, Galantamina y Rivastigmina. Éstos son fármacos colinérgicos que actúan inhibiendo la degradación de la acetilcolina y están indicados en las fases iniciales de la EA o con deterioro leve o moderado. El déficit colinérgico se asocia con alteraciones de la atención y la memoria de los pacientes. La guía de práctica clínica Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) recomienda el uso de los IACE en caso de síntomas conductuales con un grado de recomendación A según nivel de evidencia.

Como antagonista no competitivo y modulador del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) encontramos en nuestro vademécum la memantina. Este fármaco reduce la neurotoxicidad resultante de la sobreestimulación por el glutamato, implicado en la EA. Está indicado en monoterapia o asociado a inhibidores de la colinesterasa (IACE) en las fases moderadas y graves, siendo avalado su uso según la guía SIGN con un grado de recomendación B en pacientes en los que no ha resultado eficaz el uso de IACE en monoterapia para el control de síntomas cognitivos y funcionales.

*Nuevas estrategias terapéuticas en la EA:*

Una nueva diana terapéutica en investigación es la de los fármacos agonistas de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Este grupo terapéutico pretende controlar la hiperactividad y esquizofrenia de los pacientes con demencia, aunque aún no se ha demostrado sus efectos beneficiosos y se analiza su posicionamiento como tratamiento paliativo en terapias combinadas.

Como ya hemos dicho previamente, la farmacología disponible hasta ahora es únicamente sintomática, es decir, no ha conseguido controlar la causa ni mejorar la esperanza de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. Por ello, conociendo la implicación de los péptidos beta-amiloides a nivel cerebral, en la actualidad se están realizando numerosos ensayos clínicos con fármacos dirigidos a la patogenia de la EA. Así, se conoce que el aumento de los péptidos beta-amiloides son responsables de su agregación y formación de placas en el cerebro, siendo la inhibición de esta sobreproducción la principal diana de la farmacológica actualmente estudiada.

Como inhibidores de la agregación de los péptidos beta-amiloides encontramos fármacos como el tramiprosato, el único hasta la fecha comercializado no como antidemencia sino como complemento alimenticio por sus resultados contradictorios en la evidencia científica. Este grupo farmacológico interfiere directamente en la formación de placas amiloides aunque se ha visto un fomento de la agregación inadecuada de la proteína tau ( $\tau$ ) (Caltagirone, 2012).

Los inhibidores de la beta-secretasa y activación de la alfa-secretasa cuenta con fármacos actualmente en las primeras fases de estudio que pretenden desviar la vía amiloidogénica en no amiloidogénica (Yan, 2014; Vellas, 2011), al igual que los moduladores (semagacestat) e inhibidores (teranflurbil/MPC-7869) de la gamma-secretasa que se encuentran en una fase más avanzada de investigación pero que han mostrado resultados contradictorios con reducción de un subtipo de péptido beta-amiloide pero aumentado la concentración de otros (Xia, 2014).

Los péptidos miméticos de apolipoproteínas disminuyen la concentración de colesterol, favorece el aclaramiento de lipoproteínas de baja densidad (VLDL y LDL) y se estudia actualmente su implicación en el control de la formación de placas amiloides.

Respecto, a las nuevas terapias inmunológicas como medida de prevención primaria de la EA, hemos obtenido tras una búsqueda en las bases de datos referenciales, 55 citas bibliográficas publicadas desde el año 2013 hasta la fecha.

Esta inmunoterapia o vacunación puede ser activa, en el caso de fármacos que promueven la respuesta inmunológica del propio paciente tratado, o pasiva en el caso de terapias directamente con anticuerpos que actúan sobre la diana terapéutica de los péptidos beta-amiloides.

La inmunoterapia activa estudiada se basa en péptidos beta-amiloides sintéticos como antígenos acompañados de inmunoestimulantes como coadyuvantes que inducen a la generación de anticuerpos anti-beta-amiloide y que alteran los componentes fundamentales de la neuropatología de la EA (Schenk, 1999).

La inmunoterapia pasiva se basa en anticuerpos monoclonales recombinantes dirigidos a provocar una reacción inmunológica frente a los péptidos beta-amiloides. Actualmente moléculas como bapenezumab, gantenerumab, solanezumab/LY2062430, crenezumab/MABT5102A y Ponezumab/PF-04360365RN1219 se están estudiando con resultados en algún caso contradictorios y no concluyentes.

Por tanto, las nuevas líneas terapéuticas en la EA aun no han mostrado resultados favorables para la prevención y control de la enfermedad y serán necesarios nuevos estudios que avalen su posicionamiento terapéutico.

*Idoneidad, instauración y retirada de la farmacología de la EA:*

Las guías de práctica clínica abogan por una detección precoz de la EA para un inicio de tratamiento en fases tempranas y con garantía de mayor eficacia. Por ello, establecer el tratamiento más adecuado requiere determinar el estadio concreto de la progresión de la enfermedad. Para ello, se utilizan escalas

funcionales (Barthel), así como globales de deterioro cognitivo (Clinical Dementia Rating, CDR; Global Deterioration Scale, GDS) y psicométricas (Mini-Mental State Examination, MMSE)

De igual forma, para la instauración del tratamiento también será necesario detectar y analizar los tipos de síntomas que presentan el paciente porque como ya hemos comentado anteriormente, en la actualidad solo están disponibles terapias sintomáticas y no etiológicas. Por otra parte, es importante valorar el origen de los mismos y descartar un origen iatrogénico que desemboque en una cascada terapéutica con efectos secundarios evitables.

Respecto a la dosificación de la terapia de la EA, se recomienda emplear las dosis eficaces y seguras más altas posibles mediante un proceso de escalada con el objetivo de conseguir los mejores beneficios terapéuticos posibles y mantener durante más tiempo la capacidad funcional del paciente (Davis, 1999).

En el caso de pacientes frágiles con mayor susceptibilidad a sufrir los efectos secundarios del tratamiento, la dosificación se recomienda de una forma más gradual y controlada.

La ausencia de estudios experimentales a largo plazo explica la teoría de que el tratamiento con IACE mantiene su eficacia con una duración de un año aproximadamente y la recomendación de evaluar su retirada por posible ausencia de beneficios terapéuticos.

Sin embargo, existen estudios observacionales a largo plazo que defienden mantener la terapia por un control sostenido de los síntomas, irrecuperable en caso de interrupción (Doddy, 2001). Del mismo modo, otros estudios apuntan un retraso en la institucionalización del enfermo en pacientes tratados con IACE (López, 2002) y moduladores del receptores NMDA, llegando a afirmar otros autores que la retirada del tratamiento podría empeorar el estado cognitivo y conductual del paciente (Daiello, 2009). Por el contrario, numerosos estudios apoyan la retirada del tratamiento en caso de sospecha de ineficacia, pudiéndose superar los riesgos de efectos secundarios a los beneficios terapéuticos (Kim, 2011).

Ante la controversia por la idoneidad de mantener el tratamiento específico de la EA, en 2011 se encuestaron a 49 expertos canadienses en demencia, de los cuales respondieron 29. En este estudio se concluyó que el 93% de los mismos no retiraría la terapia por institucionalización del paciente y el 96% tampoco lo retiraría a pesar de un año de tratamiento ante la ausencia de estudios experimentales a largo plazo. Respecto a la retirada según tolerancia y efectos secundarios del tratamiento específico, se concluyó que el 95% suspendería el tratamiento específico en caso de diarrea, el 85% en caso de náuseas o vómitos, el 65% en caso de estadio 7 de la escala de deterioro cognitivo GDS, el 62% en caso de disfagia, el 55% en caso de pérdida de peso o anorexia y el 54% en caso de síncope no justificado (Hermann, 2011).

En caso de retirada del tratamiento específico, de igual forma que la instauración, se recomienda que se realice de forma escalonada con el objetivo de minimizar los efectos secundarios de una retirada brusca.

El Grupo de Trabajo de Demencia de la Sociedad Catalana de Geriátrica (Rodríguez, 2011) estableció una serie de recomendaciones para una retirada adecuada y segura:

1. Debe procederse en casos de fase terminal de demencia.
2. Requiere una valoración integral del paciente.
3. Debe ser consensuada con el propio paciente y la familia/cuidadores.
4. Debe ser escalonada para minimizar efectos adversos.
5. No debe llevarse a cabo por:
  - a. El resultado descontextualizado del test de cribado de demencia Mini Mental State Examination (MMSE).
  - b. La institucionalización.
  - c. La edad.
  - d. Coste de la terapia.

### Discusión/Conclusiones

La alta prevalencia de la EA y el incremento que se espera en los próximos años, hace necesario mantener activa la investigación en nuevas líneas terapéuticas que permitan un abordaje integral de la enfermedad. Así, los fármacos comercializados hasta ahora permiten tratar los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad pero sin intervenir en sus factores predisponentes.

Actualmente, el tratamiento específico de la EA está constituido por los inhibidores de la colinesterasa (IACE) y moduladores del receptor NMDA que interviene en las vías colinérgicas y glutaminérgicas, previniendo la degradación de acetilcolina y la neurotoxicidad del glutamato generado, respectivamente.

Existen nuevas dianas terapéuticas en investigación orientadas a la búsqueda de un tratamiento efectivo contra el Alzheimer, así se estudian dianas como el receptor nicotínico de acetilcolina, secretasas y péptidos miméticos de apolipoproteínas con resultados contradictorios hasta la fecha.

Sin embargo, el giro en el abordaje terapéutico de la EA parece depender de las terapias inmunológicas activas y pasivas. Estas terapias, aun sin resultados concluyentes, pretenden atacar el origen e impedir el desarrollo de las placas amiloides y ovillos neurofibrilares responsables de la enfermedad.

Respecto a la idoneidad, instauración y retirada del tratamiento específico de la EA, se recomienda valorar la relación beneficio/riesgo de forma individualizada. De esta forma, la dosificación y escalada terapéutica dependerá de la susceptibilidad y tolerancia del propio paciente.

Algunos estudios referenciados analizaban hasta cuando debían mantenerse estos tratamientos, mostrando resultados, en muchas ocasiones, contradictorios por la ausencia de investigaciones experimentales a largo plazo.

Por ello, concluimos que establecer unos criterios consensuados para la instauración y retirada del tratamiento específico entre profesionales sanitarios, paciente y cuidador, favorecerá la adecuación de su prescripción basado en evidencias de eficacia y seguridad.

### Referencias

- Caltagirone, C., Ferrannini, L., Marchionni, N., Nappi, G., Scapagnini, G., & Trabucchi, M. (2012). The potential protective effect of tramiprosate (homotaurine) against Alzheimer's disease: a review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(6), 580-587.
- Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M. (2012). Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer: stades précliniques, mild cognitive impairment et démence. *Revue Neurologique*, 168(6), 471-482.
- Daiello, L. A., Ott, B. R., Lapane, K. L., Reinert, S. E., Machan, J. T., & Dore, D. D. (2009). Effect of discontinuing cholinesterase inhibitor therapy on behavioral and mood symptoms in nursing home patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 7(2), 74-83.
- Davis, K. L., Mohs, R. C., Marin, D., Purohit, D. P., Perl, D. P., Lantz, M., ... & Haroutunian, V. (1999). Cholinergic markers in elderly patients with early signs of Alzheimer disease. *Jama*, 281(15), 1401-1406.
- de Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... & del Barrio, J. L. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology*, 9(1), 55.
- Doody, R. S., Geldmacher, D. S., Gordon, B., Perdomo, C. A., & Pratt, R. D. (2001). Open-label, multicenter, phase 3 extension study of the safety and efficacy of donepezil in patients with Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 58(3), 427-433.
- Doody, R., Pavlik, V., Massman, P., Kenan, M., Yeh, S., Powell, S., ... & Chan, W. (2004). Changing patient characteristics and survival experience in an Alzheimer's center patient cohort. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20(2-3), 198-208.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... & Sczufca, M. (2006). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.

- Ganguli, M., Dodge, H. H., Shen, C., Pandav, R. S., & DeKosky, S. T. (2005). Alzheimer disease and mortality: a 15-year epidemiological study. *Archives of Neurology*, 62(5), 779-784.
- Herrmann, N., Black, S. E., Li, A., & Lanctôt, K. L. (2011). Discontinuing cholinesterase inhibitors: results of a survey of Canadian dementia experts. *International Psychogeriatrics*, 23(04), 539-545.
- Larson, E. B., & Langa, K. M. (2008). The rising tide of dementia worldwide. *The Lancet*, 372(9637), 430-432.
- Larson, E. B., Shadlen, M. F., Wang, L., McCormick, W. C., Bowen, J. D., Teri, L., & Kukull, W. A. (2004). Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 501-509.
- Lopez, O. L., Becker, J. T., Wisniewski, S., Saxton, J., Kaufer, D. I., & DeKosky, S. T. (2002). Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(3), 310-314.
- Morris, J.C. (1993) The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-4
- Olazarán, J., Agüera-Ortiz, L.F., & Muñoz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55, 598-608.
- Parsons, C., Hughes, C., McGuinness, B., & Passmore, P. (2011). *Withdrawal or continuation of cholinesterase inhibitors and/or memantine in patients with dementia*. The Cochrane Library.
- Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., & Cubí, D. (2011). [Pharmacological treatment of dementia: when, how and for how long. Recommendations of the Working Group on Dementia of the Catalan Society of Geriatrics and Gerontology]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(5), 228-233.
- Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., & Cubí, D. (2011). Pharmacological treatment of dementia: when, how and for how long. Recommendations of the Working Group on Dementia of the Catalan Society of Geriatrics and Gerontology. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(5), 228-233.
- Schenk, D., Barbour, R., Dunn, W., Gordon, G., Grajeda, H., Guido, T., ... & Seubert, P. (1999). Immunization with amyloid- $\beta$  attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. *Nature*, 400(6740), 173-177.
- Serrano-Pozo, A., Frosch, M. P., Masliah, E., & Hyman, B. T. (2011). Neuropathological alterations in Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 1(1), a006189.
- Vellas, B., Sol, O., J Snyder, P., Ousset, P. J., Haddad, R., Maurin, M., ... & P Pando, M. (2011). EHT0202 in Alzheimer's disease: a 3-month, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Current Alzheimer Research*, 8(2), 203-212.
- Xia, W., Wong, S. T., Hanlon, E., & Morin, P. (2012).  $\gamma$ -Secretase modulator in Alzheimer's disease: shifting the end. *Journal of Alzheimer's Disease*, 31(4), 685-696.
- Yan, R., & Vassar, R. (2014). Targeting the  $\beta$  secretase BACE1 for Alzheimer's disease therapy. *The Lancet Neurology*, 13(3), 319-329.

## CAPÍTULO 59

### **Beneficios de la estimulación cognitiva en la demencia: Revisión sistemática**

M<sup>a</sup> del Carmen Heredia Mayordomo, Begoña Lorenzo Guerrero, y Catalina M<sup>a</sup> Egea Parra  
*Hospital La Inmaculada (España)*

La estimulación cognitiva adquiere especial importancia debido a la alta prevalencia que presenta la demencia en la población mundial de 60 años o más. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año aparecen 7.7 millones de casos nuevos. Esta misma organización define la demencia como una "enfermedad crónica y progresiva que deteriora la función cognitiva, afectando a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Todo esto acompañado por un deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación". La demencia no sólo afecta a la capacidad cognitiva, sino que también produce una afectación a nivel funcional, en la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (Alguazas et al., 2014; Treiber et al., 2011; Benke et al., 2013) y en las relaciones interpersonales (Monsalve y Rozo, 2009), por tanto, esta enfermedad constituye una causa importante de discapacidad en los adultos mayores, que afecta a la calidad de vida de quien la padece y a la de sus cuidadores.

Podemos definir la estimulación cognitiva o psicoestimulación como el conjunto de intervenciones no farmacológicas, que pueden ser llevadas a cabo de forma individual o grupal, dirigidas a fomentar o rehabilitar las funciones cognitivas, funcionales y sociales que aún están preservadas en los pacientes con demencia. Estas intervenciones tienen además el objetivo de enlentecer el proceso de deterioro que caracteriza a esta enfermedad (Martínez, 2002). La estimulación cognitiva asienta sus bases en el proceso de neuroplasticidad. Según algunos estudios (Monsalve y Rozo, 2009; Cavallo et al., 2013; Hall, Orrell, Stott y Spector, 2013) se ha demostrado que las personas con demencia son capaces de aprender nuevas habilidades y conocimientos.

Los profesionales de enfermería, por las características propias de sus funciones asistenciales, tienen un contacto continuo y directo con los pacientes y sus familiares o cuidadores. Esta situación nos coloca como excelentes candidatos, dentro del equipo multidisciplinar, para ser conductores de las sesiones de psicoestimulación, tras una formación adecuada (Martínez, 2002). Estas sesiones pueden llevarse a cabo en pacientes internados en residencias o como parte de las actividades que se realizan de forma ambulatoria en los centros de día. Los programas de estimulación cognitiva se aplican como complemento del tratamiento farmacológico.

#### **Objetivo**

Conocer los beneficios que aportan las intervenciones de psicoestimulación cognitiva que se aplican como parte del tratamiento terapéutico y rehabilitador de los enfermos que padecen algún tipo de demencia.

#### **Metodología**

Para dar respuesta a nuestro objetivo se realizó una búsqueda bibliográfica a través de la biblioteca virtual en salud, utilizando los siguientes descriptores de ciencias de la salud (DeCS): "anciano", "cognición", "demencia", "rehabilitación" y "anciano de 80 ó más años". De la primera búsqueda se obtuvieron un total de 329 resultados, 3 de ellos correspondientes a la base de datos LILAC y 326 a MEDLINE. Tras una revisión inicial de los artículos sólo 13 fueron incluidos, al cumplir los criterios de inclusión.



Los criterios de inclusión establecidos para esta revisión fueron que los artículos estuvieran escritos en inglés o en español, que el año de publicación no fuese posterior al 2008, para garantizar la mayor evidencia científica en este tema, y que los estudios reflejaran únicamente los tratamientos con intervenciones de estimulación cognitiva aplicados a los enfermos con demencia, excluyéndose los estudios de tratamientos farmacológicos. En la tabla 1 se expone un resumen de los artículos incluidos en esta revisión.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión

Artículo	Autores	Año
1 Lower mortality rate in people with dementia is associated with better cognitive and functional performance in an outpatient cohort	Verdan et al.	2014
2 Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación	Monsalve y Rozo	2009
3 Working memory intervention programs for adults: a systematic review	Netto et al.	2010
4 Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease	Arcoverde et al.	2008
5 Feasibility and efficacy of intensive cognitive training in early-stage Alzheimer's disease.	Kanaan et al.	2014
6 Feasibility and efficacy of cognitive telerehabilitation in early Alzheimer's disease: a pilot study.	Jelcic et al.	2014
7 "Keep up the good work"! A case study of the effects of a specific cognitive training in Alzheimer's disease.	Cavallo et al.	2013
8 Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change.	Hall, Orrell y Stott.	2013
9 Cognitive intervention response is related to habitual physical activity in older adults.	Thiel et al.	2012
10 Cognitive stimulation and cognitive and functional decline in Alzheimer's disease: the cache county dementia progression study.	Treiber et al.	2011
11 A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial.	Serrani	2012
12 Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan.	Toba et al.	2014
13 Cognition, gender, and functional abilities in Alzheimer's disease: how are they related?	Benke et al.	2013

### Resultados/Estado de la cuestión

Como se ha apuntado anteriormente, la demencia afecta a la capacidad funcional de las personas que la padecen. Los dominios cognitivos necesarios para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) son, principalmente, la memoria, el cálculo, el conocimiento conceptual y las funciones ejecutivas, por tanto, al aumentar el deterioro cognitivo se disminuye significativamente la realización de las AVD, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. Además del deterioro de la función cognitiva existen otros factores que pueden predecir la dependencia funcional en la demencia leve o moderada. Estos factores son la edad avanzada, la duración de la enfermedad y la depresión (Benke et al., 2013). Los estudios revisados constatan que el deterioro cognitivo y funcional que padecen las personas con demencia se relaciona positivamente con el riesgo de muerte (Verdan et al., 2014). Del mismo modo se puede afirmar que cuanto mayor es la independencia de estos enfermos, menor es la carga y el estrés que

padecen sus cuidadores y como consecuencia menor es la demanda de institucionalización (Arcoverde et al., 2008).

La reserva cognitiva es un concepto que hace referencia al nivel educativo, laboral y socioeconómico que se ha adquirido a lo largo de la vida. Este concepto se ha asociado tradicionalmente como un factor protector de los trastornos demenciales y en la enfermedad de Alzheimer, concretamente, se ha observado que los individuos que poseen mayor reserva cognitiva se adaptan mejor al avance de la enfermedad, retrasando así la expresión clínica de la demencia. Los estudios confirman que la práctica de actividades cognitivamente estimulantes en la tercera edad mantienen o aumentan la reserva cognitiva. (Verdan et al., 2014; Treiber et al., 2011).

Son varios los estudios que identifican como otro factor protector en el mantenimiento de la función cognitiva la práctica de ejercicio físico. Aunque son pocos los estudios que asocian conjuntamente la estimulación física y la cognitiva en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, podemos decir que la estimulación física junto a la estimulación cognitiva disminuyen tanto el deterioro cognitivo como el funcional, ya que aumentan la independencia de estos enfermos para la realización de las AVD y ayudan a reducir el ritmo de deterioro (Arcoverde et al., 2008). Las personas que son más activa físicamente obtienen mayores beneficios de la estimulación cognitiva que los más sedentarios (Thiel et al., 2012, Serrani, 2012).

Los pacientes sienten grandes niveles de ansiedad e irritabilidad en los estadios iniciales de la demencia, provocados como consecuencia de las incoherencias en el lenguaje, la pérdida de algunas capacidades cognitivas y la necesidad de ser ayudados para realizar ciertas actividades. En este momento es donde más necesarias se hacen las intervenciones específicas sobre dominios cognitivos, para intentar frenar el avance del deterioro progresivo propio de esta enfermedad, promover la autonomía de estas personas y aumentar su calidad de vida (Monsalve y Rozo, 2009). Las terapias de estimulación cognitiva producen una mejora en la calidad de vida como consecuencia de la mejora de la función cognitiva, sobre todo por el aumento de la función de la memoria y la promoción del lenguaje, que mejoran la comunicación con estos pacientes (Hall et al., 2013). Las sesiones de reminiscencia, por ejemplo, ayudan a promover la auto-aceptación y mejoran la salud psicológica y el bienestar. Cuando los pacientes narran sus historias pasadas se activan las habilidades sociales que aún conservan, reforzando de esta manera la propia imagen y manteniendo así la confianza que tantas veces se ha visto debilitada por la propia progresión de la demencia (Serrani, 2012).

Por otro lado, se ha demostrado la eficacia de los programas de rehabilitación cognitiva en los pacientes con demencia. Estas intervenciones producen una mejora significativa de las capacidades cognitivas, emocionales y psicosociales y de las anomalías del comportamiento (Netto et al., 2010; Toba et al., 2014). El aumento del deterioro cognitivo y de los síntomas conductuales y psicológicos en los enfermos con demencia, se asocia con una mayor demanda de servicios asistenciales (Toba et al., 2014). En el estudio realizado por Jelcic et al. (2014) se aplican las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a la rehabilitación cognitiva de los ancianos con deterioro cognitivo neurodegenerativo. A través de la tele-rehabilitación se obtienen beneficios en el rendimiento cognitivo global, aunque el mismo estudio demuestra que son más eficientes las intervenciones tradicionales o llevadas a cabo cara a cara.

Los estudios revisados han demostrado que la participación en actividades cognitivamente estimulantes enlentecen el proceso de deterioro, pero para que estas actividades sean efectivas es necesario un mínimo de compromiso, es decir, cuanto mayor es el nivel de participación mayor será el beneficio obtenido. Esta asociación solo es evidente en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. Los mismos autores señalan que conforme avanza la enfermedad la participación en este tipo de actividades es menor (Treiber et al., 2011).

Tres de los estudios incluidos en esta revisión hacen una valoración sobre el tiempo de permanencia de los beneficios obtenidos tras las intervenciones de psicoestimulación. Kanaan et al., (2014) afirman

que los resultados se mantuvieron entre 2 y 4 meses después, apreciándose una mejora en los dominios que fueron practicados en las sesiones e incluso en otros dominios cognitivos no practicados. Jelcic et al. (2014) hablan de que los beneficios en la función cognitiva global se mantuvieron 6 meses tras la finalización del tratamiento. Y por último, Cavallo et al. (2013) demostraron que los enfermos con Alzheimer a los que se les realizó la intervención fueron capaces de retener los conocimientos durante tres meses desde su finalización.

### Discusión/Conclusiones

Hay evidencia científica de que la estimulación cognitiva tiene un efecto positivo en la función cognitiva, la depresión, las actividades de la vida diaria y el comportamiento de los enfermos con demencia, por encima del efecto de cualquier medicamento (Hall et al., 2013), ya que produce una mejora significativa en los dominios de la memoria, la comprensión del lenguaje y la orientación.

La estimulación cognitiva es beneficiosa para las personas con demencia, pero también lo es para sus cuidadores y para los servicios de salud. Al disminuir el proceso de deterioro, se conserva durante más tiempo la autonomía de estos enfermos y se reducen los síntomas psicológicos y conductuales. Esto se traduce en una menor carga para el cuidador y en un beneficio económico para el sistema sanitario, ya que la demanda de asistencia es menor.

Actualmente no existe un tratamiento efectivo que cure la demencia, pero la implantación de programas de estimulación cognitiva junto a sesiones de fisioterapia, para aumentar la actividad física, pueden retrasar los efectos indeseables de esta enfermedad. Incluso con la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se pueden impartir estas sesiones en los domicilios, a través de teleconferencias, para los pacientes con problemas de movilidad física o geográfica.

No hay duda de los beneficios que aportan las intervenciones de estimulación cognitiva a las personas con demencia y a su entorno más cercano, pero para poder lograr estos beneficios se necesita una gran intensidad de entrenamiento y lo cierto es que su permanencia en el tiempo es limitada.

Esta revisión cuenta, además, con algunas limitaciones. El tamaño de las muestras de algunos estudios es pequeño, debido a la complejidad de agrupar a los enfermos con el mismo deterioro cognitivo y funcional, ya que existe una gran variabilidad en la progresión de la enfermedad. Otro problema que hemos encontrado es que no todos los estudios realizan el mismo tipo de intervención, por tanto, podemos decir que la estimulación cognitiva es beneficiosa para los pacientes con demencia, pero no podemos evaluar la efectividad de una intervención específica.

### Referencias

Alguazas, I., Andreo, P., Andreo, F., Blázquez, M.C., Calero, L., and Andreu, A. (2014). *Terapia no farmacológica en el manejo de la conducta del anciano con demencia*. En Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen II (349-352). ASUNIVEP.

Arcoverde, C., Deslandes, A., Rangel, A., Rangel, A., Pavao, R., Nigri, F., Engelhardt, E., and Laks, J. (2008). Role of Physical Activity on the Maintenance of Cognition and Activities of Daily Living in Elderly with Alzheimer's Disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 66(2-B). 323-327.

Benke, T., Delazer, M., Sanin, G., Schmidt, H., Seiler, S., Ransmayr, G., Dal-Bianco, P., Uranüs, M., Marksteiner, J., Leblhuber, F., Kapeller, P., Bancher, C. and Schmidt, R. (2013). Cognition, gender, and functional abilities in Alzheimer's disease: how are they related?. *J Alzheimers Dis*, 35(2). 247-52.

Cavallo, M., Cavanna, AE., Harciarek, M., Johnston, H., Ostacoli, L. and Angilletta, C. (2013). "Keep up the good work"! A case study of the effects of a specific cognitive training in Alzheimer's disease. *Neurocase* 19(6), 542-52.

Hall, L., Orrell, M., Stott, J., and Spector, A. (2013). *Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change*. *Int Psychogeriatr.* 25(3). 479-89.

Jelcic, N., Agostini, M., Meneghello, F., Bussé, C., Parise, S., Galano, A., Tonin, P., Dam, M. and Cagnin, A. (2014). *Feasibility and efficacy of cognitive telerehabilitation in early Alzheimer's disease: a pilot study*. *Clin Interv Aging.* 9. 1605-11.

Kanaan, SF., McDowd, J.M., Colgrove, Y., Burns, J.M., Gajewski, B. and Pohl, P.S. (2014). *Feasibility and efficacy of intensive cognitive training in early-stage Alzheimer's disease*. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 29(2). 150-8.

Martínez, T. (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales (Ed).

Monsalve, A.M. and Rozo, C.M. (2009). *Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38(4), 717-738.

Netto, TM., Greca, DV., Zimmermann, N., Oliveira, C., Fonseca, RP. and Landeira-Fernandez, J. (2010). *Working memory intervention programs for adults: a systematic review*. Dement. Neuropsychol. 4(3):222-231.

Serrani, DJ. (2012). *A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial*. Rev Bras Psiquiatr. 34(4). 422-33.

Thiel, C., Vogt, L., Tesky, V.A., Meroth, L., Jakob, M., Sahlender, S., Pantel, J., and Banzer, W. (2012). *Cognitive intervention response is related to habitual physical activity in older adults*. Aging Clin Exp Res. 24(1). 47-55.

Toba, K., Nacamura, Y., Endo, H., Okochi, J., Tanaka, Y., Inaniwa, C., Takahashi A., Tsunoda N., Higashi, K., Hirai, M., Hirakawa H., Yamada, S., Maki, Y., Yamaguchi T., and Yamaguchi H. (2014). *Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan*. Geriatr Gerontol Int. 14(1). 206-11.

Treiber, K.A., Carlson, M.C., Corcoran, C., Norton, M.C., Breitner, J.C., Piercy, K.W., Deberard, M.S., Stein, D., Foley, B., Welsh-Bohmer, K.A., Frye, A., Lyketsos, C.G. and Tschanz J.T. (2011). *Cognitive stimulation and cognitive and functional decline in Alzheimer's disease: the cache county dementia progression study*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 66(4). 416-25.

Verdan, C., Casarsa, D., Perrou, M.R., Santos, M., Alves de Souza, J., Nascimento, O., Freire Coutinho, E.S. and Laks, J. (2014). *Lower mortality rate in people with dementia is associated with better cognitive and functional performance in an outpatient cohort*. Arq Neuropsiquiatr. 72(4). 278-82.



## CAPÍTULO 60

### Patología asociada en pacientes que padecen Alzheimer: El bruxismo

Darío Pérez Ortiz y María Esther Rodríguez Priego  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

El Alzheimer constituye la enfermedad degenerativa más común y la principal causa de demencia en los países occidentales (Scheltens et al, 1992). Se trata de un mal de etiología desconocida, aunque se barajan varias hipótesis sobre su origen; que se caracteriza por una pérdida de memoria o incapacidad para conservar recuerdos recientes.

La enfermedad comienza con un deterioro cognitivo leve, tiene unos síntomas tempranos que incluyen dificultad para realizar ciertas tareas habituales que requieren pensar, problemas de lenguaje y cambios en la personalidad; evolucionando posteriormente con cambios en el sueño, dificultad para realizar tareas básicas, olvidar hechos cotidianos; y en estadios avanzados ya no pueden comprender el lenguaje, ni reconocer a los familiares ni hacer actividades como comer, vestirse o bañarse (Medline Plus, 2015).

En estos pacientes pueden aparecer patologías concomitantes como el bruxismo, pero el tratamiento se ve afectado por el padecimiento de la enfermedad de Alzheimer y la severidad de ésta, pues afecta a la capacidad de los individuos para colaborar en la resolución del bruxismo (Siqueira, Nóbrega, Teixeira y Siqueira, 2007; Siqueira, Teixeira y Siqueira, 2010). El bruxismo puede aparecer al empeorar el mal de Alzheimer o puede relacionarse con el uso de ciertos fármacos, especialmente aquellos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) (Romanelli, 1996), como son la fluoxetina o la sertralina.

El apretamiento o rechinamiento dental que caracteriza al bruxismo puede ser diurno o nocturno, y puede ser consecuencia del apretamiento o bruxismo por presión o puede conllevar también roce de unas superficies dentales con las antagonistas. En el caso del bruxismo diurno, aparece en pacientes con Alzheimer en estadios avanzados (Kwak, Han, Lee, Yoon, y Suk, 2009), precisamente cuando está más afectada su capacidad para colaborar en la resolución o prevención de esta patología. Se ha determinado que el bruxismo diurno aparece en estos pacientes tras una media de 5'6 años tras el diagnóstico de Alzheimer y tras una media de 7'6 años tras la aparición de los primeros síntomas de Alzheimer (Ku et al, 2008).

El bruxismo puede ir acompañado de patología de la articulación temporomandibular (ATM), dolor, bloqueo de la articulación, subluxaciones y luxaciones. Diversos autores han demostrado que el tratamiento de las patologías orales, y más concretamente, de las patologías de la articulación temporomandibular y mejora el dolor y la calidad de vida de pacientes con bruxismo (De Souza et al, 2014; Rolim TS et al, 2014; Cicciù et al, 2013).

#### **Objetivo**

El objetivo de este trabajo fue determinar qué tratamientos y actuaciones pueden realizarse en un paciente con Alzheimer que además presenta bruxismo.

#### **Metodología**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed/Medline y SciELO, seleccionando artículos publicados en los últimos 15 años sobre el tratamiento del bruxismo y la disfunción de la articulación temporomandibular en personas que padecieran patologías neurológicas degenerativas. Se

seleccionaron artículos fundamentalmente en inglés y español, descartándose aquellos cuyos resúmenes indicaran que se trataba de trabajos en otros idiomas distintos de los mencionados. No obstante, se valoraron artículos anteriores si aportaban clasificaciones o información relevante a los fines del trabajo.

En segundo lugar, después de esta primera selección, se realizó una segunda discriminación tras la lectura de los resúmenes de los trabajos encontrados, descartando aquellos que no resultaban interesantes a los fines de este trabajo. Se revisaron los artículos, seleccionando finalmente aquellos estudios que versaran sobre el tratamiento de bruxismo con terapias de eficacia demostrada.

Además, se buscaron guías clínicas o revisiones de la literatura que trataran, aunque fuera brevemente, la patología articular y el apretamiento y rechimiento dental en ancianos con Alzheimer, y su posible tratamiento etiológico, terapias y fármacos a aplicar e incluso tratamiento paliativo en casos severos.

Aunque existen diversas pautas y clasificaciones del tratamiento de la patología de la articulación temporomandibular y el bruxismo en la población general, se decidió dividir el tratamiento en tratamiento farmacológico y no farmacológico. Dentro del tratamiento farmacológico, se seleccionaron aquellos fármacos que no presentaran interacciones con los fármacos más habituales para el tratamiento del Alzheimer y patologías concomitantes más frecuentes. En el tratamiento no farmacológico se seleccionaron aquellos tratamientos que fueran factibles de aplicar según la severidad de la afectación del paciente con Alzheimer, no requiriendo por tanto una colaboración considerable por parte de los enfermos.

Se intentó relacionar los problemas más frecuentes derivados o relacionados con el bruxismo y la patología de la ATM con terapias o tratamientos concretos. Aunque existen terapias “alternativas”, que han demostrado eficacia en pacientes sin patologías graves de base ni deterioro cognitivo severo, como es el caso de la acupuntura, no se trataron en este trabajo, dado el reducido número de estudios al respecto.

Se valoró si los tratamientos disponibles en la literatura son susceptibles de ser aplicados en pacientes que padecen Alzheimer, bien en los primeros estadios del mismo, bien gracias a la ayuda de cuidadores y familiares. El principal problema, de consecuencias graves es la pérdida de la capacidad para colaborar en los tratamientos conforme de desarrolla y empeora el deterioro cognitivo en estos ancianos.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Se pueden realizar una serie de recomendaciones generales a los cuidadores y familiares de pacientes con bruxismo, que incluyen, en la medida de lo posible y según la severidad y la afectación del paciente por la enfermedad de Alzheimer y por tanto de su colaboración, evitar actividades que podrían clasificarse como parafuncionales o parafunciones de la ATM. Tal es el caso de actividades como masticar chicles, caramelos masticables, chupar bolígrafos, pelar pipas de girasol, onicofagia, etc. Se trata en muchos casos de actividades relacionadas con trastornos de ansiedad y con el estrés, que producen sobrecarga del sistema estomatognático y pueden conducir a disfunción temporomandibular (Castillo Hernández, Reyes Cepeda, González Hernández y Machado Martínez, 2001). No obstante, no se puede establecer una relación directa y estadísticamente significativa entre las parafunciones, por la diversidad de manifestaciones de las mismas, y el dolor y la alteración de la dinámica mandibular, ya que se cree que influyen las características individuales propias en cuanto a la anatomía y función de la musculatura, ligamentos y estructuras óseas del paciente. Aún presentando éste cierta predisposición y parafunciones, se ha demostrado que no tiene por qué aparecer dolor y patología (Ojeda Leonard, Espinoza Rojo y Biotti Picand, 2014).

Dentro del tratamiento farmacológico, pueden administrarse al paciente anestésicos locales, antiinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares y ansiolíticos (Velasco y Salazar de Plaza, 2003):

-Anestésicos locales: indicados en espasmo muscular agudo con restricción de movimientos, en puntos gatillo y disfunción muscular por dislocación mandibular: lidocaína al 2% y mepivacaína al 3%.

-Antiinflamatorios no esteroideos: son fármacos de elección para el tratamiento del dolor e inflamación en capsulitis, sinovitis, artritis y dolor musculoesquelético, tienen acción anlgésica, antipirética y antiinflamatoria: aspirina e ibuprofeno principalmente.

-Ansiolíticos (benzodiacepinas): tienen acción ansiolítica y miorrelajante: son los fármacos más recetados para el dolor miofascial.

Otros fármacos que también son útiles si actúan sobre el origen del bruxismo son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOS), antidepresivos de segunda generación: entre ellos los inhibidores selectivos de la captación de serotonina (ISRS): fluoxetina y sertralina, entre otros. Por otro lado, existen determinados relajantes musculares como la tizanidina útiles en hipertonidad de múltiples músculos.

Como tratamiento no farmacológico se recomienda el uso de una férula de descarga, calor húmedo y rehabilitación fisioterapéutica mediante ultrasonidos y masaje de la musculatura afectada:

-Férula de descarga: se trata de una férula oclusal (Frugone Zambra y Rodríguez, 2003), que puede ser de distintos tipos: si lo que se pretende es evitar el desgaste de las superficies oclusales masticatorias dentarias, pueden usarse planos o férulas oclusales blandas o rígidas que por su estructura evitan el contacto entre las superficies de los dientes de ambas arcadas y por tanto su desgaste. Si se pretende lograr una relajación de la musculatura perioral, además de evitar el desgaste dentario, articular y óseo, debe colocarse una férula de descarga rígida tipo Michigan con contactos repartidos en relación céntrica. En el caso de los pacientes con Alzheimer, el ajuste oclusal que dichas férulas requieren, puede ser complicado si la afectación del paciente es severa y éste no puede colaborar, pero en la mayoría de los casos no requiere una colaboración excesiva. Otras terapias útiles de relajación muscular no son útiles en el caso de estos pacientes, pues requieren la llamada “autohipnosis” y biofeedback, practicando una relajación progresiva de la musculatura perioral hasta alcanzar el sueño.

-Tratamiento rehabilitador fisioterapéutico (Broome, 2005): incluye calor seco, que puede ser también aplicado por los cuidadores o familiares del paciente con Alzheimer, ya que es útil para relajar la musculatura en caso de patología de origen muscular, en contracturas musculares que han provocado dislocación de la articulación, acompañado o no de tratamiento farmacológico miorrelajante y antiinflamatorio, la aplicación de calor seco puede facilitar la recolocación de la mandíbula en la cavidad/fosa glenoidea. Si se produce de forma recurrente la dislocación, puede enseñarse la técnica a los familiares o cuidadores del anciano afectado por Alzheimer. El fisioterapeuta puede aplicar técnicas de ultrasonidos, calor y masaje en la musculatura maseterina, temporal, pterigoidea y en el esternocleidomastoideo principalmente.

### **Discusión/Conclusiones**

La enfermedad o mal de Alzheimer va a afectar a la aplicación del tratamiento del bruxismo en función del grado de afectación y capacidad de colaboración del paciente. La relación es proporcional e incluso exponencial entre la severidad del Alzheimer y la dificultad del individuo para la ingesta y administración de los tratamientos farmacológicos de forma correcta, así como la relajación necesaria para evitar que se agrave la patología bucofacial de apretamiento, rechinamiento dental y disfunción temporomandibular. Es decir, en pacientes que están en los primeros estadios de Alzheimer es de esperar que el bruxismo y la patología articular sea menor y el tratamiento más fácil y con más colaboración; mientras que en pacientes con incapacidad para realizar actividades de la vida diaria como comer, vestirse o asearse, es de esperar imposibilidad para colaborar en la resolución del bruxismo.

Es interesante un abordaje clásico del problema que indicaron Gregg y Rugh (1988), pues proponen:

1º Identificar los factores etiológicos: mediante una adecuada historia clínica que permitirá determinar si existe ansiedad o depresión, muy común en los pacientes con Alzheimer. En ambos casos



estaría indicado pautar fármacos que actúen sobre el sistema nervioso central, ansiolíticos y antidepresivos respectivamente.

2º Identificar el origen del dolor, y en función de éste tratar con antiinflamatorios si es capsular, antiserotonínicos si es vascular y ansiolíticos y relajantes musculares si es muscular. Si está localizado pueden administrarse anestésicos locales, y si es multifocal agentes de acción central y sistémica.

3ª Identificar el estado de la enfermedad: en dolor agudo anestésicos, analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y ansiolíticos; en dolor crónico principalmente antidepresivos.

Así, podríamos aplicar los tratamientos no farmacológicos, del mismo modo: si el dolor es muscular estaría indicada la fisioterapia incluyendo calor húmedo y ultrasonidos, si es crónico el uso de férulas de descarga.

Desgraciadamente, el deterioro cognitivo progresivo en estos pacientes determina su incapacidad para realizar una colaboración activa en terapias de relajación consciente, inducción del sueño con la musculatura cervicofacial relajada y toma de consciencia y consideración del estado muscular hipertónico y movimientos repetitivos, de apretamiento o rechinamiento dental.

El cuidador del paciente deberá administrar y conocer los tratamientos, e incluso en caso de subluxaciones y luxaciones de la articulación frecuentes pueden aprender la forma de colocar la ATM en su lugar.

Por tanto, podemos concluir que:

-El bruxismo aparece como patología concomitante en algunos pacientes con Alzheimer.

-La incapacidad para colaborar en los tratamientos del bruxismo debido al deterioro cognitivo determina la elección de los tratamientos.

-Se debe valorar la etiología del bruxismo y de la disfunción temporomandibular para planificar el tratamiento de estos pacientes.

-Resultan útiles fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos, anestésicos locales, miorelajantes y ansiolíticos en fase aguda; y los antidepresivos de distinta generación en dolor crónico.

## Referencias

Broome, R.T. (2005). *Técnica quiropráctica de las articulaciones periféricas*. Badalona: Paidotribo.

Camargos, E.F., Pandolfi, M.B., Freitas, M.P.D., Guimarães, R.M. y Quintas, J.L. (2009). 030 Sleep Disorders in elderly patients with Alzheimer's disease and other dementias. Abstracts of 3rd International Congress on Sleep Medicine — 12th Brazilian Congress on Sleep Medicine World Association of Sleep Medicine. *Sleep Medicine*, 10 (2), S8–S9.

Castillo Hernández, R., Reyes Cepeda, A., González Hernández, M. y Machado Martínez, M. (2001). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción Temporomandibular. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 16(1), 14-23.

Cicciù, M., Matacena, G., Signorino, F., Brugaletta, A., Cicciù, A. y Bramanti, E. (2013). Relationship between oral health and its impact on the quality life of Alzheimer's disease patients: a supportive care trial. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*, 6(9), 766-772.

De Souza Rolim, T., Campos Fabri, G.M., Nitrini, R., Anghinah, R., Jacobsen Teixeira, M. et al. (2014). Evaluation of patients with Alzheimer's disease before and after dental treatment. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 72(12), 919-924.

Frugone Zambra, R.E. y Rodríguez, C. (2003) Bruxismo. *Avances en Odontostomatología*, 19 (3), 123-130.

Gregg, J. y Rugg, J. (1988). Pharmacological therapy. En Mohls et al. (Ed.), *A textbook of Occlusion* (pp. 351-356). Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc.

Ku, B.D., Seo, S.W., Kim, E.-J., Park, K.C., Suh, M.K. y Na, D.L. (2008) P3-024: Diurnal bruxism in advanced Alzheimer's disease. Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia*, 4 (4), T523.

Kwak, Y.T., Han, I.W., Lee, P.H., Yoon, J.K. y Suk, S.H. (2009). Associated conditions and clinical significance of awake bruxism. *Geriatric & Gerontology International*, 9(4), 382-90.

Lai, M.M. (2013) Awake bruxism in a patient with Alzheimer's dementia. *Geriatric & Gerontology International*, 13(4), 1076-1077.

MedlinePlus. (2015). Mal de Alzheimer. Recuperado el 12 de abril de 2015, <http://www.m.medlineplus.gov/spanish/ency/article/000760.htm>

Ojeda Léonard, C., Espinoza Rojo, A. y Biotti Picand, J. (2014). Relación entre onicofagia y manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en dentición mixta primera y/o segunda fase: Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 7(1), 37-42.

Rolim, T.S., Fabri, G.M.C., Nitrini, R., Anghinah, R., Teixeira, M.J., Siqueira, J.T.T. et al. (2014). Oral infections and orofacial pain in Alzheimer's disease: a case-control study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 38(4), 823-9.

Romanelli, F., Adler, D.A. y Bungay, K.M. (1996). Possible Paroxetine-Induced Bruxism. *Annals of Pharmacotherapy*, 30(11), 1246-1248.

Scheltens, P.H., Leys, D., Barkhof, F., Huglo, D., Weinstein, H.C., Vermesch, P. et al. (1992). Atrophy of medial temporal lobes on MRI in 'probable' Alzheimer's disease an normal aging diagnostics values and neuropsychological correlates. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55(10), 967-972.

Siqueira, S.R., Nóbrega, J.C., Teixeira, M.J. y Siqueira, J.T. (2007). Masticatory problems after balloon compression for trigeminal neuralgia: a longitudinal study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34(2), 88-96.

Siqueira, S.R.D.T., Teixeira, M.J. y Siqueira, J.T.T. (2010). Severe psychosocial compromise in idiopathic trigeminal neuralgia: case report. *Pain Medicine*, 11(3), 453-455.

Velasco, C. y Salazar de Plaza, E. (2003). Tratamiento farmacológico de los desórdenes temporomandibulares. *Acta Odontológica Venezolana*, 41(2),



## CAPÍTULO 61

### Factores de riesgo y prevención de la demencia

María Isabel Archilla Castillo\*, Mónica Archilla Castillo\*\*, y José Carlos Rodríguez Ruiz\*\*

*\*Universidad de Almería (España), \*\*Servicio Andaluz de Salud (España)*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), define la demencia como un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. Los datos que aporta la OMS al respecto son alarmantes, ya que cifra en unos 35,6 millones las personas en el mundo que padecen demencia, y que cada año se registran 7,7 millones de casos nuevos.

En España la causa más frecuente de demencia son las enfermedades neurodegenerativas y, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer, con una prevalencia de demencia del 10,9% en la población mayor de 70 años. La prevalencia de demencia se duplica cada cinco años entre los 65 y los 85 años de edad. Actualmente, la demencia supone uno de los problemas de salud pública más importantes a los que tiene que hacer frente nuestra sociedad. Además, el aumento de la esperanza de vida en países desarrollados, como el nuestro, junto al envejecimiento de la población, hacen pensar que el número de casos irá aumentando en las próximas décadas (Castellanos, Cid, Duque y Zurdo, 2011).

La demencia supone también un problema de salud con gran repercusión para los cuidadores, la familia y para la sociedad (OMS, 2012). Los cuidadores principales de personas con demencia son, en la mayoría de los casos, familiares directos o amigos muy próximos que se adjudican la responsabilidad del cuidado de estas personas, sin recibir ningún sueldo por ello (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010). El cuidado de una persona con demencia representa una gran carga emocional para el cuidador principal, ya que deberá enfrentarse a diferentes problemas de tipo físico, emocional o económico, generando un alto grado de estrés en estos cuidadores, que pueden llegar incluso a necesitar recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes (OMS, 2012; Llibre, Guerra y Perera, 2008).

A consecuencia de todas estas dificultades, los cuidadores pueden presentar lo que habitualmente se denomina carga, la cual implica una serie de problemas físicos, mentales y socioeconómicos (Pérez y Llibre, 2010).

Observamos pues, como la prevención de la demencia se convierte en algo de gran importancia, sobre todo si tenemos en cuenta que en la actualidad no disponemos de tratamientos efectivos (Castilla-Guerra, Fernández-Moreno, Álvarez-Suero y Jiménez-Hernández, 2013).

Sobre la posibilidad de poder prevenir este grave problema de salud, Hughes y Ganguli (2010) hablan de como esta patología se desarrolla durante años antes de que se manifiesten los primeros síntomas y deficiencias. Estos autores resaltan la importancia de como ya desde las etapas tempranas de la vida, deben evaluarse los factores de riesgo relacionados con la demencia que sean modificables, como las enfermedades vasculares, la dieta, el ejercicio y la actividad mental, de modo que se pueda comenzar a actuar ya en esas etapas y continuar en las etapas medias. Con una intervención preventiva de este tipo, posiblemente se podría reducir la incidencia de demencia en las etapas posteriores de la vida.

En esta misma línea, Aguirre-Acevedo et al. (2014), hablan de que el declive cognitivo comienza 20 años antes del diagnóstico de demencia. Asimismo, estos autores comentan que los factores de riesgo

cardiovascular presentes antes de los 65 años, estarían asociados con mayor riesgo de demencia. Lo que vuelve a poner de manifiesto la relación entre intervenciones preventivas tempranas e incidencia de demencia.

Centrándose en la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer, Bermejo-Pareja (2010), también señala que los estudios existentes sobre esta temática, muestran que los factores de riesgo vasculares y el estilo de vida (ejercicio físico, dieta, actividad intelectual y social, y otros) están relacionados con la aparición de demencia en la vejez.

Menéndez y sus colaboradores (2011) hablan también de hábitos protectores para el desarrollo de demencia, como la dieta mediterránea, la práctica habitual de actividad física, hábitos de sueño adecuados, la estimulación cognitiva y una vida activa socialmente, hábitos que podrían retrasar la aparición de demencia.

Teniendo en cuenta que los tipos más habituales de demencia afectan a los ancianos, cualquier retraso en la aparición o agravamiento del deterioro cognitivo, supondría una disminución significativa de la incidencia de la enfermedad (Castilla-Guerra et al., 2013).

Si se pudiese retrasar la edad de aparición de la demencia, ya que sólo cinco años de retraso supondrían una disminución de la mitad de su prevalencia, la epidemia futura de demencias podría disminuir y, con ello, la carga social (Bermejo-Pareja, 2010).

Por todo lo expuesto, podemos señalar que cualquier medida que pueda ayudar a prevenir o retrasar la aparición de demencia deberá ser tenida en cuenta por los profesionales sanitarios.

### **Objetivo**

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son los factores de riesgo que se asocian a demencia, especialmente los factores de riesgo potencialmente modificables, así como conocer las medidas de prevención que puedan resultar eficaces para la prevención de demencia.

### **Metodología**

Se ha realizado una revisión de guías de práctica clínica y manuales sobre demencia, en los que se aborda el tema de los factores de riesgo que se asocian a demencia, así como la prevención de la misma. Para ello, se ha realizado una búsqueda en la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud y en las bibliotecas de diferentes Consejerías de Salud de estudios realizados en los últimos diez años. Tras la revisión bibliográfica, se han seleccionado cuatro guías de práctica clínica, publicadas entre los años 2008 y 2011. Las guías de práctica clínica se basan en revisiones sistemáticas de la literatura para la elaboración de las recomendaciones que en ellas se ofrecen. Dado que la guía más actual es de hace cuatro años, se ha completado esta búsqueda realizando una revisión de los estudios publicados en los últimos cinco años sobre prevención y demencia, utilizando las principales bases de datos sobre salud (Biblioteca Cochrane Plus, Cochrane Library, DOCUMED, EMBASE, ERIC, IBECs, IME-Biomedicina, LILACS, MEDLINE, PubMed, PubPsych y SciELO-Scientific Electronic Library Online).

### **Resultados**

La exposición de los resultados encontrados se va a estructurar en dos subapartados, de modo que en primer lugar se desarrollan las recomendaciones basadas en la evidencia científica que exponen las guías de práctica clínica en relación a la prevención de la demencia, y en segundo lugar se desarrollan las novedades que sobre dicha prevención ofrecen las investigaciones de los últimos años.

*a. Principales Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para la Prevención Primaria de la Demencia*

*Factores de Riesgo de Demencia*

Un factor de riesgo de demencia, se puede definir como una característica biológica o conducta que aumenta la probabilidad de padecer demencia. El riesgo de desarrollar demencia es la consecuencia de una compleja relación entre la genética y factores ambientales a lo largo de la vida. Los factores de riesgo se pueden clasificar en factores de riesgo no modificables, como son la edad, el sexo o el genotipo; y factores de riesgo modificables, que son aquellos sobre los cuales sí se puede influir. Entre los factores de riesgo modificables para la demencia, se encuentran los factores de riesgo vascular y otros asociados con el estilo de vida (Botana et al., 2008).

Veamos, a continuación, los principales factores de riesgo potencialmente modificables relacionados con demencia:

-Factores de riesgo cardiovascular: Los factores de riesgo cardiovascular se han asociado al desarrollo de demencia tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la demencia vascular. Los factores más importantes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, el síndrome metabólico y el tabaquismo. Su asociación tiene un efecto multiplicativo, de tal manera que padecer un solo factor supone un riesgo relativo de 1,6 y si se asocian tres o más el riesgo crece hasta 3,6 (Montón et al., 2011).

-Hipertensión arterial: La hipertensión arterial en la edad media de la vida, principalmente si no se trata, se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer o demencia en general. Sin embargo, en edades avanzadas se ha asociado demencia con hipotensión arterial (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Hipercolesterolemia: El colesterol total alto en la edad media de la vida, se ha asociado a mayor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer o demencia en general, pero no demencia vascular (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Consumo de alcohol: El alcoholismo se relaciona con disfunción cognitiva (Montón et al, 2011). En cambio, un consumo moderado de alcohol, se asocia a un menor riesgo de enfermedad de Alzheimer y demencia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Consumo de tabaco: Ser fumador activo (no ser exfumador) se relaciona con un riesgo de casi el doble de padecer enfermedad de Alzheimer (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Peso corporal: La obesidad y el bajo peso se han asociado a un mayor riesgo de demencia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Consumo de café: El consumo de café se asocia a una reducción ligera pero significativa del riesgo enfermedad de Alzheimer (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Estilo de vida y actividad: Es posible que la actividad social, mental y física, estén inversamente relacionadas con el riesgo de demencia (Montón et al, 2011).

-Depresión: La depresión eleva el riesgo de enfermedad de Alzheimer; y el intervalo entre el diagnóstico de depresión y el de enfermedad de Alzheimer se correlaciona con el riesgo de dicha enfermedad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Educación: Altos niveles de educación se asocian a un menor riesgo de padecer demencia (Montón et al., 2011).

-Exposición a toxinas: Se asocia un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer en pacientes con historia de exposición laboral a pesticidas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos: Se ha observado un menor riesgo de demencia en individuos expuestos a consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Deterioro cognitivo leve: El deterioro cognitivo leve se considera un factor de riesgo para la demencia, en particular el de tipo amnésico que se relaciona en muchas ocasiones a la enfermedad de Alzheimer, con una tasa de transformación anual de entre el 6 al 25% (Montón et al., 2011).

Con respecto a los principales factores de riesgo no modificables de demencia, son los siguientes (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010):

-Edad: La edad avanzada es el principal factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia con cuerpos de Lewy.

-Sexo: La enfermedad de Alzheimer es algo más frecuente en mujeres, mientras que la demencia vascular lo es en hombres.

-Antecedentes familiares: Se asocia entre un 10-30% más riesgo de enfermedad de Alzheimer en los familiares de primer grado de afectados.

-Factores genéticos: La presencia del alelo APOE $\epsilon$ 4 se asocia a riesgo mayor de padecer enfermedad de Alzheimer.

#### *Recomendaciones para la Prevención de la Demencia*

Una vez expuestos los principales factores de riesgo que se asocian con demencia, pasemos a conocer cuáles son las recomendaciones que ofrecen las guías de práctica clínica seleccionadas en relación con la prevención de demencia:

-Aunque el posible beneficio sobre la disminución del riesgo de demencia no esté avalado por estudios adecuadamente diseñados, se aconseja el control de los factores de riesgo vascular y los hábitos de vida saludables por la clara evidencia que existe sobre su beneficio en otros aspectos de la salud (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

-Se deben promover programas concretos para mejorar los mínimos educativos, así como programas para el abandono del hábito tabáquico y programas de prevención de traumatismos craneales (como por ejemplo, mediante el fomento del uso de casco en determinados deportes y del cinturón de seguridad en los vehículos) (Botana et al., 2008).

-Recomendar una alimentación equilibrada, eligiendo la dieta mediterránea, que contenga alimentos pobres en grasas saturadas, con alto contenido en vitaminas E y C y consumo de pescado, evitando la obesidad (González, Marín, Mateos y Sánchez, 2010).

-Se debe aconsejar el permanecer mentalmente activo, cuidando las relaciones sociales y recreativas (bailar, jugar a las cartas, tocar música...) y evitando la soledad (González et al., 2010).

-Aunque el consumo moderado de alcohol o el consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos se han relacionado con menor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, también tienen otros peligros para la salud y no hay bastante evidencia para recomendarlos en la prevención de la demencia. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010). Debe desaconsejarse el consumo excesivo de alcohol (>30 gr/d en el varón sano o >20 gr/d en la mujer sana) (Botana et al., 2008).

-Es aconsejable seguir las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), detectando los factores de riesgo vascular y orientando a una dieta equilibrada rica en frutas y verduras, al ejercicio físico e intelectual (Botana et al., 2008).

-Prevenir y tratar enfermedades que puedan ser causa potencial de demencia como hipotiroidismo, abuso crónico de alcohol, sífilis, encefalitis herpética, etc. Así como hacer un uso racional de los fármacos, evitando, si es posible, aquellos que tengan potencial toxicidad cognitiva, como son anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, litio, benzodiazepinas, neurolépticos, propranolol, metildopa, clonidina, reserpina, metoclopramida, cimetidina, antihistamínicos, digoxina, corticoides, barbitúricos, hidantoínas, ácido valproico, metotrexato y bismuto (González et al., 2010).

### ***b. Últimos Avances en la Investigación de la Prevención de la Demencia***

Muchas de las líneas de investigación en el campo de la prevención de la demencia, continúan estudiando si la reducción de factores de riesgo vascular y la modificación del estilo de vida en busca de hábitos más saludables contribuyen a la prevención de la demencia (Batty, Russ, Starr, Stamatakis y Kivimäki, 2014; Ngandu et al., 2015; Jefferson et al., 2015).

Otros trabajos se centran en estudiar si las propiedades de algunos alimentos o componentes de los mismos actúan como factores de protección frente a la demencia. Es el caso de los estudios de Fares, Lavie, DiNicolantonio, O'Keefe y Milani (2014) o el trabajo de Sydenham, Dangour y Lim (2012), que hablan de como los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, además de presentar efectos beneficiosos sobre la salud cardiovascular, posiblemente ayuden a proteger a las personas del desarrollo de deterioro cognitivo y/o de demencia, aunque a este respecto la evidencia disponible no es suficiente para poder afirmarlo categóricamente, por lo que es necesario realizar más estudios bien diseñados en este sentido.

Entre los trabajos que estudian los posibles efectos de algunos alimentos, o sustancias contenidas en ellos, en el desarrollo de demencia, se encuentran algunas investigaciones como las que se centran en el estudio de las nueces (Poulose, Miller y Shukitt-Hale, 2014), el consumo de café y té (Panza et al., 2015; Unno, 2015), los polifenos del vino tinto (Pasinetti, 2015), la nobiletina presente en la cáscaras de algunos cítricos (Ohizumi, 2015), o sustancias menos conocidas como el extracto las hojas de Ginkgo biloba (Xie, 2014) o la Salvia lavandulifolia Vahl que es un tipo de planta aromática (Porres-Martínez, González-Burgos, Carretero y Gómez-Serranillos, 2014). Algunos de estos trabajos se han realizado con animales. En general, estos autores sugieren que las sustancias objeto de sus estudios pueden retrasar el proceso de envejecimiento del cerebro, y reducir así el riesgo de enfermedad neurodegenerativa crónica, aunque los resultados por sí solos no se pueden considerar concluyentes.

Una importante línea de investigación en la prevención de la demencia es el empleo de la vitamina D. Uno de éstos trabajos es el realizado por Annweiler (2014), quién habla de cómo, además del conocido efecto de la vitamina D en la regulación del calcio en el organismo y en el metabolismo óseo, la vitamina D es fundamental para la función neurofisiológica (regulación de neurotransmisores y neurotrofinas) con acción neuroprotectora, antiinflamatoria y antioxidante, por lo que un déficit de esta vitamina, cosa que sucede con relativa frecuencia en las personas mayores, puede provocar una disfunción neurológica que podría explicar en parte los trastornos cognitivos en esta población.

Otra línea de investigación es la que trata el concepto de "fragilidad". Trabajos como el elaborado por Halil, Cemal, Emin, Yesil y Cruz (2015), muestran que aunque el deterioro físico es la principal señal de existencia de fragilidad, otros aspectos como los factores psicológicos, cognitivos y sociales también contribuyen a esta condición multidimensional, siendo conveniente considerar también la cognición como un dominio relevante de la fragilidad. Estudiando la relación entre la cognición y la fragilidad se podrían conocer nuevas estrategias de intervención para la prevención y el tratamiento de la demencia.



## Discusión/Conclusiones

Aunque actualmente no existen ensayos clínicos aleatorizados prospectivos con seguimiento prolongado, que puedan demostrar que modificar los factores de riesgo de demencia da lugar a una disminución en su incidencia, dado el potencial beneficio que se podría obtener con dichas modificaciones, no pueden ser obviadas por los profesionales sanitarios, y deberían ser tenidas en cuenta como posibles medidas coadyuvantes en el abordaje de la demencia.

Del mismo modo, muchos de los trabajos que estudian el beneficio de determinadas medidas preventivas o protectoras frente a la demencia, tampoco son concluyentes. Por lo tanto, es necesario realizar más estudios bien diseñados, que puedan aportar resultados con evidencia suficiente como para poder ofrecer recomendaciones específicas en relación con la prevención de demencia.

De todos modos, con lo planteado en este trabajo, podemos deducir que es bastante probable que si desde la infancia se comienza a realizar intervenciones dirigidas a fomentar estilos de vida saludables, con un alto nivel de educación y trabajando para evitar los factores de riesgo cardiovascular, intentando que esas recomendaciones pasen a ser propias de los niños para que las mantengan durante el resto de su vida, es muy probable que descendiese la incidencia de demencia en la vejez.

Por último, el hecho de que los profesionales sanitarios estén familiarizados con los factores de riesgo expuestos anteriormente, les puede resultar útil para llevar a cabo intervenciones encaminadas a mejorar hábitos de vida, para retrasar o minimizar la evolución de la enfermedad, así como sus complicaciones.

## Referencias

Aguirre-Acevedo, D.C., Henao, E., Tirado, V., Muñoz, C., Arango, D.G., Restrepo, F.L. et al. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3(2), 113-122.

Annweiler, C. (2014). Vitamine D et maladie d'Alzheimer : d'une curieuse idée à une possibilité de traitement. *Biologie Aujourd'hui*, 208(1), 89-98. doi: 10.1051/jbio/2014005

Batty, G.D., Russ, T.C., Starr, J.M., Stamatakis, E. y Kivimäki M. (2014). Modifiable cardiovascular disease risk factors as predictors of dementia death: pooling of ten general population-based cohort studies. *Journal of Negative Results in Biomedicine*, 13, 8. doi:10.1186/1477-5751-13-8

Bermejo-Pareja, F. (2010). La demencia del anciano se puede prevenir. *Revista de Neurología*, 51(5), 257-258.

Botana, C., Caballer, J., Calatayud, T., Camporro, B., Díaz, A., Lorenzo, P. et al. (2008). *Guía de Recomendaciones Clínicas: Demencia*. Oviedo: Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San Juan, P. y Zurdo Martín (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35, 39-45.

Castilla-Guerra, L., Fernández-Moreno M.C., Álvarez-Suero J. y Jiménez-Hernández M.D. (2013). ¿Puede el tratamiento de la hipertensión arterial ayudar a prevenir la demencia? *Revista de Neurología*, 56(2), 91-100.

Fares, H., Lavie, C.J., DiNicolantonio, J.J., O'Keefe, J.H. y Milani, R.V. (2014). Omega-3 fatty acids: a growing ocean of choices. *Current Atherosclerosis Reports*, 16(2), 389. doi: 10.1007/s11883-013-0389-6

González, V.M., Marín, A., Mateos, A. y Sánchez, R. (2010). *Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias*. Madrid: IM&C.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

Halil, M., Cemal Kizirlarlanoglu, M., Emin Kuyumcu, M., Yesil, Y., Cruz Jentoft, A.J. (2015). Cognitive Aspects of Frailty: Mechanisms behind the Link between Frailty and Cognitive Impairment. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 19(3), 276-283. doi: 10.1007/s12603-014-0535-z

Hughes, T. y Ganguli, M. (2010). Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. *Revista de Neurología*, 51(5), 259-262.

- Llibre Guerra, J.C., Guerra Hernández, M.A. y Perera Minié, E. (2008) Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1). Recuperado el 22 de enero de 2015, disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Jefferson, A.L., Hohman, T.J., Liu, D., Haj-Hassan, S., Gifford, K.A., Benson, E.M. et al. (2015). Adverse Vascular Risk is Related to Cognitive Decline in Older Adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 44(4), 1361-1373. doi: 10.3233/JAD-141812
- Menéndez, M., Martínez, M., Fernández, B. y López-Muñiz, A. (2011). Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. *Archivos de Medicina*, 7(3). doi:10:3823/073.
- Montón, F., Rodríguez, N., Ruiz, N., Rojo, J.A., Bueno, J., Pérez, D.G., et al. (2011). *Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R. et al. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5
- Ohizumi, Y. (2015). A new strategy for preventive and functional therapeutic methods for dementia—approach using natural products. *Yakugaku Zasshi*, 135(3) 449-464. doi: 10.1248/yakushi.14-00245
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Demencia*. Recuperado el 22 de enero de 2015, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Panza, F., Solfrizzi, V., Barulli, M R, Bonfiglio, C, Guerra, V., Osella, A et al. (2015). Coffee, tea, and caffeine consumption and prevention of late-life cognitive decline and dementia: A systematic review. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 19(3), 313-328. doi: 10.1007/s12603-014-0563-8
- Pasinetti, G.M. (2015). Novel role of red wine-derived polyphenols in the prevention of Alzheimer's disease dementia and brain pathology: experimental approaches and clinical implications. *Planta Medica*. doi: 10.1055/s-0035-1545846
- Pérez Perdomo, M. y Llibre Rodríguez, J.J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122. Recuperado el 22 de enero de 2015, disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300003&lng=es)
- Porres-Martínez, M., González-Burgos, E., Carretero, M.E. y Gómez-Serranillos, M.P. (2014). Protective properties of *Salvia lavandulifolia* Vahl. essential oil against oxidative stress-induced neuronal injury. *Food and Chemical Toxicology*, 80, 154-162. doi: 10.1016/j.fct.2015.03.002
- Poulouse, S.M., Miller M.G. y Shukitt-Hale, B. (2014). Role of walnuts in maintaining brain health with age. *Journal of Nutrition*, 144(4), 561S-566S. doi: 10.3945/jn.113.184838
- Sydenham, E., Dangour, A.D. y Lim, W.S. (2012). Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(6), 419-419.
- Unno, K. (2015). Prevention of senescence and stress by food composition. *Yakugaku Zasshi*, 135(1), 41-46. doi: 10.1248/yakushi.14-00208-2
- Xie, H., Wang, J.R., Yau, L.F., Liu, Y., Liu, L., Han, Q.B. et al. (2014). Quantitative analysis of the flavonoid glycosides and terpene trilactones in the extract of *Ginkgo biloba* and evaluation of their inhibitory activity towards fibril formation of beta-amyloid peptide. *Molecules*, 19(4), 4466-4478. doi: 10.3390/molecules19044466



## CAPÍTULO 62

### Principales medidas diagnósticas para la demencia en el ámbito sanitario

Mónica Archilla Castillo\*, María Isabel Archilla Castillo\*\*, y José Carlos Rodríguez Ruiz\*

\*Servicio Andaluz de Salud (España), \*\*Universidad de Almería (España)

La demencia se puede definir como un síndrome clínico adquirido plurietiológico y que implica un deterioro intelectual, en relación al estado previo, con un déficit de al menos dos funciones cognitivas. Es frecuente que su evolución sea de tipo crónico, aunque no necesariamente irreversible ni progresiva. La demencia es causa de discapacidad en la persona que la sufre, con consecuencias laborales, sociales y/o familiares (Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), las personas que padecen demencia en el mundo son unos 35,6 millones y los casos nuevos anuales estarían entorno a los 7,7 millones. En España, la prevalencia de demencia oscila entre el 5 y el 14,9% para las personas mayores de 65 años, y entre el 6,6 y el 17,2% para los mayores de 70 años (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Un diagnóstico temprano de demencia, influirá en el pronóstico, el tratamiento, así como en la calidad de vida del paciente y de su familia (Llibre, Guerra y Perera, 2008).

Para el diagnóstico de demencia, es importante detectar determinados signos que pongan en alerta sobre la posibilidad de que exista un problema, así como comprobar que esos signos detectados se deben efectivamente a demencia. La sospecha de deterioro cognitivo o de demencia, puede ser establecida por cualquier profesional del ámbito sanitario que tenga contacto con el paciente (Castellanos, Cid, Duque y Zurdo, 2011).

El diagnóstico de demencia suele comenzar cuando el propio paciente, su familia o algún profesional de atención primaria, sospecha que puede existir deterioro cognitivo. En esos casos, habrá que descartar otras posibles causas responsables del deterioro cognitivo, antes de establecer un diagnóstico de demencia. Habrá que recopilar la información necesaria para comprobar si el paciente presenta los criterios diagnósticos de demencia y de sus subtipos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Para Contador, Fernández-Calvo, Ramos, Tapias-Merino y Bermejo-Pareja (2010), el cribado cognitivo es el primer paso que puede ayudar a identificar tempranamente los casos sospechosos de demencia. Estos autores hablan de cómo a pesar de que las guías de atención especializada defienden la importancia de un diagnóstico temprano de la demencia, ésta es una patología infradiagnosticada por los servicios médicos. Ellos lo atribuyen a varios factores: a que los profesionales que trabajan en atención primaria, tienen poca formación al respecto; al hecho de que los primeros síntomas de demencia son sutiles y diversos, y esto puede contribuir a que se retrase el diagnóstico; y a que los test que se recomiendan emplear para el cribado de demencia, se utilizan poco debido a que se necesita mucho tiempo para realizarlos. Por otro lado, estos autores también señalan que el cribado cognitivo generalizado de demencia en atención primaria no es coste-efectivo, y como además no existe tratamiento para la mayoría de los tipos de demencia, el beneficio del diagnóstico precoz de demencia no es muy conocido.

En las persona mayores, los principales cambios cognitivos que se producen relacionados con la edad son una disminución en la rapidez y eficiencia del proceso mental, lo que supone que a las personas les cueste más trabajo almacenar nueva información, así como recuperarla posteriormente (Rosselli y Ardila, 2010; González, Marín, Mateos, y Sánchez, 2010).

El problema está cuando estos cambios cognitivos no reflejan un proceso de envejecimiento normal, si no un envejecimiento patológico, es decir, la presencia de demencia. Por tanto, puesto que los cambios cognitivos iniciales que se pueden observar en el envejecimiento patológico son muy parecidos a los que se deben a un proceso normal de envejecimiento, Rosselli y Ardila (2010) proponen la evaluación neuropsicología como la herramienta necesaria para realizar un diagnóstico diferencial.

El proceso diagnóstico de demencia, es una cuestión compleja que precisa de una valoración integral del paciente y su entorno, que debe incluir: una historia clínica detallada; un examen mental que englobe tanto aspectos cognitivos como neuropsiquiátricos; una examen físico general y neurológico; un estudio de la situación funcional; pruebas complementarias para poder descartar un origen que sea tratable o mejorable, y ayudar a la determinación etiológica de la demencia; y una evaluación social del paciente y su familia (Botana et al., 2008).

El diagnóstico etiológico certero de demencias degenerativas, se basa en un análisis neuropatológico, por lo que en la mayoría de los casos solo se hará un diagnóstico etiológico de probabilidad, excepto en los casos que se conozca la existencia de una mutación patogénica (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Olazarán (2011) habla de que entre el 50 y 70% de las demencias en las personas mayores no se diagnostican, siendo motivo de ello la falta de instrumentos adecuados para la identificación de los casos, así como la tardanza en confirmar el diagnóstico una vez que ya existe la sospecha.

### **Objetivo**

Con este trabajo pretendemos conocer cuáles son las medidas útiles con las que cuentan actualmente los profesionales sanitarios, para un diagnóstico temprano de la demencia, especialmente para los profesionales del ámbito de atención primaria de salud, ya que son quienes integran el primer nivel de contacto con los pacientes y sus familias.

### **Metodología**

Se ha efectuado una revisión de guías de práctica clínica sobre demencia, para conocer cuáles son las principales propuestas relacionadas con su diagnóstico, que cuenten con alto grado de recomendación en función de la evidencia científica disponible. Para ello, se ha realizado una búsqueda en la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud y en las bibliotecas de las diferentes Consejerías de Salud, eligiendo sólo obras que hayan sido publicadas en los últimos diez años. Tras la revisión bibliográfica, se han seleccionado tres guías de práctica clínica editadas entre los años 2007 y 2010.

### **Resultados**

Tras el análisis del material seleccionado, la información recopilada se ha agrupado, para su exposición, en los siguientes apartados: evaluación inicial, diagnóstico sindrómico y etiológico, test neuropsicológicos, pruebas de laboratorio, pruebas de neuroimagen, pruebas genéticas, estudio del líquido cefalorraquídeo y estudio mediante electroencefalograma.

#### *Evaluación Inicial*

Se recomienda que los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, mantengan un alto grado de sospecha de deterioro cognitivo en los pacientes que estén a su cargo, evaluándolos de forma regular y específica, debiendo preguntar también a los familiares sobre la situación funcional y cognitiva (Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007).

Es aconsejable valorar los síntomas conductuales y psicológicos, ya que tienen gran influencia en el diagnóstico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

La señal de alarma más importante a la hora de considerar una posible demencia, es la advertencia por parte de informadores fiables de la existencia de un deterioro funcional. También se debe considerar como una señal de alarma de demencia, las quejas de pérdida de memoria (Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007).

Cuando existan casos en los cuales se haya puesto de manifiesto quejas de deterioro cognitivo y/o funcional, se deberá llevar a cabo desde atención primaria una valoración mediante instrumentos estandarizados, validados y sencillos de utilizar (Botana et al., 2008).

Se recomienda utilizar el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965; Baztán et al., 1993), para valorar las variaciones en las actividades básicas de la vida diaria, y la Escala de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969), para analizar los cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria (Ayuso et al., 2007).

Además, se debe revisar la medicación que utiliza el paciente para determinar y minimizar la influencia que los fármacos puedan estar provocando sobre la función cognitiva, incluidos los autoadministrados (Botana et al., 2008).

La evidencia disponible no es suficiente para recomendar que se realice de forma general test de cribado de demencia en la población anciana asintomática (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008).

Cuando se sospeche una demencia, se aconseja plantear la posibilidad de que pueda existir una depresión, ya que una depresión puede ser la causa de un deterioro cognitivo, aunque también es frecuente, sobre todo al inicio de la demencia, la presencia de síntomas depresivos (Botana et al., 2008).

Se debe sospechar depresión como origen de deterioro cognitivo si: la demencia se presenta de forma aguda (en pocas semanas, en lugar de meses o años); si los síntomas son sobre todo de tipo comportamental, como cambios en el patrón de sueño o de alimentación, tristeza, llanto sin causa aparente, sentimientos de culpabilidad o ideas suicidas; si las quejas objetivas de la presencia de deterioro cognitivo y funcional aportadas por los informadores son menores a las quejas subjetivas; y si hay constancias de un suceso vital que puede ser la causa de la clínica depresiva. Si se sospecha depresión, deberá instaurarse un tratamiento antidepressivo, y si no mejora habrá que derivar el caso a un especialista (Botana et al., 2008).

#### *Diagnóstico Síndromico y Etiológico*

Se recomienda llevar a cabo en los pacientes con demencia una exploración física general y neurológica para detectar comorbilidad, así como signos neurológicos asociados que pueden ser útiles para el diagnóstico diferencial de algunos subtipos de demencia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Se recomienda usar para el diagnóstico síndromico de demencia, los criterios recogidos en la definición del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, Text revised), por su fiabilidad y su facilidad de uso (Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007). Las principales modificaciones con respecto a la última versión de este manual, el DSM-5, son que el término "demencia" se reemplaza por el de "trastorno neurocognitivo mayor"; se incorpora el uso de medidas neuropsicológicas estandarizadas; además, desaparece la pérdida de memoria como un criterio esencial de los trastornos neurocognitivos; y se establece mayor especificidad de los síntomas comportamentales (López-Pousa y Lombardía, 2014).

Para la determinación de enfermedad de Alzheimer, se recomienda usar los criterios DSM-IV-TR o NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurologig, communicative disorders and Stroke-Alzheimer Disease and related Disorders Association Work Group) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007).

En el caso del diagnóstico de demencia vascular, se aconseja utilizar los criterios NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationales pour la Recherche et l'Enseignement) o la escala de Hachinski (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008).

Para el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy, es recomendable el uso de los criterios de McKeith (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

En la determinación de la demencia lobular frontotemporal, se aconseja utilizar los criterios de Lund-Manchester o de Neary (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

En los casos que exista una demencia con una evolución muy rápida, se recomienda tener en cuenta los criterios clínicos de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Botana et al., 2008).

Para poder establecer y ratificar el subtipo de demencia, puede que sea necesario una valoración escalonada en el tiempo (Botana et al., 2008).

### *Test Neuropsicológicos*

Se recomienda realizar un estudio neuropsicológico, ya que puede servir de ayuda en el diagnóstico diferencial de la demencia, sobre todo en los casos relacionados con depresión (Botana et al., 2008).

Actualmente, el estudio neuropsicológico se considera superior al estudio mediante neuroimagen para el diagnóstico de demencia, por lo que la valoración neuropsicológica debería ser realizada antes que los estudios complementarios de imagen (Botana et al., 2008).

En los siguientes casos, se recomienda recurrir al estudio neuropsicológico formal para el diagnóstico de demencia: demencia dudosa o muy leve mediante criterios clínicos; diagnóstico etiológico difícil por criterios clínicos; demencia de inicio en edad inferior a 65 años; y casos con presentación clínica atípica (Botana et al., 2008).

Se recomienda evaluar a todos los pacientes que presenten quejas cognitivas, mediante el uso de pruebas de cribado de cognición global, herramientas cognitivas cortas centradas en aspectos concretos de la cognición, baterías neuropsicológicas y/o cuestionarios estructurados que cuantifiquen el grado de deterioro cognitivo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Se recomienda usar la versión española del MMSE (Mini Mental State Examination) (Blesa et al., 2001) o el MEC (Mini Examen Cognoscitivo) (Lobo et al., 1999) para el cribado de demencia en personas que presenten quejas cognitivas o edad avanzada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

También se recomiendan otros test cortos de cribado de demencia en personas con sospecha de deterioro cognitivo, como el test de Pfeiffer (Martínez de la Iglesia et al., 2001), el MIS (Memory Impairment Screen) (Petersen et al., 2001), el test de los 7 minutos (Solomon et al., 1998), el Eurotest (Carnero y Montoro, 2004), el test del reloj (Cacho et al., 1996) o el T@M (Test de Alteración de Memoria) (Rajmil, Molinuevo, Sánchez-Valle, Bosch, y Villar, 2007) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

### *Pruebas de Laboratorio*

Se recomienda realizar una analítica que incluya hemograma, velocidad de sedimentación globular, bioquímica (electrolitos, glucosa, calcio, función renal y hepática), pruebas de función tiroidea, niveles de vitamina B12 y folatos. En función de la forma de presentación y de la tipología clínica, puede ser

necesario la determinación de otros parámetros como lípidos, serología de lúes o VIH (Botana et al., 2008).

No se recomienda hacer un cribado de rutina de VIH, exceptuando que concurren factores de riesgo específicos o bien que el cuadro clínico lo señale (Botana et al., 2008).

### *Pruebas de Neuroimagen*

En el diagnóstico de demencia se recomienda, como herramienta complementaria, la neuroimagen estructural, siendo de elección la tomografía computarizada (TC) sin contraste o la resonancia magnética (RM) craneal, especialmente para identificar lesiones, que puedan ser tratables mediante cirugía, así como enfermedades vasculares (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008).

Se recomienda elegir la RM como técnica inicial si la edad del paciente es inferior a 70 años, existe deterioro rápido no explicable, presencia de síntomas cognitivos atípicos, o si hay ausencia de síntomas o signos neurológicos de localización (Botana et al., 2008).

En cambio, es recomendable iniciar el estudio con un TC si existe un traumatismo craneal reciente, historia previa de cáncer (especialmente en localizaciones y con tipos histológicos de alta ocurrencia de metastatización), empleo de anticoagulantes o propensión a las hemorragias, incontinencia urinaria o alteración de la marcha prematura en el transcurso de la demencia, síntomas neurológicos de reciente aparición (como la cefalea) o signos neurológicos también de nueva aparición (como la hemiparesia o signo de Babinski) (Botana et al., 2008).

Para descubrir cambios vasculares, se recomienda la RM por presentar mayor sensibilidad que la TC. Así como en los casos en los que se sospecha de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, también se recomienda realizar una RM con secuencias de difusión (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008).

La SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) o tomografía computarizada por emisión de fotón simple y PET (Positron Emission Tomography) o tomografía por emisión de positrones, se pueden utilizar como complemento a la neuroimagen estructural para ayudar al diagnóstico o poder realizar el diagnóstico diferencial de los subtipos de demencia cuando el diagnóstico es incierto. En cambio, no se recomienda su empleo rutinario ni tampoco como única herramienta de diagnóstico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Se aconseja la SPECT como apoyo en el diagnóstico de demencia de cuerpos de Lewy (como rasgo diagnóstico sugestivo) y para el diagnóstico diferencial entre demencia de cuerpos de Lewy y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson con enfermedad de Alzheimer (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

### *Pruebas Genéticas*

En los pacientes con demencia y con historia familiar que insinúe herencia autosómica dominante, se recomienda el estudio genético, en especial en los casos de enfermedad de Huntington y de CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy), y también en la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal (Botana et al., 2008).

No es recomendable realizar de forma rutinaria la determinación del genotipo de la proteína APOE ni la investigación de mutaciones de la proteína Tau en pacientes con sospecha de enfermedad de Alzheimer y de demencia frontotemporal, respectivamente. Tampoco se recomienda el estudio genético en personas con sospecha de demencia con cuerpos de Lewy o de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. El motivo es porque aportan poca ganancia a la precisión diagnóstica de los criterios clínicos (Grupo de



trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008; Ayuso et al., 2007).

#### *Estudio del Líquido Cefalorraquídeo*

No es aconsejable realizar de forma rutinaria en el diagnóstico de demencia, el análisis del líquido cefalorraquídeo (Botana et al., 2008).

Se recomienda efectuar un análisis del líquido cefalorraquídeo cuando se sospeche una demencia que sea secundaria a un proceso infeccioso o encefalítico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Es recomendable realizar el test de proteína 14-3-3 en el líquido cefalorraquídeo cuando se sospeche de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Botana et al., 2008).

Puede emplearse la determinación de T-tau, Ab-42 y P-tau en líquido cefalorraquídeo, como prueba complementaria en los casos en los cuales se plantee un diagnóstico diferencial dudoso entre enfermedad de Alzheimer y otras demencias, al igual que en los casos que exista deterioro cognitivo ligero cuando haya rasgos clínicos, neuropsicológicos y evolutivos que hagan sospechar una enfermedad de Alzheimer como etiología del mismo. No se aconseja esta determinación de forma rutinaria en el diagnóstico de la demencia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

#### *Estudio mediante Electroencefalograma*

No se recomienda el empleo del electroencefalograma de forma rutinaria en el diagnóstico de demencia (Botana et al., 2008).

Se aconseja realizar un estudio mediante electroencefalograma para el diagnóstico de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, o si se sospecha la existencia de delirium, estado de mal epiléptico no convulsivo o crisis epilépticas parciales complejas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

### **Discusión/Conclusiones**

La demencia es un problema que es causa de dependencia en las personas que la padecen, con repercusión en la calidad de vida de los pacientes, sus familias y la sociedad, por lo que si se consigue realizar un diagnóstico temprano es posible que se pueda retrasar o minimizar el impacto de su evolución.

El hecho de que los profesionales sanitarios estén familiarizados con las recomendaciones para el diagnóstico de la demencia, así como el que conozcan las herramientas que les pueden ayudar en dicho diagnóstico, es fundamental para poder realizar un diagnóstico precoz de cualquier caso de demencia.

Para poder realizar este diagnóstico de forma anticipada, será necesario que los profesionales sanitarios, en especial los que trabajan en atención primaria, realicen un cribado de demencia en aquellos pacientes que sospechen la existencia de deterioro cognitivo mediante una valoración clínica global que incluya pruebas específicas.

### **Referencias**

Ayuso, T., Ederra, M.J., Manubens, J.M., Nuin, M.A., Villar, D. y Zubicoa, J. (2007). *Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, I. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, 32-40.

- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., ... NORMACODEM Group. (2001). Clinical validity of the "mini-mental state" for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39(11), 1150-1157.
- Botana, C., Caballer, J., Calatayud, T., Camporro, B., Díaz, A., Lorenzo, P., ... Vidal Sánchez, J.A. (2008). *Guía de Recomendaciones Clínicas: Demencia*. Oviedo: Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Gay, J., Guerrero-Peral, A.L., Gómez-Sánchez, J.C., ... Vicente, J.L. (1996). El test del reloj en ancianos sanos. *Revista de Neurología*, 24, 1525-1528.
- Carnero Pardo, C. y Montoro Ríos, M.T. (2004). Evaluación preliminar de un nuevo test de cribado de demencia (EUROTEST). *Revista de Neurología*, 38(3), 201-209.
- Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San Juan, P. y Zurdo Martín (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35, 39-45.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., Tapias-Merino, E. y Bermejo-Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, 677-686.
- González Rodríguez, V.M., Marín Ibáñez, A., Mateos González, A. y Sánchez Vázquez, R. (2010). *Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias*. Madrid: IM&C.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
- Lawton, M.P. y Brody E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-86.
- Libre Guerra, J.C., Guerra Hernández, M.A. y Perera Miniet, E. (2008). Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200009&lng=es)
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., ... Lacámara, C. (1999). Revalidación y normalización del Min-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- López-Pousa, S. y Lombardía Fernández, C. (2014). ¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor? *Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*, 56, 3-6. doi:10.5538/1137-1242.2014.56.3
- Mahoney, F.I. y Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M.C., Aguado Taberne, C., Albert Colomer, C. y Luque 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), 129-134.
- Olazarán, J. (2011). ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? *Atención Primaria*, 43(7), 377-384.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Demencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. y DeKosky, S.T. (2001). Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133-1142.
- Rajmil, L., Molinuevo, J.L., Sánchez-Valle, R., Bosch, B. y Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 294-304.
- Rosselli, M. y Ardila, A. (2010). La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3:1), 59-68.
- Solomon, P.R., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R.D., ... Pendlebury, W.W. (1998). A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of neurology*, 55(3), 349-355.



## CAPÍTULO 63

### Diferencias de género en el deterioro funcional y cognitivo de los ancianos no institucionalizados

María Rosario Román-Gálvez\*, Ana Isabel Molina-Medina\*\*, y Candelaria Arco-Arenas\*\*\*

\*UGC Motril-Centro (España), \*\*UGC Gran Capitán, Granada (España),

\*\*\*Diputación Provincial de Granada (España)

El envejecimiento de la población es un reto para los servicios sanitarios de los países desarrollados. En esta época de la vida, las formas de enfermar cambian con respecto al adulto joven y aparece con mucha frecuencia la pluripatología. Durante el envejecimiento disminuye la calidad de vida, ya que en las edades más avanzadas está frecuentemente asociada a un deterioro de capacidades; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), conforme las personas van envejeciendo, su calidad de vida en gran medida se ve determinada por su capacidad para el mantenimiento de la autonomía y la independencia; y la probabilidad de sufrir discapacidades graves tanto cognoscitivas como físicas, aumenta de forma espectacular en las edades más avanzadas (OMS, 2002). Aunque en los últimos años, en las personas menores de 85 años, las tendencias en discapacidad son descendentes, no ocurre lo mismo en mayores de 85 años (Christensen K, 2009). En Andalucía, en torno al 32% de las personas con más de 65 años, tiene algún tipo de discapacidad (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

Entendemos independencia como la capacidad que tiene el individuo de desempeñar las funciones que se relacionan con la vida diaria, esto es, de vivir con independencia dentro de la comunidad, requiriendo escasa ayuda, (e incluso ninguna) de los demás (OMS, 2002). De este modo, la dependencia se evalúa en función de la necesidad de supervisión o ayuda por parte de otras personas para realizar las actividades propias de la vida diaria (AVD), al objeto de mantener una vida autónoma en el domicilio habitual (Zunzunegui, 2011; Brickman 2002).

La merma en la autonomía e independencia de la población anciana, supone una mayor demanda de atención sanitaria a domicilio por parte de este grupo poblacional, además de entrañar numerosos riesgos que, si derivan en mayor necesidad de asistencia sanitaria, van a ser de alguna forma objetivados, evaluados y tratados por los servicios sanitarios: éste es el caso de las úlceras por presión (UPP), que aparecen con la inmovilidad y activan un círculo vicioso que contribuye a aumentar la discapacidad física. Pero cuando estos riesgos no significan esta mayor demanda de asistencia, pueden pasar desapercibidos por los servicios sanitarios: tal puede ser el caso de la merma de las relaciones sociales y familiares.

La discapacidad tiene su origen, entre otras, en las patologías y en situaciones que se asocian al envejecimiento y que suponen afectación en la movilidad de los miembros (tanto superiores como inferiores), la memoria, la comunicación y el aprendizaje (Zunzunegui, 2011; OMS, 2001).

La existencia de diferencias de género en lo que a morbimortalidad, esperanza de vida y calidad de vida se refiere, es por todos conocida. A cada edad, el estado funcional de las mujeres es peor que el de los hombres, aunque es posible que la mayor prevalencia de trastornos crónicos de las mujeres se deba a una mayor exposición o una mayor vulnerabilidad, precisamente por el hecho de ser mujeres en sociedades estratificadas según los roles de género (Zunzunegui, 2011; Ahacic, Parker y Thorslund, 2000; Yount y Agree, 2005; Ferrer, Formiga, Almeda, Alonso, Brotons y Pujol, 2010).

Aún hoy, en nuestro entorno, las mujeres tienen un mayor riesgo de vivir una vejez con discapacidad (OMS, 2002; Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011). Concretamente, en Andalucía, las

mujeres tienen mayor esperanza de vida que los varones, sin embargo, los hombres viven por término medio 7,9 años de su vida en situación de dependencia, en contraste con los 12,1 años que viven las mujeres en esta situación (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

Siendo las alteraciones de la movilidad y cognitivas importantes orígenes de la discapacidad y la dependencia, se hace necesario un análisis de la inmovilidad y del deterioro cognitivo. Y dado que aún se mantienen los roles de género que dan lugar a las diferencias en discapacidad, este análisis debe abarcar también las diferencias de género.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las diferencias de género en el deterioro funcional y cognitivo, y sus factores asociados, en una muestra de personas mayores de 65 años de la provincia de Granada, no institucionalizadas y que reciben asistencia sanitaria en su domicilio.

## **Método**

### *Participantes*

Estudio observacional transversal realizado en el municipio de Motril, entre julio y diciembre de 2014. La población diana es la población con asistencia sanitaria a domicilio; la población de muestreo es la población de las pedanías del municipio de Motril, que están adscritos sanitariamente a cualquiera de los Consultorios de Salud del Servicio Andaluz de Salud de las zonas referidas, y que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 65 años, no estar institucionalizados, recibir asistencia sanitaria a domicilio y no existencia de barreras de comunicación. La muestra final formada por las 72 personas que, cumpliendo los criterios anteriores, aceptaron participar de forma voluntaria y anónima (índice de respuesta del 62,6%), previa firma de consentimiento informado.

Se seleccionaron 72 personas mayores de 65 años con asistencia sanitaria a domicilio: el 43,1% varones y el 56,9% mujeres; con una edad media de 78,22 años (DS: 8,31, rango de 65 a 103 años), sin diferencias significativas por sexos en la media de edad. El 66,7% presentan algún tipo de dependencia, siendo la media de la puntuación de cuestionario de Barthel de 67,5 (DS: 25,11), el 26,4% presenta deterioro cognitivo moderado o severo, siendo su media 2 (DS:1,89) y el 34,7% presenta alto riesgo de UPP, siendo su media de 15,96 (DS:3,39). Tienen cuidador el 59,7% de los mayores de 65 años de nuestra muestra. De los que tienen cuidador, en el 62,8% de los casos esta labor la desempeña un familiar, en el 27,9% de los casos es desempeñada por un cuidador formal y en el 9,3% de los casos tienen ambos tipos de cuidadores.

### *Instrumentos*

Entrevista estructurada de elaboración propia, con los siguientes ítems: sexo, edad, existencia o no de cuidador (familiar, formal, ambos, no tiene, no precisa), relaciones familiares y sociales (buenas, escasas, malas o inexistentes). Además se han aplicado tres cuestionarios validados:

1. *Índice Barthel de valoración de la autonomía para las AVD* (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Mahoney y Barthel, 1965). Da una puntuación entre 0 y 100 puntos, donde la menor puntuación indica menor autonomía en dichas actividades. La variable puede ser continua o discreta, con las siguientes categorías: 1) Dependencia total (0-20 puntos); 2) dependencia grave (21-60 puntos); 3) dependencia moderada (61-90 puntos); 4) dependencia leve (91-99 puntos) 5) Independencia (100 puntos, 95 en silla de ruedas).

2. *Cuestionario de Pfeiffer versión española, utilizado para la valoración del deterioro cognitivo* (Pfeiffer, 1975; Martínez, Dueñas, Onís, Aguado, Albert y Luque, 2001). Este test puntúa entre 0 y 10, donde una menor puntuación indica un menor deterioro. Hasta 3 puntos indica normalidad, y a partir de 4 puntos o más, deterioro cognitivo, tanto mayor cuanto mayor sea la puntuación; en caso de personas analfabetas se debe aumentar un punto el punto de corte.

3. *Escala Norton de riesgo de UPP* (Quiralte, Martínez y Fernández, 1998; García, Garrido y Rodríguez, 1999), utilizado pese a que su población diana es la población hospitalizada, pues el Servicio

Andaluz de Salud, no aporta instrumentos para valorar el riesgo de UPP en población no hospitalizada. Este test puntúa entre 0 y 20, donde la menor puntuación indica un mayor riesgo de UPP; en función del resultado se obtienen dos categorías: alto riesgo de UPP si puntuación menor de 15, y bajo riesgo de UPP si la puntuación es mayor o igual a 15.

#### *Procedimiento*

En la visita domiciliar programada para valoración enfermera y revisión de los procesos crónicos, la enfermera responsable y autora principal del estudio, invitó a participar a toda persona mayor de 65 años, con adscripción sanitaria a los Consultorios de Salud de las pedanías del municipio de Motril (Calahonda, Carchuna, Torrenueva y Varadero-Santa Adela) y que cumpliera los criterios de inclusión anteriormente descritos. Fueron informadas de la no diferencia de trato en caso de rechazo, de las características y objetivos del estudio, del carácter voluntario de la participación, de la posibilidad de consultar la historia clínica y del anonimato del estudio.

Las variables de nuestro estudio han sido: sexo, edad [categorizada en tres grupos homogéneos: de 65 a 73 años (36,1% de la muestra), de 74 a 82 años (33,4 % de la muestra) y mayores de 82 años (31,9% de la muestra)], cuidador (familiar, formal, ambos, no tiene, no precisa), relaciones familiares (buenas, escasas, malas, inexistentes), relaciones sociales (buenas, escasas, malas, inexistentes), puntuación del Índice de Barthel (dependiente total, dependiente grave, dependiente moderado, dependiente leve, independiente), puntuación del cuestionario Pfeiffer versión española (existencia o no de deterioro cognitivo) y puntuación de la Escala de Norton de riesgo de UPP (alto o bajo riesgo de UPP).

Se realizó la recogida de datos en la visita programada para valoración enfermera anual y control periódico del proceso crónico que cada paciente presentara. En algunos casos se usó la historia clínica del paciente como fuente de datos adicional.

#### *Análisis de datos*

Para variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas; para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar y rango). La significación estadística de las diferencias en las medias se valoró mediante la prueba t de Student.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS Statistics, versión 20<sup>®</sup>.

#### **Resultados**

La media de la puntuación del Índice de Barthel es de 67,5 /DS: 25,11).

En función de la edad, al categorizar a ésta en tres grupos homogéneos (de 65 a 73 años, de 74 a 82 años y mayores de 82 años), se observa mediante regresión logística (para la que hemos considerado independientes a los individuos a partir de Índice Barthel  $\geq 90$ ) que la dependencia aumenta con la edad y que este aumento tiene significación estadística ( $p < 0,05$ ). Diferenciando por sexos, la media de puntuación del Índice de Barthel es de 77,10 (DS: 21,43) para los varones y de 60,24 (DS: 25,49) para las mujeres, siendo la diferencia entre ambas medias significativa ( $p < 0,005$ ).

En el cuestionario de Pfeiffer versión española para el cribado del deterioro cognitivo, la muestra estudiada tiene una puntuación media de 2,58 (DS: 2,36), aumentando dicho deterioro con la edad con una alta significación estadística ( $p < 0,001$ ). Por sexos, las diferencias no han sido estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ), presentando los varones una media de 2,00 (DS: 1,89) y las mujeres de 3,02 (DS: 2,60).

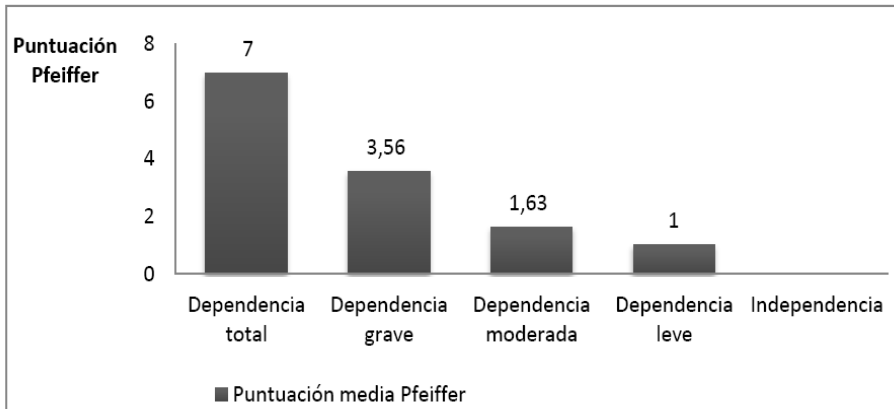
El grado de dependencia física y de deterioro cognitivo afecta en mayor medida a mujeres que a hombres, pues en los más altos niveles de discapacidad, la proporción de mujeres es mayor que la de hombres, según puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de hombres y mujeres con distintos grado de dependencia física y deterioro cognitivo

	Grado dependencia	Género	
		Hombres	Mujeres
Dependencia física (Barthel)	Dependencia total	0%	9,8%
	Dependencia grave	25,8%	41,5%
	Dependencia moderada	67,7%	48,8%
	Dependencia leve	6,6%	0%
	Independencia	0%	0%
Deterioro cognitivo (Pfeiffer)	No	77,4%	70,7%
	Si	22,6%	229,3%

Ambos deterioros se encuentran relacionados, en el sentido de que una mayor dependencia física, se asocia con un mayor deterioro cognitivo, sin diferencias significativas por sexos ( $p > 0,05$ ) y tal como puede verse en la gráfica 1.

Figura 1. Puntuación del Cuestionario de Pfeiffer en los distintos niveles de dependencia.



En nuestra muestra, la escala de Norton de riesgo de UPP tiene una puntuación media de 17,26 (DS: 2,93), sin diferencias significativas según la edad ( $p > 0,05$ ), pero con diferencias estadísticamente significativas por sexos ( $p < 0,05$ ), siendo la media en los varones de 17,26 (DS:2,93) y de las mujeres 14,98 (DS:3,42). El riesgo de UPP es alto en el 19,4% de los varones y bajo en el 80,6%; en la población femenina, el riesgo de aparición de UPP es alto en el 46,3% y bajo en el 53,7% de los casos.

El riesgo de UPP está asociado con la dependencia para las AVD, sin que existan diferencias significativas por sexos, en el sentido de que en los mayores niveles de dependencia, existe un mayor riesgo de UPP, según puede verse en la gráfica 2.

A nivel de relaciones familiares y sociales, y por tanto de comunicación y aprendizaje, también hay diferencias de género, siendo las mujeres las que mantienen peores relaciones tanto familiares como sociales. En la tabla 2 se refleja el porcentaje de hombres y mujeres con buenas, escasas, malas e inexistentes relaciones, tanto familiares como sociales.

Figura 2. Puntuación de la Escala de Norton en los distintos niveles de dependencia

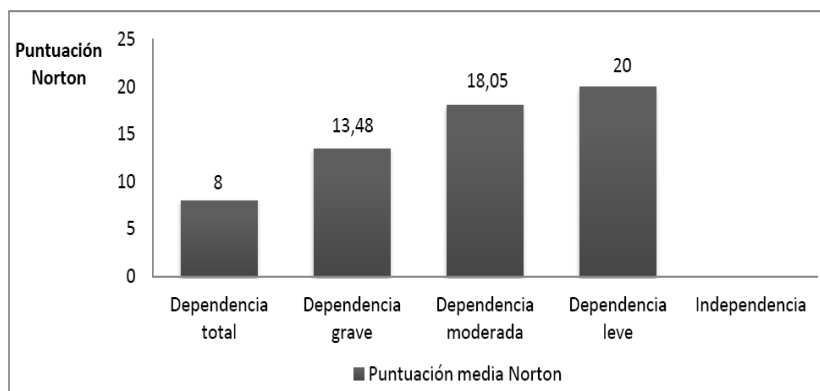


Tabla 2. Porcentaje de varones y mujeres según la calidad de sus relaciones familiares y sociales

	Varones				Mujeres			
	Buenas	Escasas	Malas	No	Buenas	Escasas	Malas	No
Relaciones familiares	93,5%	6,5%	0,0%	0,0%	78,0%	17,1%	4,9%	0,0%
Relaciones sociales	35,5%	45,2%	0%	19,4%	24,4%	48,8%	26,8%	0,0%

Para analizar las relaciones familiares y sociales en función de la dependencia y el sexo, hemos agrupado los niveles 1 y 2 de dependencia (dependencia total y grave) y los niveles 3 y 4 (dependencia moderada y dependencia leve, ya que no hay ningún caso de independencia), obteniendo los siguientes resultados:

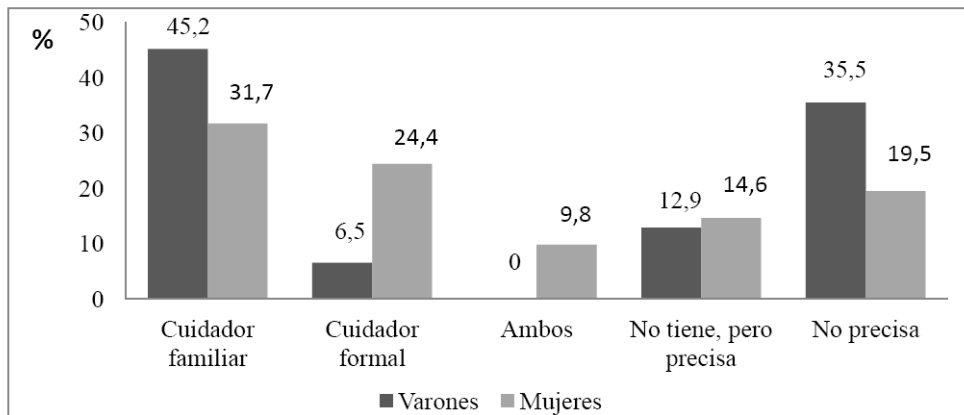
a. Relaciones familiares: el 100% de los varones con dependencia total o grave tienen buenas relaciones familiares; mientras que en el caso de las mujeres con dependencia total o grave, tienen buenas relaciones familiares el 71,4%, escasas el 23,8% y malas el 4,8%. Para el grupo con dependencia moderada o leve, los varones tienen buenas relaciones familiares en el 91,3% de los casos y escasas en el 8,7% restante; mientras que las mujeres tienen relaciones familiares de buena calidad en el 85,0% de los casos, escasas en el 10,0% y de mala calidad en el 5,0% de los casos.

b. Relaciones sociales: En el caso de los varones con dependencia total o grave, el 25,0% de ellos tienen buenas relaciones sociales, el 25,0% las tienen escasas y en el 50,0% de los casos, estas son inexistentes; mientras que las mujeres con dependencia total o grave tienen buenas relaciones sociales en el 14,3% de los casos, escasas en el 38,1% de los casos e inexistentes en el 47,6% de los casos. En el grupo con dependencia moderada o leve, los varones tienen buenas relaciones sociales en el 39,1% de los casos, escasas en el 52,2% e inexistentes en el 8,7% de los casos; mientras que las mujeres tienen buenas relaciones sociales en el 35,0% de los casos, escasas en el 60,0% de los casos e inexistentes en el 5,0% de los casos. No hay malas relaciones sociales para ningún grado de dependencia en ninguno de los dos sexos,

La procedencia de los cuidados recibidos (cuidador familiar o formal), o la no existencia de los mismos, también difiere entre hombres y mujeres, siendo su distribución la que se refleja en la figura 3.



Figura 3. Procedencia de los cuidados, diferenciación por sexos



### Discusión/Conclusiones

En consonancia con la bibliografía consultada, existen diferencias de género en lo que a deterioro funcional y cognitivo se refiere, en el sentido de mayor discapacidad física y cognitiva en el sexo femenino que en el masculino, tanto porque las mujeres presentan puntuaciones que indican un mayor deterioro, como porque existe un mayor porcentaje de población femenina afectada (Zunzunegui, 2011; Ahacic, Parker y Thorslund, 2000; Yount y Agree, 2005; Ferrer, Formiga, Almeda, Alonso, Brotons y Pujol, 2010).

El principal factor asociado a la discapacidad funcional y cognitiva es el sexo, aunque también son factores asociados importantes la edad (OMS, 2002; Christensen, 2009), el riesgo de UPP, y la calidad de las relaciones sociales y familiares. No hemos encontrado bibliografía que relacione la calidad de las relaciones sociales y familiares de los ancianos con el deterioro físico y/o cognitivo.

Estas diferencias en discapacidad se ven acentuadas por el hecho de que los cuidados recibidos son en menor medida procedentes de un cuidador familiar para las mujeres (puesto que tradicionalmente el rol de cuidadora es mayoritariamente femenino, el receptor es mayoritariamente el varón) y por el hecho de que las relaciones sociales y familiares son de peor calidad en las mujeres que en los varones.

### Referencias

- Ahacic K, Parker MG, Thorslund M. (2000) Mobility limitations in the Swedish population from 1968 to 1992: age, gender and social class differences. *Aging (Milano)*, 12(3),190-8.
- Brickman AM, Riba A, Bell K, Albert M, Brandt J, Stern Y. (2002) Longitudinal assessment of patient dependence in Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 59(8), 1304-8.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. (2009) Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196-208.
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*, 71(2), 127-37.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2013). IV Plan Andaluz de Salud. Recuperado de [www.andaluciasana.es/PAS/links/IV\\_PAS\\_v9.pdf](http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf). Consultado el 30 de Enero de 2015.
- Ferrer A, Formiga F, Almeda J, Alonso J, Brotons C, Pujol R. (2010). Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Med Clin (Barc)*,134(7), 303-06.
- García AM, Rosa G, Garrido G, Rodríguez P. (1999). Escala de Norton: ¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? *Med Prev*, 5(3):24-27.
- Mahoney FI, Barthel DW. (1965) Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*, 14; 61-5.

Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque 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. *Med Clin (Barc)*, 117(4); 129-34.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia española sobre discapacidad, 2012-2020. Recuperado de [www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_espanola\\_discapacidad\\_2012\\_2020.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf). Consultado el 28 de enero de 2015.

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado de [conadis.gob.mx/doc/CIF\\_OMS.pdf](http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf). Consultado el 5 de febrero de 2015.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.

Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 23(10), 433-41.

Quiralte, C., Martínez, R.M. y Fernández, C. (1998). Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. *Enf Cli*, 8(4), 151-6.

Yount K y Agree E. (2005). Differences in disability among older women and men in Egypt and Tunisia. *Demography*, 42(1), 169-87.

Zunzunegui, M.V. (2011) Evolution of disability and dependency. An international perspective. *Gac Sanit*, 25(2s), 12-20.



## CAPÍTULO 64

### Actualizaciones terapéuticas y cuidados integrales en pacientes con demencia fronto-temporal

Juan Alberto Puyana Domínguez\*, Mercedes Calleja Urbano\*\*, y Vanesa Guijarro Delgado\*\*  
\*Hospital La Línea (España), \*\*Residencia “Nuestra Señora del Rosario” de Los Barrios (España)

En la actualidad, el personal sanitario que atiende en nuestros centros sanitarios y/o sociosanitarios a pacientes aquejados de demencia, tiende a “etiquetar” a la inmensa mayoría como Alzheimer, desconociendo que son varias las formas de demencia que pueden cursar, a veces con sintomatología similar, y que puede dar lugar a equívocos y errores en planteamientos fundamentales como la planificación de cuidados y el correcto adiestramiento de cuidadores y familiares.

En el caso concreto de la Demencia Fronto-temporal, la aparición relativamente temprana de este tipo de afectación, incide particularmente en sus vidas familiares, afectando insidiosamente al transcurso del día a día en pacientes que a veces son aún jóvenes.

Curiosamente, según nos cuenta la historia de esta enfermedad, ya en su día fue catalogada como una derivación de la enfermedad de Alzheimer hasta que a finales del siglo XIX, en 1892, el psiquiatra y neuropatólogo checo Arnold Pick describió a un paciente con posible Demencia Fronto-temporal, probablemente, el primero en la literatura científica.

Anatómicamente, comienza con la atrofia del lóbulo frontal del cerebro, para luego propagarse hasta el lóbulo temporal de paciente, mostrando una clínica característica y llamativa tanto para los profesionales como para los cuidadores. La atrofia puede afectar ocasionalmente a los lóbulos parietales, y suele ser bilateral aunque asimétrica.

Este tipo de demencia ha sido estudiado por muchos investigadores (Lund, 1986; Brun, et al, 1987; Gustafson et al 1987; Neary, 1988), principalmente tras un repunte en la investigación a raíz del trabajo de Arnold Pick, fijándose criterios diagnósticos (McKahn, 2001), y epidemiológicos (Haberland, 2010) que lo sitúan, tras la enfermedad de Alzheimer, como la segunda causa de demencia de inicio temprano, es decir, en pacientes menores de 65 años.

Sin duda, los mayores avances en el estudio de esta enfermedad se han producido a finales del siglo XX con el descubrimiento del gen de la Progranulina y sus mutaciones, responsables directas de un gran número de Demencias Fronto-temporales hereditarias (Jutton, 1998; Baker, 2006; Cruts, 2006). De hecho, se estima que existen antecedentes familiares en un 30-45% de los casos (Ikeda, 2004).

#### Objetivo

En la presente comunicación, pretendemos mostrar las características particulares de esta demencia, su evolución y datos epidemiológicos, así como las terapias aconsejables para el mantenimiento de la independencia del paciente en la medida de lo posible; abordaremos las últimas tendencias terapéuticas, los enfoques más novedosos al respecto y trataremos de sintetizar toda la información de manera que pueda servir como material de consulta a todo profesional y /o cuidador, que se vea en la tesitura de tratar a un paciente afectado por esta enfermedad.

#### Metodología

Para la realización de esta revisión se han consultado como fuentes, las bases de datos de Dialnet y Pubmed-Medline, ISOC, Scielo y Taylor & Francis, mediante la búsqueda concreta de términos relativos

a “demencia fronto-temporal”, y “terapias demencia fronto-temporal”. Se ha efectuado la búsqueda para artículos escritos en español e inglés.

En la búsqueda inicial, se encontraron 58 artículos, todos ellos de publicaciones y revistas científicas. En una búsqueda posterior se añadieron las palabras “terapia ocupacional”, dando como resultado un solo artículo al respecto. Debido a la amplia evolución de esta enfermedad en la historia médica desde sus comienzos, y precisamente para valorar con mayor perspectiva las actualizaciones que se han producido en el seguimiento de esta afectación, se decidió no introducir un límite temporal para la búsqueda.

De entre todos los trabajos encontrados se han seleccionado un total de 11, aquellos que aportan una visión multidisciplinar sobre la Demencia Fronto-temporal, así como los que muestran una descripción completa de su clínica, evolución y tratamiento, haciendo especial hincapié en los trabajos que muestran novedades interesantes sobre esta enfermedad, principalmente en su faceta no farmacológica, es decir, centrada en terapias activas de estimulación psicológica y cognitiva.

### **Estado de la cuestión**

La Demencia Frontotemporal supone un serio problema de salud a nivel global, siendo su afrontamiento una cuestión multidisciplinar, que requiere del esfuerzo de muchos profesionales y la implicación de instituciones sociosanitarias. No debemos olvidar que, epidemiológicamente, constituye la tercera causa de demencia degenerativa tras la enfermedad de Alzheimer, y la Demencia con cuerpos de Lewy.

Es por ello que, a nivel social, esta enfermedad requiere de los esfuerzos y atenciones de las distintas instituciones y autoridades sociosanitarias, debido a que la alta proporción de afectados por esta demencia precisará en un futuro (al igual que lo precisa en el presente) de aportaciones científicas que ayuden a paliar el efecto negativo que provoca en el núcleo familiar de un paciente con Demencia Fronto-temporal, y estudios de impacto económico habida cuenta del gasto sanitario que puede conllevar una mala planificación de cuidados integrales para estos enfermos.

Su inicio, como decíamos, es brusco e insidioso, siendo “una alteración clínica importante que cuenta con una proporción sustancial de casos de demencia degenerativa primaria antes de los 65 años de edad” (Neary, 1998), siendo habitual su aparición en un rango de edad comprendido entre los 45 y 65 años independientemente del sexo del paciente. Se manifiesta mediante tres rasgos característicos:

- Alteraciones del comportamiento que a veces implica cambios de personalidad en el paciente.
- Alteraciones en la conducta social.
- Alteraciones en el lenguaje oral del paciente.

Estos tipos de alteraciones inciden negativamente en el día a día del núcleo familiar, debido a comportamientos inusuales, socialmente incorrectos e impulsivos por parte del paciente, que provocará un mayor sufrimiento en sus cuidadores. No olvidemos que en los casos de instauración más temprana, los pacientes pueden tener hijos en edad infantil que vivirán la enfermedad de su progenitor de manera más dramática y con consecuencias psicológicas realmente incalculables, si no se afronta conjuntamente y desde diferentes prismas profesionales los efectos de esta enfermedad.

Distinguimos tres subtipos clínicos que cursarán de manera diferenciada, y que es interesante describir para su correcta identificación por parte de los profesionales, principalmente:

1º) Demencia Fronto-temporal variante frontal. Este subtipo es el síndrome clínico más usual, y presenta alteraciones muy variadas dependiendo de la zona prefrontales afectadas.

Los síntomas, según estas zonas son los siguientes:

-Orbitofrontal: alteración de la personalidad, falta de sensibilidad o juicio social, brotes agresivos, hilaridad, labilidad emocional, incapacidad de control de los impulsos, falta de atención, y falta de respeto a las normas sociales.

-Mesiofrontal: Apatía, abulia, falta de interés, acinesia, disminución de la fluencia verbal que puede llegar al mutismo, incontinencia urinaria, y disminución de la prosodia espontánea.

-Dorsolateral: incapacidad para la toma de decisiones, para mantener la atención, hacer hipótesis, planificar acciones o poner un orden temporal a algunos acontecimientos, autodejadedez, apatía, irritabilidad, impersistencia cognitiva.

2º) Demencia Semántica: los pacientes no son capaces de reconocer hechos, objetos, palabras, o el significado de éstas debido a una desaparición de la base del conocimiento del lenguaje.

Este lenguaje, cuando es espontáneo, es fluente pero de muy bajo contenido informativo. Llegando a las parafasias semánticas. La demencia semántica constituye “una oportunidad diagnóstica, desde el punto de vista neuropsicológico que nos permitirá en el futuro, encontrar un tratamiento efectivos para esta enfermedad degenerativa” (O’Neil et al, 2006).

3º) Afasia Progresiva No Fluente: se producen alteraciones fonológicas y sintácticas del lenguaje llegando a una anomia y agramatismo que puede desembocar finalmente en mutismo.

Debido a lo característico de su sintomatología, es habitual en estadios iniciales confundir esta enfermedad con determinadas afectaciones psiquiátricas. En todo caso, las alteraciones conductuales son claros y manifiestos en la mayoría de casos, y en casos más leves, se manifiesta con negativismo y apatía, sin que lleguen a desarrollarse el resto de síntomas de conducta social.

Es necesario aclarar que esas alteraciones en la conducta social suelen iniciarse de manera solapada y sutil, mostrando el paciente una mayor desinhibición, descuidando las normas básicas de cortesía y mostrando un lenguaje y actitudes impropias de determinadas situaciones, con un exagerado hilarismo que a veces puede tornarse súbitamente en actitud depresiva, negativa, ansiosa y apática. Suelen tener una actitud extravagante, molesta, carente de autocensura y sin dar importancia a su comportamiento. Esto no quiere decir que exista maledicencia en su comportamiento, es decir, que esta mala actitud se debe a que estas personas actúen con mala intención, sino que todo es debido a las alteraciones que la enfermedad provoca a través de una clara y manifiesta deficiencia en cuanto a las iniciativas y planificaciones, que los llevan a pasar por alto las normas comunes de convivencia, asumiendo conductas inmorales.

De igual manera, el paciente con DFT, muestra un descuido persistente en asuntos concernientes a su aseo personal, acicalamiento y en el vestir, lo cual también incide en la mala imagen que se proyecta de sí mismo al exterior con el consecuente rechazo por parte de aquellas personas ajenas a su núcleo familiar o que desconocen el origen de su afectación.

Este tipo de rechazo es sufrido, quizás más conscientemente y de manera más importante, por los familiares y cuidadores directos, que viven este tipo de situaciones como una afrenta personal, como si este rechazo fuese a ellos mismos, ocasionando a veces situaciones de tensión y frustración que en la mayoría de casos se proyecta sobre el propio enfermo que es, al fin y al cabo, el “causante” de este tipo de situaciones desagradables.

En cuanto al tratamiento, no existe una terapia farmacológica específica para la DFT; en todo caso, la ayuda medicamentosa disponible para estos enfermos, es en algunos casos, la misma que se emplea en la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo si está comprobada la efectividad de determinadas terapias no farmacológicas, concretamente aquellas destinadas a la estimulación cognitiva del paciente.

Este tipo de terapias, es necesario aclarar, no contribuyen a la curación de la enfermedad, que es neurodegenerativa y progresiva, pero al menos contribuye sensiblemente al entretimiento de su progresión.

En la utilización de estas terapias de estimulación cognitiva, se trabajan diversas funciones cognitivas, como la percepción, razonamiento, abstracción, atención, lenguaje, memoria, procesos de orientación, gnosias y praxias. utilizando para ello actividades específicas, que podrán ser distribuidos por los profesionales entrenados para ello (terapeutas ocupacionales) en talleres individuales o grupales.

Hemos de tener en cuenta para valorar la eficacia de estas terapias, que le DFT no evoluciona igual en con el paciente como su salud previa, tanto física como psíquica.

Igualmente, debemos dejar claro que las terapias de estimulación cognitiva, han basado su mayor éxito al emplearse en pacientes con demencia, sobre todo al aplicarlas a lo largo de un periodo de tiempo relativamente largo, siendo menos eficaz en programas cortos y sesiones limitadas en el tiempo.

La estimulación cognitiva, tomará como pilar fundamental terapéutico el entorno del paciente, apoyándonos en objetos, situaciones, personas y demás elementos cotidianos y familiares para él. De esta manera se fomenta la conservación de la memoria, y se estimula la interrelación del enfermo con el medio, facilitando la orientación temporo-espacial del afectado de DFT, así como la correcta ordenación de ideas, planificación de actuaciones y conservación de las habilidades fonológicas y sintácticas del lenguaje.

En cuanto al cuidado del entorno del paciente, cabe destacar la importancia de vigilar la aparición del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, toda vez que, como hemos indicado anteriormente, este tipo de afectación supone posicionar al familiar en muchas ocasiones, en situaciones límite debido a las reacciones, actitudes y desinhibiciones del enfermo.

Este tipo de vigilancia, puede ser llevado a cabo mediante programas específicos de enfermería, y tutorizados por el centro de salud correspondiente, que a través de la enfermera gestora de casos, podrá evaluar periódicamente, las carencias afectivas y económicas, así como los apoyos sociales y conocimientos adquiridos por los cuidadores respecto a los recursos sociosanitarios disponibles en su zona.

Es necesario mentalizar al núcleo familiar de la evolución usual de la enfermedad. No se trata de crear falsas expectativas de mejora o curación que no existen a día de hoy, pues el efecto de este tipo de actitud hacia el cuidador, puede ser completamente el contrario, abocándolo a la desesperación, frustración y culpabilización del equipo médico al completo, al que puede considerar responsable directo de la no mejora del enfermo.

En vez de ello, es necesario mostrar la realidad tal y como es, respondiendo a todas las dudas posibles y presentando el futuro inmediato con la debida sinceridad y crudeza que requiere la situación, pero ofreciendo apoyo en todo momento para determinadas situaciones.

El cuidador no debe sentirse solo ante esta experiencia, y debe notar el afecto, cariño y determinación del equipo médico completo para aliviar las situaciones estresantes que se pueden plantear en el entorno del paciente.

### **Conclusiones**

El afrontamiento de la DFT debe hacerse de manera inequívoca, desde un prisma puramente multidisciplinar, implicando al equipo sociosanitario completo; todos y cada uno de ellos han de aportar su trabajo y profesionalidad para satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores, que se enfrentan a situaciones de desgaste psíquico importantes.

Existen recursos, tanto profesionales como económicos (quizás menos de los deseables) para poder afrontar la DFT con suficientes garantías, proporcionando calidad asistencial al paciente y apoyo moral a la familia.

Aun así, no debemos caer en un excesivo triunfalismo. La lucha contra la DFT apenas si ha avanzado en lo que a terapia se refiere, y como hemos indicado antes, solo podemos aspirar hoy día, a aportar mayor calidad de vida al enfermo, y a enlentecer el progresivo deterioro mental que provoca esta afectación.

Los avances a nivel genético unidos a nuevos descubrimientos en terapia genética, abre un amplio abanico de posibilidades terapéuticas en un futuro, quien sabe, si incluso de carácter farmacológico, por lo que debemos contemplar el futuro a medio y largo plazo, con relativo optimismo.

En ese sentido, cabe destacar los avances propiciados, por ejemplo, a raíz de las recientes investigaciones de la Clínica Mayo de Florida, en el que se determinaba que “la causa más habitual de DFT familiar se debía a una mutación genética” (Renton, 2011), permitiendo así la exploración de nuevos campos terapéuticos en el futuro. En la misma línea, un segundo trabajo de investigación también independiente, corrobora el descubrimiento del equipo de Renton, siendo ambos publicados a finales de 2011 y acogidos por la comunidad científica con interés, y reconocimiento.

La importancia de este descubrimiento, además de la determinación del gen mutado, radica en que el 50% de las DFT son hereditarias, con lo cual estaríamos a las puertas de una posible solución, para al menos la mitad de los afectados por esta enfermedad, lo cual supondría un avance médico de proporciones importantes para la sociedad.

Superado el reto de la implicación de todos los componentes del equipo médico y de la sociedad en la resolución de los conflictos subyacentes que acompañan a esta enfermedad e incide indirectamente en la familia del paciente, el panorama al que nos enfrentamos en el futuro debe ser por tanto, esperanzador. Mas aun cuando los avances en el terreno neuropisiquiátrico y genético, están aportando nuevas conclusiones e importantes vías nuevas de investigación susceptibles de ser exploradas próximamente.

El éxito de estas nuevas investigaciones determinará que estas nuevas vías, y nuevas terapias, puedan ser adoptadas, acopladas y convenientemente economizadas para poder estar al servicio del paciente y sus familiares lo antes posible. Mientras tanto, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacionales, rehabilitadores, trabajadores sociales, psicólogos... todos deben aportar su parte correspondiente para garantizar un mínimo de calidad de vida el enfermo, a la espera de que la ciencia consiga terminar un trabajo que iniciara a finales del siglo XIX el psiquiatra checo Arnold Pick.

## Referencias

- Brun, A. (1987). Frontal lobe degeneration of non- Alzheimer type. *Neuropathology. Arch Gerontol Geriatr* 6:193-208.
- Buratti, E. (2001). Nuclear factor TDP-43 and SR proteins promote in vitro and in vivo CFTR exon skipping. *EMBO J* .20: 1774-1778.
- Durante, P. (2004). *Terapia Ocupacional en Geriátria: principios y prácticas*. Ed. Elsevier Masson.
- Gustafson, L. (1987). Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type. Clinical picture and differential diagnosis. *Gerontol Geriatr*. 6:209-223.
- Hutton, M. (1998). Association of missense and 5'-splice-site mutations in tau with the inherited dementia FTDP-17. *Nature*. 393:702-705
- Ikedo, M. (2004). Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 17: 265-268.
- Mackhann, GM. (2001). Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia. Report of the Work Group on frontotemporal dementia and Pick's disease. *Arch Neurol*. 58: 1803-1809.
- Neary, D. (1988). Dementia of frontal lobe type. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 51: 353-361.
- Romero, D. (2003). *Terapia Ocupacional. Teorías y técnicas*. Ed. Masson.
- Talbot, K. (2006). Recent advances in the genetics of amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal dementia: common pathways in neurodegenerative disease. *Hum Mol Genet*. 15:R182-R187.
- Valero, E. (2010). *Manual Teórico Práctico de Terapia Ocupacional. Intervención desde la infancia a la vejez*. Ed. Monsa Prayma.
- Wilson-Escalante, L.K., Sánchez-Rodríguez, M.A. y Mendoza-Núñez, V.M. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52 (6), 244-247.





## CAPÍTULO 65

### ¿Se pueden prevenir las demencias?

Irene Hita García\*, Jesús García Redondo\*\*, y Yolanda Cánovas Padilla\*\*\*

*\*Residencia Geriátrica Mirasierra (España), \*\*Residencia de ancianos Virgen de la Esperanza (España), \*\*\*Empresa Pública Hospital de Poniente (España)*

La OMS define demencias como *un síndrome causado por una enfermedad del cerebro generalmente de naturaleza crónica y progresiva, observando la alteración de múltiples funciones corticales, de cálculo, lenguaje, la capacidad de aprender, el juicio y la pérdida de memoria como manifestación principal* (Organización Mundial de la Salud, 2013, p.7).

Cabe destacar la importancia de diferenciar las demencias de un trastorno confusional agudo de inicio rápido, disfunción cognitiva, déficit de atención y alteración de la conciencia (Alberca y López-Pousa, 2002).

Se pueden clasificar las demencias en dos tipos de demencias, primarias aquellas que constituyen entidades degenerativas en sí mismas y secundarias que están provocadas por múltiples causas de origen sistémico. Las demencias primarias se subdividen en: corticales (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de cuerpos de Lewy y enfermedad de Pick), subcorticales (demencia por enfermedad de Parkinson, demencia por enfermedad de Huntington y parálisis supranuclear progresiva) y las demencias mixtas. Por otro lado, las secundarias son: vasculares (demencia por isquemia-hipoxia y demencia por hemorragia o hematomas), expansiones intracraneales (hidrocefalia, tumores), origen infeccioso (neurosifilis, VIH.) y de otros orígenes (diálisis, encefalopatías, carenciales o tóxicas) (Alberca y López-Pousa, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente todas ellas provocan un descenso progresivo de las funciones cerebrales, afectando a la memoria, el lenguaje, la razón y conllevando trastornos de conducta que repercute en el ambiente social y familiar del individuo. Ellas producen un daño paulatino e irreversible del cerebro que en la actualidad no tienen cura (Alberca & López-Pousa, 2002; Guillemaud, Fauconau, Greffard & Verny, 2013). Destaca la Enfermedad de Alzheimer (EA), que supone un 50-56% de los casos, las demencias vasculares, la demencia de cuerpos de Lewy y degeneración frontotemporal (Llibre y Gutiérrez, 2014).

La EA y otras demencias han llegado a convertirse en un problema económico y de salud internacional, tal es así que fueron catalogadas como “epidemias” y prioridad de salud pública por la Organización Mundial de la Salud en 2013 (OMS, 2013). En ese mismo año, la *Alzheimer’s Disease International* estimó que había 44 millones de personas que sufrían demencia; en 2030 habrá 76 millones y en 2050 la cifra alcanzará los 135 millones, afectando sobre todo a los países en vías de desarrollo (Prince, Guerchet y Prina, 2013). Este aumento de la prevalencia de este tipo de enfermedades debe entenderse desde la tendencia actual al envejecimiento de la población mundial y al aumento de la esperanza de vida (Prince y Jackson, 2009).

Los costes económicos de estas enfermedades son múltiples. Por un lado, los costes directos de la asistencia sanitaria (como consultas, pruebas diagnósticas o fármacos), de los cuidados formales y de la institucionalización. Por otro lado, los costes indirectos de los cuidados informales proporcionados por la familia y de las jornadas perdidas de trabajo por éstos y el coste de la adaptación de la vivienda. Por último, existe un coste intangible e incuantificable derivado del daño físico, emocional y moral que estas enfermedades conllevan tanto al paciente como a su entorno próximo (Carnero, 2009).

Según estudios, las demencias son el mayor contribuyente de discapacidad y dependencia en los ancianos (Llibre y Gutiérrez, 2014), éste grado de dependencia es directamente proporcional al coste de la enfermedad. Los costes más relevantes son los producidos por el cuidado y la institucionalización de estos pacientes. En contraposición, se calcula que tan sólo el 10% del gasto total corresponde al tratamiento farmacológico.

A pesar de estos datos, las demencias no constituyen una prioridad para los sistemas de salud y los gobiernos de los países en vías de desarrollo, quienes suelen centrar su atención en las enfermedades de tipo crónico (Prince, Guerchet y Prina, 2013).

El diagnóstico precoz en etapas tempranas se ha convertido en uno de los principales focos de investigación en enfermedades neurodegenerativas. Su detección y diagnóstico temprano permite realizar ensayos clínicos e intervenciones eficaces cuando el daño neurológico es aún relativamente leve (Lanfranco, Manríquez-Navarro, Avello y Canales-Johnson, 2012).

En cuanto al tratamiento de las demencias y del Alzheimer consta de dos vertientes, la no farmacológica y la farmacológica. La primera consiste en mantener la funcionalidad, mejorar la calidad de vida de la persona y su entorno. En cuanto al farmacológico, hoy en día se dispone de cuatro fármacos (donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) que son capaces de proporcionar una mejoría discreta pero real en sujetos con EA, siendo lo ideal iniciarlo lo más precozmente posible (Carnero, 2009). Este tratamiento tiene una eficacia limitada, es capaz de ralentizar el avance de las demencias, proporcionar un alivio sintomático, pero no curarlas ni evitar la progresión de la misma (Donoso y Delgado, 2009; Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñoz-Schwochert, 2012).

El diagnóstico y el tratamiento farmacológico reciente exponen la necesidad de tomar nuevas perspectivas en el abordaje de estas patologías. Actualmente la prevención es una actividad que ha modificado la sociedad siendo la causante de cambios epidemiológicos en los últimos siglos, provocando una mejora de la calidad y expectativas de vida. Se pueden distinguir cuatro tipos de prevención: *primaria* (evitar o retrasar la aparición de la enfermedad), *secundaria* (limita progresión y favorece la rápida recuperación), *terciaria* (minimizar secuelas de la enfermedad padecida) y *cuaternaria* (evitar efectos negativos de las acciones sanitarias)

Por ello, en la ciencia y la investigación de hoy se aboga por conocer los factores causales y de riesgo de la enfermedad y con ello fomentar la *prevención primaria* de la misma (Aravena, 2014), divulgando los factores protectores frente al padecimiento de la enfermedad (Carnero, 2009).

### **Objetivo**

El objetivo de este trabajo es identificar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de demencias con el fin de prevenirlas.

### **Metodología**

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica en la Biblioteca Virtual en Salud, que engloba las bases de datos LILACS, IBECs, MEDLINE, Cochrane y SciELO. Como descriptores de búsqueda se empleó de forma separada y combinada los términos “prevención en demencias”, “Alzheimer”, “deterioro cognitivo”, “factores de riesgo”, del mismo modo se introdujeron también en inglés.

Se obtuvieron más de 5000 trabajos, así que se decidió filtrar los resultados a través de unos criterios de inclusión para el estudio:

- Trabajos con acceso a texto completo y en español.
- Documentos posteriores a 2007.
- Trabajos que tengan un enfoque preventivo de las enfermedades tratadas en el estudio.

En este último paso, se consiguieron 119 trabajos muy diversos, como artículos de revisión, ensayos clínicos y estudios de casos. Obtenida esa información se procedió a realizar un análisis crítico del

contenido, se estableció la importancia y se desechó la literatura gris. Finalmente de los cuales se han analizado 51 publicaciones estimadas útiles para nuestro estudio.

## Resultados

La epidemiología y las teorías biológicas sostienen la hipótesis que los factores de riesgo actúan durante toda la vida e intervienen de forma independiente y acumulativa para causar la enfermedad. Los factores de riesgo para padecer demencias se pueden dividir en *no modificables* y *modificables*.

-No modificables: Se tratan de riesgos que no se pueden evitar, como la predisposición genética y los antecedentes familiares (asociado a casi un 40% de los casos). En este grupo se encuadra la edad (aumentando la prevalencia a partir de los 65 años) y el sexo, siendo el femenino el más afectado.

-Modificables: Son aquellos en los que se puede actuar para prevenir la enfermedad. Se han hallado muy diversas clasificaciones de todos ellos, e incluso estudios que sólo se centran en uno solo de estos factores. Algunos de ellos son el estilo de vida, la formación intelectual o las relaciones sociales.

A continuación se exponen aquellos factores de riesgo modificables considerados más relevantes en los trabajos analizados.

### 1. Enfermedades cardiovasculares:

La Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y a la Dislipemia a lo largo de los años provocan en el cuerpo alteraciones indeseables y a menudo irreversibles. Este tipo de patologías en personas adultas han demostrado actuar como factor predisponente a producir deterioro cognitivo, avalado por un alto nivel de evidencia científica. Por ello un diagnóstico temprano y un adecuado control de estas patologías de base disminuirán el riesgo de padecerlas (Bayona, 2010; Castro, Caamaño, Herrera y Guerra, 2012; Morales, Farías, y Maccioni, 2010; Royo-Bordonada et al, 2013).

### 2. Obesidad y dieta:

Los hábitos alimentarios y la obesidad van ligados como numerosos estudios demuestran. La obesidad influye directamente sobre las patologías anteriormente citadas, por ello evitarla se estima fundamental. Por su parte, la dieta es considerada como un factor fácilmente modificable con atribuciones preventivas. Algunos artículos defienden la dieta mediterránea, pues posee beneficios de cara a la prevención. Del mismo modo, dietas equilibradas ricas en fruta, verdura y grasas vegetales y evitando grasas animales y carnes rojas, poseen efectos similares. (Donoso, y Delgado, 2009; Lanyau, 2009; Valenzuela, Bascuñan, y Valenzuela, 2008).

Se destaca la importancia de evitar el déficit de vitaminas y minerales (Valenzuela, Bascuñan, y Valenzuela, 2008).

El pescado graso, por su parte, como el salmón, la caballa, el arenque y las sardinas son una fuente rica de ácidos grasos omega-3 que son esenciales para el desarrollo y funcionamiento del cerebro (Valenzuela, Bascuñan, Valenzuela y Chamorro, 2009).

No se describen efectos adversos a la leve y eventual ingesta de alcohol, pero sí el consumo abusivo, pues actúa de forma perjudicial.

### 3. Tabaco:

Elemento tóxico por definición y factor de riesgo cardiovascular. Son muy numerosos los estudios que lo señalan por el efecto que produce aumentando las resistencias a nivel vascular periférico, lo que provoca una dificultad en el riego cerebral. (Royo-Bordonada, 2013; Sendra-Gutiérrez, Casanova y Vargas, 2012).

Algunos autores han hallado relación entre enfermedades mentales y el tabaco (Bayona, 2010; Maqués y Ferreira, 2012; Moreno y Medina-Mora, 2008).

### 4. Depresión:

Se trata de una patología que coexiste con el 40-50% de los casos de demencia. Está asociada a la soledad y a la poca interacción social entre otros muchos factores.

De forma discutible, existen conductas y estilos de vida que pueden evitar la depresión, como unas buenas relaciones sociales, el buen humor, el control de la ansiedad, la autorrealización y disfrutar del ocio y de las aficiones (Custodio et al, 2014; Pineda, Rendón, Toro, y Gómez, 2014).

5. Falta de actividad cognitiva o bajo nivel educativo/formativo:

Se trata de uno de los riesgos que más se destacan entre los artículos revisados. La estimulación cerebral, y ya desde la infancia, aumenta el nivel de resistencia a padecer las enfermedades, denominado “teoría la neuroprotección”. El entrenamiento continuo en la edad adulta así como el puesto de trabajo que se desempeñe, va a influir en la aparición de estas patologías (Aravena, 2014; Bayona, 2010; Lojo-Seoane, Facal, y Juncos-Rabadán, 2012).

6. Actividad física:

El ejercicio físico y el sedentarismo actúan sobre el deterioro cognitivo. El sedentarismo, nos conduce de nuevo a las patologías cardiovasculares y a la obesidad, mientras que la actividad física, no sólo las previene, sino que aumenta las relaciones sociales si se practica en grupo y ayuda a autorrealizarse (Donoso, y Delgado, 2009; Landínez, Contreras, y Castro, 2012).

7. Actividad lúdica/social:

Se incluye todas aquellas actividades que supongan el disfrute de la persona y la relación con otras, vacaciones, juegos de mesa, instrumentos musicales, contacto social, respeto, humor, flexibilidad, etc. Todo esto mejora la salud mental (Aravena, 2014, Donoso, y Delgado, 2009; Landínez, Contreras, y Castro, 2012).

## Discusión

La tendencia actual hacia la prevención es un eje común en las investigaciones recientes. Podemos encontrar muchas publicaciones que enfocan el tema desde un punto de vista global (Barnes y Yaffe, 2011; Hughes y Ganguli, 2009; Libre y Gutiérrez, 2014) y otras desde uno más específico. Este es el caso de investigaciones que se centran casi por completo en aspectos farmacológicos de las demencias (Donoso y Delgado, 2009); artículos relacionados con la dieta y sus nutrientes (Valenzuela, Bascuñan, Valenzuela & Chamorro, 2009); trabajos que relacionan las demencias con alguna patología como la hipertensión (Vicario & Cerezo, 2013) o la diabetes (Almeida-Pititto, Almada y Cendoroglo, 2008) y otras desde profesiones como la terapia ocupacional (Aravena, 2014).

Se sabe que existe un periodo de latencia entre el daño neurodegenerativo y el comienzo de la sintomatología e independientemente del enfoque que tenga el estudio, existen detractores a los estudios de prevención de demencias. Este sector, sostiene que los ensayos clínicos controlados realizados a la población para demostrar los efectos de la modificación de los factores de riesgo y los estilos de vida, no son suficientes y la población a estudio suelen ser adultos mayores y seguidos durante un breve periodo de tiempo. Sin embargo, estos mismos autores se contradicen, pues sí aceptan los múltiples estudios que evidencian reducción del riesgo cardiovascular, con el buen control de la patología de base como diabetes o hipertensión, el ejercicio físico o la dieta.

La clasificación de los resultados que se ha presentado en este estudio es similar a la del trabajo de Barnes y Yaffe (2011), donde se plasma que los factores de riesgo modificables son siete: la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo, la falta de actividad cognitiva o bajo nivel educacional y la inactividad física. Según este trabajo, alrededor del 50% de las demencias son atribuibles a estos factores, y evitarlas está en los comportamientos que deseemos adoptar. En la misma línea la *Alzheimer's Disease International*, y manteniendo los factores ya citados, incorporó la defensa de una mejora en la educación en cuanto a acceso y calidad de la misma, mantener un nivel de vida activo y una participación social adecuada (Prince, Guerchet y Prina, 2013).

Algunos estudios sobre prevención van más allá y sostienen que debe ejercer desde el origen embrionario, fomentando buenas conductas entre los progenitores. La malnutrición fetal, el bajo peso al nacer y la no lactancia materna incrementan la susceptibilidad a diversas patologías crónicas de tipo

cardiovascular. Evitar el tabaco durante el embarazo previene en gran medida parte de lo anterior (Hughes y Ganguli, 2009).

La actividad mental relacionado el puesto o la función laboral que una persona desempeña, es también influyente. Según Lojo-Seoane, Facal y Juncos-Rabadán (2012), una persona que por su trabajo debe estar activa, con continuos cálculos o procesos mentales, llega a generar mayor protección ante una posible degeneración cognitiva. Desde ciencias como la psicología y la terapia ocupacional advierten que existen actividades y ejercicios dedicados a la estimulación mental. Este entrenamiento preventivo de la mente debe comenzarse desde las edades más tempranas y como tarde de adulto (Aravena, 2014). Se ha demostrado que la ocupación activa del tiempo libre, la ejecución de las actividades de la vida diaria, la participación en eventos sociales y de ocio son fuentes de protección y se relacionan directamente con un menor declive cognitivo, además de que mejora el estado anímico (Coubard, Duretz, Ferrufino, Lapalus y Lefebvre, 2011; Donoso y Delgado, 2009; Prince, Guerchet y Prina, 2013).

Resulta impactante el dato de que sobre el 2050, se superarán los 135 millones de enfermos. Por ello se debe hacer todo lo posible para evitarlo. Según Brookmeyer, Johnson, Ziegler-Graham y Arrighi (2007) La prevención de este grupo de enfermedades o simplemente el retrasar su comienzo en dos años se traduciría en al menos veintidós millones de casos menos, si el retraso fuese de cinco, el número de pacientes se reduciría a la mitad, y de forma idílica, si se consiguiera retrasar diez, el Alzheimer sería catalogada de enfermedad rara.

Debe mencionarse que la mayoría de los factores de riesgo que en el estudio se resaltan, son compartidos con enfermedades de mucha repercusión, como es el caso cáncer. De aquí se fundamenta la importancia de incorporar la prevención y fomentar los hábitos saludables en los programas gubernamentales de salud pública. Se puede concluir afirmando que la protección de la salud cerebral sigue los principios de la protección de otras enfermedades evitar curar y paliar.

## Referencias

- Alberca, R., y López-Pousa, S. (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Almeida-Pititto, B., Almada, C. y Cendoroglo, M. (2008). Cognitive deficit: another complication of diabetes mellitus?. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 52 (7), 1076-1083.
- Aravena, J.M. (2014). La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (2), 149-159.
- Barnes DE. y Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10 (9), 819-828.
- Bayona, H. (2010). Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta Neurología Colombiana*, 26(3), 69-77.
- Brookmeyer R., Johnson E., Ziegler-Graham K. y Arrighi HM. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 3, 186-191.
- Carnero, C. (2009). ¿Se puede prevenir la enfermedad de Alzheimer?. 12 marzo 2015, de Circunvalación del hipocampo Sitio web: <http://www.hipocampo.org/originales/original0005.asp>
- Castro, M., Caamaño, BH., Herrera, H. y Guerro, D. (2012). Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular. *Medicas UIS*, 25(3), 220-226.
- Coubard, O., Duretz, S., Ferrufino, L., Lapalus, P. y Lefebvre, V. (2011). Practice of Contemporary Dance Improves Cognitive Flexibility in Aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 3 (13), 1-12.
- Custodio, N., Herrera-Pérez, E., Lira, D., Montesinos, R., Mar, M., Guevara-Silva, E. y otros. (2014). Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródrómo de demencia. *Revista Neuropsiquiatria*, 77(4), 214-225.
- Donoso, A. y Delgado D. (2009). Perspectivas en la prevención y tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 289-295.
- Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S. y Verny, M. (2013). Tratamiento de la demencia. *EMC - Tratado de Medicina*, 17(4), 1-8.
- Hughes, T. y Ganguli, M. (2009). Modifiable Midlife Risk Factors for Late-Life Cognitive Impairment and Dementia. *Current Psychiatry Reviews*, 5 (2), 73-92.

- Landínez, NS., Contreras, K. y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Lanfranco, G., Manriquez-Navarro, P., Avello, L. y Canales-Johnson, A. (2012). Evaluación de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas neuropsicológicas. *Revista Médica de Chile*, 140(9), 1191-1200.
- Lanyau, Y. La dieta en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 55-64.
- Llibre Rodríguez, J. y Gutiérrez Herrera, RF. (2014) Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387.
- Lojo-Seoane, C., Facal, D. y Juncos-Rabadán, O. (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47 (6), 270-278.
- Marqués, R. y Ferreira, AR. (2012). Esquizofrenia y dependencia al tabaco: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 11(25), 381-403.
- Morales, I., Farías, G. y Maccioni, R. (2010). La neuroinflamación como factor detonante del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(1), 49-57
- Moreno, A. y Medina-Mora, ME. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31(5), 409-415.
- Olazarán-Rodríguez, J. Agüera-Ortiz, LF. y Muñiz-Schwochert, R. (2012) Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Pineda, A., Rendón, JC., Toro, E. y Gómez, JF. (2014). Depresión de aparición tardía y su relación con la demencia vascular en el anciano. *Medicas UIS*, 27(2), 51-58.
- Prince M., Guerchet M., y Prina M. (2013). Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International.
- Prince, M. y Jackson, J. (2009). World Alzheimer Report 2009 Prevalence and Overview. Londres: Alzheimer's Disease International.
- Royo-Bordonada, MA., Lobos, JM., Villar, F., Sans, S., Pérez, A., Pedro-Botet, J. y otros. (2013). Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 103-120.
- Sendra-Gutiérrez, JM., Casanova, B. y Vargas, ML. (2012) Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (116), 707-722.
- Valenzuela, R., Bascuñan, K., Valenzuela, A. y Chamorro, R. (2009). Ácidos grasos omega-3, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas: un nuevo enfoque preventivo y terapéutico. *Revista Chilena de Nutrición*, 36 (4), 1120-1128.
- Valenzuela, R., Bascuñan, K. y Valenzuela, A. (2008). Ácido docosahexaenoico (DHA): una perspectiva nutricional para la prevención de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(supl. 1), 250-260.
- Vicario, A. y Cerezo, G. (2013). Sistema renina-angiotensina, deterioro cognitivo y demencia. Implicancias terapéuticas de su inhibición. *Psicofarmacología*, 83 (13), 18-22.

## CAPÍTULO 66

### **Nuestra intervención sobre la detección del anciano renal frágil y su deterioro cognitivo para la mejora de su salud**

Isabel M<sup>a</sup> Pérez Guirado\*, Francisca Miralles Martínez\*\*, y Manuel David Sánchez Martos\*\*  
*\*Graduada en Enfermería, (España), \*\*Hospital Torrecárdenas (España)*

El envejecimiento poblacional es un hecho ineludible en la actualidad de las sociedades de países desarrollados. De igual forma, el número de pacientes ancianos añosos que requieren terapia renal sustitutiva también ha ido aumentando progresivamente. Todo ello es considerado un triunfo de las políticas de salud actuales pero ahora se quiere ir aún más lejos y, por ello, en los últimos años se ha ido acuñando un término denominado envejecimiento activo. Este término posee un triple objetivo que emana en el mantenimiento de la autonomía, la independencia así como una aceptable capacidad funcional física y cognitiva a medida que se va envejeciendo (Martín, Gómez, Baztán y Abizanda, 2010). Observamos cómo tiene lugar un cambio en el abordaje de la salud del anciano hacia términos de funcionalidad. Se abandona el concepto antiguo de salud como ausencia de la enfermedad hacia un enfoque más funcional dejando demostrado que es mejor indicador y predictor si hablamos de discapacidad que de morbilidad. En este contexto, aparece otro concepto que ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas llamado fragilidad. Hoy día, este concepto o estado de salud, ha ido adquiriendo diferentes significados en función de los autores que han intentado conceptualizarlo. El concepto de fragilidad surge como un estado, donde tienen lugar acontecimientos que afectan la vulnerabilidad de la persona a agentes estresores de baja intensidad, múltiples modificaciones en los sistemas del organismo que derivan hacia una doble situación de pérdida tanto de la reserva homeostática como de adaptación. Todas estas alteraciones conducen a multitud de eventos adversos como son la hospitalización, la discapacidad o incluso la muerte (Robertson, Savva y Kenny, 2013).

La fragilidad se encuentra en una de las líneas prioritarias de estudio de la Comunidad Europea por la gran relevancia que ésta representa. Su prevalencia oscila entre el 7 y 12% aunque estudios actuales confirman que este porcentaje va aumentando conforme lo hace la edad, alcanzado cifras de hasta el 25% en ancianos mayores de 85 años. Por otra parte, en la incidencia encontramos variabilidad en cuanto a los resultados encontrados que oscilan entre el 7,2% y 14,8%. Entre las causas de la fragilidad se han identificado factores inflamatorios, neuromusculares, hormonales, genéticos, de estrés oxidativo, nutricionales y energéticos; y se encuentra asociada a una mayor edad, mujeres, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo (DC) (Abellán y Pujol, 2015; Hervás y García, 2005).

En los pacientes ancianos con enfermedad renal crónica es ampliamente conocido su mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el envejecimiento como la fragilidad y el deterioro cognitivo. Éste último se considera un factor de riesgo en el anciano frágil y puede ser un condicionante para el inicio de otros muchos factores de riesgo presentes en la fragilidad de la persona anciana como demuestran otros muchos estudios realizados sobre deterioro cognitivo en su relación con mayor prevalencia de caídas, presencia de incontinencia urinaria, mayor tasa de hospitalización, polimedicación y pluripatología (en concreto las enfermedades con mayor impacto cardiovascular HTA, diabetes e hiperlipidemias). Todos esos factores se encuentran indiscutiblemente ligados a la fragilidad. Es por todo ello, que podríamos pensar que el anciano frágil tendría una mayor prevalencia de deterioro cognitivo que en el resto de la población anciana (Basseda y Sanjuán, 2014; Brown y Johansson, 2011; Musso, Trigka, Dousdampanis y Jauregui, 2014; Rodríguez y Sánchez, 2013).



El ámbito de Atención Primaria cobra especial relevancia en el manejo y detección de la fragilidad en el anciano, siendo el punto esencial de partida que va a marcar ineludiblemente el desarrollo de este problema de salud, siendo este escalón de la sanidad desde donde se deben concentrar los mayores esfuerzos para controlar su progresión e incluso frenarla en la medida de lo posible, poniendo en marcha todo tipo de programas y actuaciones específicas en el anciano frágil o potencialmente frágil y así evitar todas las consecuencias que de esta situación se desarrollan (Gil, Martínez y Molina, 2009; Martín, Gómez, Baztán y Abizanda, 2010).

El objetivo de dicho estudio fue conocer la relación existente entre la presencia de deterioro cognitivo y fragilidad en el anciano renal, con las repercusiones que dicha fragilidad conllevan en la salud global del anciano.

## **Método**

### *Participantes*

Los participantes fueron pacientes mayores de 65 años sometidos a terapia renal sustitutiva en programa de hemodiálisis en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas durante los meses de septiembre y diciembre de 2014.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes mayores de 65 años en programa de hemodiálisis no inferior a un año de entrada en la unidad.

Los criterios de exclusión fueron los derivados del no cumplimiento de alguno de los criterios mencionados con anterioridad.

El presente estudio estaba formado por 54 pacientes, de los cuales 44,4% eran hombres y el 55,6% mujeres.

En este estudio que hemos llevado a cabo distinguimos en cuanto a la distribución de nuestros pacientes por rango de edad que un 40,7% se encontraba en el rango de entre 65-69 años, un 11,1% entre 70-74 años, el 22,2% entre 75-79 años y por último, el 25,9% de mayores se encontraba en el rango de 80 años. Todo ello plasmado en Gráfica 1.

Dentro de nuestra muestra, sólo un 3,7% eran fumadores.

En cuanto al estado civil, el 11,1% eran solteros, el 61,1% casados, el 25,9% viudos y el 1,9% divorciados.

Dentro del ítem, estudios concluidos, nuestra muestra se distribuía de esta manera, 51,9% sin estudios, 22,2% estudios primarios, 16,7% bachiller y 9,3% estudios universitarios.

Además, eran jubilados el 90,7% de la muestra estudiada.

En cuanto al IMC, el 46,2% pertenecía al grupo de normopeso, el 30,8% presentaban sobrepeso, el 13,5% eran obesos, el 7,7% presentaban infrapeso y por último, el 1,9% mostraban obesidad.

Además, sólo un 3,8% vivía en soledad.

En cuanto a la etiología renal destacar con un 24,1% la de origen no filiado, seguida de la nefropatía diabética (18,5%), glomerulonefritis (14,8%) y nefroangiosclerosis (13%).

En cuanto a pluripatología: 92,6% HTA, 68,6% Dislipemias, y diabetes 40,4%.

Un 42,6% dependen de un cuidador principal para la toma de medicación.

Un 46,3% refirió encontrar dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos.

### *Instrumentos*

En el presente estudio utilizamos el cuestionario FRAIL para evaluar la presencia o ausencia de fragilidad en el anciano renal. Validado y baremado (Morley y Malmstrom, 2012; Woo y Leung, 2012). Evalúa fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso, y así hasta 10 parámetros, cada uno de ellos se valora con 1 punto. Los pacientes se clasifican como frágiles cuando suman 3-5 puntos.

Para la valoración del estado cognitivo la escala utilizada fue el test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975). Validado para la población española (Martínez, Duenas, Onis, Aguado, Albert y Luque, 2001). Se trata de un cuestionario elaborado para la detección del deterioro cognitivo en el anciano, por tanto, muy útil en su cribado. Se valoran funciones básicas como la memoria a corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos y la capacidad matemática. Es muy breve y rápida de realizar (aproximadamente 5 minutos) y puede ser administrada a cualquier persona para valorar su capacidad mental. Puntúan los errores, 1 punto por error. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación. 0-2 errores: Normal, 3-4 errores: Leve deterioro cognitivo, 5-7 errores: Moderado deterioro cognitivo (patológico), 8-10 errores: Importante deterioro cognitivo. Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria. Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores. Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).

### *Procedimiento*

La recogida de información se realizó mediante la entrevista. Todos los pacientes fueron entrevistados por una única enfermera, cumplimentando cada uno de los items de los cuestionarios mencionados anteriormente. Se recogieron datos con información general en relación al sexo, edad, hábito tabáquico, estado civil, nivel educativo, situación laboral, Índice de Masa Corporal (IMC), presencia de soledad, etiología renal, pluripatología, dependencia de un cuidador principal. Seguidamente, los pacientes se cribaron en dos grupos en función de la presencia o ausencia de fragilidad (pacientes Frágiles y No Frágiles) para comparar posteriormente el grado de deterioro cognitivo entre ambos grupos.

### *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**

Encontramos deterioro cognitivo en el 42,6%. En cuanto a la valoración del deterioro cognitivo, 31 pacientes (57,4%) no presentó deterioro cognitivo, 13 pacientes DC leve (24,1%), 6 DC moderado (11,1%) y 4 DC severo (7,4%). Gráfica 2.

Los pacientes se dividieron en 2 grupos: Grupo A pacientes Frágiles (con Índice de fragilidad mayor o igual a 3) con 28 pacientes (51,9%) y Grupo B pacientes No Frágiles (índice inferior a 3) con 26 pacientes (48,1%). Encontramos diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en cuanto al I. Pfeiffer entre ambos grupos ( $p = 0,005$ ). Gráfica 3. En el grupo de pacientes No Frágiles obtuvimos una puntuación media según el I. Pfeiffer de  $1,77 \pm 2,77$  mientras que en el grupo de pacientes Frágiles la puntuación obtenida fue de  $3,36 \pm 2,81$ . Los pacientes Frágiles poseen mayor deterioro cognitivo que los no frágiles. En cuanto a la distribución de los grados de deterioro cognitivo en los dos grupos de fragilidad, hallamos igual D.C. severo en ambos grupos (3,7%), un D.C. moderado del 1,8% en pacientes No Frágiles vs un 9,3% en Frágiles, un D.C. leve en pacientes No Frágiles 7,4% vs 16,67% en Frágiles y sin deterioro cognitivo en el 35,9% de los pacientes No Frágiles vs un 22,2% del los pacientes Frágiles. Se observa como en todos los grados de DC, la proporción de pacientes es mayor en el grupo de pacientes Frágiles, salvo en el D.C. Severo donde se igualan. Gráfica 4.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, soledad, HTA, diabetes, dislipemias, dependencia de un cuidador principal para la toma de medicación, ADHT, depresión, IMC, ganancia interdialítica y número de fármacos crónicos.

Gráfica 1. Porcentajes de distribución según grupo de edad

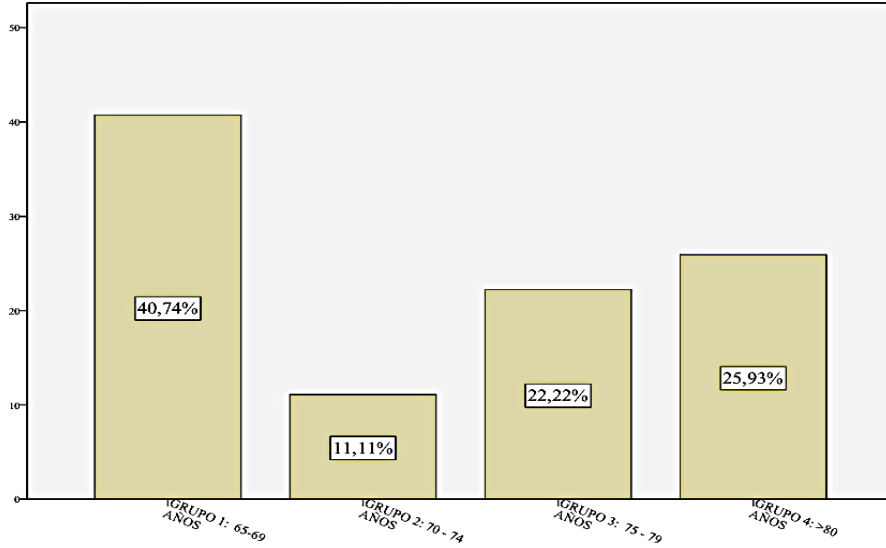
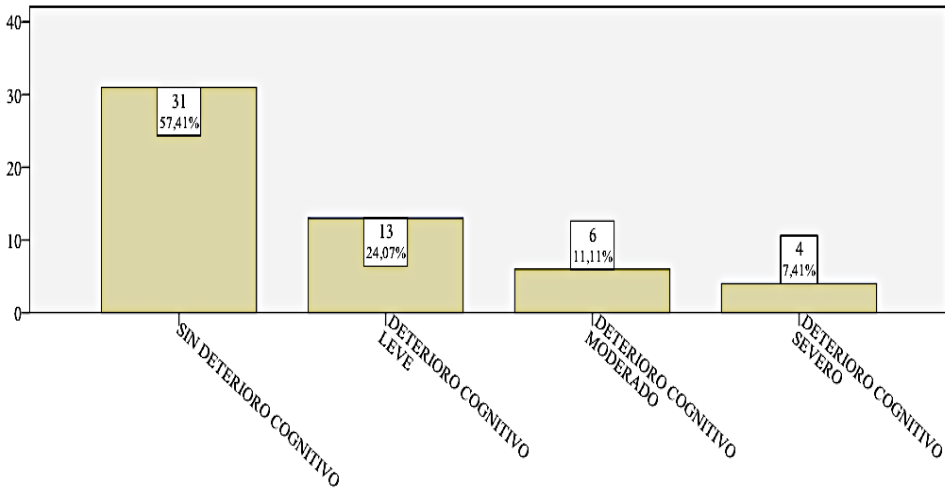
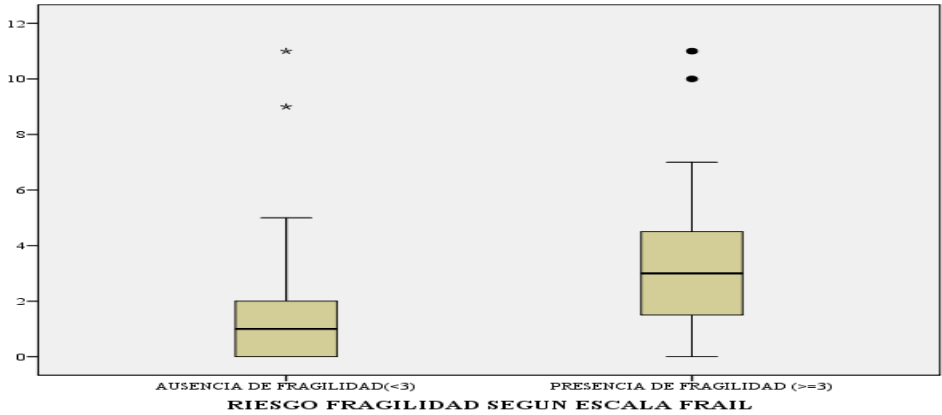


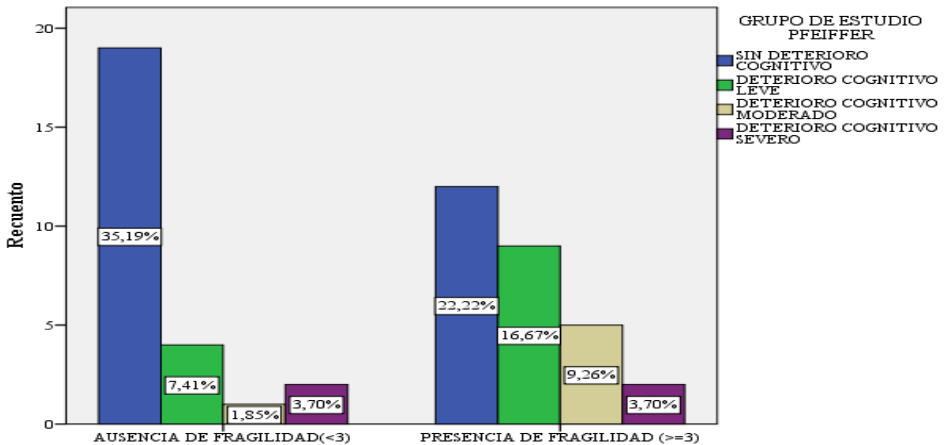
Gráfico 2. Distribución por grupos según grado de deterioro cognitivo.



Gráfica 3. Distribución del índice de Pfeiffer según grupo de fragilidad



Gráfica 4. Distribución por grados de deterioro cognitivo entre los grupos de fragilidad



## Discusión

Son numerosos los estudios publicados en los últimos años sobre fragilidad y deterioro cognitivo en el anciano, pese a todo ello sigue actualmente habiendo un gran vacío e incertidumbre en cuanto al manejo y prevención de estos cuadros etiológicos. Es por ello que con el objetivo de arrojar más claridad sobre estos parámetros se realiza este estudio, en el cual se pretende mostrar la relación que existe entre la presencia de deterioro cognitivo y fragilidad en el anciano. Para poder perseguir este objetivo realizamos un estudio observacional transversal en pacientes mayores de 65 años sometidos a terapia renal sustitutiva en programa de hemodiálisis, en el cual se marcan además unos criterios mínimos de inclusión. Como métodos de estudio se han utilizado, por una parte, el Test de Pfeiffer para medir el deterioro cognitivo y por otra parte, la escala Frail para la fragilidad. Comparando los resultados obtenidos a través de ambos métodos para así extraer conclusiones.

Los pacientes con deterioro cognitivo de nuestra muestra, y de manera similar a lo que se describe y estudia en la bibliografía señalada al final del capítulo, tienen una prevalencia mayor de caídas, incontinencia urinaria y de hospitalización y reingresos, factores deducidos de la presencia de fragilidad,

comparándolos con los ancianos sanos. Mostrando por tanto una relación estadísticamente significativa en todos ellos. (Abellán y Pujol, 2015; Carlos, Martínez y Molina, 2009)

Debido al gran peso que actualmente representa en la sanidad la presencia de fragilidad en el anciano, se hace patente la necesidad de un consenso en dicha definición con el objetivo de marcar unos fines comunes en su manejo (Lesende, Gómez, Baztán y Abizanda, 2010).

Tal y como se puede observar por los datos aportados en dicho estudio, la presencia de deterioro cognitivo es un punto esencial en la aparición de factores de fragilidad en el anciano, como pueden ser las caídas, incontinencia urinaria o fecal, hospitalizaciones y reingresos. Además, según el curso de progresión que siga dicho deterioro cognitivo va a afectar significativamente la progresión de fragilidad y con ello el estado de salud del anciano. Es por ello que adoptar una serie de medidas de actuación básicas de forma multidisciplinar, actuando desde todos los sectores de la sociedad, no sólo a nivel sanitario sino también social, es esencial ya que este deterioro conlleva un gran impacto familiar. Dentro de los ámbitos de actuación sanitaria, es en Atención Primaria donde recae mayoritariamente todo el peso del manejo de estos cuadros, ya que no sólo constituye el primer nivel de atención sanitaria y por tanto la puerta de entrada de la mayoría de usuarios, sino que es donde mayor contacto existe con el paciente y por lo tanto, se puede realizar un seguimiento más estrecho con objeto de prevenirlo, así como derivar hacia otros recursos en casos pertinentes. (Gallud, Guirao, Ruiz y Muñoz, 2004-2007; Hervás, García de Jalón, 2005)

Como ya se ha plasmado anteriormente, en nuestro estudio pretendemos detectar una asociación entre fragilidad y presencia de deterioro cognitivo. Nuestra población de estudio fue muy homogénea al tratarse de pacientes en estadio V sometidos a terapia renal sustitutiva en programa de hemodiálisis con muchas variables comunes como la enfermedad renal, la presencia de pluripatología o el rango de edad.

Los pacientes de diálisis tienen una elevada prevalencia de padecer fragilidad asociada a mayor dependencia para desarrollar cuadros de deterioro cognitivo. En nuestra práctica asistencial diaria es frecuente observar cómo en nuestros pacientes se sucede un progresivo deterioro funcional, que va mermando en las capacidades tanto físicas como psíquicas de nuestros enfermos, que los hace cada vez más dependientes en su vida cotidiana. Todas estas discapacidades se acompañan en la mayoría de los casos con deterioro cognitivo.

En nuestro estudio observamos que los pacientes con fragilidad presentan mayor deterioro cognitivo que los ancianos sanos. La relación fragilidad-deterioro cognitivo, hace que la valoración de la capacidad cognitiva se conviertan en un método potencial para seleccionar personas ancianas frágiles de personas ancianas no frágiles, constituyéndose así dos grupos diferenciados en este rango de edad de la población. Otros estudios también demuestran un deterioro más precoz en su estado de salud en el anciano frágil con problemas cognitivos y, por ello, es fundamental realizar un seguimiento asistencial más exhaustivo de estos pacientes.

El envejecimiento poblacional ha hecho que las políticas de salud se centren en el desarrollo de programas para la detección de la fragilidad evitable. El personal de salud que atiende a este tipo de enfermos debe estar entrenado para su detección, ya que está demostrado, que con nuestra actuación precoz sobre estadios iniciales de la dependencia se alcanzan mejores resultados que en estadios más avanzados y establecidos. Es aquí donde el primer nivel asistencial cobra especial relevancia, no sólo en la detección temprana sino en el seguimiento estrecho de su evolución con el objetivo de prevenir el mayor número de casos posibles y poder potenciar de esta forma el envejecimiento activo (Robertson, Savva y Kenny, 2013).

Podemos concluir diciendo que la fragilidad, término en auge en la actualidad y cuya definición no está consensuada, se encuentra asociada al deterioro cognitivo y que los ancianos frágiles presentan más deterioro cognitivo que los no frágiles, por tanto, son sobre estos pacientes donde nuestra actuación debe centrarse y a la vez, ha de ser más exhaustiva, tanto en su detección como una vez establecida para corregir el curso de su progresión, y así evitar un deterioro precipitado de su estado, lo que conllevaría a

consecuencias negativas sobre su salud. Actualmente se están desarrollando políticas públicas sanitarias para el manejo y prevención del deterioro cognitivo y fragilidad en el anciano, no sólo por la gran repercusión que en su estado de salud representa sino por el impacto familiar y social que conlleva.

## Referencias

- Abellán, A. y Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 10(1), 3-27.
- Brown, EA. y Johansson, L. (2011). Epidemiology and management of end-stage renal disease in the elderly. *Nature Reviews Nephrology*, 7(10), 591-598.
- Carlos, AM., Martínez, F. y Molina, JM. (2009) Desarrollo de criterios, indicadores de fragilidad y estrategias de manejo en fragilidad. *Valoración geriátrica*. pp.100-129. Sevilla: Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Castell, MV. ¿Cómo medir la fragilidad en consulta médica? *Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz*.
- Gallud Romero, J., Guirao Goris, A., Ruiz Hontangas, A. y Muñoz León, M. (2004-2007). *Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana*.
- Hervás, A. y García de Jalón, E. (2005). Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano: Perspectiva desde un centro de salud. *Rev Anales de Sistema Sanitario de Navarra*. 28(1), 35-47.
- Lesende, I., Gómez, J. Baztán, JJ. y Abizanda, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Rev Atención Primaria*, 42(7), 388-393.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, MC., Aguado, C., Albert, C. y 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 (Barcelona)*, 117(4), 129-134.
- Miralles, R. y Esperanza, A. Instrumentos y escalas de valoración. Recuperada el 17 de diciembre de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es>.
- Morley, JE., Malmstrom, TK. y Millar, DK. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. *Journal of Renal Nutrition Health Aging*, 16, 601-8.
- Musso, CG., Trigka, K., Dousdampanis, P. y Jauregui, J. (2014) Therapeutic alternatives and palliative care for advanced renal disease in the very elderly: a review of the literature. *International Urology and Nephrology* pp. 1-2). Heidelberg: Springer.
- Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Robertson, DA., Savva, GM. y Kenny, RA. (2013) Frailty and cognitive impairment-a review of the evidence and causal mechanisms. *Rev Ageing Res Rev*, 12(4), 840-51.
- Rodríguez, R. y Sánchez, A. (2013). Atención de enfermería en la unidad de hemodiálisis a un paciente cada vez más anciano. *Revista Enfermería Nefrológica*, 16(1), 156-217.
- Woo, J., Leung, J. y Morley, JE. (2012). Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation. *Journal American Geriatrics Society*, 60(1), 1478-1486.



## CAPÍTULO 67

### **Etiología y tratamientos de la enfermedad de Alzheimer, una patología en auge**

Alberto Sánchez Mellado\*, Luisa María López Trinidad\*, y Catalina Liria Haro\*\*

*\*Graduado en Enfermería (España), \*\*Diplomada Universitaria en Enfermería (España)*

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas (Alberca, 2009; Ewald, 2010).

Hasta el momento la Enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia (Brookmeyer, 2007; Castellanos, 2011), representando hasta el 70% de los casos de demencia (Berr, 2005; OMS, 2012). Tal es su relevancia dentro de los distintos tipos de demencias, que en numerosas ocasiones se les considera a éstas como un subtipo o una variante de la Enfermedad de Alzheimer (Garre, 2007).

Como el resto de enfermedades neurodegenerativas, tiene un comienzo común insidioso y de tipo progresivo, caracterizándose por una afectación de la memoria para hechos recientes, a la que se añaden posteriormente déficits en otras funciones cognitivas y un progresivo deterioro en las actividades avanzadas, instrumentales y finalmente básicas de la vida diaria. Todo ello acompañado de deterioro de funciones motoras, con aparición de trastorno de la marcha, temblor, mioclonias, incontinencia de esfínteres, disfagia y, finalmente, inmovilización del paciente y fallecimiento por una complicación como tromboembolismo o infecciones (GPC, 2010).

Por la enfermedad de Alzheimer murieron en España 13.015 personas durante 2012, un 9,3% más que en 2011. Tanto en las demencias como en la enfermedad de Alzheimer cabe destacar la sobremortalidad femenina. De hecho, de cada 10 fallecidos por estas dos causas, siete fueron mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

La prevalencia de la EA en España se ha estimado entre el 6-8% en la población mayor de 70 años (Gascón, 2007). No obstante esta prevalencia puede variar en función de los criterios que se empleen para su diagnóstico (Erkinjuntti, 1997). Para tal diagnóstico se suelen emplear los criterios recogidos en CIE-10 y en DSM-V (WHO, 1992; APA, 2013).

La incidencia de EA aumenta con la edad, desde 1-3/1.000 (personas-año) entre los 65 y los 70 años hasta 14-30/1.000 entre los 80-85 años. En edades muy avanzadas es aún mayor, hasta 38,6/1.000 entre 85 y 89 años (GPC, 2010). Además de por la edad, también parece estar influida por factores como el sexo y el nivel educacional (García, 2001).

La duración típica de EA es de ocho a diez años, pero puede evolucionar hasta 25 años. Este margen es debido a que, por razones desconocidas, algunas personas con EA tienen un deterioro constante en sus funciones mientras que otras tienen etapas de estabilidad duraderas sin deterioro grave (Kasper, 2005).

El hecho de que la pirámide poblacional en nuestro país se encuentre invertida, junto con la relación que existe entre edades avanzadas y la prevalencia de EA, hacen que esta patología esté cada vez más presente en la práctica asistencial diaria y en los domicilios familiares.

Dentro del ámbito domiciliario, la EA origina un cambio drástico en la dinámica familiar y en los roles que hasta entonces se estaban desempeñando por los distintos integrantes. La progresión de la enfermedad, así como el agravamiento de sus síntomas, harán que el paciente precise de una mayor atención, cuidados y dedicación. A esta situación de sobrecarga, generalmente, se suele enfrentar el cuidador principal, figura sobre la cual recae todo el peso del cuidado. Esta figura está representada por la mujer con una proporción 4-1 respecto al hombre, seguida por la hijas y, en un porcentaje minoritario, el cónyuge (Moreno, 2008).



En este sentido, enfermería juega un papel muy relevante dentro de la EA (Vargas, 2012), no sólo en el aspecto clínico y asistencial de los pacientes, sino como fuente de información y promoción de conductas de autocuidado orientadas a los cuidadores principales para que puedan atenuar los efectos de la sobrecarga.

Por tanto, como profesionales sanitarios nos enfrentamos a atender a pacientes y familiares cuya situación de normalidad se ha visto alterada por una enfermedad neurodegenerativa progresiva, que inicialmente puede ser confundida con despistes ocasionales y que acaba con la vida del paciente en una cama sin poder realizar tareas tan básicas o elementales como alimentarse.

La EA se ha convertido en un problema de salud pública a nivel internacional, siendo necesario incluir medidas gubernamentales que tengan por objeto minimizar los efectos de esta enfermedad a todos los niveles. En palabras del presidente de los Estados Unidos “*La enfermedad de Alzheimer es una carga para un número creciente de personas mayores y sus familiares en nuestra nación, y es esencial que enfrentemos el reto que supone para nuestra salud pública*” (Obama, 2011).

Se espera que la cantidad de diagnósticos de EA, que se hacen anualmente en el mundo, aumenten de manera alarmante puesto que para el año 2050 se espera que haya una población mundial de personas mayores de 60 años próxima a los 2.000 millones (United Nations, 2009), de las cuales se prevé que 115,4 millones padezcan enfermedad de Alzheimer (Prince, 2009).

Todo ello, junto con estudios que revelan algunos déficits por parte de los profesionales sanitarios sobre el conocimiento de EA (Smyth, 2013), justifica la necesidad de conocer desde el punto de vista sanitario las bases etiológicas de la enfermedad y los pilares farmacológicos en los que se asienta su régimen terapéutico.

## **Objetivos**

### *Objetivo principal:*

-Analizar las últimas investigaciones sobre etiología y tratamiento farmacológico en la enfermedad de Alzheimer.

### *Objetivos específicos:*

-Identificar las bases etiológicas de Enfermedad de Alzheimer así como los principales mecanismos que llevan a la muerte neuronal.

-Conocer los tratamientos farmacológicos actuales para Enfermedad de Alzheimer, y su eficacia tanto aislada como combinada.

## **Material y método**

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de interés científico internacional y de temática sanitaria. Se han consultado las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinahl, Up to Date, Scielo y Biblioteca Cochrane Plus. Los artículos revisados han sido principalmente ensayos clínicos aunque también se han recurrido a manuales sobre la Enfermedad de Alzheimer. Se han incluido en el desarrollo ensayos clínicos y manuales desde 2004 hasta 2015. Para la elaboración de la introducción se han incluido guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o meta-análisis de mayor antigüedad

Los descriptores empleados han sido: Alzheimer’s disease, neuropathology, pathway, pathogenesis, treatment, effectiveness, acetylcholinesterase inhibitors, donepezil, rivastigmine, galantamine, memantine, NMDA receptors. Algunos de estos descriptores han sido usados en español para la búsqueda de artículos en bases de datos latinas como es el caso de Scielo. Para la elaboración de la cadena de búsqueda se usaron los operadores booleanos “and” y “or”.

Fueron excluidos del proceso de revisión los estudios de investigación con muestras no representativas, errores metodológicos y aquellos cuyos resultados obtenidos no podían ser atribuibles a la intervención de los investigadores.

## **Desarrollo**

La enfermedad de Alzheimer no tiene actualmente cura, por lo que su tratamiento está dirigido a paliar sus síntomas y a intentar ralentizar, en la medida de lo posible, el progreso de la misma.

Existe diversidad individual en el progreso de la enfermedad, estando ésta determinada por factores de tipo genético y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, entre otras cosas (Guillette-Guyonnet, 2011; Wang, 2015). El uso de test y escalas como el Mini Examen del Estado Mental, valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, y el empleo de determinados biomarcadores son útiles para medir la evolución de EA (Naylor, 2012).

En una aproximación hacia los tratamientos vigentes, es interesante comprender la patogénesis y la neuropatología de esta enfermedad. Como comentábamos al inicio, se trata de una enfermedad neurodegenerativa en la que una serie de elementos proteicos aparecen en el tejido cerebral interviniendo en el funcionamiento del mismo. Concretamente, las investigaciones que alcanzan nuestros días parecen haber llegado al consenso de que, en el proceso neurodegenerativo, juegan un papel importante la existencia de placas de  $\beta$ -Amiloide ( $\beta$ -A40,  $\beta$ -A42) y marañas neurofibrilares de proteínas Tau (Swerdlow, 2007; Kasper, 2005; Perl, 2010). No existiendo un consenso entre si estos elementos histopatológicos aparecen y destruyen el resto de neuronas funcionales que hay a su alrededor, o si la muerte de las neuronas es la originaria de dichos elementos proteicos (Swerdlow, 2007). En cualquier caso, tiene lugar la muerte de neuronas glutaminérgicas y acetilcolinérgicas, y una reducción en el número de sinapsis (Mattson, 2004).

Las placas  $\beta$ -Amiloides y los ovillos neurofibrilares tau son evidentes desde el punto de vista histológico, apreciándose un alto contenido de ellos en cerebros de sujetos autopsiados con EA (Perl, 2010). Éstas están presentes principalmente en las regiones del cerebro implicadas en el aprendizaje, la memoria y comportamientos emocionales como la corteza entorrinal, hipocampo, cerebro anterior basal y la amígdala (Mattson, 2004).

Por tanto, el reto sanitario está en desarrollar estrategias terapéuticas destinadas a evitar que se produzca la muerte de dichas neuronas e impedir la pérdida de sinapsis neuronales.

Los tratamientos actuales quedan reducidos básicamente al uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa y moduladores de la transmisión glutaminérgica (Ricardo, 2011; Molinuevo, 2011).

El tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa se basa en el sustento científico de que en la EA se produce una degeneración de los núcleos colinérgicos localizados en el cerebro anterior basal, viéndose deteriorado por tanto el sistema colinérgico y sus proyecciones al resto de áreas, como es el caso del sistema límbico (Ibach, 2004). Además, este enzima está implicado en el desarrollo de placas amiloides (Musial, 2007).

Es por ello que el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa, aumentando de manera indirecta los niveles de este neurotransmisor a nivel central, ha demostrado eficacia en el tratamiento sintomático en las etapas media-moderada de la Enfermedad de Alzheimer (Richarz, 2014; Mona, 2012). Entre los fármacos con acción inhibitoria sobre el enzima acetilcolinesterasa encontramos donepezilo, rivastigmina y galantamina, todos ellos reconocidos a nivel mundial para el tratamiento del Alzheimer (Spalletta, 2014; Chang, 2014) por mejorar la tasa de disminución de la función cognitiva, las actividades de la vida diaria, y la severidad de la demencia (Birks, 2009).

Estos fármacos están disponibles en diferentes preparados farmacéuticos (pastillas, cápsulas, parches) siendo de gran utilidad los parches transdérmicos de rivastigmina. Estos parches han mostrado clínicamente tener menos efectos adversos que las cápsulas. Entre los efectos secundarios se encuentran náuseas, vómitos, mareos y astenia, relacionados con la acción del fármaco a nivel de las sinapsis colinérgicas (Birks, 2009).

Actualmente, se están desarrollando nuevos inhibidores de la acetilcolinesterasa, que si bien no son tan conocidos como los anteriores, parecen estar demostrando tener una buena efectividad aumentando los niveles de acetilcolina en el espacio sináptico, disminuyendo la aparición de placas amiloides y con una buena tolerancia por los pacientes (Mona, 2012).

A pesar de ello, en la práctica clínica diaria siguen usándose donepezilo, rivastigmina y galantamina por haber numerosas investigaciones que han demostrado su eficacia a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento en pacientes con EA, además de un buen nivel de seguridad (Tan, 2014; Di Santo, 2013).

El problema de estos fármacos es que tras su uso prolongado pierden la efectividad que tenían al inicio, motivo por el cual se recomienda cambiar a otro inhibidor de la acetilcolinesterasa transcurrido un tiempo (Spalletta, 2014).

Por otro lado, pero también como tratamiento de EA, encontramos aquellos fármacos que actúan modulando la transmisión glutamérgica. El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio del sistema nervioso central, estando implicado en la mayor parte de las funciones de este, y específicamente en las regiones corticales y del hipocampo, donde el 70% de las sinapsis excitatorias usan glutamato como neurotransmisor (Danysz, 2012).

El sistema glutamatergico tiene una función muy importante en el aprendizaje y la memoria, estando relacionadas las alteraciones en la neurotransmisión de glutamato con los procesos fisiopatológicos subyacentes de EA (Wenk, 2006).

Es en el hipocampo, donde hay una alta densidad de receptores para el glutamato, existen receptores específicos conocidos como NMDA (N-Metil-D-Aspartato). Este tipo de receptor, en condiciones normales y en reposo, impide el paso de calcio a través de una proteína canal hacia la neurona postsináptica. Si es estimulado permite que a través de dicho canal entre calcio y desencadene una cascada de segundos mensajeros que tendrán por finalidad una transmisión sináptica de mayor intensidad (Wenk, 2006).

La activación crónica de los receptores NMDA dará lugar al fenómeno que se conoce como “excitotoxicidad crónica” conduciendo a la neurodegeneración que caracteriza a la EA (Butterfield, 2003). Esta continua entrada de ión calcio al interior de la neurona postsináptica impide que ésta sea capaz de hacer distinción entre las señales fisiológicas que le llegan frente al resto de señales, viéndose afectada la plasticidad sináptica, la memoria y el aprendizaje (Parsons, 2007). Traspasado a un símil, diríamos que la neurona no es capaz de escuchar a un orden puesto que el ruido de fondo es elevado.

Diversos procesos patogénicos tales como la deposición de placas  $\beta$ -Amiloides, proteínas tau hiperfosforilada, el estrés oxidativo, la disfunción mitocondrial, el déficit de energía, las concentraciones crónicamente elevadas de glutamato y la inflamación neuronal se han asociado con una mayor sensibilidad y / o actividad de la sistema glutamatergico, dando lugar a la disfunción neuronal y muerte celular en EA (Danysz, 2012).

La memantina es un fármaco antagonista no competitivo de receptores NMDA que modula los efectos de los niveles tónicos de glutamato elevados patológicamente que pueden ocasionar disfunción neuronal (Parsons, 2007; Kumar, 2015). Actualmente es el único antagonista de receptores NMDA para el tratamiento de EA aprobado en Estados Unidos, en Europa y en 80 países más (Nakamura, 2014).

Evidencias experimentales demuestran que el tratamiento con memantina mejora el aprendizaje espacial en modelos animales de EA, protege las neuronas de la toxicidad inducida por  $\beta$ -Amiloidie, disminuye la apoptosis, el daño mediado por radicales libres y restauró la degeneración sináptica (Miguel-Hidalgo, 2012).

En sujetos humanos, numerosos ensayos clínicos han demostrado la eficacia, seguridad y tolerabilidad del uso de memantina en pacientes diagnosticados de EA en estadios moderados-severos (Nakamura, 2012; Parsons, 2007; Grossberg, 2013). En estos casos la eficacia era comprobada mediante

la realización de test que valoraban diferentes funciones mentales y la evaluación de los síntomas comportamentales.

Respecto a las manifestaciones anatómicas no se observa ninguna relación entre el uso de memantina y la disminución de atrofia cerebral (Wilkinson, 2012).

Tanto los fármacos que actúan como inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) como aquellos que actúan sobre los receptores NMDA, interviniendo en el sistema de transmisión glutaminérgica, han demostrado sus efectos por separado, estando más recomendados los primeros en fases leves-moderadas de la enfermedad y los segundos en fases moderadas-severas.

Algunos estudios se han centrado en evaluar los efectos de estos fármacos de manera conjunta, combinando ambos tratamientos, habiendo obtenido mejores beneficios en comparación con su administración aislada (Gauthier, 2013; Zhu, 2013; Howard, 2012; Gareri, 2014).

### Conclusión

La Enfermedad de Alzheimer implica una neurodegeneración cortical que supone un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y conductuales. En los últimos años el número de pacientes con EA está aumentando y, como profesionales sanitarios, es necesario conocer las bases de esta enfermedad y sus tratamientos. Con ello se podrá proporcionar una atención más especializada y precisa.

Esta enfermedad cursa con la muerte de ciertas neuronas colinérgicas y glutamatérgicas en el sistema nervioso central, teniendo ésta una estrecha relación con la aparición de placas  $\beta$ -Amiloides y ovillos neurofibrilares.

Los tratamientos más usados en la actualidad son de tipo sintomático puesto que no existe cura. Entre ellos encontramos el uso de fármacos que intervienen en las sinapsis mediadas por acetilcolina (inhibidores de la acetilcolinesterasa) y aquellos que intervienen en las sinapsis mediadas por glutamato (antagonista de receptores NMDA). Los primeros están indicados para etapas iniciales-medias de la enfermedad y los segundos para fases más avanzadas, siendo la combinación de ambos el tratamiento de mayor efectividad.

### Referencias

- Alberca, R. (2009). Enfermedad de Alzheimer. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología*, 8, 61-85.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington DC.
- Berr, C., Wancata, J., Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 463-71.
- Birks, J., Grimley, E.J., Iakovidou, V., Tsolaki, M., Holt, F.E. (2009). Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 15(2).
- Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler Graham, K., Arrighi, H.M. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*, 3(3), 186-191.
- Butterfield, D.A., Pocernich, C.B. (2003). The glutamatergic system and Alzheimer's disease: therapeutic implications. *CNS Drugs*, 17, 641-652.
- Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San-Juan, P., Martín, Z. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011, 35(2), 39-45.
- Chang, Y.S., Chen, H.L., Hsu, C.Y., Tang, S.H., Liu, C.K., (2014). Parallel improvement of cognitive functions and P300 latency following donepezil treatment in patients with Alzheimer's disease: a case-control study. *J Clin Neurophysiol*, 31(1), 81-85.
- Danysz, W., Parsons, C. G. (2012). Alzheimer's disease,  $\beta$ -amyloid, glutamate, NMDA receptors and memantine – searching for the connections. *British Journal of Pharmacology*, 167(2), 324-352.

Di Santo, S.G., Prinelli, F., Adorni, F., Caltagirone, C., Musicco, M. (2013). A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*, 35(2), 349-361.

Erkinjuntti, T., Ostbye, T., Steenhuis, R., Hachinski, V. (1997). The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J Med*, 337, 1667-1674.

Ewald, C.Y., Li, C. (2010). Understanding the molecular basis of Alzheimer's disease using a *Caenorhabditis elegans* model system. *Brain Struct Funct*, 214(0), 263-283.

García García, F.J., Sánchez Ayalab, M.S., Pérez Martín, A. (2001). Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. *Estudio Toledo*, 116(11).

Gareri, P., Putignano, D., Castagna, A., Cotroneo, A.M., De Palo, G., Fabbo, A., et al. (2014). Retrospective study on the benefits of combined Memantine and cholin Esterase inhibitor treatment in AGEd Patients affected with Alzheimer's Disease: the MEMAGE study. *J Alzheimers Dis*, 41(2), 633-640.

Garre Olmo, J. (2007). Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 35, 4-11.

Gascón Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J.L., et al. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. *Neuroepidemiology*, 28, 224-234.

Gauthier, S., Molinuevo, J.L. (2012). Benefits of combined cholinesterase inhibitor and memantine treatment in moderate-severe Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 9(3), 326-331.

Grossberg, G.T., Manes, F., Allegri, R.F., Gutiérrez-Robledo, L.M., Gloger, S., Xie, L., Jia, X.D., et al. (2013). The safety, tolerability, and efficacy of once-daily memantine (28 mg): a multinational, randomized, double-blind, placebo-controlled trial in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease taking cholinesterase inhibitors. *CNS Drugs*, 27(6), 469-478.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., et al. (2012). Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 366(10), 893-903.

Ibach, B., Haen, E., (2004). Acetylcholinesterase inhibition in Alzheimer's Disease. *Curr Pharm Des*, 10(3), 231-51.

Kasper, D.L., Braunwald, E., Fauci, A.S., Hauser, L.S., Longo, D.L., Jameson, J.L. (2005). *Harrison principios de medicina interna*. 16ª edición, vol II, Mc Graw Hill.

Kumar, A., Singh, A., Ekavali. (2015). A review on Alzheimer's disease pathophysiology and its management: an update. *Pharmacological Reports*, 67(2), 195-203.

Mattson, M.P. (2004). Pathways towards and away from Alzheimer's disease. *Nature*, 430, 631-639.

Miguel-Hidalgo, J.J., Paul, I.A., Wanzo, V., Banerjee, P.K. (2012). Memantine prevents cognitive impairment and reduces Bcl-2 and caspase 8 immunoreactivity in rats injected with amyloid  $\beta$  1-40. *Eur J Pharmacol*, 692 (1), 38-45.

Molinuevo Guix, J.L. (2011). Memantina: El valor de la terapia combinada. *Revista de Neurología*, 52(2), 95-100

Mona, M., Abdu, A., Marwan, S. (2012). New Acetylcholinesterase Inhibitors for Alzheimer's Disease. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 1-8.

Moreno Toledo, A. (2008). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. *Psicología social-comunitaria*, España.

Musial, A., Baida, M., Malawska, B., (2007). Recent developments in cholinesterases inhibitors for Alzheimer's disease treatment. *Curr Med Chem*, 14(25), 2654-2679.

Nakamura, Y., Kitamura, S., Homma, A., Shiosakai, K., Matsui, D. (2014). Efficacy and safety of memantine in patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease: results of a pooled analysis of two randomized, double-blind, placebo-controlled trials in Japan. *Expert Opin. Pharmacother*, 15(7), 913-925.

Naylor, M., Karlawish, J. H., Arnold, S. E., Khachaturian, A., Khachaturian, Z., Lee, V. M., et al. (2012). Advancing Alzheimer's Diagnosis, Treatment and Care. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 8(5), 445-452.

Obama, B., (2011). Presidential Proclamation – *National Alzheimer's Disease Awareness*. Washington, DC, The White House.

- Parsons, C.G., Stoffler, A., Danysz, W. (2007). Memantine: a NMDA receptor antagonist that improves memory by restoration of homeostasis in the glutamatergic system – too little activation is bad, too much is even worse. *Neuropharmacology*, 53(6), 699–723.
- Perl, D. P. (2010). Neuropathology of Alzheimer’s Disease. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 77(1), 32–42.
- Prince, M. (2009). *World Alzheimer’s Report*. Alzheimer’s Disease International, London.
- Ricardo, F.A., Raúl, L.A., Claudia, V.B., Liliana, P.C., et al. (2011). Enfermedad de alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137.
- Richarz, U., Gaudig, M., Rettig, K., Schauble, B., (2014). Galantamine treatment in outpatients with mild Alzheimer’s disease. *Acta Neurol Scand*, 129(6), 382-392.
- Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., et al. (2013). A survey-based study of knowledge of Alzheimer’s disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 13(2), 1-8.
- Spalletta, G., Caltagirone, C., Padovani, A., Sorbi, S., Attar, M., Colombo, D., et al, (2014). Cognitive and affective changes in mild to moderate Alzheimer’s disease patients undergoing switch of cholinesterase inhibitors: a 6-month observational study. *PLoS One*, 9(2).
- Swerdlow, R. H. (2007). Pathogenesis of Alzheimer’s disease. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), 347–359.
- Tan, C.C., Yu, J.T., Wang, H.F., Tan, M.S., Meng, X.F., Wang, C., et al. (2014). Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of Alzheimer’s disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*, 41(2), 615-631.
- United Nations, (2009). *World Population Ageing 2009*. New York.
- Vargas Escobar, L.M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Chía, Colombia*, 12 (1), 62-76.
- Wang, X., Lopez, O.L., Sweet, R.A., Becker, J.T, DeKosky, S.T., Barmada, M.M., et al. (2015). Genetic determinants of disease progression in Alzheimer’s disease. *J Alzheimers Dis*, 43(2), 649-655.
- Wenk, G.L. (2006). Neuropathologic changes in Alzheimer’s disease: potential targets for treatment. *J Clin Psychiatry*, 67(3), 3–7.
- Wilkinson, D., Fox, N.C., Barkhof, F., Phul, R., Lemming, O., Scheltens, P. (2012). Memantine and brain atrophy in Alzheimer’s disease: a 1-year randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis*, 29(2), 459-469.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. *World Health Organization*, Geneva.
- Zhu, C.W., Livote, E.E., Scarmeas, N., Albert, M., Brandt, J., Blacker, D., et al. (2013). Long-term associations between cholinesterase inhibitors and memantine use and health outcomes among patients with Alzheimer’s disease. *Alzheimers Dement*, 9(6), 733-740.



## CAPÍTULO 68

### Importancia del ejercicio físico en el envejecimiento cognitivo

Carmen M<sup>a</sup> Pérez Cano, Magdalena Bacas Ruíz, y Rocío Casares Miranda  
*Área Sanitaria Sur de Granada (España)*

El perfil demográfico de España ha experimentado un cambio pronunciado a lo largo del último siglo; la población española mayor de 65 años representa el 18,2% de la población total. En las simulaciones demográficas realizadas se espera que este grupo de edad continúe creciendo debido al envejecimiento progresivo que sufre nuestro país (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, Instituto Nacional de Estadística, 2014), por lo que la atención a las personas mayores se convierte progresivamente en un objetivo de salud pública cada vez más importante.

El interés sobre el envejecimiento ha crecido exponencialmente en las últimas décadas, generando un interés en el estudio de la influencia de los factores de riesgo que están relacionados con el estilo de vida, como la interacción social, la nutrición y la actividad física, sobre el funcionamiento cognitivo de las personas mayores.

Últimamente, uno de los factores relacionados con el estilo de vida sobre el que más se está incidiendo es el ejercicio físico, que podría estar implicado en el retraso del deterioro cognitivo y en la conservación de la inteligencia fluida de las personas mayores. De este modo, la realización de actividad física se ha asociado a lo que se conoce como envejecimiento cognitivo saludable, y se ha llegado a convertir en un componente habitual de los programas de intervención para la promoción de la salud en adultos mayores. Progresivamente, se está reconociendo la actividad física como un factor altamente protector de las funciones cognitivas de las personas mayores, tanto en estados de envejecimiento cerebral normal como en diferentes fases de deterioro cognitivo. De hecho, la práctica de ejercicio físico de forma regular se ha asociado con el incremento del volumen cerebral en regiones relacionadas con las funciones cognitivas que declinan con la edad (López, Zamarrónb y Fernández-Ballesteros, 2011).

El incremento de la capacidad aeróbica aumenta el flujo sanguíneo cerebral, mejorando la utilización del oxígeno y la glucosa del cerebro, así como el incremento de la insulina, estimulando la neurogénesis y aumentando las interconexiones sinápticas (Archer y Casey, 2011). Asimismo, la actividad física favorece la regulación de neurotransmisores y la estimulación de liberación de calcio. Todos ellos son necesarios para mantener el funcionamiento neuronal, promover un estado de ánimo positivo y mejorar la función cognitiva. Además, el ejercicio puede incrementar la capacidad de reserva cognitiva del cerebro, reducir la tasa de envejecimiento y disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedades neurológicas, así como cualquier tipo de demencia (García-García, Gutiérrez Ávila, Alfaro Acha, Amor Andrés, De los Ángeles de la Torre Lonza y Escribano Aparicio, 2011). De hecho, las personas que permanecen activas durante toda la vida, especialmente durante la mediana edad, tienen un mejor desarrollo de las funciones cognitivas durante más tiempo.

#### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es conocer cómo influye el ejercicio físico en el envejecimiento cognitivo.



## **Metodología**

Realizar una revisión bibliográfica sistemática de la influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo de los adultos mayores sanos y en la reversión o mantenimiento del declive cognitivo en adultos mayores con estadios iniciales de deterioro cognitivo. Referencias consultadas: Revisión bibliográfica consultando en diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Index.

## **Desarrollo del tema**

### **Envejecimiento y sistema neuromuscular**

Con la senectud, la capacidad de funcionamiento del aparato neuromuscular, cardiovascular y respiratorio comienza a reducirse de forma paulatina lo que comporta un riesgo acrecentado de debilidad. Diversos estudios (Häkkinen, Alen, Kallinen, Izquierdo, Jokelainen y Lassila, 1998; Izquierdo, Aguado, González, López y Häkkinen, 1999) han mostrado que los individuos de 75 años muestran, con relación a los jóvenes de 20 años, una reducción de la resistencia aeróbica (45%), fuerza de prensión (40%), fuerza de las extremidades inferiores (70%), movilidad de las articulaciones (50%) y de la coordinación neuromuscular (91%). La sarcopenia es uno de los factores más importantes que intervienen en la mengua de la capacidad de mantenerse autónomo en la sociedad y en el origen de la discapacidad (Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer, Boirie, Cederholm y Landi, 2010). La fortaleza de forma máxima y explosiva son necesarias para conseguir efectuar muchas tareas de la vida cotidiana, tales como subir por una escalera, levantarse de la silla sin utilizar los brazos (time up and go) o simplemente caminar. Por otro lado, de igual forma es conocido que la disminución de la capacidad del aparato neuromuscular para realizar esfuerzos que surge con la senectud también incrementa el riesgo de caídas, frecuentes en este grupo poblacional. Conjuntamente al envejecimiento esta disminución del ejercicio físico es uno de los principales agentes que mejor revelan la disminución de fuerza y la volumen muscular coligada al envejecimiento, es la fuerte disminución que se agudiza con el paso de los años en la cantidad y calidad de actividad física diaria (García-García, Gutiérrez Ávila, Alfaro Acha, Amor Andrés, De los Ángeles de la Torre Lonza y Escribano Aparicio, 2011).

### **Entrenamiento de fuerza para el anciano frágil**

Los programas de fortalecimiento físico en mayores es el método preventivo más efectivo para retardar la aparición de sarcopenia y/o fragilidad. Varios estudios y revisiones sistemáticas (Izquierdo, Häkkinen, Antón, Garrues, Ibáñez y Gorostiaga, 2001; Izquierdo, Ibáñez, Häkkinen, Kraemer, Larrión y Gorostiaga, 2004). han señalado que aun en las personas mayores más veteranos y frágiles el fortalecimiento físico desarrolla el volumen muscular, la potencia y la fuerza en los músculos, conjuntamente mejora otros parámetros objetivos del síndrome de fragilidad de los que podemos destacar la velocidad de la marcha y el tiempo necesario para levantarse de una silla. Sin embargo en sus inicios los resultados sobre la rehabilitación de las funciones no eran determinantes, la última revisión sistemática realizada por Liu y Lathman (2009) ha demostrado que es una intervención efectiva para reparar la función física en personas mayores y postergar el inicio de la discapacidad, que es el efecto más desfavorable de la fragilidad (Izquierdo, Ibáñez, Gorostiaga, Garrués, Zuñiga y Antón, 1999; Izquierdo, Aguado, González, López y Häkkinen, 1999).

La práctica de un programa de ejercicio físico sistemático de fuerza máxima en personas mayores se acompaña de aumentos relevantes en la obtención de fuerza siempre y cuando la intensidad y duración del periodo de entrenamiento sean los adecuados. Los aumentos de fuerza estimulados por el ejercicio se relacionan en las primeras semanas de ejercicio, especialmente a un ajuste en el sistema nervioso, ya sea por un incremento en la activación de la musculatura agonista o bien por modificaciones en los patrones de activación de la musculatura antagonista. Ahora bien, podemos destacar que a partir de la semana 6-7 la hipertrofia muscular es un hecho indudable, aunque las modificaciones en los tipos de proteínas, tipos de fibras musculares y la síntesis proteicas sucedan con antelación.

En el día de hoy, las recomendaciones efectuadas por las principales instituciones y autores 5 acostumbran a ser demasiado intensas, fatigantes y no están concretamente planteadas para el anciano frágil. Estas recomendaciones quizás puedan provocar un incremento de sufrir lesiones, desánimo y sobreentrenamiento, además de no beneficiar en el desarrollo de la fortaleza y volumen muscular que los resultados que pudieran surgir de recurrir a programas de menor intensidad.

### **Componentes del entrenamiento para el desarrollo de la fuerza**

Las personas de edad avanzada mantienen la capacidad de incrementa su fuerza y mejorar el tono muscular después de realizar un programa de ejercicio sistemático en la obtención de fuerza siempre y cuando la intensidad y duración del periodo de entrenamiento sean los adecuados. Estos programas de ejercitamiento deberán perseguir los mismos principios elementales de ejercicio que los realizados para jóvenes o deportistas: 1) principio de la sobrecarga, 2) de la progresión, 3) de la especificidad y la individualidad del entrenamiento, y 4) del desentrenamiento o reversibilidad. Así, este tipo de método de preparación física deberá promover estímulos lo suficientemente intensos, superiores a las actividades habituales, como para generar la respuesta de adaptación esperada (principio de sobrecarga), pero sin alcanzar a causar agotamiento o un esfuerzo indebido.

Las adaptaciones originadas por un programa de ejercicio de fuerza serán distintas en función de las diferencias entre los individuos y vendrán establecidas por su nivel de entrenamiento previo y edad.

### **Intensidad**

La intensidad de un determinado estímulo es el grado de esfuerzo que este exige en un ejercicio, en el ejercicio con cargas. Viene caracterizado por el peso que se manipula en términos absolutos o relativos, así como por el número máximo de repeticiones que se pueden ejecutar con un peso específico. En función del número de repeticiones o en su caso de la frecuencia de estas se realizan con una determinada carga hasta la fatiga se producen diferentes resultados sobre la fuerza.

Una revisión reciente, que analiza cuáles deben ser las intensidades del entrenamiento de fuerza en población anciana, concluye que intensidades elevadas son superiores a las bajas en términos de rehabilitación de fuerza máxima pero no obligatoriamente en términos de ganancias funcionales.

### **Potencia muscular**

La potencia es el producto de la fuerza y de la velocidad, es decir la circunstancia en la que se consigue el máximo rendimiento muscular. Cuando la resistencia a vencer es liviana, la fuerza máxima tiene poca importancia en la producción de potencia pero su influencia se incrementa a medida que se aumenta la resistencia. Durante el envejecimiento, la potencia se deteriora de forma más rápida y prematuramente que la fuerza. Es más, la potencia muscular tiene una correspondencia más significativa con la capacidad funcional del anciano que la fuerza. Además del efecto del envejecimiento sobre la potencia muscular, existen modificaciones a nivel del aparato nervioso, como el deterioro en la activación neuromuscular voluntaria, que pueden contribuir a reducir la potencia (Kraemen, Marchtelli, Gordon, Harman, Dziades y Mello, 1990; Izquierdo-Gabarren, González, García, Sánchez, De Villarreal e Izquierdo, 2000).

En las personas mayores, lo más prudente es recomendar un programa de ejercicio físico de fuerza con velocidades bajas y moderadas o frecuencias bajas y moderadas.

### **Efectos del ejercicio físico en el envejecimiento**

Cabe subrayar los siguientes efectos, en los que el entrenamiento físico puede constituir una intervención preponderante:

- **Caídas:** Normalmente están interrelacionadas con el síndrome de fragilidad constituyendo un motivo de consulta y suceso adverso excepcionalmente frecuente en el paciente frágil. Su abordaje resulta complicado y las intervenciones usualmente deben ser multifactoriales. El entrenamiento corporal posiblemente sea la intervención más probada y utilizada en la prevención de caídas. Está acreditado que resulta efectivo para disminuir el riesgo y la frecuencia o tasa de caídas tanto en población comunitaria como residencial.

• **Deterioro cognitivo:** La relación entre el deterioro cognitivo y la fragilidad es íntima y probablemente biunívoca ya que comparten bases fisiopatológicas comunes y resultados a corto y medio plazo (hospitalización, caídas, discapacidad, institucionalización y mortalidad). Esta correspondencia se pone de manifiesto porque posiblemente el sistema nervioso central y muscular comparta vías patogénicas comunes en el devenir de la discapacidad.

La demencia comparte en parte la sintomatología que forma parte del fenotipo de fragilidad como es la reducción de la velocidad de la marcha y la reducción de la actividad. Algunos escritores piensan que incluso ambos síndromes se pueden englobar íntimamente de una misma entidad clínica. En este sentido posee cierta lógica pensar que aquellas intervenciones que resultaran eficaces en el paciente frágil pudiesen ser provechosas en el anciano con deterioro cognitivo y viceversa.

• **Depresión:** Es incluida por numerosos escritores dentro del espectro de la fragilidad. El fenotipo de fragilidad descrito por Walston y Fried (1999) en pérdida de peso no intencionada, debilidad, disminución de actividad física, cansancio, lentitud, puede ser característico de un cuadro depresivo del anciano. Conjuntamente comparten bases etiopatogenias inflamatorias-inmunológicas Katz (2004). Es sabido que el entrenamiento físico mejora los síntomas depresivos a corto plazo, fundamental en aquellos individuos que están ya deprimidos (Bartholomew, Morrison y Ciccolo, 2005). Sin embargo, sus consecuencias a largo plazo sobre síntomas depresivos y ansiosos en ancianos frágiles no queda claro en los ensayos clínicos realizados.

### **Conclusión**

Tras analizar la influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores sanos y en la reversión o mantenimiento del deterioro cognitivo en adultos mayores con trastorno cognitivo leve. En conjunto, hay una alta probabilidad de que el ejercicio físico produzca un impacto en las funciones cognitivas, logrando prevenir el deterioro cognitivo durante el envejecimiento y mejorar las funciones cognitivas de adultos mayores con primeros signos de declive cognitivo. Una de las primeras cuestiones que surgen en la valoración de resultados es que la diversidad de metodologías que se aplican hace difícilmente comparables los estudios sobre este tema y, por tanto, la utilidad de la técnicas metaanalíticas puede ser menor, de modo que confundan más que aclaren. Coincidimos aquí con las propuestas de (Brugha, Matthews, Morgan, Hill, Alonso y Jones, 2012) quienes señalaron que, en ocasiones, una revisión sistemática bien realizada puede ser mejor que una síntesis estadística de resultados y estudios tan heterogéneos. También se pone de manifiesto en estos estudios la importancia que tiene el género en el impacto de la actividad física en la cognición. Dada esta influencia, muchos estudios optan, en la actualidad, por llevar a cabo intervenciones y análisis en hombres y en mujeres por separado. De tal modo, Flicker, Almeida, Acres, Le, Tuohy y Jamrozik (2005) y Schuit, Feskens, Launer y Kromhout (2001) llevaron a cabo estudios no experimentales en hombres sin deterioro cognitivo, y concluyeron la existencia de asociación significativa entre las personas con puntuaciones altas en funciones cognitivas y la realización de ejercicio físico.

En segundo lugar, en muchos de los estudios citados se observa una gran influencia del tiempo de aplicación de tratamiento en las mejorías cognitivas.

En tercer lugar, la importancia de la duración de los programas de entrenamiento físico parecería complementarse con otras variables, como la intensidad con la que se lleva a cabo el ejercicio. Como en los puntos anteriormente mencionados, en esta variable los estudios también revelan resultados contradictorios.

Podemos resumir, que la realización de entrenamiento físico es la mediación más efectiva para aplazar la discapacidad y los sucesos adversos que se asocian usualmente con el síndrome de la fragilidad. El entrenamiento de fuerza, en particular, cada vez tiene más efectos favorables en este grupo poblacional y sus consecuencias son cada vez más destacadas en otros campos del síndrome como son

las caídas y el deterioro cognitivo, el fin último es siempre intentar lograr una mayor autonomía y calidad de vida de las personas.

Por ello se hace preciso definir una metodología básica de evaluación e intervención que se tenga en cuenta como requisito mínimo en los estudios que se realicen en este tema. Esto permitirá poder establecer mejor la metodología de aplicación del ejercicio físico más eficiente y el modo de integrarlo en los programas de intervención para un envejecimiento saludable.

Finalmente, hay que destacar que todos estos estudios tienen implicaciones clínicas y de gestión asistencial importantes, porque el deterioro cognitivo es actualmente un importante problema de salud que hoy en día carece de tratamiento farmacológico eficaz, y porque el ejercicio físico es una estrategia de prevención que no adoptan ampliamente las personas mayores, y que, por tanto, debería fomentarse con más intensidad en este colectivo.

## Referencias

Faubel, R., López-García, E., Guallar-Castillón, P., Graciani, A., Banegas, J.R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Usual sleep duration and cognitive function in older adults in Spain. *J Sleep Research*.

López, M.D., Zamarrónb, M.D. y Fernández-Ballesteros, R. (2011). Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46(1), 15–20.

Archer, T.C., Jin, J. y Casey, E.S. (2011). *Developmental biology*.

García-García, F.J., Gutiérrez Ávila, G., Alfaro Acha, A., Amor Andres, M.S., De los Angeles de la Torre Lonza, M. y Escribano Aparicio, M.V., et al. (2011). The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging*, 852-856.

Izquierdo, M., Häkkinen, K., Antón, A., Garrues, M., Ibañez, J., Gorostiaga, E.M., et al. (2001). Effects of strength training on muscle power and serum hormones in middle-aged and older men. *J Appl Physiol*, 90(4), 1497-1507.

Izquierdo, M., Ibañez, J., Hakkinen, K., Kraemer, W.J., Larrión, J.L. y Gorostiaga, E.M. (2004). Once weekly combined resistance and cardiovascular training in healthy older men. *Med Sci Sports Exerc*, 36(3), 435-443.

Häkkinen, K., Alen, M., Kallinen, M., Izquierdo, M., Jokelainen, K. y Lassila, H. (1998). Muscle CSA, force production, and activation of leg extensor muscles during isometric and dynamic actions in middle-aged and elderly men and women. *J Aging Phys Act a*, 6, 232-247.

Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J.P., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T. y Landi, F. (2010). European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, 39, 412-423.

Liu, C.J. y Latham, N.K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev.*, 8(3).

Izquierdo, M., Ibañez, J., Gorostiaga, E.M., Garrués, M., Zúñiga, A. y Antón, A., et al. (1999). Maximal strength and power characteristics in isometric and dynamic actions of the upper and lower extremities in middle-aged and older men. *Acta Physiol Scand*, 57-68.

Izquierdo, M., Aguado, X., González, R., López, J.L. y Häkkinen, K. (1999). Maximal and explosive force production capacity and balance performance in men of different ages. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 79, 260-267.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Report (2008). Disponible en: <http://www.hhs.gov/news/press/2008pres/10/20081007a.html> (1 de noviembre, 2008).

Kraemer, W.J., Marchitelli, L., Gordon, S.E., Harman, E., Dziados, J.E. y Mello, R., et al. (1990). Hormonal and growth factor responses to heavy resistance exercise protocols. *J App Physiol*, 1442-1450.

Izquierdo-Gabarren, M., González De Txabarri Expósito, R., García-Pallarés, J., Sánchez-Medina, L., De Villarreal, E.S. e Izquierdo, M. (2010). Concurrent endurance and strength training not to failure optimizes performance gains. *Med Sci Sports Exerc*, 1191-1199.

Walston, J. y Fried, L.P. (1999). Frailty and the older man. *Med Clin North Am*, 83, 1173–94.

Katz, I.R. (2004). Depression and frailty: the need for multidisciplinary research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 12, 1-6.

Bartholomew, J.B., Morrison, D. y Ciccolo, J.T. (2005). Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. *Med Sci Sports Exerc*, 37, 2032-2037.

Brugha, T.S., Matthews, R., Morgan, Z., Hill, T., Alonso, J. y Jones, D.R. (2012a). Methodology and reporting of systematic reviews and meta-analyses of observational studies in psychiatric epidemiology: systematic review. *Br.J.Psychiatry*, 200(6), 446-453.

Flicker, L., Almeida, O.P., Acres, J., Le, M.T., Tuohy, R.J., Jamrozik, K., et al. (2005). Predictors of impaired cognitive function in men over the age of 80 years: results from the Health in Men Study. *Age Ageing*, 34(1), 77-80.

Schuit, A.J., Feskens, E.J., Launer, L.J. y Kromhout, D. (2001). Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein e4 allele. *Med Sci Sports Exerc*, 33(5), 772-777.

## CAPÍTULO 69

### Demencia en ancianos e institucionalización

Cándida Martínez Ferrón, Ángeles Bonilla Maturana, Montserrat Gabín Benete,  
y Guillermina Ación Valdivia

En la actualidad, la demencia en el anciano es considerado uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados, ya que su prevalencia va aumentando considerablemente y está relacionada directamente con el aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento progresivo de la población (Millán, 2011). Se trata de una de las más graves enfermedades crónicas, en las que se produce un deterioro de las facultades mentales de forma progresiva e irreversible, con graves trastornos de conducta y llevando al anciano a una situación de discapacidad y dependencia cada vez mayor, afectando directamente a su calidad de vida y a la de quienes lo cuidan (Guillén y Ruipérez, 2003).

Uno de los objetivos principales en el cuidado de estos pacientes, es intentar proporcionarles una atención integral a ellos y a sus familias dentro de su entorno habitual, potenciando la atención domiciliaria, garantizando la continuidad en el plan de cuidados e intentando buscar una alternativa a la institucionalización (Castellanos, Cid y Duque, 2011). Es imprescindible que un equipo multidisciplinar actúe conjuntamente: Informando al cuidador de las complicaciones potenciales y del proceso de enfermedad mediante la educación sanitaria, abordando los problemas de salud que van surgiendo (incluyendo los de la pluripatología característica del anciano), apoyando a la familia, informando y facilitando los recursos disponibles (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003).

El deterioro que se produce con la demencia senil es progresivo, no cursa con la misma rapidez y características para todos los pacientes. La duración de esta enfermedad puede ser de hasta unos veinte años y suele tener varias etapas, en las que en algún momento necesitarán un cuidador permanente (Giménez, 2002; Millán, 2011).

Hay que estudiar, mejorar y reducir los factores de riesgo que intervienen en la relación entre la familia y el anciano con demencia que pueden alterar la estabilidad, siendo el propósito final conseguir el bienestar de todos. Es necesario prevenir e identificar la aparición del “síndrome del cuidador”, ya que la persona sobre la que recae el cuidado principal del anciano, es susceptible de sufrir una sobrecarga emocional y/o física que puede afectar seriamente a su salud. (Álvarez y Cuadrado, 2011).

Para poder determinar cómo ayudar al anciano con demencia, qué objetivos conseguir y planificar las intervenciones oportunas, es necesario realizar previamente una **valoración geriátrica integral**, en la cual hay que tener en cuenta:

- Valoración funcional: Nos indica el grado de dependencia, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, si es continente o no, su capacidad sensorial, si utiliza ayudas técnicas, etc. Para complementar esta evaluación se utilizan escalas funcionales (Martín y Gil, 2006).

- Valoración médica: Realizamos la historia clínica, que en estos pacientes suele ser más compleja por la pluripatología y polifarmacia típica de la edad, informándonos de alergias, antecedentes personales y familiares, tratamiento que toma, dieta...

- Valoración social: Nos informamos de la red de apoyo del paciente, el tipo de domicilio, la situación familiar, si tiene ayudas, sus relaciones con el entorno...

- Valoración mental: Conociendo el tipo de demencia y deterioro cognitivo que posee, si tiene síntomas psicóticos, conductuales o psicológicos, si existen problemas psicoafectivos. En este tipo de valoración se utilizan también escalas y diversos test (Fernández-Ballesteros, 2009).

También hay que valorar, que según la intensidad y tipo de atención que necesitan estos pacientes, se diferencian tres tipos:

- *Atención cualificada*: Para los ancianos con demencia que no necesitan estar hospitalizados pero precisan estar supervisados todo el día por diferentes profesionales, como pueden ser rehabilitadores, enfermeros o médicos.

- *Atención custodial*: Se trata de ayudar a la persona a realizar las actividades de la vida diaria, como vestirse, comer,... El personal encargado no tiene por qué estar cualificado.

- *Atención intermedia*: Además de la anterior, estos pacientes necesitan supervisión de enfermería, como en la toma y organización de la medicación, toma de constantes, etc.... y también la atención de otros servicios de salud. (Alberca, 2002).

Es muy importante, que las diferentes personas que llevan a cabo los cuidados de estos pacientes sean conscientes que son pacientes frágiles, que para que puedan conseguir su bienestar, necesitan sentirse sobre todo “personas”. Según los resultados del análisis descriptivo de un modelo de atención centrado en la persona, el anciano con demencia puede sufrir un riesgo de deshumanización, si a pesar de tener cubiertas sus necesidades neurobiológicas, no se siente aceptado o querido (Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).

### **Objetivo**

El objetivo principal de esta comunicación es identificar los diferentes recursos y prestaciones sociales disponibles para los ancianos con demencia, permitiendo así encontrar una ubicación correcta en el nivel asistencial.

Otro objetivo es el de conocer cuidados del personal de enfermería en este tipo de pacientes, para ayudar a mejorar su calidad de vida.

### **Metodología**

En la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de referencias bibliográficas, obtenidas de libros en formato papel, además de otras herramientas, como la búsqueda de información en la base de datos Dialnet, utilizando y combinando los descriptores o palabras clave: “demencia”, “cuidados”, “residencia” y “recursos”. Tras utilizar un filtro de artículos en español, con un intervalo de publicación de 12 años, se obtuvieron 30 resultados, de los cuales se seleccionaron los artículos que estaban más relacionados con el desarrollo del tema. Toda esta información ha sido complementada por los conocimientos que nos aporta nuestra propia experiencia profesional y de los diversos miembros del equipo multidisciplinar al que pertenecemos.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

#### *1. Tipo de prestaciones para ancianos con demencia*

Una vez obtenida toda la información necesaria del anciano y del tipo de atención que necesita, se pueden solicitar las ayudas sociales, que son aportadas por ayuntamientos y servicios sociales de cada comunidad autónoma y que suelen estar coordinadas por los asistentes sociales (Castellanos, Cid y Duque, 2011). Hay diferentes tipos de prestaciones disponibles para este tipo de pacientes:

**Prestaciones comunitarias**: Son ayudas que intentan favorecer que el anciano con demencia se mantenga en su domicilio, que no salga de su entorno habitual; se ayuda principalmente al cuidador para evitar el cansancio y estrés habitual que el cuidado de este tipo de pacientes conlleva (Lasarte, 2006).

- *Teleasistencia*: Este dispositivo se puede utilizar en las primeras etapas de la enfermedad, cuando el enfermo puede estar todavía solo (Álvarez y Cuadrado, 2011). A través de un colgante o pulsera que lleva un sistema de emisión y recepción conectado a una línea telefónica, el enfermo está conectado durante todo el día con una central, donde son atendidos por operadoras bien formadas en la atención a estas personas y respaldadas por profesionales sanitarios. Este sistema les da gran tranquilidad a las

familias y pacientes que saben que ante cualquier urgencia estarán bien atendidos (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003)

- Ayuda a domicilio: Consiste en que una persona es enviada al domicilio para realizar diferentes actividades, como cuidados al paciente (ayudarlo a comer, asearlo, levantarlo o acostarlo, hacerle compañía o supervisarle en la toma del tratamiento), tareas domésticas (hacer la comida, lavar, planchar, comprar, limpiar...), acompañarlo a sus citas con el médico, visitas a familiares, etc. Las horas diarias establecidas para cada paciente varía según las necesidades. Son supervisados por diferentes profesionales como enfermeras, asistentes sociales, rehabilitadores, voluntarios, etc. Esto supone un desahogo para el cuidador, proporcionándole bienestar emocional y físico (Álvarez y Cuadrado, 2011; Lasarte, 2006)

**Prestaciones institucionales:** Con estas ayudas, el anciano con demencia según su situación, podrá mantenerse o no en su domicilio (Castellanos, Cid y Luque, 2011).

- Centros de día: Este tipo de pacientes pueden acudir a centros específicos de enfermos con demencia o psicogerítricos; y a otros centros donde se atienden a todo tipo de pacientes. Las actividades que allí se llevan a cabo se centran en intentar mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible, potenciar y estimular el rendimiento cognitivo, reforzar su autoestima y su relación con la sociedad y por supuesto retrasar la definitiva institucionalización. (Alberca, 2002). Allí se realizan cuidados de enfermería, animación cultural, ejercicios para mejorar su estado físico, fisioterapia, cuidados de higiene y alimentación, terapia ocupacional, atención médica y psicológica, psicoestimulación cognitiva. (Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012). Este dispositivo socio-sanitario también se centra en la familia cuidadora: Facilitando que puedan trabajar, proporcionando asesoramiento, orientación e información de la enfermedad de la demencia en sí misma; ayudando a que puedan adquirir habilidades y conocimientos del manejo de estos ancianos; ofreciendo técnicas que les permitan mejorar su estado psicológico y de estrés, y por supuesto que dispongan de tiempo de descanso (Martín, 2012).

Aunque los requisitos para acceder a estos centros varían de un lugar a otro, los más comunes son: Mayores de 60 años, no padecer enfermedad infecto contagiosa, no tener la suficiente autonomía para las actividades de la vida diaria, residir en el ayuntamiento donde solicita la plaza, ser pensionista del sistema público o cónyuge de pensionista, necesitar atención terapéutica, psicosocial o rehabilitadora o no poder ser atendido por su familia durante el día, y además de conseguir una puntuación determinada en los baremos que se aplican, teniendo en cuenta factores como grado de dependencia, número de hijos, recursos de los que dispone, etc. (Guillén y Ruipérez, 2003). El horario según el centro varía en distintas franjas horarias, oscila entre las 9.00 y las 22.00. La atención puede ser hasta de 7 horas seguidas, y se tendrán en cuenta las necesidades del cuidador (Alberca, 2002).

- Residencias: En estos centros de estancia que sustituyen al hogar, se ofrece una atención integral, y pueden ser de estancia permanente o temporal. Según el grado de dependencia que presentan pueden acudir a: *Residencias de válidos*, que son aquellas con plazas solo para personas que son independientes en las realización de sus actividades de la vida diaria, son las menos utilizadas por ancianos con demencia; *residencias asistidas*, que son aquellas en las que sus plazas son destinadas a las personas con dependencia permanente; y *residencias mixtas* que como su nombre indica cuidan a todo tipo de ancianos. Están disponibles diversos niveles de apoyo según las necesidades de la persona, o si estas necesidades van cambiando (Lasarte, 2006) En los pacientes con demencia es importante asegurarnos de que disponen de unos servicios de atención y supervisión individualizados y mecanismos para garantizar su seguridad, como alarmas en las puertas o señales en el suelo que los guíen y puedan tener autonomía para encontrar su camino; debe realizarse una buena organización de los pacientes, separando a los pacientes más ruidosos para favorecer el descanso del resto; favorecer la actividad física para evitar la hiperactividad y al estar cansados que duerman mejor; estar visitados y controlados continuamente por el



personal. En el caso de que una institución no pueda garantizar el mejor ambiente o la seguridad para un paciente hay que pensar en trasladarlo a otra (Alberca, 2002; Fernández-Ballesteros, 2009).

Entre los servicios de los que disponen estas residencias se encuentran: Aseo personal, alojamiento (cama individual o colectiva, mantenimiento de su ropa), rehabilitación, atención médica y de enfermería, manutención, actividades culturales y de ocio, etc.

Las plazas residenciales pueden ser: *Públicas*, donde el coste es pagado por el 65% de su pensión; *privadas*, el anciano tiene que pagar todo el coste, y *cofinanciadas*, el anciano paga más o menos la mitad del coste y el resto la comunidad autónoma correspondiente. Las plazas públicas pueden ser gestionadas además de por el personal propio de la comunidad, por entidades privadas. Los requisitos para acceder a las residencias son generalmente los mismos que para los centros de día (Guillén y Ruipérez, 2003).

Entre los factores que favorecen el ingreso de ancianos con demencia en las residencias están: La mayor individualización de la sociedad y por lo tanto la pérdida de los lazos familiares, cambios en la estructura familiar como el aumento de rupturas familiares, cambios en la religiosidad, y por supuesto el aumento en la esperanza de vida y la dispersión geográfica entre hijos y ancianos (Fernández-Ballesteros, 2009).

En muchos casos, el hecho de buscar una residencia para el anciano con demencia es doloroso, la familia puede sentirse culpable y percibirlo como un abandono; pero si han intentado buscar otras soluciones y finalmente no ha sido posible, deben sentirse satisfechos de que su familiar va a recibir los cuidados que necesitan, tienen que tener confianza en los profesionales y poco a poco ese sentimiento de culpa cesará (Álvarez y Cuadrado, 2011).

Es muy importante el apoyo de la familia al anciano residenciado mediante las visitas, que colabore con el centro en la organización de los asuntos administrativos de su familiar, como si tienen que acompañarlo a alguna cita médica (Fernández-Ballesteros, 2009; Martín, 2012)

En ocasiones hay ancianos con demencia que viven solos o con familiares que no les ofrecen los cuidados y atenciones que precisan, incluso no les dan de comer. Otros sufren un maltrato físico, psicológico o farmacológico que requieren de la actuación de las autoridades de forma inmediata, siendo necesario a veces utilizar órdenes de internamiento involuntario con protocolos de actuación para llevarlos a cabo de una forma coordinada, no representan un castigo sino es una medida de protección de aquellas personas que no pueden cuidarse de sí mismas. Estos protocolos son diferentes en cada comunidad autónoma y antes de proceder a la ejecución del mismo es preciso tener la máxima información acerca del perfil del anciano que vamos a atender (Giménez, 2002).

En estas intervenciones el momento más desagradable se produce en el caso de que estos ancianos no quieren y se niegan a abandonar su hogar y sobre todo cuando ante la imposibilidad de convencerlo es necesario una orden judicial que obliga a abrir la puerta donde se crea un gran dispositivo con cerrajeros, policías, bomberos, ambulancia. Estos casos se revisarán cada cierto tiempo (Lasarte, 2006).

## 2. Cuidados de enfermería

Es importante tener en cuenta, que sea cual sea el nivel asistencial en el que se haya el anciano con demencia, el papel del enfermero en el cuidado de estos pacientes es primordial, ya que puede generar alternativas de mejorar el estado y situación de los ancianos, participando activamente, aportando nuestros puntos de vista, ideas que se nos ocurran, desarrollando nuestras habilidades coordinadoras, realizando una correcta educación sanitaria., podemos utilizar refuerzos positivos, estimulándolos, aumentando su actividad social, facilitarles una actividad lúdica u ocupacional adecuada a su estado físico y mental. Es muy importante que el trato hacia ellos sea personal, respetuoso y empático (Alberca, 2002; Martín 2012).

Hay que centrar nuestro trabajo también en la familia como unidad básica de cuidados y potenciar las medidas de educación sanitaria mediante programas psicosociales o escuelas de cuidadores, cuyos contenidos se estructuran en función de las demandas y necesidades planteadas por los cuidadores

(módulos de aprendizaje de habilidades, de información o de apoyo emocional) (Álvarez y Cuadrado, 2011). Es importante, ponerles en contacto con las asociaciones de pacientes, que son entidades privadas donde se unen familiares y pacientes para que esta enfermedad y su problemática sea conocida por toda la sociedad y así defender sus derechos. Participan voluntarios, y se realizan actividades como excursiones, charlas informativas. Se establecen entre todos lazos de apoyo y solidaridad (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003). Los cuidados de enfermería que se llevan a cabo en estos enfermos son específicos e individualizados para cada paciente, y dependerá de la etapa de la enfermedad y del grado de dependencia que presente, e irán aumentando y siendo más complejos progresivamente.

*- Cuidados físicos.*

Son los cuidados que actúan sobre las necesidades básicas de higiene, alimentación, vestido y arreglo personal, sueño, eliminación,..., que el anciano con demencia tiene alteradas; además de la administración del tratamiento prescrito, curas, cuidado de sondajes, vigilancia de signos y síntomas de empeoramiento de su enfermedad o de cualquier otra pluripatología que padezca el anciano, etc.(Millán, 2011).

*- Cuidados psicológicos.*

Todos sabemos que la demencia además de provocar un deterioro cerebral progresivo que les dificulta pensar con claridad, comunicarse o acordarse de las cosas; incide sobre la conducta del paciente, les puede cambiar la personalidad y les altera el estado de ánimo. También son frecuentes los problemas de conducta (Millán, 2011). La determinación de lo que es un trastorno de comportamiento es algo muy subjetivo, ya que depende de la tolerabilidad del que vive o cuida al anciano. En estos casos de problemas de conducta, además de la intervención farmacológica, es muy importante la intervención ambiental (Guillén y Ruipérez, 2003).

Las actividades que vamos a llevar a cabo en este aspecto, van a ir encaminadas a:

- Proporcionar un entorno tranquilo donde se sienta respetado y aceptado, se pueda expresar, que se encuentre seguro y protegido (Lasarte, 2006).

- Estimular la comunicación para poder establecer así la relación de ayuda, tener muy en cuenta la comunicación no verbal (sus gestos, su mirada, su expresión facial), hablarles de forma sencilla, clara, sin prisas. A veces con la pérdida de las capacidades cognitivas el único medio de comunicarnos con ellos es el tacto, nos pueden expresar su afectividad y sensibilidad con el contacto físico.

Utilizando unas buenas técnicas de comunicación mejorará nuestra relación con el paciente y podemos ofrecérselas también a la familia. Pueden ser las siguientes: Captar la atención del paciente; crear un ambiente de interacción positivo; utiliza un lenguaje sencillo, expresando de forma clara lo que queremos decir; las actividades complejas descomponerlas en pasos; cuando se le realicen preguntas, que sean sencillas y siempre mostrando paciencia al esperar su respuesta; recordar las cosas positivas del pasado; hablarles con respeto y cariño; utilizar y fomentar su sentido del humor (Alberca, 2002)

También se pueden realizar actividades como talleres de expresión corporal que favorece la comunicación interpersonal, el paciente reconoce su propio cuerpo y el espacio, puede expresar sensaciones, abrirse al entorno, puede liberar tensiones internas. También están los talleres de musicoterapia, el paciente podrá establecer con los demás una relación más positiva, favoreciendo la expresión, ya que la música tiene una gran influencia sobre la conducta (Castellanos, Cid y Duque, 2011).

- En las actividades recreativas, realizar salidas al exterior de la institución para favorecer la socialización y mantener el contacto con el mundo exterior. Según el grado de autonomía lo realizarán en grupo o acompañados de miembros del equipo; realizar fiestas involucrándolos activamente (Martín y Gil, 2006).

- Asignar actividades de la vida diaria según sus capacidades. Eso les ayudará a mantenerse activos, sintiéndose útiles y así mejorar su autoestima (Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).

- Potenciar las relaciones familiares, ya para la estabilidad del paciente, sobre todo en las etapas tempranas de la demencia, es muy importante la visita de los familiares ya que dentro de sus limitaciones puede tener contacto con los acontecimientos que ocurren en su núcleo familiar. La familia al relacionarse más con los profesionales puede aportar datos sobre la historia de vida del paciente, sus hábitos diarios a la vez que podemos proporcionarles a ellos soporte emocional y toda la información correspondiente (Fernández-Ballesteros, 2009; Martín, 2012).

### Conclusiones

Debido al aumento de la prevalencia y del impacto socio-sanitario que conlleva, la demencia en el anciano se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud en la actualidad.

Además de la relación directa con el aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento progresivo de la población, hay otras circunstancias que han obligado a buscar nuevas fórmulas para abordar el cuidado de este tipo de pacientes, como son: el aumento de la necesidad de atención socio-sanitaria de este sector de la población; los cambios sociales (la disminución en el número de hijos, la incorporación de la mujer en el mundo laboral, las viviendas cada vez más reducidas...) y por supuesto, las características de nuestro sistema sanitario afectado por la crisis económica, que limita la asignación de recursos sociales apropiados a las diferentes situaciones del anciano y la familia.

El objetivo principal es mantener al anciano con demencia en su domicilio, con su familia y en las mejores condiciones. Para ello es necesaria una buena coordinación, organización y optimización de los recursos sociales y sanitarios, realizando siempre una valoración integral del anciano, y adecuándolos a los diferentes estados de necesidad. A la hora de elegir la mejor opción de cuidado, no sólo hay que pensar en las necesidades del anciano, sino también en las del cuidador, que se sienta apoyado y respaldado por las instituciones, por lo que hay que evitar la sobrecarga familiar e intentar conseguir un estado de bienestar para todos. Los cuidados enfermeros a estos pacientes en cualquier nivel asistencial en el que se encuentren, serán individualizados y adaptados al estado cognitivo y fase de la enfermedad en cada momento. A pesar de ser una actividad compleja, cuidar al anciano con demencia puede llegar a ser una experiencia gratificante y satisfactoria.

### Referencias

Alberca, R. (2002). *Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Álvarez, L. y Cuadrado, P. (2011). Síndrome del cuidador del paciente con demencia. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2(1), 12-19.

Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de la sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32(4), 212-218.

Castellanos, F., Cid, M. y Duque, P. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(2), 39-45.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez*. Madrid: Pirámide.

Giménez, S. (2002). Demencia. Un trastorno complejo. *Farmacia profesional*, 16(2), 54-60.

Guillén, F. y Ruipérez, I. (2003). *Manual de Geriatria Salgado Alba (3ª ed.)*. Barcelona, España: Masson.

Lasarte, C. (2006). *La protección de las personas mayores*. Madrid, España: Editorial Tecnos.

Martín, F.J. y Gil, P. (2006). Valoración funcional en la demencia grave. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1), 43-49.

Martín, M. (2012). *Comprender la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Editorial Amat.

Millán, C. (2011). *Gerontología y geriatria. Valoración e intervención*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Vila, J., Villar, F., Celdrán, M. y Fernández, E. (2012). El modelo de atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Revista de psicología: ciències de l'educació i de l'esport*, 30(1), 109-117.

## CAPÍTULO 70

### Tratamiento en la enfermedad de Alzheimer

Manuel Payán Ortiz, José Manuel Romero León, Cintia Martínez Mateu, Paloma Victoria Hidalgo Pérez, y Purificación Sánchez López  
*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

Actualmente no hay un tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo hay medicamentos y estrategias no farmacológicas que ayudan y mejoran las manifestaciones de la enfermedad en nuestros pacientes. En este capítulo nos centraremos en las estrategias farmacológicas que producen un aumento colinérgico y la Memantina que es una antagonista del receptor de N-metil-d-aspartato.

#### AUMENTO COLINÉRGICO

Para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, se han utilizado precursores de la acetilcolina, colinomiméticos y anticolinesterasas. Su uso se basa en la observación de que hay una reducción selectiva de las neuronas colinérgicas en la enfermedad de Alzheimer (Davies y Maoney, 1976). Y en los efectos perjudiciales de los fármacos anticolinérgicos y colinomiméticos sobre la memoria. Pro ejemplo, Drachman y Leavitt (1974) determinaron que la escopolamina deterioraba el almacenamiento de la información en la memoria a corto plazo con la preservación relativa del recuerdo y la recuperación proveniente de la memoria a largo plazo, un hallazgo que se asemeja a los deterioros que suceden en el envejecimiento normal. El efecto de la escopolamina sobre la memoria se revierte por la fisostigmina (Granacher y Baldessarini, 1976). Además, la fisostigmina tiene efectos potenciadores directos de la memoria cuando se ajustan las dosis de modo estricto en los seres humanos (Davis y cols. 1987). Sobre la base de estos hallazgos, se investigaron tres enfoques principales para aumentar la transmisión colinérgica: Aumentar el sustrato disponible para la biosíntesis de acetilcolina, uso de colinomiméticos para aumentar la actividad de la acetilcolina y bloquear su degradación para prolongar su actividad en los sitios del receptor. Sin embargo, Davis y cols (1999) mostraron que la actividad del marcador colinérgico, las enzimas colina acetiltransferasa y acetilcolinesterasa, en nueve regiones corticales en individuos con enfermedad de Alzheimer, no difería de modo significativo de la de los individuos de control hasta que las personas presentaran enfermedad clínicamente grave, indicada por puntuaciones 3 a 5 en la Escala clínica de valoración de la demencia. Por esto, los autores sugirieron que los inhibidores de la colinesterasa pueden ser más eficaces en la enfermedad más avanzada, sugerencia no avalada por la experiencia clínica.

#### ANTICOLINESTERASAS

Las agentes anticolinesterasas han sido los potenciadores cognitivos más exitosos para tratar la enfermedad de Alzheimer. De éstos, el Donepezilo fue introducido en 1997; la rivastigmina, en 2000; y la galantamina, en 2001. Los cuatro fármacos son inhibidores reversibles de la acetilcolinesterasa. La rivastigmina también inhibe de modo reversible la butirilcolinesterasa; la galantamina tiene efectos adicionales sobre la regulación de los receptores nicotínicos. Los efectos terapéuticos y colaterales de todos estos fármacos son muy similares. Aunque el sistema colinérgico parece estar implicado de modo integral en la codificación de la memoria, los efectos de los fármacos anticolinesterasas en la enfermedad de Alzheimer parecen ser más generales: Aumentan el funcionamiento ejecutivo, así como la memoria, y es probable que alteren de modo positivo las interacciones complejas entre los sistemas colinérgico, noradrenérgico y dopaminérgico (Robbins y Roberts, 2007). Esto está respaldado por un estudio de cohorte observacional que comparó 65 personas tratadas por la enfermedad de Alzheimer con inhibidores de la colinesterasa con un número igual de personas sin tratar y que reveló menos deterioro

en el transcurso de 1 años en el grupo tratado en el funcionamiento de las actividades cotidianas, cognición global y todas las subpuntuaciones de la Escala clínica de valoración de la demencia, DRC (Mattis, 2005), salvo la memoria

#### DONEPEZILO

Este inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa basado en piperidina, comercializado desde 1997, alcanza sus concentraciones plasmáticas máximas de 2 a 4 horas después de una dosis oral. Su biodisponibilidad es del 100%, y los alimentos no afectan su absorción. Más del 90% del fármaco está unido a proteínas. Las concentraciones plasmáticas aumentan linealmente a medida que aumenta la dosis. Con dosis de 5 mg/día, el donepezilo produce el 64% de la inhibición de la colinesterasa de los eritrocitos (Crismon, 1998). Se mostró una relación entre el efecto cognitivo del donepezilo y el grado de inhibición de la acetilcolinesterasa plasmática, si bien ésta alcanza una meseta con concentraciones plasmáticas mayores de 50 mg/dl (Rogers y Friedhoff, 1996). Sin embargo, estudios recientes sugirieron que la inhibición de las concentraciones de colinesterasa en el cerebro puede retrasarse y ser considerablemente menor que en los eritrocitos o en el plasma. En estudio inicial fundamental a doble ciego, controlado con placebo, de 24 semanas de duración, cerca del 80% de los pacientes que recibieron 5mg o 10mg de donepezilo no mostró empeoramiento cognitivo, al menos hasta un punto del seguimiento en la parte cognitiva de la Escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer (Rosen y cols, 1984) comparado con el 42% de los pacientes del grupo que recibió placebo (Rogers y cols, 1998). Sobre una valoración de la función global, alrededor del 25% de los pacientes del grupo tratado con donepezilo (5 o 10mg) mejoró respecto del 11% de los del grupo que recibió placebo. Por lo tanto, el efecto global del fármaco fue mantener a los pacientes en su nivel basal del funcionamiento sintomático durante alrededor de 24 semanas, mientras que los que recibieron placebo sufrieron deterioro respecto del nivel basal.

Un estudio grande aleatorizado, a doble ciego, controlado con placebo, de 48 semanas con donepezilo eliminó a los pacientes de la parte enmascarada del estudio si presentaban deterioro en sus actividades cotidianas. Al final del estudio, el 51% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer no había progresado en cuanto a sus actividades cotidianas frente al 36% del grupo que recibió placebo (Mohs y cols, 2001). El denominado Estudio nórdico también trató la enfermedad de Alzheimer leve a moderada durante un año con la dosis mejor de 5 o 10mg comparada con el placebo en un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego (Winbland y cols., 2006). En este estudio, el donepezilo mantuvo las puntuaciones del Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein y cols., 1975) cerca de los valores basales respecto del grupo que recibió placebo, que sufrió deterioro significativo. El estudio más largo controlado con placebo (Courtney y cols., 2004) tuvo una duración de 3 años. En este ensayo, las puntuaciones del MMSE fueron mejores por 0,8 puntos al final en el grupo tratado con donepezilo que en grupo que recibió placebo, pero no hubo diferencias en las puntuaciones de las escalas de discapacidad o de las tasas de institucionalización.

En un informe de donepezilo administrado en forma prolongada durante 144 semanas se encontró que, en promedio, las puntuaciones cognitivas de los individuos que habían recibido 10mg/día permanecieron por encima de las basales durante 51 semanas (Doody y cols., 2001). Sin embargo, ya que sólo incluyó a los que se habían beneficiado por la medicación.

Aparecieron varios informes que indican que el donepezilo tiene valor en la etapa tardía de la enfermedad de Alzheimer (Feldman y cols., 2005). Un estudio de 24 semanas de individuos en vivienda asistida o residencias de ancianos comparó el donepezilo en dosis de 10mg/día frente a placebo (Winbland y cols., 2006a). De los individuos cuyas puntuaciones del MMSE variaron de 1 a 10 en el momento basal, 128 se aleatorizaron a donepezilo y 120 a placebo. De los que completaron el estudio, 95 correspondían al grupo que recibió donepezilo, y 99, al que recibió placebo. A las 24 semanas, los pacientes que recibieron el fármaco activo mejoraron más, según una prueba de la función cognitiva, y se deterioraron menos en la valoración de las actividades cotidianas que los que recibieron placebo. Las

diferencias fueron pequeñas, pero significativas. Un segundo estudio de 24 semanas incluyó a individuos con puntuaciones del MMSE que variaron de 1 a 12. De éstos, 176 fueron asignados aleatoriamente a 10mg/día de donepezilo y 167 a placebo (Black y cols., 2007). Aunque en esencia no hubo mejoría en el desempeño de las actividades cotidianas, hubo diferencias pequeñas, pero significativas, en las valoraciones cognitivas y globales a favor de donepezilo.

Los efectos colaterales comunes referidos por los pacientes fueron náuseas, vómitos, diarrea, calambres musculares (causados por los efectos nicotínicos), estimulación leve y sueños vividos a la noche, que, a veces, son aterradores. Otros posibles efectos colaterales menos habituales del donepezilo son efectos colinómiméticos muscarínicos, como urgencias o incontinencia urinaria, sudoración, rinorrea y síncope. Los efectos colaterales gastrointestinales más comunes suelen ser transitorios y responden a la privación por corto tiempo del fármaco o a la disminución de la dosis. Aunque hay una eficacia levemente mayor con dosis de 10mg/día, los efectos colaterales en esta dosis son significativamente mayores. Después de 4 a 6 semanas, se recomiendan el ajuste de la dosis de 5 a 10mg; los incrementos más tempranos de la dosis se asocian con efectos colaterales más frecuentes. El donepezilo tiene baja afinidad *in vitro* por CYP2D6 y 3A4, lo que determina que sean improbables las interacciones entre fármacos.

#### RIVASTIGMINA

Este fármaco, un carbamato, inhibe de manera reversible tanto la acetilcolinesterasa como la butirilcolinesterasa. Se absorbe con rapidez cuando se administra por vía oral y, la biodisponibilidad es de 0,36, pero sólo el 40% está unido a proteínas. La semivida de eliminación es de alrededor de 2 horas. Se une de manera covalente a las colinesterasas, y al separarse de estos enlaces, se convierte en la rivastigmina activa a un metabolito inactivo en el sitio de acción. Este compuesto relacionado no es metabolizado por el hígado (Jann, 2000). Los efectos de la rivastigmina dependen de la dosis. En un estudio del fármaco a doble ciego, controlado con placebo, en pacientes con enfermedad de Alzheimer, se compararon dosis de 1-4 mg/día y de 6-12 mg/día con placebo en un ensayo clínico de 699 pacientes durante 26 semanas (Corey-Bloom y cols., 1998). Las dosis se ajustaron con ascensos semanales hasta alcanzar máxima tolerable. En los grupos que recibieron placebo y dosis bajas, la tasa de abandono fue del 15%, mientras que en el grupo tratado con dosis alta, la tasa de abandono fue del 35%. Solo el 55% de las personas en el grupo de dosis alta alcanzó la dosis máxima de rivastigmina de 12 mg/día. A las 26 semanas, el grupo que recibió dosis alta de rivastigmina difirió del grupo que recibió placebo en cerca de 5 puntos en la escala ADAS-Cog y permaneció 1 punto por encima el valor basal. A las 26 semanas, el grupo de dosis alta de rivastigmina mejoró 0,3 puntos por encima del valor basal en el MMSE, mientras que el grupo tratado con placebo en 0,79 puntos. Una escala ADL reveló que el 25% de los pacientes tratados con dosis alta de rivastigmina tuvo mejoría clínicamente importante cuando se compara en el 15% de las personas del grupo que recibió placebo. No hubo diferencia en el resultado entre los grupos que recibieron dosis baja de rivastigmina o placebo. Rösler y cols. (1999) llevaron a cabo, un gran estudio paralelo, a doble ciego, controlado con placebo, que reveló una tasa de abandono similar para la rivastigmina a dosis alta. Al utilizar un análisis por intención de tratar, la proporción de individuos tratados con dosis alta de rivastigmina que alcanzaron una mejoría significativa (4 puntos al final del estudio en la ADAS-Cog frente a la basal) fue mayor que en el grupo que recibió placebo (24% frente a 16%). Entre los que completaron las 26 semanas de estudio, la proporción fue del 29% frente al 19%. La incidencia de los efectos colaterales relacionados con el tratamiento aumentó con la dosis de rivastigmina y disminuyó con la reducción de la dosis de rivastigmina y disminuyó con la reducción de la dosis en ambos estudios. Los efectos colaterales más comunes fueron del tipo colinérgico, con náuseas, vómitos, diarrea y anorexia. Las náuseas y los vómitos fueron más frecuentes en la fase de ajuste de la dosis.

En un inicio, la rivastigmina se presentaba en cápsulas de 1,5, 2, 4,5 y 6mg. El fármaco se administraba dos veces por día con los alimentos. La recomendación inicial del fabricante era el ajuste de

la dosis del fármaco en un intervalo mínimo de 2 semanas para cada ascenso de la dosis hasta 6mg dos veces al día. Sin embargo, la experiencia clínica indica que se encontraron menos efectos colaterales con ajustes de la dosis a intervalos de 4 semanas y, en la actualidad, se sugiere que la medicación se tome después de una comida completa. Incluso con estas modificaciones, las náuseas, los vómitos y la diarrea tienden a limitar la dosis, ya que la mayoría de los pacientes no pueden alcanzar la dosis de 12 mg/día. Por esta razón, se ha desarrollado un parche transdérmico que en un estudio a doble ciego, controlado con placebo, con doble simulación, en más de 1000 pacientes con enfermedad de Alzheimer leve a moderada, también se comparó contra cápsulas de rivastigmina; se encontró que el 80% de los individuos toleró la dosis intermedia, 9,5mg/parche de 24horas, que es bioequivalente a las cápsulas de 6mg dos veces al día.

Este grupo de dosis en parche presentó dos tercios menos de efectos colaterales colinérgicos gastrointestinales que el grupo que recibió cápsulas del fármaco.

#### **GALANTAMINA**

La galantamina es un alcaloide derivado de los bulbos de campanilla de invierno, una variedad de narciso. La galantamina inhibe de manera reversible y competitiva a la acetilcolinesterasa (Bores y cols., 1996). También modula de forma alostérica la respuesta de los receptores nicotínicos para la acetilcolina. El incremento de la neurotransmisión colinérgica (Albuquerque y cols., 1997). En teoría, esto tiene importancia clínica probable para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, en la que hay significativa pérdida de los receptores nicotínicos corticales de acetilcolina (Court y cols., 2001). Sin embargo, no hay evidencia de que este mecanismo contribuya a las acciones terapéuticas observadas de la galantamina.

La galantamina se absorbe bien, y la biodisponibilidad es cercana al 90%. El fármaco es metabolizado por las isoenzimas P450 hepáticas y por glucuronidación, y también se excreta sin cambios por la orina.

Raskind y cols (2000) realizaron un ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo, de 6 meses de duración, en 636 individuos con enfermedad de Alzheimer leve a moderada. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir placebo o un aumento escalonado de la dosis de galantamina hasta 24 o 32 mg/día (los individuos que cumplían las condiciones exigidas para el estudio también ingresaron en un estudio abierto de 6 meses de la dosis de 24 mg/dl). Los pacientes que recibieron cualquiera de las dosis del fármaco tuvieron mejoría significativa en las puntuaciones ADAS-Cog en comparación con los que recibieron placebo (los pacientes tratados con 24mg/día obtuvieron en promedio 3,9 puntos más que los que recibieron placebo; los tratados con 32 mg/día obtuvieron 3,8 puntos más), y ambos grupos mostraron puntuaciones significativamente mejores que el grupo que recibió placebo en la CIBIC-Plus (Schneider y cols., 1997). A los 12 meses con la dosis de 24 mg/día, las puntuaciones ADAS-Cog y la función de la vida diaria no mostraron deterioro respecto a los valores basales.

Wilcock y cols (2001) publicaron un estudio a doble ciego, controlado con placebo, de 653 personas con enfermedad de Alzheimer leve a moderada cuya dosis diaria de galantamina se aumentó de forma escalonada en 3-4 semanas a 24 o 32 mg/Dl. La tasa de abandonos por acontecimientos adversos fue del 13,5% para el grupo que recibió placebo, el 20% para el que recibió 24mg y del 22% para el que recibió 32 mg. Las puntuaciones ADAS-Cog difirieron de manera significativa del placebo a los 6 meses (2,9 puntos de diferencia para 24m; 3,1 puntos para 32 mg) sobre la base de un análisis por intención de tratar. El genotipo apolipoproteína E no tuvo efecto sobre el resultado. El ajuste de la dosis a intervalos mensuales en un tercer estudio (Tariot y cols., 2000) redujo la tasa de abandono por acontecimientos adversos en el 7% para 16 mg/día y el 10% para 32 mg/día. En este estudio, hubo diferencias significativas en las puntuaciones del CIBIC-Plus, en el ADL y en los síntomas conductuales, que se evalúan con el inventario neuropsiquiátrico (Cummings y cols., 1994). Los acontecimientos adversos en todos los estudios fueron sobre todo síntomas gastrointestinales. Sobre la base de estos estudios, el fabricante recomendó el ajuste de la dosis a 16 o 24mg/día a intervalos de 1 mes. La

presentación es en forma de cápsulas de 4, 8 y 12mg que se administraron dos veces por día. Un estudio reciente investigó el empleo de cápsulas de 8, 16 y 24mg de liberación extendida, administradas una vez por día a la mañana. El área eficaz debajo de la curva fue similar en la dosis de dos veces por día con semivida extendida de 4,4 horas (Zhao y cols, 2005). Este estudio reveló efectos adversos y eficacia comparable a la forma de liberación inmediata de la medicación. En la actualidad, se dispone de una forma de liberación extendida que permite administrar dosis de 8, 12 y 24 mg por día, en general tomada a la mañana. El fabricante sugiere que las cápsulas de liberación extendida sean administradas con alimentos.

## **ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO**

### **MEMANTINA**

Este antagonista del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA) bloquea las acciones del glutamato en este sitio, lo que mejora la transmisión sináptica, evita la liberación de calcio o ambas, que puede proporcionar neuroprotección. Se ha utilizado en Alemania desde la década de 1980 como tratamiento para el síndrome cerebral orgánico. La memantina se absorbe bien y tiene una semivida de 70 horas o más, pero aún se administra dos veces por día porque ese fue el esquema de dosis utilizado antes en los estudios que establecieron su eficacia a fines de la década de 1990.

Un estudio europeo multicéntrico de 12 semanas realizado con pacientes institucionalizados en residencias de ancianos con demencia de Alzheimer o demencia vascular, en estadio moderado a grave, tratados con memantina en dosis de 10 mg/día comparada con placebo, demostró retraso en el deterioro de los síntomas cognitivos y funcionales. Los pacientes con memantina también mostraron una dependencia significativamente menor respecto del personal de enfermería. En un estudio grande estadounidense, a doble ciego, de 12 semanas de duración, en pacientes con estadio moderado a grave de enfermedad de Alzheimer, se observaron beneficios similares en cuanto al retraso de la pérdida cognitiva y al deterioro en el funcionamiento en las actividades cotidianas. Los pacientes tratados con memantina también precisaron una disminución significativa en el tiempo dispensado por sus cuidadores. En la práctica clínica, la memantina es útil para los pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios moderado y grave, con dosis que comienza con 5 mg/dl, con ajustes escalonados de la dosis de 5mg/día cada semana hasta una dosis final de 10mg dos veces por día. Durante la fase de ajuste de la dosis, puede haber confusión o sedación transitorias, pero la memantina suele tener menos efectos adversos que los inhibidores de la colinesterasa en la práctica clínica.

Además de disponer de estos dos grupos de fármacos existen en desarrollo otro tipo estrategias terapéuticas basadas en la hipótesis amiloide. Las moléculas ensayadas hasta el momento no han dado todavía éxito y los ensayos en marcha tardarán años en ser concluyentes tanto para tener noticias positivas como no.

Las terapias no farmacológicas están dirigidas al paciente y al cuidador. Se basan en teorías de neuroplasticidad, reserva y exceso de discapacidad. Su eficacia tiene cierta evidencia y son comunes en la atención diaria al paciente con enfermedad de Alzheimer. Además del paciente, estas terapias dedican un atención especial al cuidador que juega un papel muy importante en el cuidado de estos enfermos. Sobre todo están enfocadas en reducir la sobrecarga del cuidados, reducir sus posibles síntomas depresivos y conseguir el bienestar y habilidades que necesitan con paciente.

## **Referencias**

Albuquerque, E.X., Alkondon, M., Pereira, E.F. et al. (1997). Properties of neuronal nicotinic acetylcholine receptors: pharmacological characterization and modulation for synaptic function. *J Pharmacol Exp Ther* 280, 1117-1136.

Black, Se., Doody, R.S. y Lu, H. (2007) Donepezil preserves function and global function in patients with severe Alzheimer disease. *Neurology*, 69, 459-469.



- Bores, G.M., Huger, F.P., Petko, W. et al. (1996). Pharmacological evaluation of novel Alzheimer's disease therapeutics: acetylcholinesterase inhibitors related to galantamine. *J Pharmacol Exp Ther* 277, 728-738.
- Corey-Bloom, J., Anand, R. y Veach, J.A. (1998). Randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigine tartrate) a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychopharmacol*, 1, 55-65, 1998.
- Court, J., Martin-Ruiz, C., Piggott, M. et al. (2001). Nicotinic receptor abnormalities in Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry*, 49, 175-184.
- Courtney, C., Farrell, D., Gray, R. et al. (2004). Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD 2000): randomised double-blind trial. *Lancet*, 363, 2105-2115.
- Crison, M.L. (1998). Pharmacokinetics and drug interactions of cholinesterase inhibitors administered in Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy* 18(2), 47S-54S.
- Davies, P. y Maloney, A.J.F. (1976). Selective loss of central cholinergic neurons in Alzheimer's disease (letter). *Lancet*, 2, 1403.
- Davis, K.L., Mohs, R.C., Marin, D. et al. (1999). Cholinergic markers in elderly patients with early signs of Alzheimer disease. *JAMA* 281, 1401-1406.
- Davis, K.Ñ., Hollander, E., Davidson, M. et al. (1987). Introduction of depression with oxotremorine in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 144, 468-474.
- Doody, R.S., Geldmacher, D.S., Gordon, B. et al. (2001). Open-label multicenter, phase 3 extension study of the safety and efficacy of donepezil in patients with Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 58, 427-433.
- Drachman, D.A. y Leavitt, J. (1974). Human memory and the cholinergic system. *Arch Neurol* 30, 113-121.
- Feldman, H., Gauthier, S., Hecker, J. et al. (2005). Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, 559-569.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y Mhugh, P.R. (1975). "Mini- Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Granacher, R.P. y Baldessarini, R.J. (1976). The usefulness of physostigmine in neurology and psychiatry, in *Clinical Neuropharmacology*, Vol I. Editec by Klawans HL. New York, Raven, 63-79.
- Jann, M.W. (2000). Rivastigmine: a new-generation cholinesterase inhibitor for the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy*, 20, 1-12.
- Mattis, S. (2005). Dementia Rating Scale. Lus, FL, Psychological Assessment Resources.
- Mohs, R.C., Doody, R.S., Morris, J.C. et al. (2001). A 1-year, placebo-controlled preservation of function survival study of donepezil in AD patients. *Neurology*, 57, 481-488.
- Raskind, M.A., Peskind, E.R., Ewssel, T. Et. al. (2000). Galantamine in AD: a 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology*, 54, 2261-2268.
- Robbins, T.W. y Roberts, A.C. (2007). Differential regulation of fronto-executive function by the monoamines and acetylcholine. *Cereb Cortex*, 17(1), 151-160.
- Rogers, S.K., Farlow, M.R., Doody, R.S. et al. (1998). A 24 week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*, 50, 136-145.
- Rosen, W.G., Mohs, R.C. y Davis, K.L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry*, 141, 1356-1364.
- Rösler, M., Anad, R., Cicin-Sain, A. et al. (1999). Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. *BMJ*, 318, 633-640.
- Winbland, B., Kilander, L., Ericksson, S. et al. (2006a). Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: double-blind, parallel-group, placebo-controlled study. *Lancet*, 367, 1057-1065.
- Winbland, B., Wimo, A., Engedal, K. et al. (2006b). 3 year study of donepezil therapy in Alzheimer's disease: effects of early and continuous therapy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21, 353-363.
- Zhao, Q., Janssens, L., Verhaeghe, T. et al. (2005). Pharmacokinetics of extended-release and immediate release formulations of galantamine at steady state in healthy volunteers. *Curr Med Res Opin*, 21, 1547-1554.

## CAPÍTULO 71

### Conviviendo con un anciano con demencia

Ángeles Bonilla Maturana, Montserrat Gabín Benete, Guillermina  
Acién Valdivia, y Cándida Martínez Ferrón

La evolución de la sociedad acompañada del progreso en los medios socio-sanitarios conduce a un aumento de la esperanza de vida. Por lo que aumenta la incidencia de ancianos con Demencia. (Ruiz, 2007; Solans, 2014).

Se caracteriza por el avance progresivo, logrando un deterioro en la capacidad cognitiva y funcional del anciano. Nos encontramos ante un individuo dependiente.

El cuidado del anciano con Demencia agota, por lo que las personas que se encargan del cuidado se ven expuestas a sufrir determinados problemas de salud.

Normalmente el cuidado del anciano es asumido por una persona, suele ser mujer (hija o esposa), pues en un alto porcentaje son las que física y emocionalmente están más cerca del anciano.

Además suelen convivir con el anciano en el mismo espacio.

Conocer las necesidades percibidas por las familias cuidadoras de ancianos afectados por demencia para orientar las intervenciones hacia este colectivo es una preocupación fundamental de la atención socio-sanitaria (Etters, Goodall y Harrison, 2008; Hirakawa, Kuzuya, Enoki y Vemura, 2011).

Pues la vida del cuidador se ve determinada por la obligación de desempeñar múltiples actividades y cuidados en las distintas áreas (higiene, nutrición...) Son responsables de ofrecer al anciano un ambiente seguro y de mantener un adecuado nivel funcional. Además están en continuo contacto con profesionales sanitarios con el fin de cumplir con el tratamiento terapéutico. Percibiendo en todo momento los cambios que pudieran surgir para actuar en consecuencia.

#### Objetivo

Se basaría en mantener unas líneas estratégicas de intervención y ayuda en función de las necesidades del cuidador, siendo necesario determinar el grado de afectación que sufre el cuidador en el largo y duro proceso del cuidado.

Todo cuidador tiene un motivo por el cual decide asumir los cuidados del anciano con demencia, eso es determinante para tener una actitud positiva o negativa que sería decisiva a la hora de que el cuidador tenga una mayor o menor predisposición a padecer los trastornos derivados.

A veces el motivo viene impuesto, pero en la gran mayoría de ocasiones la motivación puede ser altruista, es decir, por cariño al ser querido. Su intención es mantener su bienestar.

En estos casos antes de aparecer la enfermedad en el anciano, los cuidadores mantenían una relación cercana e íntima con el anciano, lo conocían mejor y mantenían una relación basada en el afecto.

Piensan que en algún momento de su vida el anciano habría realizado la misma labor por ellos.

Se sienten satisfechos internamente porque consideran que el anciano se lo agradece.

Aunque también existen casos en los que la motivación al cuidado deriva de un sentimiento de culpa porque en el pasado el cuidador no se portó como creía conveniente que debía hacerlo, para evitar censura de la sociedad o la comunidad que le rodea o por obligación pues su manera de pensar le impide hacerlo.

Los cuidadores que han mantenido una mala relación o aquellos cuya relación no era tan cercana antes de la situación de dependencia muestran este tipo de motivaciones.

El proceso del cuidado implica asumir la evolución de la enfermedad que no es más que un deterioro progresivo que avanza en función de características individuales del anciano.

### **Metodología**

Para la realización del presente trabajo de reflexión teórica se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos en varias bases de datos: Pubmed-medline, dialnet. Los descriptores utilizados han sido: “Sobrecarga del cuidador”, “Demencia”. Estos mismos términos fueron incluidos en inglés para la búsqueda en las bases de datos internacionales.

El tipo de fuentes utilizadas fueron: Revistas científicas, revisiones bibliográficas, limitando las búsquedas a los artículos en español y en inglés.

Se han obtenido 131 resultados en la búsqueda con un filtro de 10 años, al introducir un nuevo filtro de 5 años se obtuvo un total de 69 resultados.

Una parte importante de las revisiones bibliográficas se ha realizado mediante la consulta exhaustiva de libros relacionados con el tema en formato papel.

### **Resultados**

Las actuaciones que deben llevar a cabo los cuidadores en el proceso de la Demencia cambian en función del momento que atraviesa la enfermedad, pues cabe destacar que desde la perspectiva de los cuidadores la enfermedad atraviesa varias etapas y la salud del cuidador también se verá afectada conforme progresa la enfermedad. (Álvarez, Fernández y Font, 1999)

#### *Fase primaria o leve*

Es el momento en el que se comienza a asumir la enfermedad, se encuentran perdidos, no se creen lo que está ocurriendo. Sienten miedo cada vez que afrontan una situación nueva con el anciano. Los sentimientos de sufrimiento se van acrecentando con los cambios en la personalidad del anciano.

En este momento deben iniciar el tratamiento cuanto antes, pero aun así siguen buscando opiniones en otros profesionales (psicólogos, médicos de familia, neurólogos...)

#### *Fase secundaria o moderada*

El cuidador va asumiendo la enfermedad y se pone en marcha para adaptarse a ella con el fin de ayudar al anciano.

Comienza la planificación de las tareas para satisfacer las necesidades de la vida diaria, teniendo en cuenta la protección que requiere este tipo de enfermos.

Es el peor momento para los cuidadores, pues el empeoramiento del familiar es cada vez mayor y aparecen las alteraciones en el comportamiento que es lo que merma la salud de los cuidadores.

Es el momento en el que deben ser conscientes de sus propias necesidades y de tener la capacidad de buscar ayuda en recursos socio-sanitarios disponibles.

#### *Fase terciaria o grave*

El cuidador se encuentra en una situación de gran desgaste físico y psíquico.

Deben asumir en la mayoría de los casos que el deterioro del anciano es evidente, irreversible y difícil de frenar, por tanto, su labor es básicamente mantener una adecuada calidad de vida, llevando a cabo las actividades de la vida diaria vigilando las posibles complicaciones que pudieran surgir. (Riesgo de úlceras por presión, atragantamientos, caídas, infecciones...)

#### *Síndrome del cuidador*

El síndrome del cuidador aparece cuando este llega al agotamiento o desgaste físico y emocional ante las exigencias demasiado intensas de la persona necesitada de cuidados. Consiste en el deterioro tanto físico como emocional que experimenta la persona que cuida y convive con el anciano con demencia. (Álvarez y Fernández, 1991).

Se considera producido por el estrés continuado en una batalla diaria contra la enfermedad con tareas repetitivas y monótonas.

Sienten una pérdida de control sobre el resultado de esta labor y también de las reservas psíquicas y físicas. (Goode y Cols., 1998).

Desarrollan sentimientos negativos y actitudes hacia el anciano con demencia con depresión, angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, despersonalización, irritabilidad, agobio continuo con sentimientos de estar desbordados. (Rodríguez de Álamo, 2002).

Los sentimientos de culpa estarán siempre presentes.

El cuidador más vulnerable para desarrollar el síndrome es aquel que dedica todo su tiempo al cuidado, dejan de trabajar, cuidan en solitario y sus estrategias son pasivas e inadecuadas para resolver problemas.

Suelen ser personas con mala salud física previa, trastornos de personalidad o depresiones, escaso apoyo familiar y social, ser mayor o anciano, sin pareja o cónyuge, ausencia de apoyos socio-sanitarios, desconocimiento de la enfermedad y de su manejo.

La sobrecarga suele relacionarse con la edad, género teniendo en cuenta la capacidad o estilo de afrontamiento (Montoro, 1999).

La percepción de la sobrecarga viene determinada por la capacidad del cuidador para afrontar los problemas derivados, además del respaldo social y la percepción subjetiva de autoeficacia. El grado de dependencia del paciente será determinante. (Turro-Garriga et al., 2008).

Las señales de alerta se manifiestan tras la aparición de las siguientes alteraciones:

#### Alteraciones psicológicas

La presión que experimenta el cuidador diariamente que junto a los sentimientos de culpa tras no aceptar el deterioro progresivo de su familiar aun llevando a cabo todos los cuidados necesarios e intentando una mejora con respecto al mantenimiento de una estabilidad aconsejada por los profesionales sanitarios, conducen al cuidador a sentirse desbordado, triste irritable. Todo ello aumenta el riesgo de desencadenarse un trastorno ansioso depresivo.

Conforme avanza la enfermedad es importante que el cuidador asuma los cambios que va sufriendo el anciano. Deberá aprender técnicas y estrategias para que el cuidado sea satisfactorio y prevenir lesiones.

Es importante que tome conciencia de la importancia de su propio cuidado y de solicitar ayuda cuando sea necesario.

Las alteraciones psíquicas surgirán más rápidamente y con mayor gravedad cuando se enfrentan a un anciano con alteraciones en el comportamiento. (Agresividad, lenguaje soez, problemas en el sueño...)

Existen casos en los que no se detecta a tiempo el problema y cuando aparece es demasiado tarde, sobretodo en cuidadores que no reciben visitas o que no quieren que ningún otro familiar les ayude para evitar sobrecargarlo.

#### Alteraciones físicas

Mantener un nivel de estrés elevado junto con una mayor vulnerabilidad biológica que se potencia con el aumento progresivo de la carga física a la que se ve sometido el cuidador en el largo proceso de la enfermedad, incide en la elevación del riesgo de padecer problemas físicos e incluso la mortalidad en algunos casos. (Álvarez y Morales, 2007).

Cabe destacar como problemas de salud física:

- Problemas cardiovasculares.
- Alergias.
- Obesidad.
- Descompensación de Diabetes.
- Trastornos digestivos.
- Alteraciones tiroideas.

- Trastornos osteomusculares (contracturas, tendinitis, dolor, hernias discales...)
- Afonías.
- Problemas de piel: Eccemas, urticarias, psoriasis...
- Hipertensión arterial.
- Alteraciones nutricionales: hábitos desorganizados, comer cualquier cosa y a deshoras.
- Abuso de determinadas sustancias: psicofármacos, tabaco, alcohol.
- Insomnio.
- Envejecimiento prematuro.
- Alteraciones inmunológicas: Se eleva el riesgo de sufrir infecciones.

#### Alteración social

A medida que progresa la enfermedad, el anciano va necesitando mayor dedicación en sus cuidados, hasta llegar a estar dedicados a ellos las 24 horas del día. Esto conlleva a una desorganización y desbordamiento a la hora de realizar el resto de tareas.

El cuidador no va a encontrar tiempo para dedicarse a sí mismo por lo que esta situación conllevará a un aislamiento llegando a abandonar aficiones, vida social y pérdida de amistades.

Lo único que les importa es satisfacer las necesidades de su familiar y esa es la única recompensa que creen recibir.

Ni tan siquiera se plantean delegar cuidados en otras personas, piensan que nadie puede desempeñar las tareas con la misma precisión y responsabilidad.

De hecho en la mayoría de las ocasiones se ve afectado el ámbito laboral, pues es imposible compatibilizar ambas actividades.

De tal forma el cansancio, malestar físico y riesgos derivados van apareciendo y el sentimiento de frustración del cuidador comienza a resurgir.

Poco a poco se van dando cuenta de la soledad ante los cuidados del anciano y del abandono por parte de familiares a la hora de asumir responsabilidad. Llega un momento en el que es tarde dar marcha atrás, que todas las personas implicadas no solo han olvidado que tienen parte de responsabilidad, sino que no son conscientes de los problemas que padece el cuidador.

Tras el intento de pedir ayuda surgen los conflictos familiares que agravan el empeoramiento de la salud del cuidador.

Además del daño causado, en la mayoría de las ocasiones se enfrentan a una mayor soledad desde ese momento tras romperse el equilibrio familiar.

A todo esto hay que sumar los problemas económicos derivados del encarecimiento de los tratamientos del anciano, con grandes dificultades para asumirlos debido a la pérdida de su actividad laboral remunerada.

Lo mejor es encontrar un método adecuado para resolver los problemas.

Una buena comunicación ayuda a solucionar los conflictos, pero es importante antes de empezar el dialogo que todos estén tranquilos para mejorar así la capacidad de escucha y entendimiento.

Es importante elegir el momento adecuado y expresar libremente los sentimientos sin herirse mutuamente, escuchar de forma activa, no juzgar ni interrumpir.

No buscar culpables y asumir responsabilidades del origen del problema.

#### Intervenciones de ayuda al cuidador del anciano con demencia

Es determinante para el cuidador que se planifiquen cuidados con el fin de que se aumente la comprensión y conocimiento de los problemas derivados del cuidado al anciano con demencia. (Guía de práctica clínica en el SNS, 2010).

La guía de la práctica clínica del sistema nacional de salud determina la importancia de que se preste atención a los cuidadores al comienzo del proceso de la enfermedad, aumentar la comprensión y el conocimiento de los problemas derivados es el objetivo prioritario.

Las intervenciones de abordaje múltiple van encaminadas en la mejora en los resultados, tales como apoyo, educativas, habilidades de afrontamiento y el retraso de la institucionalización de los pacientes que supone un beneficio económico. (Etters, Goodall y Harrison, 2008).

Las intervenciones existentes se pueden clasificar en:

1. Programas educativos: Proporcionan información sobre la enfermedad del anciano, el manejo de los problemas asociados y las consecuencias derivadas de la enfermedad. Además se informa de las dificultades que comparten todos los cuidadores (incontinencia, caídas, problemas de movilización, inmovilidad y consecuencias...)

2. Servicios de apoyo formal: Se clasifican en:

Servicio de atención domiciliaria: Consiste en la existencia de un profesional que acude a casa del anciano para cuidarlo, llevar a cabo actividades de la vida diaria (aseo, baño, alimentación) o alguna tarea doméstica.

Permanece en el domicilio del anciano varias horas diarias.

.Centros de día: Son centros de asistencia que prestan servicios durante el día disponibles en días laborales, ofrecen atención especializada de enfermería, rehabilitación, vigilancia sanitaria, estimulación cognitiva etc...

Estancias temporales en residencias: Se lleva a cabo la institucionalización cuando el anciano no puede ser atendido por su cuidador habitual. En algunos casos se lleva a cabo para que el cuidador descanse, en casos de accidente, enfermedad o cuando los cuidados que precisa no pueden ser llevados a cabo en su domicilio por su cuidador.

3. Intervenciones psicoterapéuticas: Su finalidad es conseguir una óptima adaptación del cuidador a la situación. Se crea una relación terapéutica con un profesional de salud mental.

Se organizarán sesiones de ayuda en función de las necesidades del cuidador.

4. Grupo de ayuda mutua: Consiste en crear grupos homogéneos con la idea de compartir problemas, opiniones y sugerencias cuya finalidad es conseguir apoyo, protección, acompañamiento y consejo.

De esta forma se ayudaran entre sí, por lo que los resultados serán mayores y el grado de satisfacción muy óptimo

### **Conclusiones**

Ni la evolución de la sociedad con la mejora y mayor disponibilidad de recursos, ni el conocimiento hallado tras la experiencia compartida entre los individuos que se han visto sometidos al cuidado de ancianos con demencia, puede ayudar a mejorar la percepción, vivencia y riesgos derivados del cuidado.

La sociedad no debe olvidar que existe un grupo de población que sufre este tipo de enfermedad "demencia".

El hecho de que sean ancianos no implica que debamos verlo con naturalidad. Sobretodo que necesariamente a lo largo del duro proceso de ésta enfermedad siempre se verán acompañados por una persona que lo cuida, soporta y sufre por la difícil e irremediable situación.

Aunque cada situación familiar es diferente, existen características que se repiten en cada experiencia individual:

El cuidador sigue siendo en la gran mayoría de los casos una mujer, hija, esposa o nuera.

Los cuidados son llevados a cabo en el domicilio del anciano.

El proceso del cuidado va pasando necesariamente por diferentes etapas y todo es una lucha constante de intento de ayuda y resignación ante el deterioro progresivo del anciano.

Los profesionales sanitarios de atención primaria tenemos una posición privilegiada para conocer a los cuidadores, acometiendo actuaciones de apoyo y ayuda en el ámbito domiciliario.

Es imposible detallar todo el proceso anterior mencionado sin tener la posibilidad de sentarse para hablar con un cuidador, mostrando en todo momento una posición de escucha activa con el respeto y comprensión que merecen cuando expresan sus sentimientos.

Tras la visita de un profesional sanitario (Enfermería), siempre manifiestan las preocupaciones y necesidades de salud del anciano. Se sorprenden cuando mostramos interés por la percepción de su estado de salud.

Es el momento en el que se sienten sorprendentemente valorados y emanan sentimientos de miedo, responsabilidad, dolor, constancia, esfuerzo, lucha.

Pero sobretodo es llamativo la coincidencia en todos los casos del abandono que libremente experimentan ellos mismos. Al no estar acostumbrados a que les pregunten por su situación contestan exclamando “¡YO!”.

Manifiestan inseguridades y desconocimiento hacia donde se dirige su vida y cuándo acabará esta situación, no quieren ver el fin porque ello supone la pérdida de su familiar, aunque lógicamente sería una gran liberación para ellos.

Lo único que les preocupa siendo indiferente el motivo por el cual asumen los cuidados es el bienestar del anciano.

No manifiestan sus patologías o dolencias hasta que se les pregunta por ellas.

La mayor preocupación en la actualidad compartida por múltiples cuidadores, es la posibilidad de que “La Ley de Dependencia” sufra alguna reforma que se vean mermados los derechos que actualmente reconoce para los cuidadores. Pues es la única que propone ayuda económica y asistencia domiciliaria a los ancianos y descarga físicamente a los cuidadores en las tareas para cubrir las necesidades básicas de éste (higiene, alimentación, movilización, etc.). En los casos que deben abandonar su actividad laboral es un apoyo económico.

El resto de ayudas supone un refuerzo muy positivo. Al principio del proceso se establecen grupos de ayuda (talleres) y otros donde se reúnen cuidadores con la finalidad de compartir vivencias: “Refuerzo positivo”. Pero el tiempo va pasando y el anciano va exigiendo mayor dedicación, por lo que los cuidadores dejan de asistir aun reconociendo que les ha sido de gran ayuda y evasión de la rutina diaria.

## Referencias

Álvarez, M. y Morales, J. M. (2007). *Guía para cuidadoras de personas dependientes*. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (Eds). Málaga.

Álvarez, M., Fernández, J.A. y Font, M.C. (1999). *Demencias*. Barcelona, España: Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria.

Crespo, M., López, J. y Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented olders persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591-592.

Etters, L., Goodall, D. y Harrison, S.E.R. (2008). Sobrecarga del cuidador de pacientes de Demencia: Una revisión de la literatura. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 20(8): 423-428, doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.

García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., Maroto-Navarro, G. (2004a). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, (supl. 2), 83-92.

Guía de práctica clínica en el SNS (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*, 52(2), 5-202.

López, J. y Crespo, M. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar. Como mantener su bienestar*. Madrid IMSERSO.

Montoro, J. (1999). *Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores*, 23, 7-29.

Pearlin, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregivers stress. In E. Light, Niederehe G. y B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Research and interventions (pp. 3-21). Nueva York: Springer publishing Company.

Pinquart, M. y Sorensen, S. (2003). *Associations of stressors and uplifts of caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2), 112-128.

Ruiz, T. (2007). *Enfermería Geriátrica*. Almería: Universidad de Almería.

Schulz, R. y Sherman, P.R. (2008). Efectos en la salud física y mental de cuidado familiar. *American journal of nursing*; 108(Supl. 9), 23-27.

Soláns, M. (2014). "Navegando en la oscuridad": Iris Murdoch y la enfermedad de Alzheimer. *Uned. Revista signa* 23, 1, 203-230.

Turro-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-olmo, J., López-Ponsa, S., Vilalta-Franch, J. y Monserrat-Vila, S. (2008). Factorial distribution of the burden on caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Revista de neurología*, 46(10), 582-588.





## CAPÍTULO 72

### Trabajo terapéutico asistido con perros en personas afectadas con enfermedad de Alzheimer

Arantzazu Sánchez Fernández, Julia María Liria Fernández, y Pedro Javier Guijarro García  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

Las Terapias Asistidas con Animales están aumentando en los últimos años como actividad terapéutica alternativa en centros socio-sanitarios.

Las Terapias Asistidas con Animales, define la intervención como una terapia en la que el animal, cumpliendo una serie de requisitos o criterios, forman parte del tratamiento terapéutico dirigido y evaluado por un profesional, el cual marca los objetivos de dicho tratamiento (Tucker, 2004).

Este tipo de terapia incorpora las cualidades de un animal en un entorno terapéutico, ayudando a la recuperación o mejoría de la persona que busca ayuda terapéutica, tanto física como mental y/o emocional, supervisado por un terapeuta (Chandler, 2005). Proporcionando interacciones positivas entre la persona y el animal. Fomentando una mejoría en el estado físico, social, emocional y/o cognitivo del individuo. El proceso puede llevarse a cabo de manera individual o de forma grupal.

En la Terapia Asistida con Animales, los animales que más se suelen utilizar son los delfines, caballos y perros. Y a su vez, también son múltiples los tipos de centros y las condiciones de los usuarios donde se pueden practicar estas terapias (Fine, 2003).

Antes de adentrarnos en el tema debemos de realizar una distinción, aclaración o contextualización sobre los términos más frecuentemente usados en la Terapia Asistida Con Animales (TACA), Actividades Asistidas con Animales (AAA) y Terapia de Mascotas. La Delta Society (1996) explicita que:

- La Terapia Asistida con Animales (TACA), es aquella intervención que persigue un objetivo, presenta un vínculo entre la persona y el animal como parte del proceso de un tratamiento. Se establecen unos objetivos terapéuticos, unas guías para las sesiones terapéuticas y una evaluación del proceso, que los animales y quienes se ocupan de ellos están entrenados para cumplir criterios específicos y trabajar con profesionales que ayudan. El profesional puede llevar a cabo la TACA personalmente, o bien formar a los voluntarios en técnicas determinadas, que posteriormente llevarán a cabo con personas concretas a las que se les haya prescrito dicha terapia y bajo supervisión se desarrollaran y se evaluaran.
- Las Actividades Asistidas con Animales (AAA), en esta actividad se incluyen los animales para facilitar la motivación, la educación y la recreación, alentando la interacción casual sin seguir un objetivo. Personas voluntarias pueden visitar un centro, con sus mascotas, para entablar una relación entre los animales y los enfermos, no hay un conjunto de objetivos y tampoco se requiere una planificación o una evaluación.
- La Terapia de mascotas (TDM), es una subcategoría de Actividad Asistida con Animales (AAA), ya que las visitas también están realizadas por voluntarios y no están marcadas con directrices.

La TACA/AAA, es un programa de visitas periódicas, en una institución, iniciando una nueva modalidad alternativa de tratamiento, al igual que la musicoterapia, arte-terapia, terapia con danza y terapia con poesía (Beck & Katcher, 1984).

En este trabajo nos centraremos en la Terapia Asistida con Perros, como medida terapéutica para personas que padecen enfermedad de Alzheimer, ya que como comprobaremos, presenta beneficios a los enfermos, a sus familiares y cuidadores e incluso los propios profesionales.

Al trabajar con pacientes enfermos de Alzheimer, se observa que la agresividad y los momentos de ansiedad, en estos enfermos, son menos frecuentes entre los individuos que tienen un trato regular con animales de compañía, que los que no tiene ningún trato con animales, tienen un efecto calmante que se puede apreciar en los individuos con Alzheimer (Fritz et al., 1995). Hay evidencia que la presencia de un perro puede aumentar el contacto social, ya sea de manera temporal o de manera continua, especialmente con personas institucionalizadas, donde hay un aumento de la socialización (Bastón et al., 1998). Es, quizás en las residencias de ancianos, donde más se ha extendido esta terapia, un animal les ofrece compañía, cariño e ilusión. El contacto entre el animal y el ser humano tiene interacciones a nivel social, médico y psicológico entre otros. (Fundación Purina, 1994; Fundación Purina, 1999; Cusack, 2008).

Por otro lado, la Enfermedad de Alzheimer la podemos definir como, una demencia degenerativa primaria de origen insidioso, con predominio cortical y cuyo inicio puede empezar a partir de los cincuenta años, es una enfermedad progresiva e irreversible, caracterizada por pérdida de diversas capacidades intelectuales y cognitivas, con un comportamiento alterado, con pérdida de los hábitos de cuidado personal, con un deterioro de la relación con las personas y con el entorno, sin olvidarnos de los diferentes trastornos neurológicos y físicos. (Sarasa, 2009).

Dentro de esta enfermedad, la terapia asistida con animales, intentan trabajar:

- El deterioro cognitivo.
- La desorientación.
- Las dificultades en acciones motoras.
- Alteraciones en el lenguaje.
- Los problemas de reconocimiento facial.
- Los cambios de personalidad (apatía, agitación y trastornos psiquiátricos: Depresión, desilusiones y/o alucinaciones).

Para la Enfermedad de Alzheimer es difícil encontrar un tratamiento curativo, pero con la dinamización de las terapias producen un enlentecimiento de la evolución de la enfermedad, frena el deterioro cognitivo y retarda la aparición de complicaciones, así como, controla los trastornos de conducta y aborda los problemas de salud que puedan presentarse. En este sentido, la Terapia Asistida con Perros, convierte a los perros en grandes terapeutas para el tratamiento en el Alzheimer. Las actividades terapéuticas que se realizan con los ancianos están relacionadas con el área cognitiva, con las actividades motrices, con una mejora en la comunicación y en las actividades de la vida diaria. Fomenta el contacto social y las relaciones sociales, ayuda a combatir la soledad y mejora la calidad de vida. El animal alegra el ambiente, aumenta la diversión, la risa y el juego. Se ha comprobado que en edades avanzadas, el trato con animales, es más beneficioso que en otras edades. (Burch, 2003; Davis, 2002; Tucker, 2004).

Sanders y Robins (1991) mantienen la teoría de que los perros exponen a sus dueños a encuentros con extraños, facilitando la relación entre personas desconocidas, y establecen confianza entre personas que acaban de conocerse.

Podemos resumir los beneficios de La Terapia Asistida con Perros (TACA) en (Barbero, 2011):

Movilidad, proporciona oportunidades para incrementar la movilidad de la persona, Estimulación cognitiva, la estimulación puede producirse como consecuencia de un aumento en las relaciones con otras personas, ayudando a recordar, planificando nuevos planes y aprendiendo nuevos conceptos. A los pacientes a menudo les gusta recordar sus experiencias y sus lugares especiales. El tacto, el contacto físico contribuye a satisfacer la necesidad humana de tocar, siendo una manera de expresión corporal y de relajación. Beneficios fisiológicos, existen muchos tipos de beneficios fisiológicos, entre los que podemos apreciar va desde la relajación al disfrute del medio que les rodea. La presencia de animales

puede inducir a una respuesta de relajación o a intentar disminuir el estrés. Satisfacción de las necesidades básicas, los seres humanos tenemos unas necesidades básicas comunes, de amor, respeto, sentimiento de sentirse hábil, de aceptación, de confianza y de ser y sentirse valorados. Existen oportunidades para satisfacer estas necesidades a través del cuidado de seres vivos, el cuidado a los demás, el uso de la responsabilidad del ser humano a cuidar al otro. Diagnóstico, la información compartida y expresada por el individuo acerca de sus experiencias con los animales o de su comportamiento con ellos, proporciona información a los terapeutas, para poder valorar su evolución en el diagnóstico de su enfermedad. La observación, cuando el individuo esta relacionándose con los animales, es una buena herramienta para su diagnóstico y tratamiento. Conocimiento de uno mismo, las actividades con animales ayuda al ser humano a que tenga un conocimiento de sí mismo y del mundo que le rodea. Autoestima, ayuda a que las personas se abran al exterior, que no se encierren e sí mismos y que salgan del mundo en el que están metidos. Seguridad, el tener a un ser vivo cerca, da cierta seguridad, no está solo, aumenta tu autoestima, abre una vía de comunicación segura y no amenazadora entre el individuo y otros individuos y/o el terapeuta. La presencia del animal reduce el estrés situacional cuando inicia la terapia con personal desconocido. A las personas con dificultades para expresar sus necesidades, cuando se les introduce una terapia asistida con animales, inicia una interacción física con el animal a un nivel profundo.

Echado un vistazo a la historia de la Terapia Asistida Con Animales, nos remontamos al siglo XIX con Florence Nightingale (1860) cuando observó que una pequeña mascota era un excelente compañero para los enfermos, especialmente en los casos de enfermedades crónicas de larga duración.

Boris Levinson (1969), acuñó el término de la “terapia facilitada por animales” y fue quien definió lo de “mascota terapéutica” haciendo referencia a su propio perro, el cual fue participe en su trabajo.

Las investigaciones relacionadas con las Terapias Asistidas con Animales para el tratamiento de personas de tercera edad, es más reciente, comienza por los años 80. Concretamente, Brickel (1979), en un centro hospitalario de California, observo un aumento en la sensibilidad de los pacientes ante la presencia de animales en el centro. En 1982, se introdujo un perro en un hospital geriátrico de Caulfield, observando que estimulaba la risa, el sentido del humor, la sensibilidad e incluso incentivaba las ganas de vivir. (Salmon, 1982).

En otro estudio con ancianos institucionalizados, se demostró que aumentaba la asistencia a las sesiones de actividades asistidas con perros, que a otras sesiones con otro tipo de actividad. (Neer, Dorn, y Grayson, 1987). En los ancianos, los animales de compañía, tienen una gran capacidad para la aceptación, la adoración, la atención, el perdón y el amor incondicional. El vínculo con El tratamiento de soledad, depresión, la inactividad, la fatiga y la hipertensión arterial se ve favorecido por el Trabajo Asistido con Perros. (Bustad, 1989). En 1989 se realizó un estudio donde fueron observados y analizados ocho comportamientos sociales: Sonrisas, risas, miradas, inclinación, acción de tocar, verbalizaciones, insultos, y otros. Estas observaciones se llevaron a cabo en tres ocasiones diferentes, con la ausencia del perro de terapia, con la presencia temporal del perro y permaneciendo largos periodos de tiempo del perro. Los resultados demostraban que durante la presencia del perro, el número total de los comportamientos sociales, aumentaron, pero no se encontraron diferencias en los comportamientos sociales, entre la presencia del perro temporal y permanente. (Kongable, Buckwalter y Stolley, 1989). Sobre este tiempo, (Siegel, 1990), demostró que el estar en estrecho contacto con un perro, mejora la salud y las personas realizan menos visitas al médico. Verderber en 1991, observó que los ancianos con Alzheimer se beneficiaban de la relación con los animales de su entorno, puesto que los animales mejoraban las conductas sociales y verbales. Se demostró que el perro era una gran herramienta para facilitar el contacto entre las personas. Un perro proporciona apoyo emocional y motiva a otras actividades que facilitan la interacción (Gagman, 1992). En nuestra búsqueda, encontramos documentos donde reflejaban los beneficios de los animales en centros geriátricos y mejorando la salud psicológica en pacientes de la Tercera Edad (Kidd y Feldman, 1981; Rogers, Hart, y Boltz, 1993), pudieron

demostrar que los perros, estimulaban la conversación entre los residentes y les hacen sonreír. Fritz, Farver, Kass y Hart (1995), demostraron la interacción con el animal, reducía las conductas agresivas, entre los enfermos que sufrían Enfermedad de Alzheimer. Poco después se determinó que la visita de una mascota en una institución geriátrica provocaba en los ancianos una mayor interacción y una reducción del estrés. Ya que irrumpían en la rutina del centro a la que estaban sometidos, con lo que provocaba felicidad y bienestar.

El impulsor principal de las iniciativas en las terapias con animales para los afectados de Enfermedad de Alzheimer en España, ha sido la Fundación Affinity, con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida a los ancianos con tal afectación.

Autores como McCabe, Baun, Speich y Agrawal, (2002) que continúan aportando estudios relacionados al proceso Terapia Asistida con Perros y enfermos con Alzheimer.

Estudios recientes sobre el efecto de los perros como terapeutas en pacientes con Alzheimer que acudían a un centro de día, demostraron una disminución de la ansiedad y de la tristeza, y una mejoría en las emociones positivas y la actividad motora (Perkins et al., 2008; Mosello et al. 2011; Berry et al., 2012).

Una vez realizada la revisión histórica, podemos ver que los animales de compañía ha formado parte de nuestra sociedad a lo largo de los años, están dentro de nuestros hogares y han pasado a formar parte de nuestras vidas.

El inicio de introducir un animal dentro de un centro para iniciar la terapia con enfermos de Alzheimer, ha provocado una mejora en el conocimiento de la enfermedad, en la mejora de sus síntomas.

### **Objetivo**

- Analizar las características de las terapias con perros en personas afectadas con enfermedad de Alzheimer.

### **Metodología**

Para el presente estudio se realizó una búsqueda literaria en diferentes bases de datos, de ciencias sociales y de salud en español y en inglés como son: Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Medline. Además de publicaciones, guías y manuales en relación con este tema.

### **Resultados**

Hemos definido en este trabajo el concepto de enfermedad de Alzheimer, así como terapia asistida con animales, concretamente en la terapia asistida con perros, ofreciendo una mejoría en la calidad de vida y una mejor evolución en los procesos de enlentecimiento de la enfermedad. (Barbero, 2011; Verderber en 1991; Fundación Purina, 1994; Fundación Purina, 1999; Cusack, 2008).

Numerosos estudios experimentales se ha llevado a cabo en el campo de las terapias asistidas con animales demostrando la existencia de beneficios psicológicos (Kidd y Feldman, 1981; Rogers, Hart, y Boltz, 1993) y fisiológicos en el tratamiento de Alzheimer (Burch, 2003; Davis, 2002; Tucker, 2004; Barbero, 2011).

Quizás los años 80, 90 y 2000 son los más significativos, ya que es donde mayor número de investigaciones se desarrollaron en el área de las terapias asistidas con animales relacionándolas con el tratamiento de personas en edad avanzada.

### **Conclusiones**

Las investigaciones consultadas sobre la eficacia de las terapias asistidas con perros para este tipo de personas, se basan en la observación y tiene como fin, proporcionar interacciones positivas entre el animal y el ser humano, conducen al desarrollo holístico de las personas con enfermedad de Alzheimer.

Tras la revisión realizada, es fácil llegar a concluir diciendo que La Terapia Asistida con Animales, ralentiza el deterioro de la persona y mejora su calidad de vida, llegando a alcanzar un alto nivel de autonomía (Burch, 2003; Siegel, 1990). Se estimula la propia identidad del enfermo y su autonomía, mejorando el rendimiento a nivel cognitivo y de la memoria. La participación de los enfermos en grupos de terapia hace que estos mantengan las capacidades cognitivas y motoras durante el mayor tiempo posible, permitiendo a su vez, que las familias dispongan de un tiempo de descanso y desconexión de la enfermedad, proporcionando a que tengamos un conocimiento más amplio y directo de la enfermedad de Alzheimer,

La puesta en marcha de terapias especializadas en enfermos de Alzheimer, ha supuesto tanto para el personal de los centros, familiares y los propios enfermos sean partícipes de dichas terapias, de la toma de conciencia directa de la enfermedad y de su evolución.

## Referencias

Batson, K., McCabe, B., Braun, M. y Wilson, C. (1998). The effect of therapy dog on socialization and physiological indicators of stress in person diagnosed with Alzheimer's disease. En D. Turner & C. Wilson (ed.). *Companion Animals in Human Health* (pp.203-215). Thousands Oaks, CA: Sage Publications.

Beck, A.M. y Katcher, A.H. (1984). A new look a pet-facilitated therapy. *Journal American Veterinary Medical Association*, 184(4), 414-421.

Berry, A., Borgi, M., Terranova, L., Chiarotti, F., Alleva, E. y Cirulli, F. (2012). Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 12(3), 143-150.

Brickel, C.M. (1979). The Therapeutic Roles of Cat Mascots with a Hospital-based Geriatric Population: A Staff Survey. *The Gerontologist*, 4, 368-372.

Burch, M.R. (2003). *Wanted! Animal Volunteers*. Nueva York: Wiley Publishing.

Bustad, L.K. (1981). *Animals, Aging and the Aged*. Minnesota: Minnesota Archive Editions.

Bustad, C. (1989). A review of the roles of pet animals in psychotherapy. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 119-128.

Chandler, C. (2005). *Animal Assisted Therapy in Counseling*. Nueva York: Routledge.

Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Davis, K.D. (2002). *Therapy Dogs: Training Your Dog to Reach Others*. Wenatchee, WA: Dogwise Publishing.

Delta Society. (1996). *Standards of practice for animal-assisted activities and animal-assisted therapy*. Renton, WA: Delta society.

Fine, A.H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Fundación Purina. (1994). *El hombre y los animales de compañía: Beneficios para la salud: Comunicaciones II. Congreso Internacional*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Purina.

Fundación Purina. (1999). *Animales de compañía: Fuente de salud. Comunicaciones IV. Congreso Internacional*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Purina.

Fritz, C.L., Faver, T.B., Kass, P.H y Hart, L.A. (1995). Association with companion animals and the expression of noncognitive symptoms in Alzheimer's patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 359-363.

Gagman, H. (1992). A review describing patient's emotional support with the use of pet assisted therapy. *Community Medicine*, 15, 18-22.

Kidd, J. y Feldman, M. (1981). Article about geriatric patient's interaction with pets. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 119-128.

Kongable, L.G., Buckwalter, K.C. y Stolley, J.M. (1989). The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Arch Psychiatric Nursing*, 3(4), 191-198.

Levinson, B.M. (1969). *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Martínez Abellan, R. (2003). Deficiencia visual y terapia asistida por animales: el uso de los perros guías dentro de las técnicas de orientación y movilidad (I) primera parte. *Revista Polibea*, 67, 12-23.

McCabe, B.W., Baun, M.M., Speich, D. y Agrawal, S. (2002). Resident dog in the Alzheimer's special care unit. *West Journal Nursing Research*, 24(6), 684-96.

- Mossello, E., Ridolfi, A., Mello, A. M., Lorenzini, G., Mugnai, F. y Piccini, C. (2011). Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *Int Psychogeriatric*, 23, 1-7.
- Mosello, E. et al (2011). Animal-Assisted Activity and Emotional Status of Patients with Alzheimer's Disease in Day Care. *International Psychogeriatrics*, 23 (6), 899-905.
- Neer, R., Dorn, P. y Grayson, D. (1987). A study of senior citizens residing in 2 different nursing homes. *The Gerontologist*, 40, 55-58.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing, what it is, and what is not*. New York: Appleton.
- Perkins, J., Bartlett, H., Travers, C. y Rand, J. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: a review. *Australas Journal Ageing*, 27, 177-182.
- Robins, M., Sanders, R. and Cahill, E. (1991). Dog and their people: Pet-Facilitated Interaction in a Public Setting. *Journal of Contemporary Ethnography*, 20, 3-25.
- Rogers, W., Hart, M. y Boltz, W. (1993). Article about geriatric patient's interaction with pets. *International Journal of Aging and Human Development*, 12, 119-128.
- Salmon, M., Hogarth-Scott, K. y Lavelle, L. (1982). Behavior changes in senior citizens in a nursing home after the use of pet therapy. *The Gerontologist*, 69, 75-78.
- Sarasa, E. (2009). *Terapia Ocupacional y Enfermedad de Alzheimer: Guía práctica para estimulación de los Servicios Sociales*. Huesca, España: Mira Editores.
- Siegel, N. (1990). An article that addresses health and senior citizens that have pets. *Journal of Pavlovian Biological Science*, 14, 104-107.
- Tabares, C. (2014). Estado del arte sobre los efectos de la terapia asistida con perros en el tratamiento de Enfermos de Alzheimer. *Revista de psicología*, 2(1), 271-282.
- Tucker, M. (2004). *The Pet Partners Team Training Course Manual*. Bellevue, WA: Delta Society.
- Verderber, L. (1991). Animal unconditional love and devotion. Community Medicine. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 33, 36-39.

## CAPÍTULO 73

### Práctica asistencial de enfermería en pacientes con demencias

M<sup>a</sup> Isabel Serrano Carrillo, Inmaculada Godoy Gómez, y M<sup>a</sup> Inmaculada Romero Quirantes  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

En la actualidad se está produciendo un aumento de la población anciana, por ello los problemas relacionados con el envejecimiento están adquiriendo mayor importancia desde el punto de vista sanitario. La edad es un factor importante, para el desarrollo de diversas patologías siendo el principal riesgo en el desarrollo de demencias.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit cognitivo que presenta una pérdida respecto a un nivel previo e interfiere de forma significativa con el rendimiento social u ocupacional; con frecuencia lleva aparejados una serie de cambios en la personalidad y en la conducta (Mejías, García, Fernández, Sánchez y Payán, 2011). La enfermedad suele tener una duración aproximada de 10-12 años, aunque esto puede variar de una persona a otra.

Las demencias son las principales causantes de deterioro cognitivo, pérdida de autonomía personal y social en la población adulta. En los pacientes ancianos que padecen demencia, aparecen varios síntomas como deterioro cognitivo y físico evolucionando a lo largo de la enfermedad, hasta concluir finalmente en una incapacidad funcional con una pérdida total de su autonomía, por ello, son necesarios los cuidados de otra persona, que mayoritariamente son prestados por los familiares más cercanos, aunque en ocasiones, y de manera inevitable terminan en instituciones.

Una de las principales causas de institucionalización en los países de nuestro entorno es la demencia, (Argimon, et al, 2005), en España un 10'5% de ingresos al año en institucionalización.

La prevalencia de la demencia aumenta con la edad, alrededor del 1,5% de las personas de 65 años a 69 años padecen demencia y el 16-25 % de los mayores de 85 años, se estima que en el 2025 habrá en España 1.200.000 casos de demencia diagnosticados.

Malone et al. (2009) hizo mención en su estudio sobre procesos que se podían atribuir directamente al deterioro cognitivo y funcional, como el riesgo de caídas, la susceptibilidad a contraer infecciones, o las consecuencias como pérdida de movilidad y una eventual postración, en estadios más avanzados.

En los años 80 Rubenstein y Stuck confirmaron la efectividad de la Valoración Geriátrica, quedando demostrado las distintas ventajas que ofrece, como reducción de la mortalidad, mejora el estado funcional, disminución de ingresos hospitalarios en ancianos y permite utilizar mejor los recursos.

Para brindar un mejor cuidado y de calidad, los profesionales de enfermería utilizamos el Proceso de atención de Enfermería (PAE), una herramienta que nos permite aplicar conocimientos en la práctica, a través del análisis y resolución de problemas, para satisfacer las necesidades de la persona, familia y la comunidad (Gordon, 1996).

A través de la valoración por patrones funcionales enfermería recoge datos que analizan cada patrón, valorando posibles alteraciones que se presente y comparando dichos datos de referencia del paciente.

Para realizar la valoración de enfermería en pacientes con demencias, el personal debe de tener conocimientos sobre los distintos síntomas de la enfermedad, que pueden aparecer en las distintas etapas, así como registrarlos, para elaborar un plan de cuidados eficaz.

Los patrones Funcionales son un sistema y no deben entenderse de manera aislada, aunque pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta, se adaptan bien en el ámbito de las instituciones, permitiendo ordenar y estructurar la valoración a nivel individual, y facilitan



claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero, ya que están en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

### **Objetivos**

1. Mejorar la atención a pacientes institucionalizados que presentan demencia, a través de una valoración de enfermería específica para demencias.
2. Evaluación y seguimiento de las funciones cognitivas, conductuales, así como también detectar los cambios en la evolución de la demencia y las complicaciones de la enfermedad con el fin de dar respuesta a las necesidades del paciente.
3. Establecer criterios de seguimiento en los pacientes con demencia.

### **Método**

#### *Participantes*

La muestra utilizada en el estudio está compuesta por 32 personas institucionalizadas, de los cuales 43,75% (N=14) son hombres y 56'25% mujeres (N=18) mujeres, con edades comprendida entre 68-91 años, la media de edad es de 77'5 años. El criterio de inclusión para los sujetos se ha establecido: pacientes diagnosticados de demencia, por el médico o neurólogo del paciente, en las distintas fases de la enfermedad.

Los pacientes están polimedificados y presentan patologías asociadas como HTA, diabetes mellitus, hipercolesterolemia/hiperlipemia, ACV/AIT, brucelosis, helicobacter pylori, insuficiencia cardiaca, crisis epilépticas, EPOC, neoplasia maligna.

#### *Instrumentos*

Se realiza un estudio descriptivo-exploratorio a través de la recogida de datos, obtenidos de historias clínicas, se han analizado los antecedentes clínicos.

Para la recogida de datos se lleva a cabo la elaboración de una valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon:

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional-Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-Ejercicio
- Patrón 5: Sueño-descanso
- Patrón 6: Cognitivo-perceptivo
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto
- Patrón 8: Rol-Relaciones
- Patrón 9 Sexualidad-Reproducción
- Patrón 10: Tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores –Creencias

En nuestro estudio utilizamos varias escalas como: Para evaluar el estado Nutricional se ha utilizado la escala Mini Nutricional Assesment (MNA), es heteroadministrada. Si la suma de las respuestas de la primera parte (test de cribaje) es igual o superior a 10, es necesario completar el test de evaluación para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del test de evaluación resulta de todos los ítems del test de cribaje y de los test de evaluación. Los puntos de corte del test de evaluación son de 17,5 a 23,5 punto riesgo de malnutrición y menos de 17 malnutrición (Rubenstein, 2001).

Escala de riesgo de UPP Brande útil para evaluar el riesgo de aparición de úlceras por presión, fiable para utilizar en instituciones. Es heteroadministrado que consta de 6 ítems, cada uno se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable, excepto el ítem Fricción y rozamiento que se puntúa de 1 a 3.El

rango de puntuación oscila de 6 a 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Valora la percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y rozamiento (Braden; Bergstrom, 1994).

Para la valoración la Autonomía para las Actividades de la vida diaria se ha utilizado la escala de Índice - Barthel: Es heteroadministrado, presenta 10 ítems. El rango de puntuación r está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia, y a mayor puntuación, mas independencia. (Baztán, et al, 1993). También se utilizó la escala de Valoración de las actividades de la vida diaria-Índice de Kartz. Obteniéndose resultados distintos, y en posteriores seguimientos utilizándose el Barthel por ser más completa y específica, al valorar más ítems. (Álvarez, et al, 1992).

Escala de riesgo de caídas J.H. Downton (Adultos): Valora el riesgo con la intención de reducir aquellos factores de riesgo que pueden contribuir a las caídas. Con una puntuación de 2 o más se considera un riesgo alto; las preguntas incluyen: Caídas previas, consumo de medicamentos, déficits sensoriales, estado mental, deambulación.

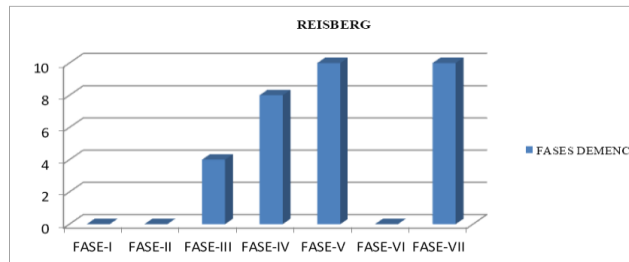
Otras escalas de valoración han sido desechadas por no adaptarse al perfil del paciente, debido al diagnóstico o avance de la enfermedad, ya que algunas de estas se utilizan en las primeras fases de la demencia y son autoadministradas.

*Procedimiento*

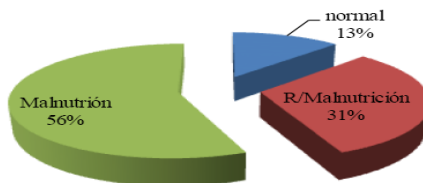
La utilización de la escala se hará siempre por primera vez al ingreso y se registrara en la valoración inicial, dependiendo de la puntuación obtenida se anotan los diagnósticos de enfermería, las intervenciones a realizar y el seguimiento que se realiza, también se anotara si aparecen cambios relevantes en el paciente. A partir de lo obtenido en la valoración realizamos un plan de cuidados individualizado, estableciendo diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones.

**Resultados**

Grafica 1. Escala de Reisberg



Grafica 2. Valoración del Estado Nutricional  
ESTADO NUTRICIONAL (MNA)

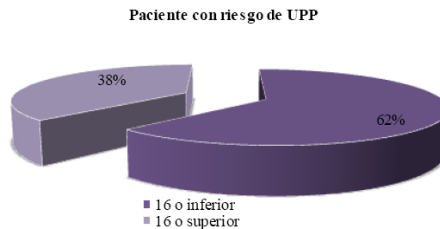


Obtenemos que de los 32 sujetos no hallamos ninguno en la fase I y II de la demencia, en fase III (N=4) presenta un declive Cognitivo Leve, (1paciente presenta demencia secundaria a neoplasia maligna

en Estadio IV). En Fase IV: (N=8) pacientes con declive cognitivo moderado. Fase V (N=10) pacientes, 2 por deficiencia vascular y 3 secundaria por consumo de tóxicos. El resto desconocemos la causa. Fase VI: 0 pacientes en esta fase. Fase VII (N=10). Etapa avanzada con Declive cognitivo muy serio, demencia degenerativa.

En el patrón Nutricional-Metabólico tras utilizar la escala de evaluación del Estado Nutricional (MNA) el 56% presenta malnutrición, el 31 % riesgo de malnutrición, estado nutricional normal 13%. 4 de los sujetos presenta pérdida importante de apetito, así como 2 de ellos negativa a comer, poseen capacidad conservada para poder comer solos el 55 %delos usuarios. El 45%se le debe de dar de comer, toma dieta triturada y utiliza espesante en (3 sujetos) por intolerancia a líquidos. Importante el riesgo alto de atragantamiento producido por el avance de la enfermedad y la toma de medicación.

Gráfica 3. Escala de riesgo de UPP-Braden



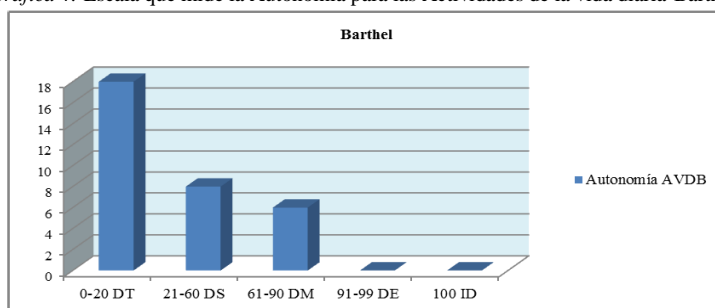
Tenemos que un 62%, (N= 20) de los enfermos su puntuación según la escala de Braden es de 16 o inferior, lo que indica un mayor riesgo de aparición de úlceras por presión. Con una puntuación de 16 o superior obtenemos un 38%, (N= 12) con menor riesgo de aparición de Úlceras por presión. En el análisis de la piel, 8 de ellos presentan úlceras por presión de diferentes Estadios, y 4 de ellos heridas pequeñas en miembros inferiores, por pequeños golpes y en uno de los sujetos se observa edemas en MMII.

Tabla 1. Patrón Eliminación

N = 32	Frecuencia	%	Absorbente
Continentes	2	6,25	No precisa
Nicturia	14	43,75	En la Noche
Doble Incontinencia	16	50	Todo el día

Eliminación: 16 de sujetos tienen doble incontinencia, 14 necesitan pañal de noche por nicturia o accidente ocasional, 2 son continentales. Toma tratamiento diurético.

Gráfica 4: Escala que mide la Autonomía para las Actividades de la vida diaria-Barthel.

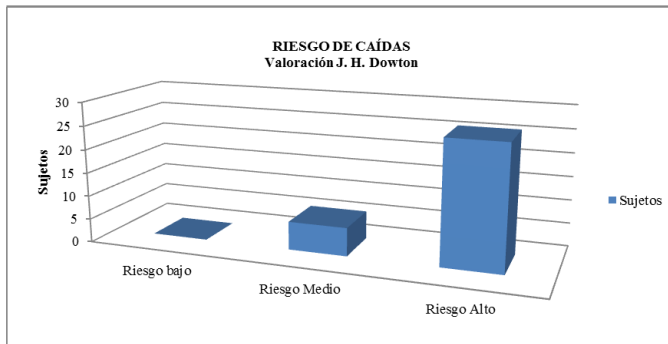


En cuanto a la valoración de la autonomía de los pacientes tenemos: Dependencia total 0-20:(N=18), dependencia severa 21-60:(N=8), dependencia Moderada 61-90:(N= 6), dependencia escasa 91-99: 0 sujetos, independencia 100: 0 sujetos.

Utilizan ayudas técnicas (N=8) andador, 4 deambulan sin ningún tipo de ayuda y no presentan alteraciones en la marcha, 8 van en silla de ruedas y se mantienen sentados, 10 permanecen inmóviles en cama. 4 presentan alteración en la marcha, a veces con pérdida de equilibrio.

Se utilizó la escala de Valoración de las actividades de la vida diaria-Índice de Katz, obteniéndose resultados distintos, y en posteriores seguimientos utilizándose el Barthel por ser más completa y específica, al valorar más ítems.

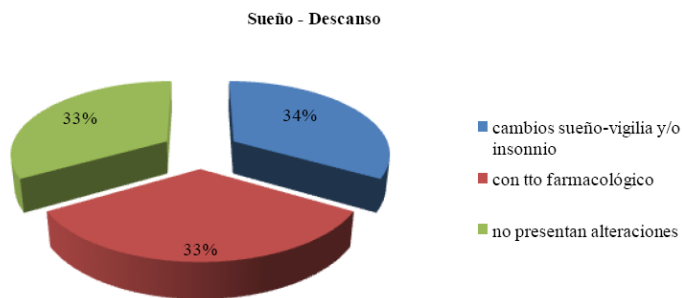
Gráfica 5. Escala de riesgo de caídas J.H. Downton (Adultos)



En referencia a la escala de riesgo de caídas, ningún sujeto presenta riesgo bajo la puntuación esta entre 0 a 2 puntos. Riesgo medio: 3 a 4 puntos (N=6) y riesgo Alto: 5 a 9 puntos (N=26) sujetos. En el último año se ha registrado caídas en el 45 %, apareciendo lesiones como fractura de cadera y radio, otro tipo de lesiones leves que no requieren tratamiento como hematomas y otras contusiones.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos.

Gráfica 6: Valoración Sueño- Descanso



En el patrón sueño- descanso es igual el número de sujetos que poseen cambios en sueño – vigilia/insomnio, un 33% con tratamiento farmacológico y 34 % no presentan alteraciones en este patrón, independientemente de la fase en la que se encuentra la demencia.

## **Discusión**

Como era de esperar coincidiendo con diversos estudios como el de RESYDEM obtenemos una elevada cifra (62%) de pacientes que presentan un declive cognitivo moderado y serio, en etapa avanzada de la enfermedad y ninguno en etapas iniciales, también se da más en mujeres que en hombres, no siendo significativa la diferencia.

En relación a la presencia de malnutrición en fase avanzada todos los sujetos del estudio presentan malnutrición, coincidiendo con el estudio de la autora Carmina et al (2012) refiere que la malnutrición en ancianos aumenta conforme lo hace el estadio evolutivo de la enfermedad. Continuando en ese mismo estudio, obtenemos un IMC adecuado según la OMS y que reveló una situación de normalidad nutricional en la muestra.. El IMC es un valor predictivo, pero en ocasiones no puede ser considerado como un marcador fiable de peso saludable. Se ha utilizado la escala de MNA por ser un instrumento rápido y específico para la población anciana; con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 98% (Vellas, 1999). Aunque Cuesta sugirió que la escala MNA presenta menor sensibilidad y especificidad en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo.

Esto deberse a que las demencias se presentan con distintos síntomas. En fases tempranas se produce un deterioro del olfato y del gusto, puede aparecer pérdida de peso por la disminución de la ingesta alimentaria debido al deterioro funcional y aumento de las necesidades calóricas por la agitación y deambulación. En fases más avanzadas los pacientes no pueden alimentarse por sí solos, presentan anorexia y disfagia. El hecho de padecer demencia predispone a malnutrición por los distintos problemas que aparecen en trascurso de la enfermedad.

En relación con la autonomía en nuestro estudio el 56% presentan dependencia total, 25% severa y un 18% dependencia leve, una alta prevalencia en comparativa con estudio similares como el de RESYDEM que aportan datos inferiores sobre todo dependencia severa un 39% (López, 2017), esto debería corroborarse en futuros estudios debido a la escasa muestra de nuestra residencia.

La incapacidad que produce la demencia se relaciona con un alto índice de riesgo UPP, el deterioro del estado mental, la inmovilidad, malnutrición, la doble incontinencia, deterioro del estado mental, todos ellos presenten en estados avanzados de las demencias, obtenemos en nuestro estudio que un 25% de pacientes presenta úlceras por presión, y un 50 % doble incontinencia, asociados a un deterioro funcional y mental, forman parte del síndrome demencial, y son factores predisponentes de padecer Úlceras por presión.

Los residentes que muestran mayor riesgo de padecer caídas tienen prescritos psicofármacos, antidepresivos y diuréticos; presentan inestabilidad en la marcha en estadios medios de la enfermedad. Al analizar el estado funcional y mental, se confirma que el hecho de padecer deterioro cognitivo es un factor que predispone al demente de padecer caídas a medida que el deterioro aumenta, aunque en fases avanzadas los pacientes dejan de caerse debido a la disminución de la movilidad por el reposo absoluto postrado.

En los ancianos con demencia las alteraciones en el sueño son frecuentes. En nuestro estudio el patrón-sueño se encontró que un 67% de pacientes tiene insomnio, un alto porcentaje que coincide con valores encontrados en diversos estudios. No se han encontrado datos de alteraciones del sueño según el estadio de la demencia., en nuestro estudio los pacientes que están en tratamiento farmacológico para el insomnio coincidía con estadios más avanzados de la enfermedad.

## **Conclusiones**

La enfermedad de la demencia es un factor asociativo a la aparición de síndrome geriátrico; signos como malnutrición, riesgo alto de aparición de UPP, insomnio e incontinencia. Sería de gran interés el uso de cribados nutricionales en residencia mejoraría mucho el pronóstico y la calidad de vida de las personas mayores, y facilitaría la comparación entre los resultados de los estudios.

La valoración de enfermería individualizada permite diagnosticar diversos problemas que van apareciendo en los distintos estadios de la enfermedad, así como la elaboración de un plan de cuidados que permite dar confort y aumentar la calidad de vida al paciente.

La práctica asistencial llevada a cabo en la residencia, ha demostrado ser una herramienta eficiente, que facilita el seguimiento del paciente y permite un registro adecuado, tanto de la evolución del paciente, como de las actividades realizadas.

Debido a la dificultad y cronicidad de la enfermedad se hace difícil evitar la aparición de algunos síntomas, es muy importante desde enfermería la necesidad de seguir investigando para poder optimizar los cuidados prestados en la instituciones, ya que el perfil de los residentes está cambiando influenciado por varios factores como la crisis, aumento de la población envejecida hace que, se ingresen pacientes con demencias avanzadas invalidantes.

Debido a los escasos estudios nacionales encontrados sobre el tema, se recomienda realizar estudios futuros que permitan poner en práctica la ejecución del plan de cuidados y su posterior evaluación.

## Referencias

Aguado, C., Martínez, J., Onís, M.C. et al. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage, 26(1), 328.

Alfaro-Lefevre, R. (1998). *Aplicación del proceso enfermero*. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona.

Álvarez, M., Alaiz A.T., Brun, E., y cols. (1992) Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Prim*, 10, 812-815.

Argimon, J.M., Limon, E., Vila, J., Cabezas, C. (2005). Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 19(1), 41-4.

Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, I. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 28, 32-40.R

Bernal, M.C., Curcio, C.L., Chacón, J.A., Gómez, J.F. y Botero, A.M. (2001). Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(5), 281-286.

Braden, B. y Bergstrom, N. (1994). Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health*, 17, 459-70.

Construcción de un cuestionario de valoración de la salud social de los usuarios en el ámbito sociosanitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 40, 228-34.

Cuesta, D., Medina, L., Salvador, M.I., Avellana, J.A. (2009). Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr Hosp*, 24(6), 724-31.

Escobar, G.; (2001) *Salud mental. Afección muy frecuente de la enfermedad el estado de malnutrición..* Proceso de atención de enfermería. Manizales: ARS Ediciones.

Fornés Vives, J.; Carballal Balsa, M.C. Casals, A., LLinás, N., Fábregas, N., Hernández, M.A., Santaliestra, S., Bosch J.L.C., Navarro, A. y Ferrer, M. (2001). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. *Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero*. Proceso y aplicación. 3ª Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid.

Malone, D.C., Mc Laughlin, T.P., Wahl, P. M., Leibman, C., Arrighi, H.M., Cziraky, M.J., et al. (2009) Burden of Alzheimer's disease and association with negative health outcomes. *Am J Manag Care*, 15(8), 481-8.

Mejías, M.V., García, M.T., Fernández, J., Sánchez, P. y Payán, M. (2011). Demencias. Criterios actuales. En M.C Pérez y J.J. Gázquez (COMPS), *Envejecimiento y demencia. Un enfoque multidisciplinar* (p. 29). Almería: GEU.

Reisberg, B., Franssen, E.H., Hasan, S.M., Monteiro, I., Boksai, I., Souren, L., Kenowsky, S., Auer, S., Elahi, S. y Kluger, A. (1999). *Retrogénesis: Clinical psychologic and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's another dementing process*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 28-36.

Rubenstein, L.Z., Harker, J.O., Salva, A., Guigoz, y Vellas, B. (2001). Screening for undemutricion in geriatric practice: developin the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(6), 366-72.

Redín, J.M. (1999). Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*; 22(1).

Vergeles-Blanca, J.M., Arroyo- Fernández de Aguilar, J. y Buitrago, F. (1998). Valoración de la malnutrición en el anciano. *FMC-Aten. Primaria*, 1(5), 27-36.R

Vellas, B.J., Guigoz Y, Garry, P.J., Nourhashami, F., Bennahum, D., Lauqye, S. y Albarade, J.L. (1999). The Mini-nutritional assessment and its use in grading the nutritional state of elderly patient. *Nutrition*; 15(2), 115-125.

## CAPÍTULO 74

### Enfermedad de Alzheimer: síntomas, diagnóstico y biomarcadores

Purificación Sánchez López, Manuel Payán Ortiz, José Manuel Romero León,  
Cintia Martínez Mateu y Paloma Victoria Hidalgo Pérez  
*Hospital Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud (España)*

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa de etiología incierta que afecta principalmente a los adultos mayores, siendo la causa más común de demencia (Cummings, 2004). La manifestación más importante, y a menudo la más temprana, es el deterioro de la memoria selectiva. Los tratamientos disponibles pueden modular el curso de la enfermedad y/o aliviar algunos de los síntomas pero es una patología irremediamente progresiva, sin cura en la actualidad. El diagnóstico de la EA se realiza mediante la evaluación clínica. Se debe sospechar en cualquier persona mayor con disminución progresiva de la memoria y al menos de otro dominio cognitivo que conduzca a problemas de funcionamiento en su día a día. Las pruebas de laboratorio y de imagen se utilizan principalmente para excluir otros diagnósticos. Las pruebas neuropsicológicas puede proporcionar información de confirmación y ayudan en el manejo del paciente. Los biomarcadores pueden apoyar el diagnóstico, pero aún no están estandarizados adecuadamente para ser incorporados en los algoritmos diagnósticos de rutina. Éstos se utilizan cada vez más en entornos de investigación, en un esfuerzo para definir mejor las formas prodrómicas y preclínicas de EA e identificar candidatos para ensayos clínicos de intervención temprana. El proceso fisiopatológico de la EA comienza mucho antes de que surjan los síntomas clínicos y este período puede ser el mejor momento para intervenir en caso de terapias modificadoras de la enfermedad (Ritchie y Lovestone, 2002).

#### Clínica

**Edad de aparición:** La EA es una enfermedad de la edad avanzada. El diagnóstico antes de los 60 años es excepcional, aumentando la incidencia exponencialmente a partir de los 65 años de edad. Hay formas heredadas con patrón autosómico dominante que pueden presentarse antes de los 60 años y representan menos del uno por ciento de todos los casos de EA. Estos casos están relacionados con mutaciones en los genes que alteran el beta-amiloide (A $\beta$ ), la producción de proteínas o su metabolismo, incluyendo la proteína precursora de amiloide (APP), presenilina-1 (PSEN1) y la presenilina-2 (PSEN2). En un meta-análisis con datos a nivel individual sobre 1.307 pacientes con EA autosómica dominante, la edad media de inicio de los síntomas fue de 46 años, correlacionándose con la edad de aparición de la enfermedad de los padres y el tipo de mutación (Ryman et al, 2014). Los pacientes con mutaciones PSEN1 tenían la edad media más temprana de aparición (43 años). Las personas con síndrome de Down, que tienen una dosis adicional de gen APP debido a la trisomía del cromosoma 21, también desarrollan EA a una edad más temprana, de 10 a 20 años más joven que la población en general con EA (Schupf et al, 1998).

**Principales síntomas:** El deterioro de la memoria es la característica esencial de la EA y muchas veces el primer síntoma, aunque puede aparecer y progresar de forma insidiosa. El deterioro de la memoria, especialmente la pérdida de la memoria de los acontecimientos recientes, es una característica esencial de la EA y suele ser su primera manifestación. Los déficits en otros dominios cognitivos pueden aparecer con o tras el deterioro de la memoria. La función del lenguaje y las habilidades visuoespaciales tienden a afectarse relativamente pronto, mientras que los déficits en la función ejecutiva, los síntomas neuropsiquiátricos y del comportamiento a menudo se manifiestan en etapas medias y tardías. Los



déficits neurológicos no cognitivos (signos piramidales y extrapiramidales, mioclonías y convulsiones) pueden ocurrir en las últimas etapas. También se han descrito presentaciones atípicas, que incluyen una variante visual (atrofia cortical posterior) y algunos casos de afasia progresiva primaria.

El patrón de deterioro de la memoria en la EA es también distintivo (Markowitsch y Staniloiu, 2012). La memoria declarativa de hechos y acontecimientos, que dependen de las estructuras temporales mesiales y neocorticales, están afectadas al inicio de la enfermedad, mientras que los sistemas subcorticales que apoyan la memoria procedimental (recuerdos necesarios para realizar una determinada tarea) y del aprendizaje motor están relativamente a salvo hasta fases tardías. La memoria episódica se deteriora de forma más precoz en comparación con la memoria semántica (codificada en las regiones neocorticales temporales), que es más tardía.

## **Diagnóstico**

### **1. Evaluación**

Una evaluación clínica detallada proporciona una buena precisión diagnóstica para la enfermedad de Alzheimer en la mayoría de los pacientes (McKhann et al, 2011). Los criterios clínicos se basan en una historia de comienzo insidioso y curso progresivo, la exclusión de otras etiologías y la documentación de los deterioros cognitivos en uno o más dominios, por lo que una evaluación neurológica cognitiva y general detallada es primordial. Para este fin se utilizan escalas estandarizadas del estado mental, en particular, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), para documentar la presencia y la progresión de la demencia (Folstein y McHugh, 1975). La Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) se ha convertido en la herramienta de evaluación breve preferida, debido a una sensibilidad superior en la detección de deterioro cognitivo leve y aumento de la sensibilidad al ejecutivo y disfunción del lenguaje (Nasreddine et al, 2005). La evaluación neuropsicológica es útil en la evaluación de las personas con deterioro cognitivo y demencia. En condiciones estandarizadas, permite establecer una línea de base con el fin de seguir al paciente a lo largo del tiempo. Por último, puede evaluar las competencias y guiar las recomendaciones relativas a la conducción, las decisiones financieras y la necesidad de aumentar la supervisión del enfermo.

### **2. Pruebas de imagen**

-Las pruebas de imagen cerebral, sobre todo la resonancia magnética nuclear (RMN), se indica en la evaluación de pacientes con sospecha de EA. Puede documentar otras patologías (enfermedad cerebrovascular, neoplasia cerebral, hidrocefalia con presión normal) o se puede objetivar la atrofia cerebral regional que sugiere la demencia frontotemporal. Los resultados en la RMN en la EA incluyen tanto la atrofia generalizada y focal, así como lesiones de sustancia blanca. Los hallazgos suelen ser inespecíficos, siendo el más característico de la EA la reducción de volumen del hipocampo. La atrofia del hipocampo apoya el diagnóstico de EA en un paciente con una presentación clínica típica, pero por sí sólo no es específica.

-Imagen cerebral funcional con PET, RMN funcional o SPECT cerebral, revelan distintas regiones de bajo metabolismo (PET) y de hipoperfusión (SPECT, RMN funcional). Estas áreas incluyen el hipocampo, los lóbulos parietales mesiales, el parietal lateral y la corteza temporal posterior. En la práctica clínica, el PET puede ser más útil para distinguir EA de demencia frontotemporal en pacientes con presentaciones atípicas.

### **3. Biomarcadores**

Todavía no existe el biomarcador ideal y no se suelen utilizar en la práctica clínica diaria. Los más estudiados son los analizados en el líquido cefalorraquídeo (LCR). También se han estudiado en plasma pero aquí la principal fuente de A $\beta$  es el tejido periférico, por lo que se pueden obtener resultados falsamente positivos.

Los biomarcadores en el LCR se pueden dividir básicamente en A) No específicos o básicos, B) Específicos o del core.

A. Biomarcadores no específicos o básicos.

Se suelen utilizar para descartar otras enfermedades que pueden simular una demencia. Por ejemplo, el recuento de células en el LCR y la producción de inmunoglobulina intratecal pueden reflejar procesos inflamatorios o infecciosos en el cerebro. Así mismo, el cociente de albúmina LCR/plasma se encuentra elevado en casos de demencia vascular por alteración de la barrera hematoencefálica.

B. NO ESPECÍFICOS	PATOGENESIS	CAMBIOS EN LA E.A.
Análisis LCR	Inflamación	Sin alteraciones
Albúmina LCR/plasma	Función de la BHE	Sin alteraciones
Síntesis de inmunoglobulina intratecal	Inflamación	Sin alteraciones

B. Biomarcadores específicos o de core.

B.1. Niveles de Aβ1-42 en LCR.

Los depósitos cerebrales están formados por beta-amiloide, siendo los 2 principales el beta-amiloide 1-40 (Aβ1-40) y beta-amiloide 1-42 (Aβ1-42). Se ha demostrado en la EA que el Aβ1-42 disminuye casi un 50% en comparación con pacientes de la misma edad sin demencia.

B.2. Tau total y tau fosforilada en el líquido cefalorraquídeo.

Reflejan la base fisiopatológica de la enfermedad: formación de placas amiloides, ovillos neurofibrilares y degeneración axonal, ya que las proteínas Tau intervienen en la formación de ovillos de neurofibrillas y son indicadores de degeneración axonal, encontrándose en mayor proporción en la EA.

B. ESPECÍFICOS	PATOGENESIS	CAMBIOS EN LA E.A.
A-beta 1-42	Placa de amiloide	Reducido
TAU-fosforilado	Ovillos neurofibrilares	Aumentado (no específico EA)
TAU-total	Daño neuronal	Aumentado (no específico EA)

**Diagnóstico diferencial**

Los trastornos más comunes considerados en el diagnóstico diferencial de la EA son la demencia vascular y otras demencias neurodegenerativas. Las dos demencias neurodegenerativas más comunes después de la EA son la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) y demencia frontotemporal (DFT).

-La demencia vascular es causada por el antecedente de ictus isquémicos o hemorrágicos, siendo la más común la enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso.

-La demencia con cuerpos de Lewy (DCL) es el segundo tipo más común de demencia degenerativa. Las características clínicas que ayudan a distinguirla de la EA incluyen la aparición temprana de alucinaciones visuales junto con parkinsonismo, fluctuaciones cognitivas, disautonomía, trastornos del sueño y sensibilidad a los neurolépticos.

-La demencia frontotemporal (DFT) es un trastorno heterogéneo que se caracteriza por la degeneración focal del lóbulo frontal y/o lóbulos temporales. La alteración precoz de la personalidad, de la conducta y del funcionamiento ejecutivo distinguen la variante conductual de la DFT de la EA. Sin embargo, puede ser difícil distinguir entre ambas, sobre todo al inicio del curso.

4. Criterios diagnósticos

En los últimos 30 años hemos dispuesto de diversos grupos de criterios clínicos diagnósticos, como los del CIE-10 y DSM-IV. Con alguna diferencia entre ellos, coinciden en considerar la EA como una patología neurodegenerativa que causa demencia de inicio insidioso, caracterizada por deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas e impacto funcional en las actividades de la vida diaria, con merma sobre las capacidades previas, sin que pueda ser atribuido a otras causas.

En la última década, se han propuesto criterios para diferentes tipos de demencias (demencia por cuerpos de Lewy, frontotemporal, vascular...), nuevos conceptos que ofrecen una visión dinámica de los

fenómenos cognitivos (como el de reserva cognitiva) y nuevos conocimientos etiopatogénicos sobre la enfermedad. Así se han propuesto nuevos criterios diagnósticos para la EA por un grupo europeo (Dubois et al, 2007):

Criterios diagnósticos centrales:

-Presencia de alteración de la memoria episódica inicial y significativa que incluye los siguientes rasgos:

-Cambio gradual y progresivo en la función mnésica referida por el paciente o el informador durante más de 6 meses.

-Evidencia objetiva de alteración significativa de memoria episódica en la evaluación neuropsicológica: generalmente consiste en un déficit de recuerdo diferido que no mejora significativamente o no se normaliza con pistas o evaluación del reconocimiento, habiendo controlado previamente que la codificación haya sido efectiva.

-La alteración de memoria episódica puede ser aislada o asociada a otras alteraciones cognitivas al inicio de la EA o a medida que ésta avanza.

Rasgos de soporte:

-Presencia de atrofia lobular temporal medial: RM con valoración cualitativa mediante puntuación visual o por volumetría cuantitativa de regiones de interés (comparado con una población normalizada por edad bien caracterizada).

-Alteración en biomarcadores de líquido cefalorraquídeo.

-Patrón específico en la neuroimagen funcional con PET.

-Demostración de una mutación autosómica dominante en familiares de primer grado.

Criterios de exclusión:

-Historia clínica: agudo, signos neurológicos focales precoces, extrapiramidalismo, etc.

-Otras causas: lesiones infecciosas o vasculares.

Criterios para EA definitiva:

-EA probable con constatación neurológica post-mortem.

-EA probable más evidencia genética (mutaciones del cromosoma 1, 14, 21).

EA probable: A + uno o más rasgos de soporte B, C, D o E

-También existen otros criterios del grupo americano de demencias (McKhann et al, 2011), son:

Presencia de síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:

1. Interfieren con la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales.

2. Representan un declive con respecto a los niveles previos de funcionalidad o rendimiento.

3. No se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor.

4. El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado a través de la combinación de:

a) La realización de una historia clínica con datos del paciente y de un informador reconocido, y

b) Una evaluación cognitiva objetiva, ya sea un examen del estado mental "de cabecera" o un testado neuropsicológico. Debería llevarse a cabo un testado neuropsicológico cuando la historia clínica rutinaria y el examen de cabecera del estado mental no puedan aportar un diagnóstico fiable.

5. El deterioro cognitivo o conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes dominios:

a) Deterioro de la capacidad para adquirir y recordar información nueva. Los síntomas incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, colocación errónea de pertenencias personales, olvido de sucesos o citas, perderse en una ruta familiar.

b) Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, juicio empobrecido. Los síntomas incluyen: mal entendimiento de riesgos de seguridad, incapacidad para el manejo de finanzas, capacidad empobrecida para la toma de decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o secuenciales.

c) Deterioro de las capacidades visuoespaciales. Los síntomas incluyen: incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, o para encontrar objetos que están a la vista pese a una buena agudeza visual, incapacidad para operar con herramientas simples, o para orientar la ropa al cuerpo.

d) Deterioro de las funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir). Los síntomas incluyen: dificultad para encontrar las palabras adecuadas mientras se habla, vacilaciones; errores en el habla, en el deletreado y en la escritura.

e) Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento.

McKhann et al refieren que el uso de biomarcadores aumenta el grado de certeza sobre el proceso fisiopatológico, pero no recomiendan usarse en la práctica clínica.

### Referencias

- Cummings, J.L. (2004). Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 351, 56-67.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., et al. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol*, 9, 1118.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189.
- Markowitsch, H.J. y Staniloiu, A. (2012). Amnesic disorders. *Lancet*, 380, 1429.
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., et al (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7, 263.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53, 695.
- Ritchie, K. y Lovestone, S. (2002). The dementias. *Lancet*, 360, 1759-1766.
- Ryman, D.C., Acosta-Baena, N., Aisen, P.S., et al. (2014). Symptom onset in autosomal dominant Alzheimer disease: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, 83, 253.
- Schupf, N., Kapell, D., Nightingale, B., et al. (1998). Earlier onset of Alzheimer's disease in men with Down syndrome. *Neurology*, 50, 991.
- Tombaugh, T.N. y McIntyre, N.J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*, 40, 922.



**ASPECTOS RELACIONADOS CON  
LA PERSONALIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO**



## CAPÍTULO 75

### Violencia de género en mujeres mayores

Berta García López\*, Carmen Tamara González Fernández\*\*, Isabel María Fernández Medina\*\*\*, y Rocío González Bolívar\*

*\*Diplomada en Enfermería (España), \*\*Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural (España), \*\*\*Diplomada en Fisioterapia y Enfermería (España)*

La violencia de género es una lacra social ante la que se lucha continuamente pero sin conseguir todos los resultados esperados. El maltrato dirigido hacia las personas mayores es la temática dentro de la violencia de género, menos investigada y con menos recursos a su disposición si lo comparamos con el maltrato infantil y el maltrato hacia la mujer adulta (Tabueña, 2006). En la última década, la sensibilidad hacia la violencia de género ha ido en gran aumento por parte de la población, se ha ido tomando conciencia del gran problema que supone (Celdrán, 2013) y de las grandes consecuencias que conlleva. Actualmente la violencia de género en España supone un grave problema social además de un grave problema sanitario. Ya no son solo las mujeres que mueren a manos de sus parejas, si no la gran cantidad de mujeres que padecen malos tratos, tanto físicos como psicológicos. Algunas de ellas son capaces de denunciar a su maltratador, pero aún existe un gran número de mujeres que no denuncian (Fernández, 2004). Es por ello que los gobiernos están realizando una gran labor social con campañas publicitarias en contra del maltrato, una gran cantidad de servicios de ayuda y acogida para estas mujeres y sus hijos, servicios de urgencias y policía...sin embargo, en base a la revisión bibliográfica realizada podemos observar como la gran mayoría de campañas van dirigidas para todo tipo de mujeres pero en especial a las más jóvenes (Sánchez, 2013). En especial las últimas campañas se han basado en la prevención de la violencia de género en adolescentes, para evitar comportamientos de este tipo presentes y futuros. Es obvio que cuanto antes se detecte el problema, antes podrá solucionarse, pero ¿qué pasa con la mujer madura? ¿Pensamos que por ser más mayores no sufren este tipo de violencia? Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, desde el año 2009 el porcentaje de mujeres mayores de 64 años que han muerto a manos de sus parejas ha ido aumentando considerablemente, llegando a su máximo en el año 2012 con un porcentaje de víctimas mortales del 21,2% del total de fallecidas. Eso sin contar las que han denunciado o las que siguen calladas. La violencia de género, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad y es utilizada por el hombre para ejercer su poder y mantener la subordinación (Sánchez, 2013).

Estos datos pueden ser indicativos de la necesidad de realizar campañas de prevención, tanto publicitarias como sanitarias, centradas en mujeres de mayor edad. Debemos tener en cuenta que estas mujeres nacieron en una época donde la educación para la mujer era bien distinta de lo que es actualmente (Rangel da Silva et col., 2011). Las libertades adquiridas con el paso de los años y la igualdad conseguida frente a los hombres son propias de las últimas décadas. Uno de los grandes logros del feminismo es que cambió nuestra comprensión de la sexualidad y de la relación entre hombres y mujeres al identificar la violencia sexual como un elemento en el mantenimiento de la subordinación de las mujeres (Osborne, 2008).

Según Brandl y Raymond (1998) podemos observar al menos tres escenarios en los que se puede producir violencia de género en la tercera edad. El primero haría referencia a un maltrato de larga duración, durante todo el matrimonio. El segundo hace referencia a los casos de maltrato que comienzan en este ciclo de la vida y el tercero hace referencia a mujeres que inician una relación en la vejez. Normalmente los estudios de violencia de parejas mayores consideran únicamente el primer escenario (Desmarais y Reeves, 2007).



Siendo en estas mujeres los malos tratos de larga duración se pueden dar de forma conjunta los diferentes tipos, físico, emocional y sexual (Fisher y Reagan, 2006). No debemos olvidarnos del factor económico y la dependencia que eso genera entre la mujer y el hombre. Para comprender esta situación de forma global e intentar entenderla de algún modo, debemos tener en cuenta el miedo que provoca una situación de maltrato en las mujeres, pudiendo llegar a experimentar un auténtico terror psicológico (Walker, 2012).

Para conseguir cambiar el curso de las estadísticas en cuanto a mayores de 65 años se refiere, deberemos estudiar a fondo y comprender las situaciones que se dan en estas mujeres (Maños, 2003) y así profundizar de forma que tanto las campañas publicitarias como la atención profesional sean lo más específicamente posible.

### **Objetivo**

Dar a conocer los aspectos fundamentales sobre violencia de género en mujeres mayores, para poder prestar la atención necesaria y de una forma eficaz, evitando posibles consecuencias.

### **Metodología**

Para la realización de esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática retrospectiva en las bases de datos Dialnet, Cuiden, Medline, Pubmed, Scielo y Cochrane Plus, acotando la búsqueda entre los años 2003 y 2014. Se han usado como descriptores “violencia de género”, “violencia en mayores”, “prevención de la violencia y “educación para la salud”. El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas con artículos en inglés y en español. De los artículos encontrados seleccionamos finalmente 20 trabajos.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Frente a la violencia de género en las mujeres mayores debemos tener en cuenta las características definitorias de las mismas. En primer lugar tendremos que saber qué tipos de abusos han sido afligidos y durante qué periodo de tiempo. A continuación, es fundamental saber que a mayor edad de la víctima, mayor es la dependencia económica hacia el agresor. Esto es algo lógico si tenemos en cuenta que la mujer no se incorporó al mercado laboral hasta hace unas pocas décadas y que ésta incorporación fue lenta y progresiva (Cabrera y Granero, 2011). Habrá mujeres que no dependen económicamente, pero si actualmente nos movemos en la franja de mayores de 65 años nos encontramos con una gran cantidad de mujeres que no han trabajado nunca.

Otra característica de este tipo de mujeres es la presión que ejercen sus creencias religiosas y su educación. Culturalmente el matrimonio es un sacramento que debe durar toda la vida sean cuales sean las circunstancias, con lo cual se ven comprometidas de por vida a pesar de sufrir vejaciones y abusos constantemente. Todo ello magnificado por el pensamiento del “¿qué dirán?” y de la visión que puedan tener sus familiares al respecto. En este punto llegamos a la presión familiar y social que hace que la mujer maltratada siga actuando como cuidadora a pesar de todo lo sufrido.

Por otra parte, las mujeres mayores se encuentran con una serie de barreras u obstáculos a la hora de denunciar a sus parejas (Beaulaurier, Seff, Newman y Dunlop, 2005). Podemos diferenciar tres tipos de barreras, las barreras internas en las que nos encontramos el deseo de proteger a la familia y sobre todo a los hijos, sentimiento de culpa y resignación, sentimiento de estar desprotegidas y ser dependientes y el valor del secretismo, común en otras edades pero que a día de hoy sigue arraigado en algunos sectores. En cuanto a las barreras externas encuentran el poco apoyo que la mujer mayor recibe por parte de la familia, la presión religiosa y el significado de matrimonio en su comunidad, desconfianza ante el sistema judicial y los pocos recursos existentes de información específica para mujeres mayores.

Por último, pero no por ello menos importante, encontramos las características de la persona maltratadora, éstas no cambian en relación a la edad del maltratador. Siempre recurren al aislamiento de

la víctima, la intimidación y los celos, ejerciendo sobre la mujer una gran barrera a la hora de pedir ayuda (Moreno, Sastre y Hernández, 2003).

Todas estas barreras nos dan una visión más amplia y global del sufrimiento que padecen estas mujeres (Carrilero, Martínez y Flores, 2012) y son indicadores a la hora de poder prestarles la ayuda necesaria. Por supuesto esta situación de maltrato, tanto en jóvenes como en mayores, dan lugar a una serie de consecuencias de límites insospechados, porque a pesar de la similitud de las situaciones, cada persona tiene un afrontamiento diferente y una serie de características que la definen.

Las consecuencias dan lugar a unos signos y síntomas observables en las mujeres. El signo principal cuando hay maltrato físico son las lesiones que se producen, desde ligeros hematomas hasta heridas profundas y rotura de huesos. Únicamente con la violencia física consiguen un temor por parte de la víctima de medidas desproporcionadas, cuando a ello le añadimos los abusos psicológicos reiterados y duraderos en el tiempo, se observan problemas de ansiedad, depresión y somatización, además del uso de medicamentos, tipo ansiolíticos y antidepresivos, en mayores cantidades.

Por todas estas características y consecuencias comentadas, cuando una mujer mayor llega al sistema de salud y reconocemos en ella los signos del maltrato, debemos dar lugar a una serie de intervenciones con el fin de poner punto y final a su situación.

Como ya hemos visto, existen una serie de barreras que debemos salvar para poder llegar a la resolución del conflicto (Wilke y Vinton, 2005), en este punto es donde todo el equipo de salud debe actuar de forma conjunta y ordenada. En primer lugar la atención estará en el médico y la enfermera que vean a la paciente y detecten la situación. A continuación deberán seguir el protocolo de malos tratos indicado por cada centro, pero sin perder nunca de vista con qué tipo de paciente estamos tratando (Delgado, 2014). Debemos centrarnos en sus necesidades y comprender su situación en todos los niveles si de verdad queremos conseguir que nuestra ayuda sea efectiva. Por supuesto, será imprescindible la intervención de psicólogos y trabajadores sociales para presentarle los tipos de recursos existentes y para ayudarla en el afrontamiento de la situación.

Por otra parte, los gobiernos responsables de las campañas contra la violencia de género deben entender que es importante erradicar esta práctica (Franzoi, Godoy y Nunes, 2011) tanto en los jóvenes como en los adultos y mayores. Se han realizado grandes campañas con grandes profesionales al frente que han logrado disminuir los porcentajes y concienciar a la sociedad del problema existente, pero sin embargo no han conseguido que este sector de la población se sienta respaldado. Por ello, deben unificar esfuerzos y hacer estudios más profundos para conseguir que las mujeres mayores sepan que ellas también tienen una salida, que también existe una solución para ellas y que cuentan con el apoyo de toda la sociedad.

### **Discusión/Conclusiones**

Con esta revisión hemos querido recordar y resaltar la importancia que tiene la violencia de género en la sociedad actual, pero sobre todo hemos querido hacer ver que en las mujeres mayores es muy diferente. Varios autores han escrito sobre esta cuestión desde hace varios años y cada vez aumenta más la literatura científica con respecto a este tema. Sin embargo, los métodos de actuación no son todavía suficientes y las campañas propuestas tanto en medios de comunicación como en sanidad no logran adherir a todo el cupo de mujeres maltratadas.

No debemos cejar en el empeño de que la violencia de género puede ser erradicada, pero aún nos queda mucho camino por avanzar. La fragilidad que tiene una mujer maltratada se une a la edad avanzada dando lugar a graves consecuencias y evidentemente a una calidad de vida deplorable (Martínez, 2010). Si tenemos en cuenta el envejecimiento que sufre la población y si no ponemos solución a este problema, en unos años el número de mujeres mayores maltratadas podría ser superior al de jóvenes y adultas.

Desde todos los ámbitos sociales debemos replantear la situación y crear nuevos espacios dirigidos única y exclusivamente para estas mujeres, para que vean que tienen todo el apoyo de la sociedad y que pase lo que pase no van a estar solas.

Por último, debemos contemplar el aumento de investigaciones en este ámbito para poder encontrar las herramientas necesarias para su solución. Considerar nuevos enfoques y nuevas técnicas de captación de víctimas y aumentar y mejorar los apoyos ya existentes. La realidad es que muy a nuestro pesar cada día ve la luz un nuevo caso de violencia de género y a pesar de todos los esfuerzos siguen sin tener solución.

## Referencias

- Beaulaurier, R.L., Seff, L.R., Newman, F.L. y Dunlop, B. (2005). International barriers to help seeking for middle-aged and older women who experience intimate partner violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 53-74.
- Brandl, B. y Raymond, J.A. (1998). Family violence in later life, situations of elder mistreatment another form of domestic violence that requires interdisciplinary solutions. *Victimization of the elderly and disabled*, 1(1), 3-4.
- Cabrera, M. y Granero, M.J. (2011). Enfermería, maltrato de género y presencia de menores: redescubriendo nuestro papel. *Enfermería Global*, 22(1), 1-10.
- Carrilero, S., Martínez, J.M. y Flores, M.D. (2012). Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*, 27(1), 430-445.
- Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 57-64.
- Delgado, C. (2014). Percepción de la violencia de género en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 329-338.
- Desmarais, S.L. y Reeves, K.A. (2007). Gray, black and blue: the state of research and intervention for intimate partner abuse among elders. *Behavioral Sciences and the Law*, 25(1), 377-391.
- Fernández, M.C. (2004). Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las personas? *Atención primaria*, 34(1), 125-127.
- Fisher, B. y Reagan, S. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of elder women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
- Franzoi, N.M., Godoy, R.M. y Nunes, R. (2011). Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia. *Enfermagem*, 19(3), 1-9.
- Maños, Q. (2003). Violencia y personas mayores. Maltrato: algunas reflexiones para el debate. *Intervención socioeducativa*, 23(1), 91-101.
- Martínez, J.M. (2010). Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género. *ENE*, 4(2), 19-23.
- Ministerio de Sanidad, políticas Social e Igualdad (2015). Estadísticas de víctimas mortales por violencia de género. Extraído el 15 de Febrero de 2015 desde <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciagenero/portalestadistico/home.htm>
- Moreno, M., Sastre, G. y Hernández, J. (2003). Sumisión aprendida: un estudio sobre la violencia de género. *Anuario de psicología*, 34(2), 235-252.
- Osborne, R. (2008). De la violencia (de género) a las cifras de violencia: una cuestión política. *Empiria*, 15(1), 99-124.
- Rangel da Silva, L., Domingues, M., Mota, T., Rodríguez, M.A., Meneses, I.M. y Lemos, A. (2011). El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. *Enfermería Global*, 22(1), 1-11.
- Sánchez, C. (2013). Programa DAPHNE STOP V.I.E.W. contra la violencia hacia las mujeres mayores. *Trabajo Social global*, 3(5), 92-105.
- Tabueña, M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención psicosocial*, 15(3), 253-274.
- Walker, L.E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wilke, D.J. y Vinton, L. (2005). The nature and impact of domestic violence across age cohorts. *Affilia*, 20(3), 316-328.

## CAPÍTULO 76

### Repercusión de la soledad en el anciano

Lidia García Ruiz, Alda Aguilera Gázquez, y Cristina Hernández Guerrero  
*Servicio Andaluz de Salud (España)*

La vejez es la etapa de la vida más propensa a experimentar la soledad. Los seres humanos compartimos nuestra existencia con otros. La falta de compañía seguida de una serie de pérdidas tanto del trabajo, del cónyuge, de algunas capacidades físicas a las que conlleva la etapa de la vejez o aspectos tales como la jubilación etc..desencadenan que nuestros mayores experimenten la soledad.

Cuando este estado de soledad se alarga en el tiempo puede llevar al mayor a un estado de aislamiento y repercutir en su óptimo estado de salud

(Iglesias, 2001).

Diversos estudios realizados por la OMS ponen de manifiesto que se trata de un indicador de fragilidad del anciano el que éste viva solo. Teniendo en cuenta este criterio se puede determinar el grado en que el mayor se vale por sí mismo, así como también nos va a detallar si el mayor percibe sentimientos de soledad y dicho va a repercutir negativamente a su estado de salud (Gómez, 2003).

Las manifestaciones que produce la soledad en el anciano son: Sentimientos de tristeza, marginación social, mal humor, creencias de ser rechazado, angustia, entre otras...no son síntomas externos graves pero sí producen en el mayor gran carga emocional que altera el buen funcionamiento bio-psico-social del mayor (Sánchez.;Braza, 1992).

Puede entenderse la soledad en el mayor como la experiencia subjetiva que se produce cuando no está satisfecho o cuando sus relaciones no son suficientes; se describe como ésa sensación del anciano expresada como (percepción de sentirse solo), distinguiéndose de la soledad objetiva que se evidencia con la falta de apoyos y de compañía que el anciano tiene. De un anciano que experimenta sensaciones de malestar y tiene deseos de mantener un mayor contacto con los demás se dice que es un anciano en riesgo de padecer soledad, tanto desde una visión subjetiva como objetiva (Molinero, 1997).

La mayoría de las publicaciones consultadas coinciden en que soledad y aislamiento social no son los mismos términos, aunque muchas veces se emplean como sinónimos. Se define aislamiento como la objetividad (la falta de relaciones, el hecho de “estar solo”), en cambio, el término soledad da cabida a la subjetividad de quien siente o percibe dichos sentimientos o percepciones pero que si no se detectan a tiempo pueden conducir al aislamiento del mayor. (Rubio y Alexandre, 2001).

Así pues, son varios autores que apuntan que la soledad ha sido estudiada por tanto, desde varias perspectivas, como son: La soledad desde un punto de vista objetivo, subjetivo, como mecanismo de defensa, o como mecanismo de adaptación (Iglesias de Ussel, 2001; Walker, 1996; Domínguez-Alcón, 2001).

Como hemos dicho y como muestra la evidencia científica la soledad en los mayores es una realidad que viene marcada por diversos factores y también distintas causas.

En esta misma línea Laforest (Laforest, 1991) define tres crisis asociadas al envejecimiento. La primera crisis es la relacionada con la identidad, donde este autor expresa el deterioro de la autoestima que se produce con la sucesión de pérdidas que desencadena la etapa de ancianidad. La segunda crisis que se produce en el anciano es la de autonomía; el mayor tras el deterioro de algunas de sus capacidades físicas no va a poder realizar algunas actividades que anteriormente llevaba a cabo, sobre todo algunas actividades de la vida diaria como arreglarse y asearse por sí mismo, alimentarse, ir al baño, todo ello es lo que lleva al mayor a agudizar el sentimiento de soledad. No deja de ser menos importante mencionar

la crisis de pertenencia, esta nos la define Laforest (Laforest, 1991) como aquella experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que antes el mayor pertenecía, incluso viene marcada por el cese de su vida profesional, la jubilación y otros aspectos que afectan su parcela social.

Tras las revisiones realizadas todas coinciden en la existencia de unos recursos al alcance del mayor y unas estrategias existentes para afrontar tanto el marco objetivo de la soledad como el subjetivo. (Imsero, 2005).

### **Objetivo**

El objetivo de esta revisión bibliográfica (consultadas en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed y Cochrane las cuales coinciden), es poner en conocimiento de los profesionales sanitarios las estrategias para la identificación de la vulnerabilidad del sujeto ante la soledad, e implantar un tipo de educación conductual para determinar los recursos de los que dispone el anciano para realizar un envejecimiento activo y ampliar su vida social mediante actividades que estimulen su interés en diversos campos culturales, turísticos y de ocio. Al igual que demostrar que la soledad repercute en el anciano de forma bio-psico-social y acarrea la tendencia al aislamiento, provocando una disminución considerable de calidad de vida del anciano y favoreciendo su dependencia. De ahí la necesaria puesta en marcha de los profesionales sanitarios, sobre todo los que atienden desde atención primaria al mayor, para la identificación de los diagnósticos reales o de riesgo en los que como enfermeros podemos contribuir en gran medida.

### **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: Scielo, Pubmed-Medline, Cochrane, Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: “soledad”, “vejez”, “aislamiento”, “envejecimiento activo”, “marginación”.

En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron libros de consulta y revistas científicas, limitando la búsqueda a los artículos en español y en inglés. Por otro lado, se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones desde el año 2000 hasta 2014, obteniéndose un total de 30 estudios de los cuales la mayoría de ellos hacían referencia al factor psicosocial que la soledad lleva consigo.

### **Resultados**

Según las referencias consultadas los estudios coinciden en que las estrategias para afrontar la soledad están atendiendo a los recursos de los que se dispongan y de la sensibilidad e intereses de cada mayor. A veces los recursos como animar al mayor a participar en el desarrollo de actividades domésticas, a que vean la televisión, que escuchen la radio, motivarlos a retornar las prácticas religiosas que pudieron dejar de realizar o ciertas actividades de ocio que puedan desarrollar los mantienen alejados del sentimiento de soledad, otras veces tendremos que recurrir a otros recursos como las comunicaciones telefónicas, los centros destinados a mayores como clubes o centros de día, la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y; más raramente, las segundas parejas, constituyen recursos de los que se puede hacer uso para contribuir con el mayor a mejorar la percepción de la soledad manifiesta en éste (Martínez-Rodríguez, 2011).

La figura familiar es de vital importancia. Es considerada el punto de apoyo más fuerte y supone un recurso más importante con el que cuenta el anciano para luchar contra la soledad. La evidencia científica nos lleva a pensar que es de suma importancia potenciar y concienciar a la familia del mayor y a los cuidadores de que existen síntomas que expresan la clara aparición de sentimientos de soledad (Iglesias, 2001). Para ello se existen dos tipos de programas: Uno de ellos dirigido a ofrecer todo tipo de información (educación y entrenamiento) que les ayude a conocer mejor al anciano que están cuidando y otro programa dirigido a ofrecerles asistencia social y psicológica.

Para nuestros ancianos que no se socializan o habitan en residencias existe un programa mediante el que personas voluntarias hacen compañía a los mayores. Las personas que trabajan para ello se comprometen con la familia del mayor y con éste mismo a brindarle el apoyo o necesidades afectivas que el anciano pudiese necesitar en ausencia de su familia por los motivos que fuese. En la actualidad son bastantes las fuentes que nos muestran como cada vez la población se vuelca más con las actividades de voluntariado más o menos organizadas; cada vez son más las personas que ejerciendo la relación de ayuda satisface su propia necesidad de sentirse bien haciendo sentir bien al mayor (Sánchez y Braza, 1992). Entrar en la dinámica del voluntariado a muchas personas les hace participar también en las actividades propias de pertenecer a un grupo e integrarse en una estructura que le proporciona una serie de vínculos sociales previos al ejercicio del voluntariado, destinados especialmente a la coordinación y la formación.

En el ámbito social, la evidencia muestra la importancia que tiene que el mayor se relacione con otros colectivos, según los resultados obtenidos tener un núcleo de amistades amplio con el que compartir e intercambiar información o incluso poder realizar actividades de tiempo libre y ocio son recursos al alcance de nuestros mayores que combaten el sentimiento de soledad en el que a menudo este colectivo se ve inmerso (Molinero, 1997).

Desde el punto de vista multidisciplinar y teniendo en cuenta los avances en sanidad es desde Atención Primaria y con nuestra labor como enfermeros, junto con trabajadores sociales; desde donde se analiza la situación e identifica a los ancianos más vulnerables.

Los mayores son el colectivo que a menudo demandan más asistencia sanitaria y que suelen acudir más a su centro de salud; ya sea por la cronicidad de algunas patologías que presentan o bien por la aparición de otras nuevas; tanto desequilibrios como enfermedades de nueva aparición que le acontecen por la marcada edad.

Por ello la Atención Primaria cobra mucha importancia debido a que supone el primer encuentro con el mayor. Es desde Atención Primaria desde donde se identifican las necesidades que el anciano presenta, eso sí mediante una buena entrevista con el éste (Gómez, 2003).

Los profesionales sanitarios animan a este colectivo a que se exprese, inciden y dan confianza mediante una buena técnica comunicativa. Se ha demostrado que mediante todo esto y al animar al anciano a expresarse se está contribuyendo a la detección precoz, con lo cual mediante la buena coordinación e integración por parte del sanitario se pueden aplicar las medidas y recursos más apropiados a cada caso particular (a cada anciano).

Este proceso facilita la detección de la soledad en gran medida retardando la incapacidad a la que puede llevar y la dependencia que conlleva el sentimiento de soledad en el mayor (Rubio y Aleixandre, 2001).

Para identificar la vulnerabilidad del sujeto y analizar la situación, como enfermeros, nos ayudamos de diferentes modelos. Éstos nos indicarán el tipo de valoración que hemos de efectuar, los objetivos que tenemos que ponernos frente a cada uno de nuestros ancianos vulnerable a padecer soledad y cómo asumir la posible necesidades que el anciano no tenga cubiertas y pueda ser desencadenante de sentimientos de soledad (Puig, Lluch, y Rodríguez-Ávila, 2009).

La valoración se basará en detectar grupos de riesgo o ancianos vulnerables a padecer soledad, la atención individualizada, humanitaria e integral es la base de nuestra labor como enfermeros y desde donde tenemos que partir a la hora de la detección de la soledad. A menudo no es tarea fácil y requiere un abordaje multidisciplinar (Rubio y Aleixandre, 2001).

La evidencia al respecto muestra como desde el campo profesional los sanitarios nos basamos en la elaboración de una serie de Modelos de Necesidades Humanas que crearon unas teorizadoras como son y destacan: V. Henderson (1966), D. Orem (1980), Nancy Roper (1980), Logan y Tierny. Adoptaremos el modelo de V. Henderson para tratar las necesidades sociales y humanas; para identificar cualquier necesidad que la persona pueda presentar. Ésto se extrapola también en la detección precoz de la soledad

en el anciano, actuamos identificando problemas que el mayor puede presentar, marcándonos unos objetivos y reflexionando sobre unos determinados resultados una vez realizadas las intervenciones apropiadas a cada mayor centrándonos en los recursos disponibles y los intereses que éste tenga.

### Conclusiones

Se concluye que todos y cada uno de los recursos de los que se dispone en la actualidad para dar salida a la soledad en el anciano, no son igualmente válidos para cada uno, puesto que depende del alcance que cada persona tenga a ellos, de la sensibilidad e intereses del anciano. De ahí la importancia de la implicación sanitaria para detectar las necesidades del mayor y la posterior aplicación de medidas concretas en cada anciano, con el marcado interés e implicación de los profesionales sobre todo de atención primaria.

Pero no sólo la implicación sanitaria sino también la familiar como pilar básico, puesto que a las familias se debe explicar en qué consiste la enfermedad que puede llevar al sentimiento de soledad en el mayor, cuáles son los síntomas más frecuentes que suelen aparecer y como va a ir evolucionando con el paso del tiempo dicho sentimiento. Informarles sobre qué es lo que va a necesitar el anciano, qué se puede hacer por él/ella y que es lo que es capaz de hacer por sí mismo sin necesidad que los demás le ayuden.

Estamos de acuerdo con las revisiones sobre el tema en que; explicando a las familia la importancia de descubrir cuáles son las capacidades y habilidades de la persona que están cuidando y también reconociéndoselas y hablándoles de ellas ya estamos cuidando. Una vez que el anciano tenga conocimiento de estas capacidades, se le debe animar a ponerlas en práctica, para ello se le puede sugerir que realicen ciertas actividades que sí pueden llevar acabo y motivarlos a su realización. Ésto hace que los mayores sientan que se les valora y piensen que aún son capaces de hacer muchas cosas.

Los resultados de los diferentes estudios hasta nuestros días describen las diferentes estrategias que existen para abordar la soledad y la importancia que tenemos los profesionales sanitarios en ésta labor, ya que una buena valoración y una buena detección de la vulnerabilidad del anciano a padecer soledad, va a encaminar la eficaz solución de ella si ya existiese o incluso a favorecer la no aparición de ésta si se tratase de un anciano frágil y en riesgo de aislamiento.

Concluimos que la Atención Primaria es un pilar clave para el diagnóstico correcto del riesgo de soledad, ya que es el anciano el que con más frecuencia se dirige a las consultas por alguna patología crónica.

De ahí la importancia que tiene una buena formación en la detección de ésta, en la actualización constante del profesional que atiende a los ancianos y de la técnicas de comunicación, no sólo con éste, sino también con el entorno del anciano (ámbito familiar).

Sin embargo los estudios revisados no hacen gran mención a la educación sanitaria, por ello una propuesta interesante de este trabajo sería orientar y continuar fomentando la relevancia del sistema educativo, e influir más en la incorporación de profesionales altamente entrenados y cualificados en detección y trato al mayor susceptible de padecer soledad.

### Referencias

- Cervera, M.C. y Sáiz, J. (2001). *Actualización en geriatría y gerontología*. Jaén: Editorial Formación Alcalá.
- Cfr. Sánchez, J.L. y Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico-sensoriales en la depresión geriátrica. *Rev. Esp. Geriatría y Gerontología*, (27), 28-34.
- Gómez, J. (2003). *El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*. Madrid: Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad.
- Bosch, J.M.S. (1985). Envejecimiento: bienestar, salud y educación. *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 13(5), 340-342.
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis cualitativo*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- IMSERSO, (2005). *Cuidado a la Dependencia e inmigración: Informe de Resultados*. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO.
- Laforest, J y Llopis, M.C. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*, 8 (7), 301-310.
- Rodríguez, T. M. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 209-231.
- Molinero, S. (1997). Fragilidad en la esfera social. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 32(25), 5-21.
- Montorio, I., Yanguas, J. y Veiga, P.D. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. *Gerontología conductual: intervención y ámbitos de aplicación*, 6, 141-158.
- Puig, M., Lluch, M.T., y Rodríguez-Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(1), 23-28.





## CAPÍTULO 77

### Depresión e insomnio en el paciente oncológico

Dulcenombre Morcillo Mendoza, Francisco Javier Lozano Martínez, y Juana Morcillo García  
*Hospital Torrecárdenas (España)*

Los estados de depresión e insomnio pueden aparecer en el paciente oncológico desde que se le diagnostica la enfermedad y estos pueden influir en el afrontamiento de la enfermedad.

La depresión en pacientes oncológicos se ha asociado con los peores resultados clínicos y patológicos (Ciaramella y Poli, 2001; Deshields, Tibbs, Fas y Taylor, 2006; Groenvold, Peterson, Idler, Bjorner, Iayers y Mouridsen, 2007). De forma alternativa, se sugirió una relación causal entre el bienestar psicológico y el aumento de la expectativa de vida, en estos estudios se demostró que pacientes oncológicos asignados a un grupo de intervención psicosocial vivían más que pacientes de un grupo control (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989) (Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthie, Fahey et al., 1993)

En otros estudios posteriores no se pudo replicar (Lunningham, Edmons, Jenkins, Pollack, Lockwood y Warr, 1998; Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vicent, Guther et al., 2001).

La complejidad de la relación entre estado físico y emocional ha hecho necesario estudios para evidenciar los diferentes momentos de la enfermedad y tratamiento oncológico (Pagre, Hoffman, Theodoulou, Dosik y Massie, 1999; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund y Dahl, 2000; Padierna, Fernández, Amigo, García, Peláez et al., 2004; Helgesor y Tomich, 2005). Con estas investigaciones se obtenía que un porcentaje la respuesta emocional del paciente es patológica y la sensibilidad de los instrumentos o criterios diagnósticos (Rodgers, Martin, Morse, Kendell y Verril, 2005; Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez y Sirgo, 2008). Como también se determinaba qué grado de fiabilidad alcanzan las alteraciones emocionales de los pacientes (Burgess, Cornelios, Love, Graham, Richards y Ramírez, 2005; Groenold et al., 2007).

Los resultados actuales parecen sostener la importancia de la depresión en la respuesta terapéutica de los pacientes oncológicos (Chen y chang, 2004; Lloyd-Williams, Dennis y Thaylor, 2004).

El impacto que produce la palabra cáncer en los pacientes y su entorno es enorme. Esto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, que en ocasiones son tan importantes como la enfermedad que los ha producido. De ahí la importancia de la colaboración entre el personal sanitario.

El insomnio es un trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia sus consecuencias son negativas sobre la vida cotidiana por lo que la valoración y tratamiento temprano es prioritario.

De aquí la importancia de este estudio, la descripción de la presencia y evolución de los síntomas, estado emocional, ayudar en los efectos secundarios y también en la efectividad del tratamiento ya que la salud se entiende como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, cada vez los profesionales son más conscientes del papel que las emociones y las actitudes juegan en la curación del cáncer.

Las emociones y actitudes negativas para enfrentarse a la enfermedad pueden ser más dañinos y pueden interferir en el tratamiento de ahí que se intente hacer comprender al paciente que la sanación no es exclusiva de la medicina, sino del enfermo que juega un papel importante en ella.

Y unos queda claro que la presencia de trastornos psicopatológicos en pacientes oncológicos nos queda demostrado y documentado, pero no así tanto la identificación y tratamiento de estos trastornos que es más bien insuficientes, la consideración de caso, por ejemplo, la depresión, ansiedad e insomnio como manifestaciones normales, como también la falta de formación sanitaria para la detección de estos trastornos psiquiátricos aunque estos sean secundarios a los tratamientos oncológicos o a la misma

enfermedad ya que esta conlleva una larga evolución, con muchos tratamientos diferentes y con un pronóstico incierto.

La evolución de la enfermedad neoplásica va acompañada de angustias, náuseas, miedos y altos niveles de ansiedad, estos mantenidos en el tiempo hace que sus efectos sean perjudiciales al curso de la enfermedad. Por esto, el personal sanitario debe prestar atención a la presencia de síntomas tales como irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, problemas de atención o concentración, bajadas de rendimiento, inquietudes o preocupaciones excesivas y otros muchos más síntomas. Estos se pueden manifestar desde el momento del mismo diagnóstico, o en el transcurso de la enfermedad pero sin restar importancia en ambos casos para poder tratarlos, ya se ha quedado demostrado que en estos pacientes oncológicos disminuye su capacidad para aceptar el tratamiento y los efectos secundarios de los mismos.

### **Método**

La muestra estuvo formada por 69 pacientes oncológicos del Hospital Torrecárdenas (Almería) que acudieron a la consulta de oncología entre el mes de enero del 2012 y el mes de marzo del 2012, mediante estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y con carácter inferencial.

Se utiliza protocolo médico con el que se obtuvo la información sociodemográfica y clínica.

Entrevista, en la que se recoge información sobre: 1) Síntomas tales como, cansancio, náuseas, vómitos, alteraciones del sueño, dolor, estado emocional: ansiedad, depresión, fatiga.

2) Preocupaciones por el tratamiento, por el futuro de ellos mismos y de sus familiares y como último de la funcionalidad como sus relaciones personales, actividad laboral o doméstica, relación familiar y de pareja, cuidados personales, ocio y relaciones sexuales.

Se utiliza también cuestionario de 15 ítems.

1. ¿Cree que el cáncer es invencible? Sí/No
2. ¿Cree que el paciente puede luchar por su recuperación? Sí/No
3. Una vez diagnosticado de cáncer ¿cree que el paciente pierde todo el control sobre su vida? Sí/No
4. ¿Piensa que las emociones pueden influir en su rehabilitación? Sí/No
5. ¿Se siente impotente ante esta situación? Sí/No
6. ¿Cree que su familia y sus amigos se han distanciado de usted a causa de la situación? Sí/No
7. ¿Cree que las personas que le rodean no comprenden su situación? Sí/No
8. ¿Piensa que es una carga para los demás? Sí/No
9. ¿Permite que los demás realicen tareas que usted podría realizar? Sí/No
10. ¿Es su enfermedad su primer tema de conversación? Sí/No
11. ¿Está enfadado con su situación? Sí/No
12. ¿Se ve como una víctima? Sí/No
13. ¿Cree que el valor que tenía a la vida se ha perdido? Sí/No
14. ¿Se siente capaz de participar en las actividades cotidianas? Sí/No
15. ¿Se siente impotente ante la situación? Sí/No

Se utilizan escalas de depresión hospitalaria, escala del estado general y escala de saludo percibido. El paciente las valoras de 0 a 10 puntos de menos a más satisfacción en el momento de la evaluación.

La relación de los pacientes oncológicos se hizo consecutiva cuando acudían a la consulta, sin tener en cuenta el estudio de la enfermedad ni el tratamiento de ésta.

En la consulta se recogieron los datos clínicos y la valoración de la calidad de vida del paciente al inicio y final del tratamiento. Al paciente se le informo de los objetivos y procedimientos del estudio y se obtuvo su consentimiento.

### **Resultados**

El total de participantes fueron 69 pacientes de los cuales fueron 36 mujeres y 33 hombres, con una edad media de 53,9 años.

La mayoría de los pacientes estaban casados, un 75 %.

La situación laboral de los pacientes era de baja laboral, 49 %, amas de casa 33% y jubilados 18%.

La valoración del estado general, la calidad de vida y saludo percibida fue de 5,6 puntos de un máximo de 10.

Los síntomas que destacaron durante el proceso fue la alteración del sueño que afecta a un 63% con consecuencias negativas ante la actividad cotidiana y calidad de vida, destacando la mujer con mayor dificultad para dormir. El cansancio fue de un 57,9%.

Las alteraciones emocionales y preocupaciones entre 20-45%, presentaron trastorno depresivo observando que las mujeres era dos veces más que en los hombres, en cuanto a la variable sexo entre los diferentes rangos edad no se ven diferencias significativas.

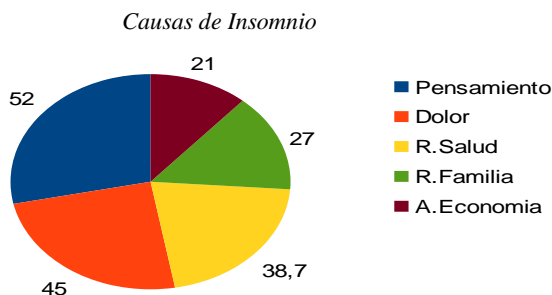
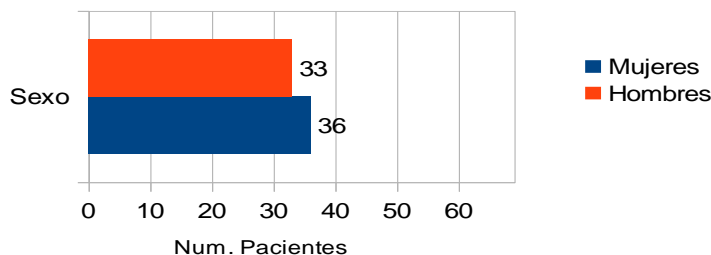
Las variables relacionadas con la funcionalidad de los pacientes destacan interrupción de la actividad laboral y los cambios en sus actividades de ocio.

Las alteraciones en las relaciones sexuales también estuvieron presentes un 31% pero no refirieron cambios en su vida familiar ni en la relación con su pareja.

De los pacientes que padecieron insomnio (63%) se atribuye el 52% a los pensamientos, dolor 45%, aspectos acerca de la salud 38,7%, aspectos relacionados con la familia 33%, efectos físicos de la enfermedad 27%, aspectos emocionales 21%.

En relación a los pacientes que sufrieron alteraciones emocionales entre 20-45%, padecieron ansiedad un 68%, depresión 13%, trastorno mental 8%.

DIAGNOSTICO	CASOS %
Insomnio .....	63%
Ansiedad .....	68%
Depresión .....	13%
Trastorno Mental .....	8%



## **Discusión**

Se podría decir que el cáncer es una amenaza real, tiene repercusiones psicosomáticas que lo diferencian del diagnóstico en la población en general.

Los resultados que hemos obtenido son comparables a otros obtenidos con pacientes oncológicos (Groenvold, Fayers, Spagers, Bjorner, Klee, Aaronson et al., 1999). También en pacientes con cáncer de pulmón informes de mayor afectación psicológica como los observados por otros autores (Stommd, Kurtz, Given, 2004; Murillo y Pedrosa, 2006) autores sugirieron intervenciones para mantener rutinas y actividades que son importantes para el paciente para así llevar mejor el desarrollo de la enfermedad. (Caosib, Gro, Maciejewski y Bultz, 2010; Fernández et al., 2010)

Las características específicas a esta enfermedad, tanto médicas como psicológicas, así como los efectos del tratamiento dificultan la realización de un diagnóstico psicopatológico, por lo que es muy importante una anamnesis es fundamental para diferenciar tanto el tipo de trastorno del estado del ánimo como sus causas. Las manifestaciones clínicas o síntomas de depresión es básico hacer un diagnóstico diferencial.

Existen escasos estudios en relación a las alteraciones del sueño que presentan los pacientes oncológicos, es necesario crear medias de fácil aplicación para estos trastornos.

Los trastornos del sueño son comunes, siendo por ello necesario aplicar medias de fácil administración que detecten los mismos para poder actuar lo antes posible para mejorar el bienestar del paciente oncológico.

El principal diagnóstico y tratamiento de la depresión en el paciente oncológico, ya que puede influir de forma negativa en aspectos tales como, duración de la hospitalización, en los autocuidados, la calidad de vida, el cumplimiento terapéutico.

El diagnóstico de depresión es más alto en pacientes que tienen dolor con lo que queda patente la necesidad de realizar un tratamiento multimodal que englobe medidas psicoterapéuticas y farmacológicas, al igual que seguir realizando estudios que determinen con veracidad la prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y del sueño en pacientes con cáncer.

Es necesario forma la persona sanitario asistencial para la precoz detección de estos síntomas y de esta forma actuar consecuentemente en beneficio del bienestar del paciente.

Otros estudios han utilizado muestras que incluían pacientes en fases diferentes de la enfermedad y tratamiento, donde se veía discrepancia donde la ansiedad y depresión como predictores de la evolución clínica del paciente oncológico (Stommel et al., 2004; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor 2006; Groenvold et al., 2007)

En consecuencia debemos dar relevancia a las alteraciones emocionales referidas por los pacientes en el momento de la enfermedad y por las implicaciones terapéuticas que se derivan. Por eso en tratamientos de quimioterapia se sugiere que lo más eficiente son intervenciones dirigidas a mantener unas rutinas y actividades que resultan valiosas para el enfermo (Carlson, Gro, Maciejewski y Bultz, 2010; Fernández et al., 2010).

Para futuras investigaciones, quedan muchas inquietudes de la relación entre los conocimientos de los distintos niveles de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño en los pacientes con cáncer así, éste se beneficia de intervenciones psicoterapéuticas orientadas a disminuir estos trastornos.

Una de las principales causas de alteración psicológica en pacientes con cáncer es la percepción de la cercanía de la muerte, el miedo a cómo evoluciona la enfermedad, la falta de creencias asociadas a la misma, el sufrimiento propio y de familiares unido a la dificultad de expresar los miedos, sentimientos y preocupaciones e incluso problemas económicos como dejaron reflejado (Knapp, Delgado, 1990) y en investigaciones por Mate et al; 2004, es primordial para realizar un diagnóstico establecer si el trastorno de ansiedad viene de la enfermedad médica, por ejemplo, cambios metabólicos, dolor, complicaciones o de la medicación o tratamiento (quimioterapia/radioterapia) o consumo de sustancias.

## Referencias

- Bellver, A., Sánchez-Cánovas, J., Santaballa, A., Munárriz, B., Pérez-Fidalgo, J., y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Gil, F., Costa, G., Pérez, F.J., Salamero, M., Sánchez, N., y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *I30(3)*, 90-92.
- Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- López-Roig, S., Terol, M., Pastor, M., Neipp, M., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín-Aragón, M., y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión: validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 127-155
- Martínez, M., Méndez, C., y Ballesteros, P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica*, 3(2), 231-246.
- Maté, J., Hollenstein, M., y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Murillo, M., y Pedraza, J.D. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2-3), 377-392.
- Novoa, M., Caycedo, C., Aguillón, M., y Suárez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 177-192.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M., y Massie, M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and Medical Oncology gear up for managed care. Psychosomatics*, 40(1), 64-69.
- Piñeros, M., Sánchez, R., Cendales, R., Perry, F., Ocampo, R., y García, O. (2008). Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Revista Colombiana de Cancerología*, 12(4), 181-190.
- Rabin, C., Leventhal, H., y Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease timeline predicts posttreatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology*, 23(4), 407-412.
- Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S., Skovlund, E., y Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34.
- Stommel, M., Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., y Given, B.A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*, 23(6), 564-573.
- Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., Yanagita, H., (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation Medicine*, 26(7), 396-40.
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp, M., y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), 111-122.
- Walker, M.S., Zona, D.M., y Fisher, E.B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology*, 15(8), 684-693.
- Yañez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C., Kwan, L., Ganz, P., y Blank, T. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-741.



## CAPÍTULO 78

### **La motivación en la edad adulta: Influencia en el desarrollo de las competencias del paciente en la terapia ocupacional y fisioterapia**

Marta María Moya Lara, Inmaculada Quiralte Jiménez, y Rosa Gema Muñoz Muñoz  
*Servicio de Salud de Castilla la Mancha, Residencia de Mayores "Los Molinos" (España)*

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2014).

En 2008, el 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declaró alguna discapacidad y unas 290.530 personas vivían en centros residenciales, hospitales psiquiátricos, gerontológicos y otros centros para personas con discapacidad, según se recoge en el trabajo de Esparza (2011).

Según datos del IMSERSO (2012), hay un total de 5.177 centros residenciales en España de distintos tipos de titularidad y en la gran mayoría de los centros residenciales se cuenta con la intervención rehabilitadora aplicada desde Fisioterapia y Terapia Ocupacional, con los objetivos principales, según define Rodríguez (2009), de: Acrecentar el equilibrio biosocial, aumentar el grado de independencia funcional en las actividades básicas cotidianas, aminorar incapacidades y enseñar cómo utilizar capacidades residuales, incrementar la movilidad articular y la fuerza muscular, disminuir los sentimientos de minusvalía, aliviar los dolores del sistema osteomioarticular y en definitiva: Mejorar la calidad de vida.

Desde Fisioterapia y Terapia Ocupacional se buscan propiciar conductas que dirijan a las personas mayores institucionalizadas a favorecer una mejora concreta en el ámbito físico y funcional, sin embargo, hacer que estas desarrollen esas conductas deseadas no se rige por ningún tipo de protocolo o guía conocida, así se plantea la siguiente cuestión: ¿Por qué ocurre la conducta?. Como sugieren Sancho, Blasco, Martínez-Mir, y Palmero (2002): Este ¿por qué?, hace referencia directa al concepto de motivación.

Se considera, que la conducta viene influenciada por la motivación, así la actividad en las que las personas mayores deciden involucrarse y con las que se comprometen está íntimamente relacionada con su grado de motivación, esta motivación es independiente de la edad, el sexo, la cultura...es personal y es necesario en muchas ocasiones saber encontrarla, saber despertarla y saber trabajarla para llegar a conseguir los objetivos propuestos con cada usuario.

A partir de la década de los sesenta proliferan una serie de modelos que intentar explicar las estrechas relaciones entre factores motivacionales y conducta, o entre conocimiento, motivación y actividad (Barberá, 2002).

La motivación, es un elemento fluctuante, inacabable, y complejo (Maslow, 1991); se puede entender como un término que utilizamos cuando queremos describir las fuerzas que actúan en un organismo (sobre o dentro de él), para dar lugar al inicio de la conducta y para dirigir la misma.

La expresión motivación era a menudo empleada popularmente para designar las causas o el por qué del comportamiento (Utría, 2007).

Cuando se llega a mayor, una de las características que acompaña a la vejez suele ser la apatía, que se define como “pérdida de motivación” (Marín, 1990).

La apatía debe considerarse clínicamente manifiesta cuando: “existe evidencia de pérdida de motivación en relación con la edad y cultura del individuo; y cuando la pérdida de motivación interfiera con el funcionamiento psicosocial del individuo, según Marcelo y Berthier (2005).



Es esta interferencia la que va a condicionar la implicación de los usuarios en los tratamientos rehabilitadores propuestos desde Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

Se pretende así, llevar a cabo una búsqueda bibliográfica para determinar los estudios existentes en cuanto a la influencia que estos aspectos motivacionales pueden tener en el desarrollo de las competencias del paciente desde estas dos disciplinas.

### **Objetivo**

El objetivo general es: Determinar la influencia que tiene la motivación en el desarrollo de las competencias del paciente en las intervenciones rehabilitadoras llevadas a cabo desde Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

Como objetivos específicos se pueden resaltar:

- Explorar si la motivación es considerada un elemento influyente en la consecución de objetivos propuestos en los tratamientos propuestos desde estas dos disciplinas.
- Determinar si existen trabajos específicos desde estas disciplinas que intervenga directamente en la motivación para conseguir otros fines físicos y funcionales asociados.
- Precisar la influencia que puede tener la motivación en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida.
- Determinar si realmente se ha valorado o se ha tenido en cuenta su relevancia en la aplicación de los tratamientos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

### **Métodología**

En un esfuerzo por explorar estudios relacionados con esta hipótesis, se lleva a cabo una búsqueda sistemática a través de 3 bases de datos aplicadas a ciencias sociales y de la salud como son: Pubmed-Medline, La Biblioteca Cochrane Plus y LILACS.

En todas las fuentes de información se ha llevado a cabo una consulta en la forma simple.

Los descriptores utilizados para definir el criterio de búsqueda, definidos en términos MESH y utilizando como operador booleano AND, ha sido para todas las bases de datos el siguiente: “physical therapy AND occupational therapy AND motivation AND aged”.

Destacar que de los 75 resultados encontrados en total, se ha aplicado un filtro para rescatar aquellas publicaciones de los últimos 5 años para contar con la información más actual posible, de esta manera, la búsqueda se limita a 26 referencias encontradas.

Las referencias encontradas se han sometido al siguiente análisis para la obtención de resultados:

- Lectura del resumen abierto públicamente en la propia base de datos.
- Reflexión sobre su contenido y la relación existente con la línea de investigación determinada según criterios de búsqueda.
- Determinar la inclusión o no de cada referencia bibliográfica según su significación en cuanto a la línea de investigación.

En relación a los criterios de selección se consideran los siguientes:

- Criterios de inclusión: Que hagan referencia a la motivación en geriatría en el título, en el resumen o en las palabras clave. Referencias comprendidas entre los años 2010 y 2015 ambos incluidos. Aquellos artículos cuyo resumen esté directamente relacionado con el objetivo de estudio propuesto.
- Criterios de exclusión: Artículos que no sean específicos de geriatría. Aquellos en los que no se contemple la implicación de al menos una de las dos disciplinas profesionales de interés: Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

## Resultados

Los resultados obtenidos en cada una de las bases de datos consultadas se reflejan en la siguiente tabla:

*Tabla 1. Resultados obtenido de búsqueda en las bases de datos consultadas*

BASES DE DATOS	Descriptor de búsqueda	TOTAL	Límites
PUBMED (Medline):	“physical therapy AND occupational therapy AND motivation AND aged”.	25	Últimos 5 años
La Biblioteca Cochrane:	“physical therapy AND occupational therapy AND motivation AND aged”.	0	Últimos 5 años
LILACS:	“physical therapy AND occupational therapy AND motivation AND aged”.	1	Últimos 5 años

De los 26 artículos explorados, se han tenido que rechazar 18, por no estar directamente relacionados con población mayor, ni sus objetivos, métodos y resultados estaban asociados a ancianos, ni tampoco con el resto de palabras clave que definen el criterio de búsqueda seleccionado, entre ellos se encuentran estudios de otra índole, como son:

- Los efectos de un programa de promoción de la salud para adultos desempleados elaborado por Herbig, Glaser y Angerer (2012).
- Un programa de footing para mujeres inactivas mayores de 45 años por Pfister, Niedermann, Sidelnikov y Bischoff (2013).
- Los beneficios de la terapia spa para minimizar síntomas psicológicos del desgaste laboral llevado a cabo por Basche, Leibstseeder y Marktl (2010).
- Efectos psicosociales de la participación en actividades físicas de niñas en edad escolar desarrollado por Foran, Cermak y Spruijt (2013).
- El impacto del cáncer infantil en la salud ocupacional de Wakefield, McLoone, Evans, Ellis y Cohn (2014).
- Los efectos de la post-rehabilitación de la mano pléjica en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular en cuanto a perspectivas de recuperación, elaborado por Sabani, Dijkers y Raghavan (2013).
- Entre otras. Este último estudio no se incluye en los criterios de búsqueda al no especificar la edad a la que se aplica y no poder concluir que es un estudio propio de población mayor.

En esta revisión se encuentran estudios tal como:

- Estudiar los efectos de la rehabilitación en patología cardíaca y accidente cerebrovascular, de Hillsdon, Kersten y Kirk (2013).
- La relación entre los trastornos del sueño y las actividades en centros de hogares de ancianos, por Garms-Homolavo, Flick y Röhsch (2010).
- La reducción del consumo de benzodiacepinas en adultos mayores a través de educación directa al paciente, llevado a cabo por Tannenbaum, Martín, Tamblyn, Benedetti y Ahmed (2014).
- Las perspectivas de pacientes mayores a la hora de reanudar la vida cotidiana después de la hospitalización, elaborado por Bontje, Asaba, Tamura y Josephsson (2012).
- El papel de la terapia ocupacional en el tratamiento de problemas del sueño en adultos mayores, propio de Leland, Marcione, Schepens, Kelkar y Fogelberg (2014), encontrado en la referencia 18 del anexo.

Se observa que a pesar de encontrar la relación de estas referencias con la población mayor y en algunos casos con las disciplinas de interés, no se encuentra ninguna asociación con el factor motivacional, al igual que con el trabajo junto de las disciplinas exploradas.

Se destacan 3 referencias que se aplican a población mayor y donde se contempla la motivación como aspecto relevante en el proceso de intervención:

- Estudio donde se aplica un programa de rehabilitación específico: Enhanced Medical Rehabilitation (EMR) a 26 adultos mayores ingresados en estancia hospitalaria con distinto grado de discapacidad física-funcional, donde Lenze et al. (2012), buscaban como objetivo aumentar su participación y la intensidad de la misma en sesiones de rehabilitación de terapia física y ocupacional diarias, con el objetivo de mejorar los resultados funcionales. Es un

estudio llevado a cabo sobre las bases de la motivación y el cambio de comportamiento, en el cual se concluye que EMR mejoró la intensidad y la participación en las sesiones de las distintas terapias llevadas a cabo en comparación con la rehabilitación estándar, mejorando así la recuperación de la muestra estudiada en velocidad de la marcha, distancia recorrida y tiempo invertido en ella, mejoría de la puntuación Barthel Index.

- Estudios sobre la influencia de los factores de motivación en adultos mayores para la prevención de caídas, por de Groot y Fagerström (2011). Se asocia esta correlación a la hora de que los adultos mayores se comprometan a participar en ejercicios grupales llevados a cabo en la comunidad local. Los resultados mostraron los factores de motivación principales así como las barreras que conlleva la falta de motivación. Este estudio sugiere una mayor implicación de todos los profesionales de la salud en la motivación de los adultos mayores para asistir a grupos de ejercicio principalmente.

- El último estudio de Alegría, Castillo, Del Solar, Varas, Gómez y Gutiérrez (2013), se centra en los factores que inciden en la participación social del adulto mayor en actividades físico-recreativas. Se valora la motivación como un aspecto facilitador en este proceso, entre otros como el intercambio de recursos no tangibles, el cuerpo vivido, trayectoria de vida, habituación y la accesibilidad. Se concluye, en cuanto a la motivación intrínseca, que las características de los programas (dificultades) que los que se involucran, favorecen la participación de los clientes y por consiguiente mantener las actividades o no.

Aunque en estas últimas referencias exploradas no existe una clara correlación de la intervención conjunta de Fisioterapeutas y Terapeutas ocupacional, no deja de ser significativa y relevante la consideración de la motivación como elemento a considerar en la consecución de mejoras a nivel físico-funcional a través del compromiso en la implicación de los tratamientos propuestos.

## Discusión

Con las aportaciones de Lenze et al. (2012), se concluye que no solamente a través de modificar la intensidad y el compromiso en la participación se puede llegar al éxito rehabilitador, la obtención de buenos resultados, favorecer una eficacia personal del cliente y un mejor dominio en la consecución de los objetivos propuestos a través de las actividades, serán elementos motivadores que ayudarán al proceso rehabilitador.

Y con las del estudio de Alegría et al. (2013), se señalan como factores relevantes que inciden en la participación social del Adulto Mayor en Actividades Físico-Recreativas: “el intercambio de recursos no tangibles, motivación, cuerpo vivido, trayectoria de vida, habituación y accesibilidad”, sin olvidar que siempre será importante el significado que cada persona le da a cada actividad.

Para finalizar, es necesario resaltar según los resultados obtenidos que es muy baja la producción científica existente sobre la relevancia del factor motivacional en la participación de fisioterapia y terapia ocupacional para la consecución de los objetivos propuestos rehabilitadores.

Sin embargo los pocos estudios analizados revelan el papel significativo que puede tener el factor motivacional, para considerarlo de interés a la hora de llevar a cabo planes de atención individualizada en el ámbito de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en adultos mayores.

Se considera que este análisis siempre puede ser enriquecido incluyendo en la búsqueda más bases de datos para la localización de más referencias bibliográficas asociadas al criterio de búsqueda.

## Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Envejecer bien, una prioridad mundial. Ginebra: *The Lancet*. Recuperado (19-3-15) de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
- Esparza, C. (2011). Discapacidad y dependencia en España. Madrid, *Informes Portal Mayores*, (108), 1-20. Recuperado (19-3-15) de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2012). *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rodríguez, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5), 0-0. Recuperado (19-3-15) de: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_5\\_09/san14509.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san14509.pdf)
- Sancho, C., Blasco, M.J., Martínez-Mir, R. y Palmero, F. (2002). Análisis de la motivación para el estudio en adultos mayores. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10).

- Barberá, E. (2002). Modelos explicativos en psicología de la motivación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10). Recuperado (20-3-15) de: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe7630705102/texto.html>
- Maslow, A.H. (1991). Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Utria, O. (2007). La importancia del concepto de motivación en la psicología. *Rev Digital Psicol. Suma Digital Psicol*, 2(3), 55-78. Recuperado (20-3-15) de:  
[http://www.konradlorenz.edu.co/images/publicaciones/suma\\_digital\\_psicologia/3\\_motivacion\\_oscar\\_utra.pdf](http://www.konradlorenz.edu.co/images/publicaciones/suma_digital_psicologia/3_motivacion_oscar_utra.pdf)
- Marín, R.S. (1990). "Differential diagnosis and classification of apathy". *Am. J. Psychiatry*, 147, 22-30.
- Marcelo, L. y Berthier, T. (2005). Capítulo 15: Neuropsiquiatría de la motivación y emoción. Recuperado (20-3-15) de:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/15\\_neuropsiquiatria.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/15_neuropsiquiatria.pdf)
- Herbig, B., Glaser, J. y Angerer, P. (2012). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(23-24), 413.
- Pfister, P.B., Niedermann, K., Sidelnikov, E. y Bischoff-Ferrari, H.A. (2013). Active over 45: a step-up jogging programme for inactive female hospital staff members aged 45+. *The European Journal of Public Health*, 23(5), 817-822.
- Blasche, G., Leibetseder, V. y Marktl, W. (2010). Association of spa therapy with improvement of psychological symptoms of occupational burnout: a pilot study. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*, 17(3), 132-136.
- Foran, A.C., Cermak, S.A. y Spruijt-Metz, D. (2013). Psychosocial Determinants of Participation in Moderate-to-Vigorous Physical Activity Among Hispanic and Latina Middle School-Aged Girls. *Hispanic Health Care International*, 11(3), 142-148.
- Wakefield, C.E., McLoone, J.K., Evans, N.T., Ellis, S.J. y Cohn, R.J. (2014). It's More than Dollars and Cents: The Impact of Childhood Cancer on Parents' Occupational and Financial Health. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 602-621.
- Sabani, R.C., Dijkers, M.P. y Raghavan, P.J. (2013). Stroke survivors talk while doing: development of a therapeutic framework for continued rehabilitation of hand function post stroke. *Hand Ther.*, 26(2), 124-30.
- Hillsdon, K.M., Kersten, P. y Kirk, H.J. (2013). A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack. *Clinical rehabilitation*, 27(9), 845-853.
- Garms-Homolová, V., Flick, U. y Röhnsch, G. (2010). Sleep disorders and activities in long term care facilities—A vicious cycle?. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 744-754.
- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A. y Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 890-898.
- Bontje, P., Asaba, E., Tamura, Y. y Josephsson, S. (2012). Japanese Older Adults' Perspectives on Resuming Daily Life During Hospitalization and After Returning Home. *Occupational therapy international*, 19(2), 98-107.
- Leland, N.E., Marcione, N., Niemiec, S.L.S., Kelkar, K. y Fogelberg, D. (2014). What is occupational therapy's role in addressing sleep problems among older adults?. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(3), 141-149.
- Lenze, E.J., Host, H.H., Hildebrand, M.W., Morrow-Howell, N., Carpenter, B., Freedland, K. E. y Binder, E.F. (2012). Enhanced medical rehabilitation increases therapy intensity and engagement and improves functional outcomes in postacute rehabilitation of older adults: a randomized-controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(8), 708-712.
- de Groot, G.C.L. y Fagerström, L. (2011). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 153-160.
- Alegría, P., Castillo, N., Del Solar, P., Varas, J., Gómez, S. y Gutiérrez, P. (2013). Factores que inciden en la participación social de los adultos mayores en actividades físicas recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(1), 59.



## CAPÍTULO 79

### Consecuencias en la salud de las personas ancianas que sufren malos tratos en el hogar

Concepción Aroca-Montolío\*, Concepción Ros Ros\*\*, y Jacobo Sánchez López\*\*\*  
\*Universidad de Valencia (España), \*\*Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (España),  
\*\*\*Docendo, Grupo Valesport (España)

En el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002a), se correlacionó salud y violencia destacando aquella que se ejerce sobre otras personas, (incluido el ámbito familiar), al poder causar graves consecuencias tanto en quienes la sufrían directamente como en los testigos, independientemente que se tratase de violencia a ascendientes a descendientes o en la pareja. Porque de hecho, más allá de las muertes de las víctimas como el acto violento más brutal, aparecen consecuencias realmente graves debido a las lesiones que sufren las víctimas, por lo cual, “un porcentaje incalculable de personas pueden sufrir alguna forma de discapacidad o pueden desarrollar enfermedades crónicas, lo que representa una carga importante para los sistemas de salud y económico de las distintas sociedades” (Caballero y Ramos, 2004, p. 23).

El término de violencia contra ancianos en la familia, según Aroca (2010), surge a finales de los años 70, que Suzanne Steinmetz (1978), en su artículo: *Battered parents*, estableció un síndrome de negligencia de los hijos adultos que abusaban de sus progenitores ancianos en situación de desamparo y/o dependencia. Pero, no sería hasta la década de los años 80 cuando se acuñaría el término de *elder abuse* (Bazo, 2003), coincidiendo en la década en que en Europa se inició la principal producción científica sobre esta violencia, primero en el ámbito familiar y luego institucional. Según Arellano, Garreta y Cervera (2006), en 1989 apareció el primer estudio de la OMS, donde se establecieron los criterios y bases para la detección primaria de malos tratos de la que se responsabilizaba al cuerpo médico, con el objetivo de proteger el bienestar físico y psíquico de los ancianos; especialmente de los ancianos dependientes (Rueda et al., 2008). Quizás, por ello, gran parte de los estudios realizados sobre maltrato familiar a ancianos se centren en los factores de riesgo existentes y la detección preventiva de posibles casos (Tabueña, 2006).

Sin embargo, en España no es hasta el siglo XXI cuando aparece el protocolo marco para abordar el maltrato a los ancianos (Aroca y Rodríguez-Gutiérrez, 2014); no obstante, en el II Plan Nacional Contra la Violencia Doméstica (2001-2004) no se hizo referencia a este tipo de violencia familiar cuando, y además, dentro de la Unión Europea, España era el sexto país miembro con mayor número de ancianos después, por ejemplo, del Reino Unido, según el informe emitido por el INSERSO en el año 2000.

#### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es una revisión sobre las causas y las consecuencias de la violencia contra los ancianos en la familia, a manos de cuidadores y familiares (excluyendo la violencia en la pareja).

Esta revisión se centrará en:

- (a) analizar la evolución histórica y conceptualización de la violencia contra ancianos en la familia;
- (b) su prevalencia;
- (c) detectar las principales características de víctimas propicias y agresores y,
- (d) exponer las consecuencias en la salud de los ancianos que sufren malos tratos.

### **Metodología**

Se ha realizado una revisión en bases de datos como: PSYCHO-SEARCH, MEDLINE PLUS, EBSCOHOST, PsycINFO, CINDOC, entre otras, de artículos y libros publicados desde 1970 hasta 2014.

Los descriptores utilizados fueron: violencia contra ancianos, víctima propicia, violencia familiar, perfil del agresor, consecuencias de la violencia en la salud.

El tipo de fuente seleccionada fueron libros y revistas científicas, limitando la búsqueda a los idiomas español e inglés.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Los resultados obtenidos se recogen en cuatro apartados correspondientes a los objetivos propuestos.

#### *Las claves del concepto de violencia intrafamiliar*

Se considera importante conceptualizar el maltrato familiar donde víctimas y agresores pueden mantener un vínculo: biológico, afectivo, de convivencia o civil, y toda persona que esté vinculada laboralmente con la víctima (cuidadores) (Aroca e Ibáñez, 2014).

Existen numerosas definiciones generales sobre los tipos de violencia en el ámbito intrafamiliar como:

[...] los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida, generalmente, a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (Fernández et al., 2003, p. 11).

[...] todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación (Corsi, 1994, p.30).

Pero, referidas a las víctimas ancianas:

"[...] cualquier acto u omisión sufrido por personas mayores de 65 años, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluyendo también los principios de autonomía y otros derechos humanos" (Declaración de Almería, 1995; citado en Boixadera y Anton, 2004, p.2).

"[...] como cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar [...], que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente" (Primera Conferencia de Consenso, 1995; citado en Adam y Verdú, 2014, p. 13).

Algunos trabajos revisados sobre la violencia familiar (Aroca y Rodríguez-Gutiérrez, 2014; Bazo, 2003; Echeburúa y Corral, 1998; Fernández y García, 2007; Moya y Barbero, 2005) destacan características específicas que amplían el concepto de violencia intrafamiliar y crean un marco teórico propio del que se debería partir para elaborar una concepción integradora del maltrato contra personas ancianas que permita diseñar actuaciones de prevención:

-La violencia puede aparecer en cualquier tipo de familia.

-El agresor puede ser un sujeto que esté completamente integrado y sus víctimas solo localizarse en el hogar.

-Existen unas variables que correlacionan positivamente con la violencia familiar como son la edad y el sexo de la víctima y del agresor, siendo los más vulnerables los niños, las mujeres y los ancianos.

-La frecuencia de los episodios de malos tratos los decide el agresor, independientemente de la actitud o conducta de la víctima.

-La víctima vive en una situación de amenaza permanente que puede hacerle temer por su seguridad personal de forma constante e inesperada.

-La víctima va experimentando un proceso de despersonalización, dependencia, culpabilidad, baja autoestima, impotencia, pasividad o bloqueo ante el maltrato (teoría de la indefensión aprendida).

-El maltrato puede incrementarse en frecuencia, intensidad y tipos de violencia con el transcurso del tiempo.

-Pueden aparecer tipos de violencia combinados en un mismo acto violento; determinando que la psicológica está en todo acto violento ya sea sexual, físico, negligencia/abandono o económico.

Por tanto, la víctima está expuesta y sometida a una violencia reiterada, malos tratos que pueden ser cada vez más contundentes, adoptándose diferentes tipos de malos tratos con el transcurso del tiempo. En ocasiones los agresores no consiguen sus objetivos: causar daño, perjuicio, malestar en la víctima o conseguir tener poder, control y dominio sobre ella, para clasificar una relación interpersonal de maltrato debemos partir de que “son conductas que tendrán potencialmente efectos nocivos sobre la víctima, y probablemente se den en un contexto de imposición de control, pero que resultan maltratantes en sí mismas, incluso si sus efectos y sus intenciones no son negativos” (Beyebach, 2007, p.19). Es decir, desde la Victimología se habla de maltrato aunque:

a. la violencia ejercida no presente consecuencias diagnosticables en la víctima, o las pueda presentar en el futuro;

b. se ejerza solo un tipo de maltrato físico y/o económico, debemos contemplar que la víctima sufre, al mismo tiempo, la violencia psicológica o emocional;

c. el agresor no tenga intención de dañar o desconozca las consecuencias de sus conductas en la víctima; y,

d. la persona maltratada no se sienta amenazada, intimidada y controlada.

#### *Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra las personas ancianas*

La *Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse* (2002) y el *National Center of Elder Abuse* (1996) establecieron que el porcentaje de ancianos que sufrían maltrato en la familia era entre el 6% y 5%, advirtiendo que existía un efecto iceberg porque solo 1 de cada 5 de los casos se conocía.

Al respecto, y en España, según Pérez-Nálera (2010) el 8,9% de ancianos sufren algún tipo de maltrato, solo el 3,1% interponen denuncia o buscan ayuda. Asimismo, el estudio de Pérez-Cárceles et al. (2009) concluye que el 45% de los ancianos de su muestra pueden clasificarse como población en riesgo o sospecha de maltrato. Y, según Adam y Verdú (2014) la prevalencia es “entre un 4 y un 6%, aunque hay estudios que hablan de sospecha de más del 11%, sin confirmación de abuso” (p. 14). Asimismo, en el trabajo de Iborra (2008), el 0,8% de ancianos estudiados declaran haber sido víctimas de algún tipo de maltrato y, un 4,5% de sus cuidadores declaran haberles maltratado (exceptuando la violencia sexual), concluyéndose que la percepción del anciano de ser víctima es considerablemente inferior respecto a los cuidadores.

En esta línea, según el Ayuntamiento de Barcelona, el 8% de los ancianos atendidos por Servicios Sociales, sufría malos tratos en el hogar (Coma et al., 2007); y, un estudio de la Universidad del País Vasco concluyó que el 4,7% de los ancianos que recibían atención social domiciliaria había sufrido algún tipo de maltrato (Aroca y Rodríguez-Gutiérrez, 2014). Además, Boixadera y Anton (2004) indican que un informe de la *Conselleria de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya* (1995) concluía que el 24% de los ancianos que utilizaban los servicios sociales habían sido objeto de maltratos físicos, y que el 46% habían sido víctimas de violencia económica en sus hogares. Dichos porcentajes, toman mayor notabilidad si atendemos a los resultados expuesto por Coma et al. (2007) donde, un 25% de ancianos sufren maltrato en instituciones y por cuidadores contratados en el hogar, mientras el 75% del total lo sufren a manos de familiares (principalmente hijos biológicos y políticos). Por su parte, Rueda et al. (2008) determinan que las personas mayores de 60 años, en las 9 provincias de Castilla-León son de 699.429, de las que entre 31.000 y 40.000 podrían sufrir violencia familiar. Además, Adam y Verdú



(2014) exponen que, de trasladar los porcentajes internacionales a nuestro país, la cifra de personas ancianas maltratadas sería, aproximadamente, de 350.000, entre violencia denunciada y encubierta.

**a. Características agresor- víctima y tipos de violencia ejercida**

Para facilitar la detección de ancianos en riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, se presentan las características más concurrentes en estudios y revisiones (Aroca y Rodríguez-Gutiérrez, 2014; Aroca e Ibáñez, 2014; De Francisco y Solano, 2012; Iborra, 2009; OMS, 2002b; Rueda et al., 2008) (ver tabla 1).

*Tabla 1.- Características de las víctimas ancianas propicias a sufrir violencia intrafamiliar*

	- Tener 75 o más años.
	- Pertenecer al sexo femenino.
<b>Posibles víctimas ancianas</b>	- Tener dependencia físico-funcional, psico-emocional y/o económica.
	- Sufrir enfermedades crónicas incapacitantes (demencias, discapacidad mental y patología psiquiátrica).
Progenitores: biológicos, adoptantes o suegros, madrastra/padrastro	- Señal de abandono del anciano durante largos periodos de tiempo.
	- Tener pocas o inexistentes relaciones sociales extra-familiares.
	- Antecedentes de lesiones recurrentes y difícil justificación.
Hermanos: biológicos, hermanastros	- Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.
	- Vivir fuera de su hogar (con familia extensa).
	- Convivir en su hogar con un cuidador/a.
Otros familiares: tíos, abuelos, primos, cuñados	- Padecer un deterioro rápido que no permitió a la familia organizarse.
	- Historia previa de violencia familiar.
	- Estado civil: viudedad.
	- Vivienda con espacio reducido y no adaptada a las necesidades funcionales del anciano/a.

Del mismo modo, y para poder detectar factores de riesgo presentes en cuidadores que maltratan a los ancianos (Aroca y Rodríguez-Gutiérrez, 2014; OMS, 2013; Pérez-Cárceles et al., 2009; Tabueña, 2006), se ha elaborado el siguiente listado (ver tabla 2).

*Tabla 2.- Perfil del maltratador de personas ancianas en el contexto familiar*

	- En casi su totalidad de sexo femenino.
	- Cuidadores con problemas de salud, en la pareja y/o laborales.
<b>Posibles agresores</b>	- No haber tenido una relación emocional positiva previa con el anciano/a.
	- Ser el responsable principal y/o único de los cuidados del anciano/a, a veces, sin ayudas externas
Hijos: biológicos, adoptivos, hijastros, políticos	- Tener una relación familiar de primer orden u otro familiar (sobrinos, hijos políticos).
	- Estar cuidando al anciano/a más de 5 años.
	- No acepta su rol de cuidador/a.
	- Mantener relaciones interpersonales pobres, fuera del hogar.
	- Padecer estrés emocional.
Hermanos: biológicos, hermanastros	- Renunciar a las ayudas sociales y médicas, pero no económicas.
	- Conflictos de convivencia en el hogar y con el anciano/a.
	- Haber sido víctima o testigo de violencia en su familia, y/o víctima de maltrato en la pareja.
Otros familiares que vivan en el hogar (primos, sobrinos)	- Dependier, en parte o totalmente, económicamente del anciano/a.
	- Tener sentimientos de infelicidad, soledad y frustración ante su responsabilidad con el anciano/a.
	- Sufrir algún tipo de trastorno psicológico o enfermedad mental.
	- Abuso de drogas, alcohol, fármacos psicotrópicos.
	- Nula/insuficiente información y formación sobre cuidados y enfermedades del anciano/a.
Cuidadores	- Bajo control de la ira, escasas habilidades: sociales, de comunicación interpersonal y de resolución de problemas.

### ***b. Tipos de violencia y consecuencias del maltrato contra los ancianos en el hogar***

En informes realizados por la Organización Panamericana de la Salud (2002) y la OMS (2002a) aparecen críticas a los Estados miembro por el insuficiente impulso de políticas de prevención (primaria y secundaria) ante la violencia intrafamiliar porque tienden a centrarse en la provisión de cuidados a quienes ya la han sufrido. Al respecto, lo preocupante que señala la OMS (2002b), aludiendo al estudio longitudinal con 2.812 personas ancianas de Estados Unidos, es que de los ancianos que eran víctimas de violencia física, psicológica y negligencia, 13 años después de iniciada la investigación, 40% de ellos habían fallecido frente al 9% de fallecidos en el grupo que no sufría malos tratos. De hecho, Ruipérez y Sánchez del Corral (2004) indican que el maltrato correlacionaba con una mayor mortalidad en la población anciana.

En los estudios revisados sobre violencia contra los ancianos/as concurren cuatro tipos de violencia (ver tabla 3), el maltrato psicológico, según Aroca y Garrido (2005), que atenta contra los sentimientos y las necesidades afectivas de la persona, causándole conflictos psicológicos y traumas de origen emocional. Ello provoca en la víctima sentimientos de desvalorización y culpabilidad, menoscabo y sufrimiento, incapacidad para salir de dicha situación, dependencia de su agresor o desvalorización en su auto-concepto, anulando su voluntad (Aroca, 2012). Realidad que aprovecha el agresor para controlar y dominar a su víctima, siendo los dos objetivos más explícitos en este tipo de violencia.

El maltrato físico es la forma más evidente y conocida de violencia interpersonal y, hasta que se introdujo la violencia psicológica como delito en la violencia doméstica en nuestro Código Penal, era la única posibilidad de que progresara una denuncia. Resulta lamentable tener que reconocer que, a mayor gravedad del daño físico, suele haber mayor probabilidad de detección porque, como víctima, cuenta con más recursos (familiares, sanitarios, jurídicos y sociales) facilitando una recuperación psicológica mayor. Este tipo de violencia comporta cualquier conducta por acto u omisión del agresor que cause en la víctima daños físicos internos y/o externos. La violencia física por omisión sería privar a la víctima de cuidados, asistencia médica, negar bebida o alimentación necesaria/prescrita por el médico, entre otros.

Asimismo, el maltrato sexual, según Villavicencio y Sebastián (1999) es cualquier conducta sexual forzada (por intimidación, coacción o estado de inconsciencia/indefensión). Por su parte, la OMS (2013) la define como cualquier acto que obligue a una persona a mantener contacto sexual (físico o verbal), o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, amenaza, soborno, manipulación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad de la persona.

Por último, el maltrato económico hace referencia al robo, al mal aprovechamiento de los recursos o la utilización de la firma de la víctima, en beneficio del agresor, lo que lleva al anciano a una disminución de su capacidad económica, adquirir deudas o ver perjudicada su calidad de vida (Iborra, 2005, citado en Adam y Verdú, 2014, p. 15). La violencia económica, según Aroca (2010), también puede ser considerada como violencia física o psicológica, en la medida en que su objetivo es conseguir dinero u objetos mediante la fuerza física, amenazas o chantaje.

Se ha elaborado una tabla (4), donde aparecen las consecuencias de cuatro tipos de maltrato. Debe diferenciarse entre consecuencias directas de la violencia sufrida, de los síntomas presentes en demencias o alteraciones cognitivas durante la vejez, que no son objeto de esta comunicación.

Desde una visión rigurosamente psicológica las consecuencias de los malos tratos, según De Amor, Bohórquez y Echeburúa (2006), la clasifican en dos apartados: (a) las lesiones psíquicas como alteración clínica que incapacita a la víctima para desarrollar una vida normal a nivel personal, como: los trastornos adaptativos (depresión o ansiedad), el trastorno de estrés postraumático y la descompensación de una personalidad anómala y, (b) secuelas emocionales, en referencia a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo, lo que en lenguaje legal es el menoscabo de la salud mental. Además, según Aroca (2012), psicológicamente puede experimentar constantes sobresaltos, y, a nivel conductual, la víctima puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana, lo que agrava su

dependencia y acentúa su pasividad ante hacer público su maltrato. Por su parte, las consecuencias por violencia sexual, según Aroca e Ibáñez (2014) son trastornos psicológicos y físicos, agravados por la ausencia de denuncia, traducido en un mayor impacto en la salud de la víctima que, mayoritariamente es mujer.

Tabla 3. Tipos de violencia

<b>Física</b>	. Toda agresión que utilice el cuerpo, objetos o armas para dañar a la víctima: golpes, patadas, puñetazos, cortes, ahogamientos, arrancar el pelo, descargas eléctricas, entre otras	.Omitir la ayuda y cuidados necesarios . Prohibir la asistencia médica .Alimentación y vestimenta inapropiadas . Falta de higiene
<b>Psicol-emocional</b>	. Extorsionar . Atemorizar . Aislar a la víctima . Chantaje emocional . Insultar . Manipular . Culpabilizar . Indiferencia calculada . Esconder/Sustraer objetos . Destruir/Romper cosas . Golpear cosas para amedrentar . Desaparecer de casa sin avisar . Exponer a ruidos insoportables . Dejar de hablar con la víctima	. Desacreditar . Ofender . Despreciar . Humillar . Coaccionar . Amenazar . Intimidar . Acosar . Mentir para causar daño . Críticas hirientes . Degradar . Hacer peticiones desmesuradas . Generar bulos sobre la víctima . Acechar
<b>Económica</b>	. Robar, destruir o romper objetos necesarios para el hogar o la víctima	. Controlar el dinero . Impedir el acceso al dinero . Generar deudas
<b>Violencia sexual</b>	. Tocamientos . Violación . Tocamientos	. Penetración con objetos . Sadismo sexual . Contagio de ETS

Fuente: a partir de Aroca e Ibáñez (2014, p. 236)

### Discusión/Conclusiones

El aumento de la esperanza de vida ha comportado un incremento considerable del número de personas ancianas dependientes que, a su vez, ha supuesto un aumento en las cifras de maltrato de familiares y cuidadores, con características específicas; cuyas consecuencias están vinculadas a la salud del anciano

Asimismo, la vulnerabilidad de la víctima anciana se ve representada en la desproporción física y de dependencia física, emocional, económica hacia su agresor por estados de disfuncionalidad física y cognitiva; confusión, que le entorpece o imposibilita la toma de decisiones, comprender que no depende de ella la respuesta violenta del agresor; sin obviar la dependencia psicológica y emocional que mantiene hacia su agresor, impidiéndole denunciar o comunicar el maltrato que sufre.

Del mismo modo, las consecuencias que sufren las víctimas ancianas agravan su estado de salud general pudiendo acelerar estados degenerativos, enfermedades crónicas, síntomas de enfermedad mental y, la más dramática, muerte prematura. Así, el maltrato sufrido puede acelerar la aparición o agravar algunas demencias o alteraciones cognitivas, por una parte, y orgánicas, por otra. Sin desestimar la baja o inexistente calidad de vida y, al no controlar su día a día y su futuro, un desapego a la vida marcado por estados de depresión graves que pueden desembocar en suicidios.

Tabla 4.- Consecuencias de la violencia familiar a las personas ancianas

Consecuencias psicológicas	Consecuencias físicas	Consecuencias sexuales	Consecuencias económicas
Estados de apatía, inseguridad, desesperanza	Disminución general del funcionamiento físico	Prurito genital	Empobrecimiento inexplicable
Irritabilidad	Hematomas, arañazos,	Enfermedad inflamatoria pélvica / anal	Desconocimiento del estado de sus cuentas
Estados depresivos	heridas, abrasiones,	Dolor en la zona genital y perineal.	Dejar de contratar servicios y realizar pagos obligados (contribución, seguros)
Estrés emocional	mordeduras, quemaduras	Desgarros anales y vaginales	Escasez de medicación, ropa y/o alimentos
Trastornos del sueño	Pérdida del tono muscular	Miedo a mostrar la zona genital.	Extravío de la libreta de ahorros
Somatizaciones y pseudo-demencias	Síndromes de dolor crónico sin especificar	Rechazo y miedo al contacto físico	Comprás innecesarias con su dinero
Trastornos de ansiedad	Fibromialgia	Lesiones en la zona genital (p. e.: laceraciones, abrasiones,	Empobrecimiento inexplicable
Culpabilidad	Fracturas y cojeras	hemorragias, hematoma)	Falta de recibos (luz, agua y gas)
Inactividad física	Migrañas frecuentes	Traumatismos, úlceras o heridas en genitales, pechos, boca y zona vaginal/ anal	Desahucio
Estados de aturdimiento por sobre-medicación	gastrointestinales	Presencia de enfermedades de transmisión sexual.	
Trastornos de la memoria	Intoxicaciones		
Disminución de las capacidades de atención, comprensión y concentración	Laceraciones y ulceraciones		
Inapetencia o pérdida del apetito	Desnutrición y deshidratación		
Pérdidas de autonomía	Daño ocular / auditivo		
Estados de miedo y pánico hacia extraños y hacia su propio entorno	Vértigo		
Aislamiento social	Vestimenta no adecuada al clima		
Autolesiones y conductas suicidas	Taquicardia /		
Dependencia psico-emocional	Lesiones por traumatismos, fracturas, luxaciones, torceduras		
Estados de confusión y desorientación	o dislocaciones		
Abuso de tóxicos (alcohol, drogas) y fármacos (antidepresivos, somníferos, ansiolíticos, estimulantes)	Fatiga crónica		
Alteración de la percepción y de la valoración de la realidad	Procesos infecciosos recurrentes		
	Trastornos inmunológicos		
	Inasistencia médica que agrava el estado de salud		
	Desnutrición y/o deshidratación		
	Hipotermia o hipertermia		
	Suciedad/ hedor excesivo en el cuerpo y/o ropa		

## Referencias

- Arellano, M., Garreta, M. y Cervera, M. (2006). *Negligencia, abuso y maltrato. Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Aroca, C. (2010). *La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Valencia.
- Aroca, C. (2012). "Consecuencias psicológicas de las víctimas por violencia filio-parental". Comunicación presentada en el IX Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Septiembre, Valencia).
- Aroca, C. y Garrido, V. (2005). *La Máscara del Amor. Programa de Prevención de la Violencia en la Pareja*. Manual de Conocimientos del Profesorado. Valencia: C.S.V.
- Aroca, C. e Ibáñez, Mª C. (2014). Las claves teóricas y de intervención en la violencia familiar. En C. Aroca y C. Ros (Dir.), *Pedagogía Multidisciplinar para La Salud. Claves para la intervención psico-educativa, socio-comunitaria y físico-ambiental* (pp. 224-264). Valencia: Tirant Humanidades.
- Aroca, C. y Rodríguez-Gutiérrez, P. (2014). Consecuencias en las víctimas por malos tratos en el contexto familiar. En C. Aroca y C. Ros (Dir.), *Pedagogía Multidisciplinar para La Salud. Claves para la intervención psico-educativa, socio-comunitaria y físico-ambiental* (pp. 265-306). Valencia: Tirant Humanidades.
- Bazo, Mª. T. (2003). Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 35-46.
- Beyebach, M. (2007). Hacia una tipología comunicacional del maltrato interpersonal. En M. Fernández e I. García (Eds.), *Orientación familiar. Violencia familiar* (pp. 17-34). Burgos: Universidad de Burgos.
- Boixadera, M. y Anton, J. (2004). ¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos? *Enfermería Global*, 4, 1-6.

- Caballero, M.A. y Ramos L. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el instituto nacional de psiquiatría. *Salud Mental*, 27(2), 21-30.
- Coma, M., Muñoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C. y Sayrol, T. (2007). Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 235-241.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- De Amor, P., Bohórquez, A. I. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 4(2), 129-154.
- De Francisco, M. L. y Solano M. A. (2012). Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(3-4), 119-126.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández, M. y García, I. (Eds.) (2007). *Orientación familiar. Violencia familiar* Burgos: Universidad de Burgos.
- Fernández, M<sup>a</sup> del C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Montón, C., Redondo, M<sup>a</sup>. J. y Tizón, J.L. (2003). *Violencia doméstica*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de [http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf)
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Centro Reina Sofía, serie Documentos.
- Iborra, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Revista de Servicios Sociales*, 45, 49-57.
- International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) (2002). *Missing voices: views of older personson elder abuse*. Genève: OMS. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informe-OMS.pdf>
- Moya, A. y Barbero, J. (2005). *Malos tratos en personas mayores: guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.
- National Center on Elder Abuse (NCEA) (1996) American Public Welfare Association (NCEA). Recuperado de <http://www.elderabusecenter.org/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2002a). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington DC. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informe-OMS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2002b). *Missing voices: views of older personson elder abuse*. Genève: OMS. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informe-OMS.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas. Recuperado de <http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informe-OMS.pdf>
- Pérez-Cárceles, M.D., Rubio, L., Pereñíguez, J.E., Pérez-Flores, D., Osuna E., Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137.
- Pérez-Nálera, C. (2010). Análisis del fenómeno de la violencia contra los ancianos. *Revista de Criminología*, 52(2), 55-75.
- Rueda, J.D., De la Red, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V. y Arquiaga, R. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Junta de Castilla-León. Salamanca: Gráficas Varona.
- Ruipérez, I. y Sánchez del Corral, F. (2004). Violencia en el anciano. *Informes Portal Mayores*, 21. Recuperado de <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchezviolencia-01.pdf>
- Tabueña, C.M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 275-292.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

## CAPÍTULO 80

### Manejo de las adicciones en el adulto mayor desde la Atención Primaria de salud

M<sup>a</sup> Luisa Ballesta Fernández\*, Minerva Hernández Sánchez\*\*, Patricia Pastor Muñoz\*,  
y Noemí Gil Fernández\*\*\*

*\*Intitut Jules Bordet, Bruselas (Bélgica), \*\*Hospital Universitario, Madrid (España), \*\*\*Hospital El Poniente, Almería (España)*

En la actualidad, las adicciones suponen un grave problema de salud pública que afecta a millones de personas sin distinción de sexo, cultura, raza o edad según afirma González R, (2006). Por todo ello, el problema de la drogodependencia puede adquirir un carácter global, y siendo el abuso de psicotrópicos una de las adiciones más comunes en el Adulto Mayor, el consumo de psicofármacos prescritos clínicamente o automedicados, concluyen en el principal problema de adicción en este rango de edad según afirma Rocabrundo (1999).

Por otro lado, los adultos mayores, no solo no están exentos de padecer los mismos trastornos que otros grupos de edad sino que además, según afirma Dulcey-Ruizse (2006).

Los Adultos Mayores se enfrentan a otros problemas ligados al envejecimiento como pueden ser la soledad, la depresión, la jubilación, la pérdida de familiares y amigos, entre otros factores y sobre todo, el no asumir que el envejecimiento es un fenómeno natural, universal, progresivo, ineludible e irreversible, que comienza en el instante mismo del nacimiento y, por lo tanto, las potencialidades en esta etapa evolutiva no son las mismas que las del adolescente o el joven. Simplemente son diferentes.

Así, el no aceptar esta realidad, el adulto mayor comienza a padecer el aislamiento, la soledad y la falta de comprensión y, como consecuencia de esto, pasa a la automedicación de psicofármacos o a solicitarlos insistentemente al profesional. Como afirma Vizueth, (2015), en promedio, las personas mayores de 65 años consumen 30 por ciento de las drogas prescritas y 40 por ciento de medicamentos de venta libre.

Los datos obtenidos, estiman que una de las causas principales de adicciones en la población mayor, está relacionado con la depresión; problema de salud más común en el Adulto Mayor (OMS 2001). Del mismo modo opina Rocabrundo (1999), y además añade, que la depresión puede acarrear consecuencias a nivel psíquico como “tristeza, inhibición psicomotriz, delirios, ideas o intentos de suicidio”, a nivel físico “anorexia, insomnio, angustias” y a nivel social, “aislamiento, ausencia de proyectos vitales y reacciones psicósomáticas”, todos síntomas muy relacionados con la adhesión a las adicciones.

Todos estos factores ligados al envejecimiento son los precipitantes que desencadenan los problemas de adicciones en Adulto Mayor. También, el abuso de alcohol se ha convertido en un problema de salud en este rango poblacional, debido al incremento en el consumo y a los efectos en su salud y calidad de vida.

Según datos reportados de Zisserson (2003),

Además en adultos mayores el uso de drogas médicas como los sedantes e hipnóticos en un 16%, psicotrópicos en un 33% y la combinación de estas drogas con el alcohol en un 12% de la población de adultos mayores, un 20% utilizaron un tranquilizante diario.

No obstante, teniendo en cuenta el incremento de la esperanza de vida durante los últimos años, las previsiones futuras pueden ser inquietantes, pudiendo ocasionar dichas adicciones un grave problema de consumo en la salud pública y social. Por otro lado, tal y como afirma la Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014):

Debido al aumento de la Esperanza de vida en nuestra sociedad actual, el número de personas mayores de 65 años se habrá triplicado en un par de décadas y las previsiones para los años venideros,

calculan que el número de personas mayores con problemas de adicción o de necesidades que requieran algún tipo de control asociado a dicho problema, aumentará paralelamente. Por lo que el creciente aumento de problemas de adicción en la edad adulta, supondrá un nuevo reto para la comunidad y los servicios de asistencia

En los últimos años, España ha redoblado sus esfuerzos en la planificación y ejecución de medidas para hacer frente a este importante fenómeno de las drogodependencias. El consumo de sustancias es un problema de salud pública y social que tiene repercusiones globales e internacionales. (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016).

Pues como indica Wolfgang Götz, Director del Observatorio Europeo de Drogas Y toxicomanías OEDT (2015):

Al referirnos al modelo de actuación de los servicios asistenciales de la comunidad para hacer frente al problema de las adicciones en la sociedad reciente, se debe replantear el plan de actuación puesto que los cánones han cambiado y lo que antes era un problema de jóvenes, hoy en día es un problema cada vez más acusado en nuestra población mayor.

Por todo ello, es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en aplicar medidas especiales para prevenir o tratar las enfermedades, para que el anciano se mantenga como una fuerza activa y productiva en nuestra sociedad (Galisky, 1999).

Los profesionales de enfermería, tenemos una situación privilegiada respecto a la salud de las familias en la comunidad para poder desarrollar una labor preventiva de detección precoz y terapéutica. Y como indica la Revista Cubana de Enfermería (2007):

La enfermería, es sin dudas el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada, en su papel activo como mediadora social de salud en su trabajo en la comunidad con este sector poblacional.

La educación en materia de adicciones debe dirigirse a los individuos, las familias y la comunidad, sin obviar a los profesionales de la salud en formación, pues dicha formación puede ser la clave para la detección precoz y un determinante clave de prevención en salud. Pero, “la inclusión de dicha temática en el currículum de pre y posgrado ha sido hasta el momento muy limitado y su abordaje integral y sistémico requiere un decisivo impulso en los momentos actuales”. (González, 2010, p.2).

Es por todo lo anteriormente mencionado, que la línea de investigación literaria de nuestro estudio, pretende destacar la importancia del problema de las adicciones en el Adulto Mayor, y el papel en la labor específica que realiza el personal de enfermería en este campo, pues se debe ajustar a las demandas de la comunidad. Además, el tratamiento de las adicciones, requiere tratamientos específicos como terapias que incluyen diversas aproximaciones psicológicas, conductuales y farmacológicas para cada fase de tratamiento como por ejemplo el abandono, la abstinencia o el reemplazo entre otros.

### **Objetivo**

Por todo lo anteriormente mencionado, el presente estudio de revisión bibliográfica, pretende como objetivo principal conocer la magnitud del problema de las Adicciones en el Adulto Mayor, así como la implicación de los cuidados enfermeros como la estrategia fundamental para afrontar y prevenir este problema de salud pública.

### **Metodología**

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en el período comprendido entre enero del 2000 a octubre del 2014, relacionada con el trabajo de Atención Primaria de Salud en el adulto mayor y en particular en la labor que realiza la enfermera en sus intervenciones de salud pública y preventiva con este sector poblacional en referencia a las adicciones y con el objetivo de conocer la eficacia de los cuidados enfermeros mediante la educación como herramienta principal en la

prevención y tratamiento de las adicciones en el adulto mayor. Para la realización de este trabajo se revisaron publicaciones en las bases de datos SCielo, lilacs y Elsevier utilizando los descriptores de salud: “Adulto mayor”, “Conducta Adictiva”, “Cuidados Ambulatorios”, “Educación en enfermería” y se introdujeron estos mismos descriptores en inglés para la obtención de datos internacionales.

Del total de 38 resultados, solo se encontraban en nuestra línea de estudio, un total de 9 artículos científicos y hemos utilizado métodos de comparación y análisis de lo planteado por diferentes autores nacionales e internacionales con el propósito de unificar criterios relacionados con la actuación del profesional en los servicios de salud debido a la escasa literatura encontrada referente a este problema de salud.

## **Resultados**

El consumo de varios fármacos entre la población adulta mayor, es una realidad conocida, por el contrario no es tan sabido que muchos de estos medicamentos, crean problemas de adicción y un alto porcentaje de nuestros mayores, no reconocen tener un problema de adicción, puesto que lo asocian a drogas ilegales y juventud pero los tranquilizantes, el alcohol, el tabaco y el café son las sustancias más consumidas por este grupo de edad tal y como afirma Rocabrundo (1999). Además, según los datos obtenidos de La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010: “los adultos mayores de 65 años tienen un consumo de 2,72 días promedio a la semana, el cual es significativamente superior a los otros grupos de edad”

A pesar de que la prevalencia de adicciones en drogas no legales es menor entre este rango de edad que otros como el de la juventud, el consumo está aumentado entre la población mayor tal y como explica González (2010). A pesar de todo ello, son escasos los estudios encontrados sobre el consumo de drogas no legales.

Por otro lado, según afirma (Solís, 2000, p.38-45) podemos dividir las adicciones en el anciano, en adicciones de iniciación temprana, con una vida de adicciones que persisten en la vejez o de iniciación tardía como consecuencia de los factores estresantes ligados a este periodo de vida, tales como jubilación, aislamiento social, entre otros ya mencionados en la introducción.

Sin embargo, a pesar de este grave problema de salud pública, las encuestas poblacionales en adultos mayores no son comunes en el país o en el escenario internacional. Muchas de las estimaciones previas que se han hecho sobre el uso de sustancias en adultos mayores según afirma se basan en poblaciones de tercera edad que consultaron a algún clínico o que están bajo cuidados especiales, en casas de reposo o albergues. (Solís, 2000).

Por todo esto, es destacable, que a pesar de los datos que evidencia la literatura del grave problema de salud pública relacionado con el aumento de la esperanza de vida y ligado al aumento del número global de problemas de adicción, que no se realicen estudios de prevalencia en el adulto mayor pese a ser una población vulnerable a dicha patología. (González, 2010).

A pesar de esta realidad que parece olvidada, los datos recientes relacionados con el Adulto Mayor y las adicciones son mínimos, lo que limita el cálculo estimado del alcance y repercusión de dicho problema. (Wolfgang, 2015)

Se concibe, por otra parte, que un campo de acción para el área de enfermería debería ser el de la prevención y promoción de la salud, actuando directamente sobre los factores de riesgo y fortaleciendo los factores protectores como: la mejoría de la autoestima, la asertividad y habilidades de comunicación. (Ortega de Medina, 2004).

El abordaje de enfermería desde las principales áreas de actuación en atención primaria, como ofrecer información y escuchar las recomendaciones, identificación y control de factores de riesgo y complicaciones, apoyo sanitario, psicológico, etc. son las claves para una correcta educación para la prevención de situaciones y conductas de riesgo, abordaje familiar, social y desintoxicaciones. (Plan Nacional de Drogas 2002). Pero por el contrario, el personal de enfermería se encuentra desprovisto de



recursos educativos tanto los propios en formación como los de atención a la comunidad. (Ortega de Medina, Osorio-Rebolledo, y Pedrao-Luiz, 2004).

A pesar de la importancia de la labor enfermera en esta área, en la mayor parte de la literatura revisada, se evidencia que el profesional de enfermería tiene dificultades en el manejo de personas que abusan de sustancias psicoactivas o éste hecho es el punto de partida para propuestas de solución. (Pillon, 2003).

### Conclusiones

El problema de las adicciones no tiene fecha de edad y por tanto, de los resultados obtenidos, podemos concluir en la urgente necesidad de conocer las condiciones y características de los ancianos (González, 2006) y así poder abordar el problema mediante la prevención y elaborar estrategias educativas desde la atención primaria (Dulcey-Ruiz, 2006) para aumentar los conocimientos y la calidad de vida de los adultos mayores puesto que los pacientes mayores se toman en serio los programas terapéuticos y pueden conseguir unos resultados satisfactorios con el tratamiento (Rocabruno, 1999).

Es necesario por parte de los profesionales sanitarios, conocer los factores de riesgo asociados. (Dulcey-Ruiz E., 2006). Además, el profesional de enfermería, debe profundizar en aquellos posibles factores que incrementan la adhesión a un fármaco o sustancia, tales como estrés, depresión, soledad, etc. para poder reconocerlos y trabajar desde la educación para un correcto seguimiento y una adecuada atención (Pillon, Villar, y Lanjeira, 2003).

También, sería interesante que las organizaciones que se crean para tratar el problema de la drogadicción, no se limitaran solamente a adoptar actitudes propagandísticas como congresos o simposios entre otros, sino que esto se reflejara en acciones precisas en la sociedad, mediante el manejo multidisciplinar, clave para la mejora de la comunidad (González, 2010)

Por otro lado, nuestro sistema sanitario tiene la necesidad de formar en materias específicas al equipo de salud para lograr una correcta atención de los individuos, familia y comunidad (Dulcey-Ruiz, 2006).

### Referencias

- Dulcey-Ruiz E. (2006). *Psicología del envejecimiento. Geriatria Fundamentos de Medicina*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, 64.-8.
- Galisky D. (1999). Educación Médica en Geriatria. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.*, 23(2): 109-12.
- González R. (2006). *Clínica Psiquiátrica Actual*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- González R. (2010). Mensaje a multiplicadores comunitarios sobre la repercusión social global del uso indebido de drogas. *Rev. Cubana Salud Pública*, 36(1).
- Ortega de Medina N.M., Osorio-Rebolledo E.A, y Pedrao-Luiz J. (2004). El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 12, 316-323.
- Pillon S.C., Villar M.A. y Lanjeira R. (2003). Nurses's training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. *Rev. Hosp. Clin*, 58(2), 119-124.
- Rocabruno J.C. (1999). Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: *Instituto Cubano del Libro*, 36(2), 12-23.
- Solís L.R., Vélez A. y Berumen D. (2000). Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23(3), 38-45.
- Vizueth M. (2015). Sistema estatal para el desarrollo integral de la familia hidalgo. Recuperado de: <http://dif.hidalgo.gob.mx/> [Consultado en 01/04/2015]
- Wolfgang Götz, (2015). *Publishes first overview of the drug situation in the Western Balkans* EMCDDA.
- Zisserson R.N. y Oslin D.W. (2003). Alcoholism and at-risk drinking in the older population. *Geriatric Times*, 4(5):128-35

## CAPÍTULO 81

### Depresión y envejecimiento

Esther Lerma Ortega\*, Inmaculada Moreno Almagro\*, y Diana Manzanares Romero\*\*  
\*Complejo Hospitalario de Jaén (España), \*\*Hospital Virgen Macarena, Sevilla (España)

La depresión mayor es un síndrome o un conjunto de síntomas en el que predominan los síntomas que afectan al estado de ánimo como: Tristeza patológica frecuentemente injustificada o desproporcionada al motivo desencadenante, siendo éste el síntoma más frecuente en la depresión, también nos encontramos síntomas como anhedonia o pérdida de la capacidad de disfrute provocando culpabilidad en el sujeto, ansiedad, inquietud, aislamiento social etc. (Alberdi, Taboada y Castro, 2003; García, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la cuarta causa de discapacidad en todo el mundo, dentro de aproximadamente cinco años se estima que solo será superada por la Cardiopatía Isquémica, siendo ésta la primera causa de discapacidad en el Mundo seguida de la depresión. Al inicio de este siglo, la OMS emite un informe dedicado a la Salud Mental, centrado en la prevención de la patología psiquiátrica, destacando que la depresión, que actualmente es la cuarta causa de discapacidad, será la segunda. El 25% de las personas mayores de 65 años sufren algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el trastorno psiquiátrico más frecuente (OMS, 2001; Hybels y Blazer, 2003).

La depresión en el adulto mayor se presenta con una clínica inespecífica pudiendo pasar desapercibida. Los síntomas de la depresión pueden atribuirse al proceso de envejecimiento y a sus pérdidas asociadas. Aunque el principal síntoma de la depresión es el bajo estado de ánimo, determinados pacientes, fundamentalmente los pacientes geriátricos, pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en la sintomatología física. Como consecuencia de ello la depresión en el anciano se infradiagnostica. Los ancianos informan de síntomas somáticos, sobre todo referentes al aparato digestivo, astenia, insomnio con más frecuencia que de ánimo deprimido, lo cual lleva a múltiples tratamientos médicos y a un mal diagnóstico si no son reconocidos (Heikkinen y kauppinen, 2004).

El ánimo triste no es consecuencia del proceso natural del envejecimiento. Este ánimo triste afecta principalmente a la calidad de vida de las personas mayores.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Los problemas de salud mental pueden tener múltiples causas, desde factores ambientales, psicofisiológicos hasta socioculturales. Éstos últimos están cobrando gran importancia en la actualidad debido a la crisis económica global.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Representa un 1,6% de la discapacidad total en las personas con 60 años de edad y mayores.

Hay distintos factores como biológicos, físicos, psicológicos y sociales, relacionados con el envejecimiento que predisponen a la depresión (Geddes et al, 2006; Ingram y Ritter, 2000). Además de las causas generales de estrés con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven sin ganas de vivir ya sea por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo.

Además de los factores biológicos, físicos, psicológicos y sociales existen fármacos, algunos de éstos muy comunes en el anciano que pueden provocar síntomas característicos de la depresión, por lo que se tendrían que tener en cuenta estos fármacos al inicio del cuadro depresivo (Alexopoulos et al., 2002).

Los factores Biológicos son condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad como antecedentes familiares de patología afectiva, afectando 1,3%-3% para la depresión. También juegan un papel importante los factores psicosociales como acontecimientos vitales estresantes, falta de recursos adecuados de apoyo social, frustración crónica, agotamiento... en el paciente anciano la pérdida de salud aumenta el riesgo de sufrir depresión. Los síntomas depresivos en numerosas ocasiones aparecen después de una enfermedad grave. Las enfermedades más frecuentes asociadas a depresión en el adulto mayor es el accidente cerebrovascular. Los ancianos con mayor riesgo vascular deben ser considerados como grupo frágil de depresión (Aguera, Martín y Cervilla, 2002). Estos factores juegan un papel importante en el origen de este trastorno, considerados como causa, factor de riesgo o desencadenante no debiendo considerarse de forma aislada.

La depresión se asocia con un deterioro significativo en el bienestar y el funcionamiento del paciente, independientemente de la severidad de la depresión. Además, ésta provoca un incremento de la mortalidad en el anciano, relacionada con la elevada prevalencia de suicidios como de enfermedades médicas asociadas.

En el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que van a condicionar la terapia farmacológica en los pacientes ancianos, además de los cambios fisiológicos en el anciano también suelen presentar pluripatología asociada, fundamentalmente de tipo cardiovascular, respiratorio, osteoarticular y nervioso. Todo esto influye en la elección del tratamiento psicofarmacológico de cada paciente.

Los cambios más destacados que se producen en el adulto mayor son:

En el sistema cardiovascular, los pacientes geriátricos presentan mayor fragilidad debido a la degeneración de los barorreceptores, esto conlleva una mayor incidencia de hipotensión ortostática, pudiendo provocar síncope y caídas.

En el sistema nervioso central también hay que tener en cuenta que algunos fármacos con actividad dopaminérgica pueden producir extrapidalismo o exacerbar la sintomatología extrapidalidal preexistente.

La función hepática también es importante en los ancianos ya que la mayoría de los psicofármacos son eliminados por el hígado y en caso de insuficiencia hepática la biotransformación de éstos se encuentra disminuida, por lo que el fármaco aumenta su concentración plasmática pudiendo provocar toxicidad (Álamo, López y Guerra, 2010).

## **Objetivo**

Objetivo general.

Identificar signos y síntomas tempranos de depresión en el adulto mayor teniendo en cuenta los factores biológicos, físicos, psicológicos y sociales relacionados con el envejecimiento.

Objetivos específicos

- Evaluar signos y síntomas tempranos de la depresión en el adulto mayor.
- Mostrar test o escalas que proporcionen una medida basal para ver la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento de la depresión en el adulto mayor.
- Identificar el tratamiento antidepressivo idóneo atendiendo a los cambios que se producen en la tercera edad.

## **Metodología**

Para la realización de este estudio de investigación 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.

Los descriptores utilizados fueron: “Depresión”, “adulto mayor”, “discapacidad”, “sufrimiento”, “senectud”, “salud mental”. También se tradujeron los descriptores utilizados en inglés para la búsqueda en base de datos internacionales. Los criterios de inclusión que han sido empleados en la selección de documentos han sido documentos sobre depresión en personas mayores, manual y guías prácticas sobre geriatría, revisiones bibliográficas y estudios sobre signos y síntomas de identificación temprana de la depresión en personas mayores. Los criterios de exclusión han sido programas de salud dirigidos a otros grupos diana, documentos de más de quince años excepto las escalas utilizadas para este estudio de investigación.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para diagnosticarla (Alberdi et al., 2003; García, 2001).

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra mayor asociación con el sexo masculino que con el sexo femenino, encontrándose también mayor asociación con estado civil afectando más la depresión a las personas divorciadas o separadas que a las personas casadas; nivel socioeconómico bajo, poco apoyo social, presencia de acontecimientos vitales traumáticos y problemas de salud coadyuvantes que dan lugar a incapacidad.

Para un correcto diagnóstico de la depresión en el adulto mayor debemos basarnos en varios instrumentos y escalas diagnósticas debido a que los síntomas de la depresión en el anciano se presentan con una clínica inespecífica, pudiendo pasar desapercibida. No hay una prueba 100% específica para realizar el diagnóstico.

Según criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V (APA, 2013) para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor deben estar presentes los siguientes síntomas:

A. Debe presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante 2 semanas, representando un cambio. Uno de los síntomas que debe de presentar en 2 semanas debe ser: Ánimo triste, incapacidad de experimentar placer o satisfacción en casi todas las actividades. Se deben descartar síntomas claramente atribuibles a otra condición médica.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.

Anhedonia, falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

Pérdida o ganancia de peso sin hacer dieta.

Alteraciones en el patrón del sueño.

Agitación o lentitud psicomotora casi cada día.

Cansancio o falta de energía a diario.

Sentimientos de desprecio hacia sí mismo inapropiados.

Alteraciones cognitivas en la concentración, memoria...

B. Pensamientos recurrentes negativos entorno a la muerte, ideas de suicidio frecuentes sin ningún plan para llevarlo a cabo.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

D. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Los criterios de A - C representan un episodio depresivo mayor

E. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

F. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio de hipomanía

La entrevista clínica es la base para un buen diagnóstico en el paciente deprimido, el objetivo de la entrevista es obtener información suficiente de la biografía del paciente, signos y síntomas, psicopatología, manifestaciones no verbales... Para la realización de una buena entrevista es necesario considerar una serie de aspectos como: Comunicación adecuada, el mensaje debe de transmitirse de manera clara y concisa. Hay que tener muy en cuenta los factores que pueden dar lugar a una comunicación deficiente como por ejemplo el ruido. Ésta debe basarse en: Síntomas actuales teniendo en cuenta el inicio de los signos, síntomas, duración y evaluación de los mismos; antecedentes familiares como personales de síntomas depresivos. También hay que basarse en la exploración física, psicopatológica y cognoscitiva especialmente teniendo en cuenta signos cognitivos como la atención, memoria, concentración (Gil y Martín, 2004).

Dada la dificultad que conlleva el diagnóstico también se utilizan test o escalas que proporcionan una medida basal para ver la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento. Las escalas más utilizadas en los ancianos son: Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D), la Escala Autoaplicada de Zung (ZSDS) (Zung, 1965); la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS) y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (Yesavage et al., 1982).

- El tratamiento de la depresión va a depender de diversos factores.
- La intensidad del cuadro depresivo.
- Riesgo de suicidio
- Falta de apoyos fiables
- Enfermedad orgánica grave asociada al cuadro depresivo.
- Antecedentes de mala respuesta previa al tratamiento.

Existen diferentes tratamientos para tratar la depresión en el anciano, estos tratamientos están orientados a conseguir una mejoría en el estado de ánimo del anciano. Este tratamiento debe tener una base multidisciplinaria.

Algunos tratamientos que mejoran la depresión son:

Psicoterapia individual: Su objetivo principal es disminuir la discapacidad o invalidez en el anciano.

Terapia ocupacional: Utilizada también como método preventivo de la depresión.

Terapia familiar y comunitaria: Se convierte en el apoyo principal del anciano, en los ancianos institucionalizados se debe mantener un estrecho contacto con las familias y que éstas se conviertan en parte activa del cuidado.

Ejercicio físico: En algunos pacientes está recomendado como dar un paseo, técnicas de relajación muscular, fortalecimiento muscular etc. se ha demostrado que el ejercicio físico mejora indirectamente la autoestima de la persona, mejorando así su calidad de vida.

Alimentación y Nutrición: Las deficiencias nutricionales se asocian a la depresión, deben seguir una dieta variada y equilibrada, evitar en lo posible la utilización de tratamientos invasivos como sonda nasogástrica o nutrición parenteral.

Tratamiento farmacológico: Teniendo en cuenta factores fisiológicos, biológicos, sociales y psicológicos.

### **Discusión/Conclusiones**

La literatura es consistente en señalar que la depresión en el anciano es el trastorno afectivo más frecuente, presentándose de manera inespecífica y atípica. La mayoría de las publicaciones analizadas inciden en la importancia de una correcta valoración geriátrica que nos permita un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para así, mejorar la calidad de vida de éstos. La depresión en el anciano puede pasar desapercibida en nuestra práctica clínica diaria, cuando son muchos los beneficios que se podrían obtener si se realiza un diagnóstico precoz. Muchos casos de depresión son fácilmente identificados por su clara sintomatología aunque frecuentemente resulta difícil diagnosticar la depresión sin la asociación de otras entidades psicopatológicas. Es importante identificar sus síntomas para detectarla precozmente y

reducir su impacto sobre la morbimortalidad del paciente ya que se estima que las personas con depresión por término medio pierden más días vividos por cada 6 meses frente a una persona sin depresión.

Por todo ello es importante realizar una buena valoración geriátrica basada en la entrevista, exploración física, psicopatológica y cognoscitiva junto con test o escalas que proporcionen una medida basal para ver la evolución del proceso. Debido al bajo diagnóstico que se produce en este tipo de enfermedad y a la alta prevalencia de depresión en el paciente anciano con el consiguiente deterioro de la calidad de vida que conlleva, es importante la realización de cribados en la población de riesgo como en este caso la población anciana, con el fin que exista una identificación precoz, reducir su impacto y puedan beneficiarse de un tratamiento oportuno y poder ayudarles a mejorar su estado de ánimo.

## Referencias

- Agüera, L., Martín, M. y Cervilla, J. (2002). *Psiquiatría Geriátrica. 1ª ed.* Barcelona: Masson SA.
- Álamo, C., López, F. y Guerra, J.A. (2010). Psicofarmacología en neuropsicogeriatría. In Gregorio-Gil P, ed. *Tratado de neuropsicogeriatría*. Madrid: Ergon.
- Alberdi, J., Taboada, O. y Castro, C. (2003). *Depresión. Guías clínicas*. Fistera.
- Alexopoulos, S., Borson, S., Cuthbert, B.N., Devanand, D.P., Mulsant, B.H. y Olin, J.T. (2002). Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition). American Pschyatric Publishing.
- García, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.
- Geddes, J., Butler, R., Hatcher, S., Cipriani, A., Price, J., Carney, S. y Von Korff, M. (2006) *Depression in adults*. Clin Evid.
- Gil, P. y Martín, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y ansiedad*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Heikkinen, L. y Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year foolow-up. *Arch Gerontol Geriatr*.
- Hybels, C. y Blazer, D. (2003). Epidemiology of late-life Mental Disorders. En: Grossberg GT. *Geriatric Mental Health. Clinics in Geriatric Medicine*.
- Ingram, E. y Ritter, J. (2000) Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol*.
- OMS. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. The World Health Report.
- Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V. y Adey, M. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*.
- Zung W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*.



## CAPÍTULO 82

### Actitudes de los estudiantes del máster de gerontología social ante la depresión del anciano

María Blanca Echeverría Morrás\* y Yolanda Marcén Román\*\*

*\*Centro de Salud de Allo. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (España), \*\*Universidad de Zaragoza (España)*

Los médicos de familia y personal sanitario hacen frente cada día a distintas patologías, de mayor o menor intensidad, que repercuten en la calidad de vida de los pacientes. Entre las patologías prevalentes se encuentra la depresión, siendo un trastorno común que causa un significativo malestar psicológico y social, pudiendo reducir la calidad de vida y por consiguiente la independencia funcional de los ancianos.

El presente estudio analiza la depresión del anciano y las actitudes y percepciones que manifiestan los estudiantes del Máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza ante esta patología, centrándose en particular en su diagnóstico y tratamiento.

La depresión es un síndrome caracterizado según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2003) por un estado de ánimo en el que predominan la tristeza, pérdida de interés, fatiga, sentimiento de culpa y pensamiento suicida, y cuyos trastornos somáticos son la pérdida o aumento de peso, inhibición o agitación psicomotoras y trastorno de sueño. La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2003) distingue los síntomas de la depresión entre principales y asociados. Entre los síntomas principales se encuentran el estado de ánimo bajo, la pérdida de interés y la astenia. Entre los síntomas asociados se incluyen los trastornos del sueño, alteración del apetito, disminución de la libido, agitación, dificultades de concentración, baja autoestima, pesimismo y pensamiento suicida. Tanto CIE-10 como DSM-IV consideran que estos síntomas deben estar presentes al menos dos semanas para poder diagnosticar un trastorno depresivo.

La depresión es un problema de salud pública relevante que afecta al 14,3% de la población en general. A pesar de que el paciente deprimido forma parte del panorama cotidiano de la consulta del médico de familia, 1/3 no son diagnosticados y 2/3 no reciben un tratamiento específico (Aragónés et al., 2004; Glasser, Vogels y Graydal 2009). La prevalencia de los trastornos depresivos en Atención Primaria se halla entre el 5% y 25%, dependiendo de los métodos de diagnósticos y de los criterios usados (Martín-Agueda et al., 2005). Se estima que 2/3 partes de los pacientes deprimidos acuden en primer lugar a la consulta de Atención Primaria, y sólo 1/3 parte acude primero al especialista. Por tanto, el personal de los centros de salud juega un papel esencial en el tratamiento y diagnóstico de los trastornos depresivos ya que la depresión es tratada principalmente en Atención Primaria (Burroughs et al., 2006; Haddad, Walters y Tylee, 2007).

La depresión en adultos mayores de >60 años se estima que tiene una prevalencia del 23% (Glasser et al., 2009) de los que sólo el 35% recibe tratamiento. El mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos son, sexo femenino 89%, seguido de la edad avanzada 68%, la muerte de familiares 64,3% y la separación/divorcios 64% (Martín-Agueda et al., 2005). En todos los grupos de edad la depresión está asociada a un incremento del riesgo de suicidio, siendo más elevado se encuentra en los varones mayores de 75 años (Munizza et al., 2013).

Varios factores externos e internos al propio individuo pueden contribuir a la baja detección de casos diagnosticados y tratados:



Entre los factores externos se encuentran:

- El estigma social asociado al tratamiento psiquiátrico. Los pacientes son reacios a admitir que padecen un trastorno mental ante los demás por el temor de ser catalogados de ‘enfermos mentales’ (Burroughs et al., 2006; Munizza et al., 2013). Muchos de los afectados no reconocen la enfermedad y no buscan tratamiento (Aragónés, Piñol, López-Cortacans, Hernández y Caballero, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2012).

- La tendencia del profesional sanitario a aplicar criterios biológicos sobre los psicológicos en el diagnóstico clínico.

- El proceso de diagnóstico de la depresión conlleva tiempo de trabajo, varias consultas y recursos específicos (Burroughs et al., 2006; Levin, 2007).

Dentro de los factores internos se identifican:

- La creencia por parte del paciente de que los síntomas de la depresión son reacciones normales ante circunstancias adversas y el sufrimiento forma parte de las mismas (Burroughs et al., 2006).

- La comorbilidad con alguna enfermedad puede hacer pensar al paciente que los síntomas depresivos derivan de la enfermedad en curso (Cepoiu et al., 2008).

- La forma de presentación más frecuente de la depresión en las personas mayores cursa con un gran componente somático como cansancio, dolores múltiples o insomnio y escaso componente emocional (Burroughs et al., 2006; Cepoiu et al., 2008; Murray et al., 2006).

- Problemas de comunicación médico-paciente, como el rechazo de los pacientes a discutir problemas emocionales con el personal sanitario (Munizza et al., 2013).

- La descripción, vaga o subjetiva y con frecuencia enmascarada, de los síntomas depresivos por parte del paciente.

- La actitud negativa de los pacientes al tratamiento psicofarmacológico debido a sus efectos secundarios (Burroughs et al., 2006; Munizza et al., 2013).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de la depresión y la dificultad de diagnóstico, numerosos estudios (Glasser et al., 2009; Haddad et al., 2012; Martín-Agueda et al., 2005; Murray et al., 2006) se han centrado en el análisis de las actitudes y percepciones del personal sanitario ante esta patología considerando que su influencia es crucial para mejorar este problema sanitario.

El estudio del personal sanitario de Atención Primaria ante la depresión está influido por numerosos elementos relacionados como son: La organización sanitaria, el paciente y su enfermedad y su experiencia personal y profesional.

Los objetivos del trabajo fueron:

- Conocer las actitudes y percepciones que tienen los estudiantes del Máster de Gerontología Social, sobre la depresión en mayores, cuya formación profesional corresponde mayoritariamente al campo de enfermería.

- Comparar los resultados de este estudio con otras encuestas relacionadas con la actitud del personal sanitario en España y otros países sobre la depresión en mayores.

## **Método**

### *Participantes*

Los estudiantes que participaron en la encuesta fueron 84 a los que se entregó un cuestionario con 18 preguntas (Apéndice). Todos los participantes fueron estudiantes del Máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza, promociones 2011-2012, 2012-2013 y 2013-2014, cuya formación profesional correspondió mayoritariamente a personal de enfermería.

La media de edad de los participantes fue de 31,9 años con una desviación típica de 8,6. El estudiante más joven tenía 20 años y el más mayor 56 años.

Por sexo, el 83,3% fueron mujeres y 7,1% varones. No contestan 9,5%

Por convivencia, el 33,3% de los encuestados convivían con mayores y el 61,9% no convivían con mayores. No contestan 4,8%.

Respecto al trabajo, el 73,8% trabajan con mayores mientras que el 23,8% no trabajan con mayores. No contestan 2,4%.

#### *Instrumentos*

El cuestionario consta de 18 preguntas orientadas a explorar dos factores: Las actitudes frente al diagnóstico (ítems: 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14) y las actitudes frente al tratamiento (ítems: 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12). Cada ítem dispone de 4 opciones, categorizadas según la escala de Likert: Verdadero, casi verdadero, casi falso y falso.

#### *Procedimiento*

Para investigar la depresión en mayores se utilizó un cuestionario, compuesto por 18 preguntas, basado en el utilizado por Glasser et al. (2009). "Geriatric Depression in Primary Care de la University of Illinois", diseñado para medir las actitudes de los médicos de Atención Primaria de Illinois (Estados Unidos). El cuestionario (Apéndice) se adaptó a la población objeto de estudio con preguntas que eran pertinentes para cualquier profesional que trabajase con mayores.

#### *Consideraciones éticas*

La participación fue voluntaria y se respetó estrictamente la confidencialidad según el Real Decreto 1720/2007 de 'protección de datos de carácter personal'. Asimismo, se les explicó a los participantes verbalmente el propósito del estudio.

Este proyecto se ha llevado a cabo siguiendo las normas dictadas por la 'Declaración de Helsinki' (52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000) y las normas de buenas práctica clínica y cumpliendo la legislación vigente.

#### *Análisis de datos*

Describir Estudio descriptivo transversal basado en un cuestionario estandarizado para explorar las actitudes del personal sanitario ante la depresión.

La variable edad, única variable cuantitativa fue categorizada por rangos de edad. Las variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencia y porcentajes.

Se compararon las respuestas de las variables dependientes, en la escala tipo Likert (verdadero, casi verdadero, falso y casi falso) con las variables independientes: Edad, sexo, trabajo y/o convivo con mayores.

El análisis bivariado se estructuró en cuatro partes, comparando las variables dependientes con cada una de las variables independientes (edad, sexo, trabajo y/o convivo con mayores). Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para evaluar las posibles asociaciones entre dichas variables.

El nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ .

### **Resultados**

#### *Datos globales*

##### 1. Actitudes y diagnóstico

Los resultados globales indican que la depresión no es estigmatizante para el 72% de los participantes. El procedimiento seguido para diagnosticar la depresión tuvo en cuenta el siguiente proceso:

- Sólo el (47%) de los participantes descartaría primero una enfermedad orgánica.
- Las molestias somáticas son consideradas síntomas de depresión por el 70%.

- Cuando coexiste depresión y demencia, la mayoría de los participantes (95%) tratarían la depresión.

- El deterioro cognitivo se considera un signo de depresión para el 47% de los participantes, lo que indica una gran dispersión en las respuestas.

- El 67% utilizan cuestionarios si sospechan depresión y sólo el 58% investiga el riesgo de suicidio.

## 2. Actitudes y tratamiento

Tabla 1: Actitudes y diagnóstico. Datos globales

Actitudes respecto al diagnóstico						
Nº	Enunciado pregunta	N	Verdadero	Casi verdadero	Casi falso	Falso
3	Diagnosticar la depresión es estigmatizante	83	9(10.7%)	13(15.5%)	24(28.6%)	37(44%)
4	Diagnosticar la depresión tras descartar enfermedad orgánica	83	24(28.6%)	16(19%)	18(21.4%)	25(28.4%)
5	Demencia y depresión coexisten. Es importante tratar depresión	83	74(88.1%)	6(7.1%)	2(2.4%)	1(1.2%)
6	Deterioro cognitivo es signo de depresión	81	21(25%)	19(22.6%)	15(17.9%)	26(31%)
8	Los ancianos con depresión se centran en molestias somáticas	84	28 (33.3%)	31 (36.9%)	13 (15.5%)	12 (14.3%)
13	Investigo riesgo de suicidio, en personas mayores con depresión	84	29(34.5%)	20(23.8%)	15(17.9%)	20(23.8%)
14	Sospecho depresión, utilizo cuestionario	82	40(47.6%)	17(20.2%)	8(9.5%)	17(20.2%)

Tabla 2: Actitudes y tratamiento. Datos globales

Actitudes respecto al tratamiento						
Nº	Enunciado pregunta	N	Verdadero	Casi verdadero	Casi falso	Falso
1	Si la depresión es intratable	84	0(0%)	4(4.8%)	12(14.3%)	68(81.6%)
2	El tratamiento de la depresión es mi responsabilidad	84	12(14.3%)	37(44%)	23(27.4%)	12(14.3%)
7	Pacientes mayores tienen tantos problemas que no tengo tiempo para considerar la depresión	84	1(1.2%)	6(7.1%)	6(7.1%)	71(84.5%)
9	Los antidepressivos son tan efectivos en mayores como en jóvenes	83	9(10.7%)	27(32.1%)	19(22.6%)	28(33.3%)
10	La psicoterapia es tan efectiva en mayores como en jóvenes	83	19(22.6%)	40(47.6%)	14(16.7%)	10(11.9%)
11	La consulta psiquiátrica si ayuda	83	42(50%)	29(34.5%)	9(10.6%)	3(3.6%)
12	Los ansiolíticos ayudan en el abordaje de la depresión	82	17(20.2%)	45(53.6%)	16(19%)	4(4.8%)

Los resultados globales mostraron que el 96% de los participantes tienen una visión positiva sobre tratamiento de la depresión en mayores. Además, el 91% de los encuestados dedicaría el tiempo suficiente al abordaje de la depresión. Sin embargo, una proporción considerable de estos encuestados (42%) no considerarían que el tratamiento de la depresión es su responsabilidad. Los tratamientos más valorados por los participantes fueron, la consulta psiquiátrica (84%), el tratamiento psicoterapéutico con 70% y por último del tratamiento farmacológico. Dentro del tratamiento farmacológico los ansiolíticos (73%) fueron preferidos a los antidepressivos (43%).

### 1. Actitudes y edad

Respecto al diagnóstico, 54 participantes (75%) consideraron que la depresión no es estigmatizante, aunque se observaron diferencias apreciables: Menos estigmatizante para el grupo más joven (83,3%) y más estigmatizante para el grupo de más edad (69,5%).

En cuanto a la consideración del deterioro cognitivo como signo de depresión [pregunta 6], existe una gran dispersión en las respuestas entre todos los grupos: El 49,3% consideran que es un signo de depresión y el 50,7% no es un signo de depresión. Sin embargo, los encuestados tratarían la depresión de forma independiente del deterioro cognitivo [pregunta 5] en un 95,9%.

Respecto al tratamiento, los encuestados coinciden en señalar 'que dedicar el tiempo necesario a los pacientes con depresión es relevante' [pregunta 7] en un 92,9%, aunque también consideran que el tratamiento de la depresión no es su responsabilidad [pregunta 2] con un 41,1% de media. Las respuestas variaron por edades, los más jóvenes tratarían la depresión en mayor porcentaje (62,5%) que los de más edad (45,8%).

### 2. Actitudes y sexo

La muestra estuvo compuesta por 70 mujeres (83,3%), 6 varones (7,1%) y no contestan 8 (9,5%). Los datos se expresaron en porcentajes.

Respecto 'si el diagnóstico de la depresión se puede considerar estigmatizante', [pregunta 3], los varones manifestaron que es estigmatizante en un 83,3% frente a las mujeres en un 21,5%.

Se observó una falta de coherencia en las respuestas de las preguntas 5 y 6. Mientras que el 97,5% de los encuestados tratarían la depresión cuando coexiste con la demencia [pregunta 5]. Sin embargo, el deterioro cognitivo no se asoció a la depresión [pregunta 6] por el 52 % de los encuestados.

Respecto al tratamiento de la depresión, se observa que la mayor parte de los participantes (92,1 %), sin diferencias de sexo, consideran que es relevante dedicar el tiempo suficiente a los pacientes deprimidos [pregunta 7], con una significación estadística ( $p=0,127$ ). Sin embargo, sólo el 50% de los varones y el 66,6% de las mujeres consideran que es su responsabilidad el tratamiento de la depresión [pregunta 2].

Existe una amplia coincidencia entre ambos grupos, al considerar la depresión tratable [pregunta 1] con una significación estadística  $p=0,006$ .

### 3. Actitudes y trabajo con mayores

Como en los casos anteriores, el establecimiento del diagnóstico de la depresión [pregunta 3] no fue considerado estigmatizante por el 75,3% de los participantes. Sin embargo, se observaron diferencias apreciables, menos estigmatizante (80%) para el personal que no trabaja con mayores que para los que trabajan con mayores (55,5%).

En cuanto al tratamiento, ambos grupos mayoritariamente manifestaron que la depresión es tratable [pregunta 1] (95,9%). Además, expresaron que es importante dedicar el tiempo suficiente para el abordaje de la depresión [pregunta 7], en un 92,6%. Sin embargo, expresaron un grado medio de responsabilidad (56,5%) en el tratamiento de la depresión [pregunta 2].

### 4. Actitudes y convivencia con mayores

Se aprecia una mayor uniformidad en las respuestas entre el personal que convive con mayores y el que no convive con mayores sobre los criterios seguidos por los participantes para establecer el diagnóstico y tratamiento de la depresión.

## Discusión

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada entre estudiantes del Máster de Gerontología Social, con perfil profesional sanitario predominantemente de enfermería, mostraron una actitud positiva ante el abordaje de la depresión en el anciano, aunque con numerosas matizaciones que es preciso destacar.

El manejo de la depresión fue considerada mayoritariamente tratable (96%), con una significación estadística  $p=0.006$  asociada al sexo, aunque una parte sustancial de los encuestados consideró que no era su responsabilidad (41,1%). Estos resultados son parcialmente concordantes con otros estudios, (Glasser et al., 2009) en una encuesta realizada a médicos rurales mostró que el 100% de los participantes consideraron 'que el diagnóstico y tratamiento de la depresión era su responsabilidad'. Probablemente los resultados de nuestro estudio están influidos por el perfil profesional de enfermería de los estudiantes del Máster. Aragonés et al. (2011) indicaron que el 57,1% de los médicos de atención primaria se sintieron cómodos en el manejo de los pacientes deprimidos y sólo el 19,7% consideró que no era una tarea gratificante. Haddad et al. (2012) revelaron que el 63,3% de los médicos británicos de atención primaria se sentían competentes para tratar la depresión en el anciano.

Los encuestados coinciden en señalar que es relevante dedicar el tiempo necesario a los pacientes con depresión [pregunta 7], con una significación estadística  $p=0,127$  y una media del 92.1% respecto al sexo. Estos datos coinciden con el estudio de (Glasser et al., 2009) ya que el 86% de los médicos rurales manifestaron disponer de tiempo suficiente para los pacientes con depresión, pero discrepan con el estudio de Levin et al. (2007) debido a que la mayor barrera para tratar a pacientes deprimidos por los médicos de familia en Atención Primaria es la falta de tiempo (86%).

Respecto al diagnóstico de la depresión, se observó una alta significación estadística  $p=0,001$  sobre la valoración del deterioro cognitivo como signo de depresión entre los participantes que conviven con ancianos. Para el establecimiento de un diagnóstico depresivo los criterios utilizados fueron: La comorbilidad, descartar primero una enfermedad orgánica antes de establecer un diagnóstico (60,9% del personal con más edad vs. 37,5% más joven), molestias somáticas en el anciano (66,6%) y usar cuestionarios por el 66,6% de los participantes, siendo este dato coincidente (61%) con el estudio de Glasser et al. (2009). Es destacable, que ante la sospecha de suicidio se investigó en mayor medida por el personal de más edad en un 68% frente a los más jóvenes 41,6%, y por un 61,4% de las mujeres frente a un 50% los varones y por el 64% del personal que convive con ancianos frente 57,5% del que no convive.

Respecto al tratamiento de la depresión, las opciones terapéuticas en las que confiaron los encuestados fueron: La consulta psiquiátrica por el 87,6%, seguido del tratamiento con ansiolíticos (74,8%) y la psicoterapia (67,8%).

Estos resultados se compararon con otras investigaciones hallándose respuestas diferentes, Martín-Agueda et al., (2005) encontraron que la derivación de pacientes depresivos a los psiquiatras había descendido en los últimos 15 años en un 22,6%, debido a la mejor preparación de los médicos y al uso de nuevos antidepresivos, Haddad et al. (2012) señalaron una actitud favorable entre los médicos de familia británicos en manejar la depresión, en lugar de los psiquiatras, ya que ellos lo asumen como una competencia propia (73,9%). Glasser et al., (2009) encontraron que 97% de los médicos de los médicos rurales tratarían primero a los pacientes deprimidos antes de enviarlos a una consulta psiquiátrica.

La psicoterapia fue valorada como una opción positiva para los pacientes deprimidos en un rango que va desde el 75.5%, dependiendo del sexo, hasta el 85,9% dependiendo de la convivencia. Aragonés et al. (2011) indicaron que la psicoterapia fue considerada efectiva para el 77,5% de los médicos de familia, Glasser et al. (2009) manifestaron que el 93% de los médicos indicaron que la psicoterapia podía ayudar a los pacientes deprimidos, y Haddad et al. (2007) distinguieron entre las actitudes del personal de enfermería que valoró la psicoterapia más positivamente que los antidepresivos por el 63,7% por los enfermeros y un 40,8% por los médicos. Otros estudios (Andersson, Troein y Lindberg, 2005) reflejan que la psicoterapia no puede reemplazar el tratamiento con antidepresivos, pero la mayoría de los médicos están de acuerdo que la psicoterapia puede ser un complemento al tratamiento con antidepresivos.

En relación con el tratamiento con antidepresivos los encuestados respondieron que en un 43,3%, independientemente de las variables asociadas, fueron tan efectivos en mayores como en jóvenes. Sin embargo, para Anderson et al. (2005) dos terceras partes de los médicos de familia consideraron que los

antidepresivos son tan efectivos en el tratamiento de ancianos como en jóvenes. Otros estudios, evidenciaron la confianza de los médicos con el tratamiento de los antidepresivos, Aragonés et al. (2011) presentaron que el 81% de los médicos valoraron que producían resultados satisfactorios, Haddad et al. (2007) mostraron que los antidepresivos eran eficientes para el 64,7% de los médicos y 53,6% del personal de enfermería y Martín-Agueda et al. (2005) manifestaron que es la opción de tratamiento más común (96,9%).

### Conclusiones

A la vista del análisis se concluye que los estudiantes del Máster de Gerontología Social tienen una visión positiva sobre el abordaje de la depresión en mayores. Varias conclusiones se pueden extraer de este análisis:

- los estudiantes del Máster de Gerontología Social presentan una actitud favorable para el abordaje de la depresión en el anciano.
- los estudiantes consideran que la depresión del anciano es tratable, dedicarían el tiempo suficiente a su tratamiento
- la depresión no es considerada una enfermedad estigmatizante.

Los resultados obtenidos respecto al tratamiento difieren de otros estudios analizados por la influencia del perfil profesional de los participantes, personal de enfermería.

### Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales*. (5ª ed.). Barcelona: Masson.

Andersson, S.J., Troein, M. y Lindberg, G. (2005). General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Family Practice*, 6(1), 21. doi:1471-2296-6-21

Aragones, E., Pinol, J.L., Labad, A., Masdeu, R.M., Pino, M. y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(1), 21-35.

Aragones, E., Pinol, J.L., López-Cortacans, G., Hernández, J.M. y Caballero, A. (2011). Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: Una aproximación con el depression attitudes questionnaire (DAQ). *Atención Primaria*, 43(6), 312-318.

Arizaga, M.A., Eizaguirre, C.S., Feliu, M.R. y Etxeberria, A.S. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*, 33(9), 491-496.

Botega, N.J. y Silveira, G.M. (1996). General practitioners attitudes towards depression: A study in primary care setting in Brazil. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42(3), 230-237.

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. y Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369-377.

Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M.G., Sewitch, M., Belzile, E. y Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36.

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. (1997). *La depresión en España: Estudio sociológico. Libro blanco*. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.

Glasser, M., Vogels, L. y Gravdal, J. (2009). Geriatric depression assessment by rural primary care physicians. *Rural and Remote Health*, 9(4), 1180.

Gualtero, R.D. y Turek, L. (1999). Salud mental: Encuesta a los médicos de atención primaria. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 19(70), 225-234.

Haddad, M., Walters, P. y Tylee, A. (2007). District nursing staff and depression: A psychometric evaluation of depression attitude questionnaire findings. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 447-456.

Haddad, M., Menchetti, M., Walters, P., Norton, J., Tylee, A. y Mann, A. (2012). Clinicians' attitudes to depression in europe: A pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Family Practice*, 29(2), 121-130.

Levin, D. (2007). Attitudes of israeli primary care physicians towards mental health care. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(3), 225-230.

Martín-Agueda, B., López-Muñoz, F., Rubio, G., Guerra, J.A., Silva, A. y Álamo, C. (2005). Management of depression in primary care: A survey of general practitioners in spain. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 305-312.

Munizza, C., Argentero, P., Coppo, A., Tibaldi, G., Di Giannantonio, y M., Picci, R.L., et al. (2013). Public beliefs and attitudes towards depression in italy: A national survey. *PLoS One*, 8(5), e63806.

Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D. y Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1363-1373.

Organización Mundial de la Salud. (2003). In Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10ª ed. ed.). Washington:

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depresión* (Genève ed.) OMS.

### Apéndice: Cuestionario

Si la depresión es intratable			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
¿El tratamiento de la depresión es mi responsabilidad?			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
¿Poner un diagnóstico de depresión a una persona mayor es estigmatizante?			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
No se puede considerar depresión hasta descartar una enfermedad somática.			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Depresión y demencia: tratar la depresión.			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Deterioro cognitivo es un signo de depresión			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Mayores con problemas. No tengo tiempo para considerar la depresión			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Los ancianos con depresión se centran en molestias somáticas			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Los antidepresivos es tan efectiva en mayores como en jóvenes			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
La psicoterapia es tan efectiva en mayores como en jóvenes			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
La consulta psiquiátrica sí ayuda			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Los ansiolíticos ayudan			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Investigo riesgo de suicidio en persona mayor con depresión			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Cuando sospecho depresión utilizo un cuestionario			
Verdadero	Casi verdadero	Casi Falso	Falso
Edad			
Sexo			
Hombre		Mujer	
Trabajo con mayores			
SI		NO	
Convivo con mayores			
SI		NO	

## CAPÍTULO 83

### Síndrome Confusional Agudo asociado al ingreso hospitalario y cómo paliarlo

María Isabel Monreal Velázquez, María del Mar Chumilla Temprano,  
y Elena Martín Quirantes  
*Hospital Santa Lucía (España)*

Desde el punto de vista demográfico podemos decir que el síndrome confusional agudo, es una alteración mental de tipo transitorio y reversible, que afecta a 1/3 del total de pacientes mayores hospitalizados de edades entre 65-70 años. Aun debiendo ser una situación reversible, no siempre ocurre así, ya que a menudo es el comienzo de problemas más serios, siendo el precursor de una demencia. Y son muchas veces las que forma contraria se confunde una demencia con un cuadro confusional (Campaner, 2010; Formiga y Marcos, 2005).

Al considerar que es un problema muy habitual en el adulto mayor, hay que darle la importancia que se merece, ya que además es el segundo síndrome más prevalente en el ámbito hospitalario. La prevalencia de casos en pacientes de >65-70 años es de:

11% - 24% Aparece el síndrome en el mismo momento del ingreso o cirugía.

5% - 35% Afecta el síndrome durante el proceso de hospitalización, o días posteriores.

Y supone una gran repercusión tanto para la familia como entre el personal sanitario que lo atiende, puesto que precisa de un trato más cuidadoso por el difícil manejo del paciente al que afecta de forma multifactorial, es decir, no es provocado por un circunstancia o factor desencadenante, sino, por una combinación de varias causas (Vázquez, Benchimol, 2010 ).

Una vez identificados los factores desencadenantes del síndrome confusional agudo, podremos adoptar medidas para paliar su sintomatología y alcanzar el objetivo que nos proponemos.

Para Lázaro (2009) los factores desencadenantes del síndrome confusional agudo son:

- Envejecimiento cerebral o deterioro fisiológico.
- Situaciones de estrés, estar en urgencias, UCI, etc.
- Deprivación de tratamientos crónicos.
- La hospitalización: desubicación, cambios de habitación, cambios de ritmo de horarios.
- Patologías previas como demencia, deterioro cognitivo, depresión o ansiedad.
- Dependencia funcional o estado de inmovilidad.
- Fármacos asociados al tratamiento terapéutico para tratar la enfermedad que ha desencadenado el ingreso, como son las analgesias.
- Cirugía previa y dolor post-operatorio.
- Trastornos del sueño e insomnio.
- Problemas familiares o soledad y aislamiento del paciente.-Desnutrición y alteraciones electrolíticas.
- Antecedentes previos de estados confusionales.

De modo que si no se toman las medidas adecuadas, el delirium se convierte en un problema que conlleva a un retraso en la evolución de la causa inicial de ingreso del paciente y un aumento de la estancia hospitalaria con el consecuente gasto económico y de personal (Torres, Jiménez y Vázquez, 2010).

Medidas a adoptar para la superación o disminución del síndrome confusional agudo, según Toquero (2003):

1. Tranquilizar al paciente y a la familia ante este proceso



2. Proporcionar una habitación luminosa, temperatura óptima y evitar cambios bruscos por motivos hospitalarios salvo que sean esenciales para su tratamiento.

3. Permitir el acompañamiento familiar.

4. En caso de cirugías, es de vital importancia el control del dolor.

5. Introducir tras la cirugía el tratamiento farmacológico previo, ya que su deprivación puede desencadenar complicaciones, como por ejemplo, si se suspende un tratamiento para la depresión, ansiedad o Alzheimer.

6. Mantener sus hábitos e incentivar al paciente a participar en su recuperación.

7. Mantener una adecuada nutrición e hidratación.

8. Favorecer la orientación en espacio y tiempo.

9. Evitar el encamamiento prolongado, salvo indicaciones médicas por cirugías, y si el encamamiento es necesario, realizar cambios posturales.

10. Protección ante las autolesiones provocadas por la agitación psicomotriz.

Si este cuadro clínico se agrava, puede que la sintomatología no sea al 100% reversible, además que desencadena un alto índice de mortalidad intra o post-hospitalaria de hasta un 10-65% de los casos. (Domínguez, Soto, 2012).

### **Objetivo**

Identificar los factores de riesgo y detectar que tipo de comportamientos son susceptibles de desencadenar la fase de desorientación, proporcionando los conocimientos adecuados a los cuidadores y al resto de personal sanitario; y de esta forma, prevenir complicaciones.

### **Metodología**

Los criterios de inclusión para el desarrollo de nuestra revisión bibliográfica en la presente comunicación, han sido sin duda alguna el gran número de casos y la alta prevalencia, para la cual, nos hemos ayudado de bases de datos como SciELO, Elsevier, Medline y Cuiden; por ello ha sido fundamental indagar en un elevado número de artículos publicados en un rango de 10 años hasta el 2012, y en revistas científicas como la *Journals of Gerontology* o la *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Ha sido de gran ayuda las versiones digitales de muchas revistas o capítulos de libros publicados online. Toda la búsqueda ayudándonos de palabras clave tanto en español, como en inglés, introduciendo palabras clave como son: demencia, delirium, cuadro confusional agudo, anciano, envejecimiento para búsqueda en español.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

Lange y Verhaak (2013) demostraron, que en una planta de medicina interna, cuyos enfermos son 2 pacientes hospitalizados con diagnóstico de ingreso igual o distinto, en una misma habitación y con edad igual o superior a 70 años, que si uno de ellos desarrolla un cuadro confusional manifestado por fuertes estados de agitación, agresividad y alteración del patrón vigilia y sueño, existe la posibilidad en un 80% de los casos en que lo experimente el compañero de habitación, ya que está expuesto a los factores de riesgos óptimos, que unidos a la edad y sus antecedentes previos, conllevan a alterar su estado mental.

En cuanto a nivel de intervenciones traumatológicas por caídas accidentales o por fracturas de caderas se ven afectados por delirium hasta un 50% de los adultos mayores hospitalizados. Según Moreno (2010), tras un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 240 pacientes con fractura de cadera durante el 2008, el resultado fue que el delirium provocado por diversos factores desencadenantes, afectaban a un 64%, siendo más habitual en mujeres mayores de 70 años (78% de las estudiadas) que en hombres. Del resto de pacientes escogidos para el estudio (36%), la mitad sufría este síndrome en mayor o menor complicación a los dos o tres días después de la cirugía u hospitalización.

Al igual que este, son muchos los estudios enfermeros, como los de Carrera ( 2012 ) o Montalvo, Alarcón y Rodil ( 2008 ), que constatan el gran aumento por casos de delirium tras afectaciones traumatológicas, apareciendo dichos artículos en numerosas Guías Clínicas.

Una gran parte de los estudios o revisiones coinciden en que el síndrome confusional agudo, es un tema altamente hablado y debatido en los tiempos actuales, pero no tiene ningún trato específico; resaltando la importancia de un diagnóstico precoz de los síntomas, enseñando a la familia a reconocer los signos bruscos con los que cursa (Tabla I).

Cabe destacar, que gran parte de los artículos utilizan en sus estudios la técnica diagnóstica CAM (Confusion Assessment Method), basada en 4 características para reconocer rápidamente si existe riesgo de padecer delirium. Las ventajas de esta técnica radican en que, además de estar validada por una evaluación psiquiátrica, es fácil de realizar, registrar, y práctica y breve a la hora de ser usada para valorar al paciente. El CAM, según Inouye (1990), evalúa los siguientes aspectos o parámetros:

1. Inicio agudo y curso fluctuante.

Normalmente el acompañante habitual, junto con el personal sanitario, son los primeros en percatarse de si ha aparecido un cambio brusco en el estado mental del paciente comparándolo con el estado basal previo a la hospitalización. Es importante observar si ese cambio en la conducta aparece y desaparece según sea de día o de noche, y si se agrava o aminora. Es una característica que salta a la vista del familiar, que conoce el carácter y el estado mental del paciente.

2. Inatención.

Es fácil de detectar, puesto que ves como le puedes estar orientando en espacio y tiempo, y el receptor se manifiesta distraído y sin prestar atención a la información recibida. Miran ante una orden a otro lugar o repasan la habitación sin escuchar las indicaciones. En un momento de agitación, puedes calmar al paciente que te mira e intenta prestar atención, sin embargo, al terminar la conversación ha sido todo en vano.

3. Pensamiento desorganizado.

En este caso, el paciente no es capaz de establecer una conversación con coherencia; expresan las ideas y los pensamientos según les vienen a la mente, con cambios bruscos y sin sentido del tema de conversación que están manteniendo. Su flujo de ideas es ilógico e incomprensible.

*Tabla 1. Signos de alarma*

Disminución del nivel de conciencia
Alteración cognitiva con dificultad o incoherencia del habla
Dificultad para mantenerse orientado en espacio y tiempo
Autolesiones a sí mismo y a su entorno
Atraen a la mente recuerdos pasados, sin recordar el pasado inmediato.
Agitación psicomotriz importante y exaltación e irritación ante cualquier estímulo
Alteración del patrón sueño y vigilia, con perturbación nocturna a consecuencia del insomnio
Desviación de la atención y fácil distracción
Deterioro de la memoria a corto plazo
Alucinaciones visuales y auditivas
(García, 2012; Lipowsky, 1990)

4. Nivel alterado de conciencia.

Si partimos de la base de que existen varios estados en la persona, como son:

- Alerta, que es el estado normal; es decir, reaccionamos ante una pregunta o un estímulo.
- Hipoalerta, más vigilante de lo normal.
- Letárgico o somnoliento.
- Estupor con dificultad ante el estímulo.
- Coma o sin reacción a estímulos verbales o sensoriales.

Dependiendo del estado del paciente, sabremos si su nivel de conciencia puede o no estar alterado.

La suma del inicio brusco y curso fluctuante, y la de inatención son primordiales, y si se les suma cualquiera de las otras dos últimas características, aparece mayor fiabilidad para el correcto diagnóstico. La suma de todas ellas, según el método CAM, es claro el diagnóstico de síndrome confusional.

Según la revisión realizada por Bell (2011), se expone que existen varios estudios con un denominador común, que es la necesidad de establecer un modelo de cuidados básicos que reúna estrategias concretas en la práctica clínica de pacientes con evidencias de delirium. Y es el trabajo multidisciplinar el que pone de manifiesto los estudios Britton, recogidos en la Biblioteca Cochrane Plus, que es el esencial para la prevención, detección y manejo del paciente; al igual que es esencial el apoyo en la familia como punto de ayuda. No debemos olvidar saber el impacto que supone a nivel familiar este tipo de casos, para ver el grado de colaboración que tenemos por parte del entorno familiar del paciente.

Al igual que otros muchos síndromes geriátricos, el delirium, descrito con gran variedad de nombres, ha recibido poca atención hasta hace pocos años, por ello son los propios artículos los que manifiestan que pasa desapercibido por los clínicos en la mayoría de las ocasiones, pero hoy día es cada vez más frecuente encontrar en la literatura geriátrica un mayor número de revisiones extensas, artículos editados o capítulos de libros dedicados a este tema.

### **Discusión**

Tras una cuidadosa y amplia revisión, nos lleva a concluir que el síndrome confusional agudo, es un trastorno habitual en el adulto mayor y en el ámbito gerontológico, frecuentemente infra diagnosticado y sin manejo específico, que supone una complicación grave de la enfermedad primaria por la que ingresa el paciente, a la que se asocia un aumento de la mortalidad, y un importante consumo de recursos materiales y personales, junto con un aumento de la estancia media de ingreso.

Por la alta prevalencia y por su alta mortalidad, consideramos importante que estos pacientes, cuya etiología del problema no es única, sino multifactorial, han de ser tratados por un equipo multidisciplinar con médicos, enfermería, psicólogos, terapeutas y nutricionistas con conocimientos adecuados sobre geriatría; de esta forma cada gremio sea capaz de trabajar conjuntamente entre sí para promover estrategias que identifiquen los factores desencadenantes, para realizar un diagnóstico adecuado, y proporcionar el tratamiento y condiciones oportunas que el paciente precise.

La evaluación diagnóstica, para un correcto manejo de este tipo de paciente, se debe hacer sobre todo, con una historia clínica completa, donde es esencial obtener información del estado mental y funcional previo, y cuáles son sus hábitos, su medicación habitual y cuál es el nivel de riesgo exponencial de cada enfermo adulto mayor a verse afectado en mayor y menor medida.

Ponemos de manifiesto que son muchos los desconocimientos sobre el tema, entre el propio personal clínico, quien es el principal conductor, tanto la enfermería, como los auxiliares de enfermería, para instruir a la familia en el trato que necesitan ese tipo de pacientes, y orientarlos en su difícil manejo.

Debemos tener en cuenta, que no solo tenemos que centrarnos en tratar el problema de base del paciente adulto mayor, sino también las complicaciones que provocan este cuadro de desorientación, ya que son tanto o más importantes que la enfermedad de base; puesto que de no tratarse, existe riesgo de un mayor deterioro en la independencia, tanto dentro del hospital, como a la salida del mismo.

Sin duda, es esencial el cumplimiento del tratamiento específico de la enfermedad que ha provocado el ingreso, pero posteriormente debemos poner los medios para evitar los factores de riesgo, no centrándonos solo en el tratamiento farmacológico, sino también en el humano o empático, como medidas de bienestar y confort que hacen que se atenúen o desaparezcan los motivos que desencadenan los casos de delirium.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental, de manera que si procuramos al paciente un entorno adecuado y seguro, y mantenemos una relación basada en la comunicación y la interacción continua con él y con su familia desde el mismo momento del ingreso, detectaremos de forma precoz el riesgo potencial de padecer un delirium, y podremos aplicar de forma inmediata todo tipo de medidas

para evitar el uso de fármacos y/o contenciones mecánicas, y de ese modo, procurar conseguir una recuperación completa sin secuelas orgánicas ni funcionales a través de un protocolo eficaz basado en los cuidados enfermeros de calidad.

Por desgracia, muchos casos de delirium no se diagnostican dentro del ámbito hospitalario, lo que implica una dificultad para proporcionar los cuidados de calidad óptimos, ya que no se puede transmitir la formación a la familia, y como consecuente se agrava en el ámbito domiciliario los síntomas.

Concluimos en decir que los servicios sanitarios tienen el desafío de brindar una resolución eficaz al trastorno de tan alta complejidad, que obedece a múltiples factores y que implica una mayor demanda de atención de enfermería y resto de servicios sanitarios (médicos, psiquiatras, nutricionistas, auxiliares, celadores, etc.). Por este motivo se podría incluir como marcador de calidad asistencial para obtener una evaluación de la calidad de funcionamiento de servicios asistenciales dedicados al manejo del paciente gerontológico, para tratarlo adecuadamente holísticamente.

### **Referencias**

Cámara, L., Domínguez, J.R., Herranz, N., Martín, V., Ruiz, J.A., Vargas, M.J., Martínez, M.L. (2002). Plan de cuidados al paciente geriátrico hospitalizado con síndrome confusional agudo. *Gerokomos*, 13(2), 75-79.

Castro, P. (2008). Paciente con alteración del nivel de conciencia. *An. Sist. Navar*, 31(1), 87-97.

Formiga, F., Marcos, E., Sole, A., Valencia, E., Lora-Tamayo, J., Pujol, R. (2005). Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev. Clin. Esp.*, 205(10), 484-488.

González, M., Carrasco, M. (2008). Delirium: marcador del estado del paciente geriátrico. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 43(3), 38-41.

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

Palacios, D. (2003). Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con un cuadro confusional agudo. *Enfermería Clínica*, 13 (2), 118-121.

Pompei, P., Foreman, M., Rudberg, M. A., Inouye, S. K., Braund, V., Cassel, C. K. (1994). Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(8), 809-815.

Ribera, J.M. (2005). El síndrome confusional agudo en alza. *Rev. Clin. Esp.*, 205, 469-471.



## CAPÍTULO 84

### Cuidados del paciente anciano en unidades agudas de psiquiatría

José Francisco Pavón Calvin\*, Antonio Gutiérrez Aguilar\*\*,  
y M<sup>a</sup> Carmen Puertollano García\*\*\*

\*Servicio Aragonés de Salud (España), \*\*Servicio de Salud de las Islas Baleares (España),

\*\*\*Servicio Andaluz de Salud (España)

Mantener una adecuada calidad de vida en todos los sentidos en aquellos individuos que llegan a la vejez constituye uno de los más importantes objetivos tenidos por los sistemas socio-sanitarios de todo el mundo. El envejecimiento es un proceso fisiológico que se presenta en todos los seres vivos a lo largo del ciclo vital. Con los cambios demográficos, sociales y mejora en la sanidad, se está aumentando la esperanza de vida, siendo cada vez más el número de personas que superan los 60 años (Alvarado y Salazar, 2014).

Dentro de la población anciana y desde una visión asistencial se pueden encontrar diferentes perfiles desde el anciano autónomo al que es totalmente dependiente. Es interesante el concepto de anciano frágil y nos referimos a aquel que por su situación social, médica, mental... Precisan recursos sociales y/o de salud. Además del deterioro en órganos y sistemas propios de la edad, se suman enfermedades influyen en el deterioro o incluso el deterioro en si agrava o acelera la enfermedad, pacientes polimedicados... todo ello puede conducir a una necesidad de dependencia parcial o total. (Fernández y Estévez, 2013).

La discapacidad mental se ha demostrado estar relacionada con el aumento de la esperanza de vida de la población y constituye uno de los problemas de salud pública actuales por lo que se ha incrementado la investigación al respecto en este campo, tratándose de perfeccionar y mejorarla prevención, el pronóstico, el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes. (Bayarre, Díaz, Lazo, Menéndez, Pérez y Tamargo, 2007). Dentro de los principales trastornos mentales encontramos los afectivos y dentro de ellos la depresión que constituye un gran problema en la actualidad en adultos mayores de 60 años dadas las condiciones sociales, económicas y familiares actuales. Se asocia a deterioro funcional, aumento de la mortalidad a causa de suicidios y aumento de los costes sanitarios por aumento de los ingresos, medicación... (Martín, 2009). Por otro lado son frecuentes también los trastornos psicóticos como la psicosis relacionada con el Parkinson, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, con síntomas como delirios o alucinaciones (Kohen, Lester y Lam, 2010), y cómo no las demencias, entendidas como trastornos neurodegenerativos, progresivos y complejos algunos por el deterioro propio de la edad como la demencia senil y otros entendidos como trastornos degenerativos del cerebro tales como la relacionada con psicosis o el Alzheimer caracterizado por deterioro cognitivo que afecta a la memoria, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, pensamiento y lenguaje. (Hum, Cohen, Persaud, Lee, Drummond, Dalziel y Pimlott, 2014; Leite y Coelho, 2009).

La atención de enfermería ha experimentado un cambio desde un modelo de asilo en el que los pacientes estaban recluidos en sanatorios mentales y eran aislados del resto de la sociedad hacia un modelo actual psico-social tratando de integrar al sujeto con su familia, comunidad, y en general con el resto de la sociedad. Es por ello por lo que los cuidados de enfermería han pasado de actuar como observadores únicamente vigilando a estos enfermos mentales, a tomar una dimensión en la que visualizan al sujeto en su totalidad, individuo bio-psico-social, estableciéndose planes de cuidados dirigidos a conseguir mejorar la salud no solo mental sino integral (Olschowsky y Duarte, 2007). Esta atención debe ser multidisciplinar en asociación con otros profesionales tales como psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales, desarrollando un tratamiento integral tanto farmacológico como no

farmacológico a través de psicoterapias o cuidados (Muramatsu y Goebert, 2011). Por otro lado hay que tener en cuenta que a estos problemas mentales en muchas ocasiones hay que sumar disminución o pérdida de las capacidades funcionales para llevar a cabo actividades de la vida diaria, disminución de la capacidad económica, alteración de las capacidades cognitivas y/o afectivas y la patología sistémica que hacen que se añadan otros cuidados a los propios de la enfermedad mental (Fragoero, Pestana, Paúl, 2007).

### **Objetivo**

Analizar y dar una visión del paciente anciano ingresado en unidades agudas de psiquiatría, exponiendo las principales patologías que pueden padecer, así como los cuidados y atención que el personal de enfermería da a estos pacientes.

### **Metodología**

Se aborda el tema a través de una búsqueda bibliográfica utilizando para ello bases de datos on-line (Pubmed y Scielo), apoyándonos en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson además de en los diagnósticos de enfermería de la NANDA. La búsqueda se hará a través de las palabras clave: anciano, psiquiatría, agudo, cuidado, enfermo. Como criterios de inclusión se seleccionan artículos posteriores a 2005 escritos en español o en inglés. Como criterios de exclusión se rechazarán aquellos artículos que no cumplan las pautas de los criterios de inclusión. Además nos ayudaremos de la guía de cuidados enfermeros de salud mental del Servicio Aragonés de Salud de 2003.

### **Resultados**

Según los artículos revisados se puede afirmar que el envejecimiento está presente en todos los seres vivos como parte del ciclo vital, aunque se sabe que no es igual para todos. Se considera como el deterioro funcional que afecta a células, tejidos, órganos y sistemas y que conducen a la muerte. Según diversos autores el envejecimiento puede ser considerado en individuos a partir de los 65 años. No obstante se debe considerar de forma global y no solo desde el punto de vista biológico, existiendo teorías que lo explican: *Naturales*, centrándose en el deterioro y desgaste natural; *Psicológicas* que se centran en aspectos de la personalidad y en aspectos cognitivos del individuo en como también se producen cambios; *Sociales* en las que se analiza cómo se lleva a cabo la adaptación del paciente anciano a través de los cambios que en él acontecen en la sociedad, comunidad o en su familia; *de la actividad* se centran en los cambios y cómo se adapta el anciano a la actividad tanto a actividades propias de la vida cotidiana, actividades de la comunidad, hábitos, estilos de vida, hobbies... y en la que se promueven hábitos saludables que favorezcan una actividad adecuada. (Alvarado y Salazar, 2014). Dentro del concepto de envejecimiento es interesante el término de *anciano frágil* que se refiere a la confluencia de los mecanismos fisiológicos que acontecen a consecuencia de la edad junto con criterios socio-demográficos tales como la edad, lugar de residencia, estatus socio-económico..., médicos tales como pluripatología, tratamientos, déficit sensoriales, utilización de los recursos sanitarios, ingresos hospitalarios... y funcionales como capacidad para llevar a cabo las actividades básicas del día a día (Orueta, Rodríguez, Carmona, Moreno, García y Pintor, 2008).

Dentro de la patología que presentan estos pacientes nos encontramos con los trastornos mentales que pueden aparecer a lo largo de la vida a cualquier edad aunque con el aumento de la edad y el envejecimiento debido al deterioro tanto fisiológico como patológico de las estructuras del sistema nervioso son cada vez más frecuentes las patologías mentales en este tipo de pacientes sobretodo las degenerativas. Este tipo de problemas pueden traer como consecuencia la discapacidad o dependencia de estos pacientes que se agrava cuando presentan otro tipo de patología, alteraciones sensoriales o limitación de la movilidad (Ramos y Díaz, 2005). Dentro de los trastornos mentales que podemos encontrar en estos pacientes destacamos de forma resumida:

- *Depresión*: El concepto de depresión es un concepto entendido desde distintos puntos de vista (clínico, social...) y al que se han dado múltiples definiciones. Entre ellas se entiende como proceso psicológico que conlleva a alteraciones en el comportamiento de diferente intensidad como desinterés por las cosas, desánimo por la realización de actividades, desgana al comer, llanto fácil, tristeza que incluso llega a perder las ganas de vivir (Ximenes, Félix, Oliveira y Jorge, 2009). Los cambios biológicos y psicológicos que acontecen en el anciano unidos a cambios sociales, familiares y económicos, además de la asociación de numerosas patologías y múltiples tratamientos a los que están sometidos hacen que sean muy vulnerables a padecer depresión. En muchas ocasiones dadas las condiciones del anciano no es diagnosticada achacando muchos de sus síntomas a la propia condición de envejecer o a las patologías que padece, esto causa un empeoramiento del estado del individuo, con gran tristeza, inapetencia a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana... Lo cual acelera el deterioro que está produciéndose y es propio del envejecimiento. Esto además de al paciente también afecta a su familia y entorno (Rodríguez, Sotolongo, Luberta y Calvo, 2013). Conviene un diagnóstico lo más precoz posible y un tratamiento consistente en combinación de medicación con psicoterapia. Los antidepressivos son fármacos que tratan de reducir los síntomas y controlar la angustia. Con la psicoterapia se tratará a través de profesionales especializados combatir la sintomatología propia de estos pacientes (desesperanza, inapetencia por comer o por realizar actividades, baja autoestima...) con el fin de mejorar su calidad de vida y conseguir una adecuada salud mental. (Ximenes et al, 2009).

- *Demencia*: Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva y compleja que afecta a la percepción, al lenguaje, a la memoria y a la capacidad de reconocer. Con una prevalencia mayor en ancianos duplicándose 5 veces a partir de los 65 años. Dentro de las causas de la demencia encontramos tanto las reversibles: depresión, hematomas subdurales, infección del sistema nervioso central, toxicidad de algunos medicamentos, tumores cerebrales, envenenamiento orgánico y metálico, deficiencias nutricionales (B12, B6, tiamina y ácido fólico)... e Irreversibles: demencia de los cuerpos de Lewy, demencia vascular y demencia frontotemporales destacando la enfermedad de Alzheimer considerándose esta última como la más frecuente entre los ancianos. Las consecuencias de la demencia van a ser la pérdida de capacidades funcionales que van a afectar y alterar la realización del autocuidado y actividades de la vida diaria haciéndose más dependientes incluso en algunos casos totalmente dependientes. Es por ello por lo que un diagnóstico precoz es de suma importancia tanto para el anciano como para sus cuidadores. El tratamiento debe combinar el farmacológico con la psicoterapia (Hum et al, 2014; Da Costa, Brum, Chaves, Peçanha, y Silva, 2011).

- *Esquizofrenia*: Enfermedad crónica mental que se encuentra entre las más severas e incapacitantes. Dentro de la sintomatología propia de esta enfermedad se pueden encontrar síntomas positivos como delirios y alucinaciones, síntomas negativos como aislamiento social y aplanamiento afectivo, disfunción cognitiva y disminución en el funcionamiento psicosocial. Su etiología es desconocida aunque se piensa que las neuronas dopaminérgicas puedan estar involucradas. Además se distingue entre las de comienzo temprano que comienzan en adulto joven y constituyen alrededor del 80% de los pacientes con esquizofrenia y un pequeño grupo de comienzo tardío que suelen desarrollar los síntomas psicóticos después de los 60 años. El tratamiento de estos pacientes se lleva a cabo con antipsicóticos como el aripiprazol. (Kohen et al, 2010; Niklitschek, Pino y Aboitiz, 2011)

- *Trastorno Bipolar*: Es un trastorno crónico que se caracteriza por oscilaciones importantes del humor que van desde la euforia (manía) a la depresión, es por ello por lo que es conocido también como trastorno maniaco-depresivo. Puede aparecer a cualquier edad, presentando en los últimos tiempos una proporción creciente entre los adultos mayores de 65 años. En cuanto al tratamiento es necesario el uso continuo de la medicación combinándola con psicoterapia. Dentro de los antipsicóticos que se utilizan en estos pacientes, algunos usados en pacientes jóvenes como el litio, pueden tolerarse mal en pacientes de edad avanzada por efectos secundarios tales como disfunción renal. (Kohen et al, 2010; Miaso, Monteschi y Giacchero, 2009).



La regulación española en materia de salud mental se recoge en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de sanidad, donde en su artículo 20 se equipara al enfermo mental a las demás personas en relación a servicios sanitarios y sociales. Por un lado tratando de reducir al mínimo las hospitalizaciones por problemas mentales en la comunidad y potenciando la atención a domicilio o la hospitalización parcial, por otro la do favoreciendo la hospitalización de aquellos pacientes que así lo requieran por su patología y proporcionando una atención integral en coordinación con servicios sociales. Por otro lado el Convenio de Oviedo, relativo a los derechos humanos y bioética en su capítulo II, art. 7 versa sobre la protección de personas con trastornos mentales, recogiendo aquellos casos en los que el enfermo puede recibir tratamiento sin aportar previo consentimiento informado (Vega, Bañón y Fajardo, 2009).

Dentro del internamiento psiquiátrico según la legislación española se recogen dos tipos, por un lado el ingreso voluntario o consentido en el que el paciente da su consentimiento y por otro lado el involuntario o no consentido, dicho ingreso se considera excepcional y se lleva a cabo cuando el paciente a causa de su enfermedad o de su estado no puede dar un consentimiento válido. Dentro de estos últimos a su vez hay que distinguir entre internamientos civiles y penales. (Vega et all, 2009).

Centrándonos en la actuación de enfermería al valorar a estos pacientes se hará según las 14 necesidades de Virginia Hendersón, comprobando que el paciente tiene dificultad para cubrir prácticamente todas, aunque esto depende de las limitaciones que pueda tener el paciente a raíz de su patología. Estos pacientes en muchas ocasiones presentan hábitos tóxicos poco saludables como tabaco o alcohol, falta de conocimientos en relación con su enfermedad, dificultades para mantener una dieta adecuada, inactividad, falta de higiene o alteración en el patrón de sueño.

En las unidades de pacientes agudos o unidades de estancia corta se trata a pacientes con sintomatología aguda y se tiene como objetivo el llevar a cabo las actuaciones médicas y cuidados de enfermería encaminados a restaurar el daño psiquiátrico o estabilizar al paciente que ha sufrido un brote agudo de su enfermedad y que permitan que el paciente se reincorpore a su ámbito social y/o familiar en la mayor brevedad posible. Este tipo de pacientes sufren cuadros clínicos con sintomatología que puede representar un riesgo tanto para sí mismo como para otras personas. En estas unidades cobra especial importancia el trabajo multidisciplinar con la coordinación psiquiatra-enfermera-auxiliar de enfermería-trabajador social para llevar a cabo un tratamiento lo más integral posible (Ramos, Díaz, 2005).

La actuación de enfermería en estas unidades se lleva a cabo a través de valoración del enfermo según la 14 necesidades de Virginia Henderson y la elaboración de planes de cuidados individualizados a cada paciente a través de objetivos y diagnósticos NANDA realizando actividades relacionadas con cada uno de los diagnósticos y posteriormente evaluaciones periódicas. La Guía de Cuidados Enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón, Colomer, Benedí, Granada y Rams (2003), organiza estos cuidados en:

-Acogida del paciente y familia: Se trata de integrar y que conozca tanto el paciente como la familia el funcionamiento de la unidad.

-Adhesión al tratamiento: Conjunto de actividades dirigidas a que el paciente tome de forma adecuada en dosis y tiempo el tratamiento farmacológico y los cuidados prescritos prescritos, tanto en el hospital como tras el alta. Con ello se favorece la autonomía del paciente y el reconocimiento de los efectos beneficiosos que tiene el tratamiento.

-Despertar: Actividades dirigidas a que el paciente cumpla horarios adecuados en cuanto a sueño y despertar y que lo haga de forma óptima y orientado.

-Alimentación: Actividades orientadas a conseguir una adecuada nutrición con el desarrollo de habilidades tanto sociales como instrumentales.

-Higiene e imagen personal: Actividades dirigidas a que el paciente mantenga una higiene adecuada a través de adquirir hábitos saludables en lo referente a higiene, aseo personal y acicalamiento proporcionando el ambiente y los recursos adecuados y manteniendo esta higiene después del alta.

-Contención Psiquiátrica: Intervenciones dirigidas a que el paciente modere y controle su conducta para evitar posibles dificultades tanto para el paciente como para los demás. Se tratará de controlar y

enseñar a controlar al paciente conductas violentas, ansiedad, angustia, temor... con lo que se favorecerá equilibrio mental del paciente y su integración en la comunidad.

-Ejercicio físico/movilidad: favoreciendo y mejorando la capacidad de movilidad y la autonomía del paciente para realizar las actividades de la vida diaria lo cual favorece además que el paciente recupere un nivel óptimo de autoestima y sea más fácil la integración en su vida habitual.

-Interacción social: A través de actividades en las que se favorezca la participación y el intercambio social del paciente evitando el aislamiento social y la soledad que pueden agravar su estado. Se tratará que el paciente adquiera conductas sociales aceptables tanto con su familia, personal sanitario y tras el alta con su comunidad.

### **Discusión/Conclusiones**

Según los autores revisados el envejecimiento supone un proceso progresivo que afecta a todos los seres vivos con el deterioro de la funcional tanto biológico como psicológico y/social. Según el análisis de Alvarado y Salazar con los cambios que está experimentando el mundo se prevee un aumento considerable del número de personas mayores de 60 años de 600 millones a casi 2000 millones para el año 2050, hecho que según Orueta et al (2008) junto con la disminución del índice de natalidad llevará a un envejecimiento significativo de la población. Plantean además el concepto de anciano frágil como aquel al que además del deterioro propio de los cambios fisiológicos que ocurre, se añade la pluripatología, el tomar polimedicación, hospitalizaciones frecuentes... lo que supone un mayor riesgo de dependencia parcial o total con la incapacidad para realizar actividades propias de la vida cotidiana y dependencia de familia y/o cuidadores, lo cual supone un mayor gasto sanitario y uso de recursos.

Dentro de este deterioro propio de la edad autores como Ramos et al. (2005) se detectan los trastornos mentales que aunque aparecen a cualquier edad aumenta su frecuencia y/o gravedad en pacientes ancianos tanto por el deterioro propio del sistema nervioso central como de la patología base que puede agravar o acelerar la patología. Además Fragoerio et al (2007) refieren que los cambios sociales y psicológicos así como el entorno en el que viven influyen en la aparición y evolución de dichos trastornos, siendo fundamental la prevención y el diagnóstico precoz. En cuanto a la patología mental más frecuente autores como Hum et al (2014) o Da Costa et al (2011) destacan los síndromes depresivos, demencias, esquizofrenia y síndrome bipolar como trastornos psicóticos en pacientes de estas edades. Destacando dichos autores la depresión como la patología más frecuente junto con la demencia, dadas las condiciones actuales que propician el estrés, los problemas económicos sociales o familiares que hacen que el anciano sea más propenso a padecerla (Rodríguez et al., 2013). La demencia por su parte es frecuente tanto por el propio deterioro fisiológico como por patología propia del paciente destacando entre todos los tipos según Esandi y Canga-Armayor (2011) la enfermedad de Alzheimer siendo una de las más incapacitantes.

Dentro del tratamiento llevado a cabo en estos pacientes según Vega et al (2009) por un lado está el llevado a cabo a nivel domiciliario que dependerá de la patología del paciente y que favorecerá la socialización del mismo al estar en contacto con la familia y la comunidad. Por otro lado en aquellos pacientes cuya patología o condiciones socio-familiares así lo exijan se llevará a cabo en el hospital en donde se distingue entre Unidades de larga estancia y Unidades de corta estancia o de agudos, tratándose en estas últimas según Ramos et al (2005) se ingresa a pacientes que presenta inicio de enfermedad mental con sintomatología aguda o brotes agudos de enfermedad mental ya establecida y en la que el paciente sufre riesgo tanto de lesionarse a sí mismo como hacerlo a terceros. En cuanto al rol del personal de enfermería en estas unidades según autores como Olschowsky et al (2007) o Ximenes et al (2009) ha pasado de ser un mero cuidador de enfermos mentales ingresados en asilos a adquirir un papel más integral en los cuidados dirigiéndose más hacia un modelo psicosocial con el objetivo de no solo estabilizar al paciente sino integrarlos en la comunidad y hacerlo lo más autónomo posible tanto física como psíquicamente. Todo ello se lleva a cabo a través de valoración y diagnósticos de enfermería

proporcionando cuidados tanto en la propia unidad de ingreso como continuidad de los mismos al alta como destaca la guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón (Benedí et al, 2003).

Como conclusión destacamos la importancia del tratamiento del paciente agudo en unidades hospitalarias de corta estancia dado el riesgo de lesionarse o lesionar a terceros que conlleva la sintomatología que puede presentar el paciente. El personal de enfermería en muchas ocasiones tiene que proporcionar al paciente unos cuidados integrales que no solo engloban los propios del trastorno mental sino otros que necesita el paciente por su edad o por patología sistémicas asociadas, y que tienen el fin de conseguir el mejor grado de autonomía dentro de la situación del paciente para la realización de actividades de la vida diaria, la toma de la medicación que controla su enfermedad mental tratando de hacer consciente al enfermo de que dicha medicación proporciona estabilidad y mejora su situación, además de la integración del enfermo en la comunidad, familia y en general en la sociedad evitando situaciones de aislamiento y exclusión social. Además estos cuidados no solo deben proporcionarse en el hospital sino en su domicilio cuando se le dé el alta llevándolos a cabo el propio enfermo o la familia/cuidador dependiendo del grado de autonomía que tenga.

## Referencias

- Alvarado García, A.M. y Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Bayarre Vea, H., Díaz Garrido, D., Lazo Alvarez, M.A., Menéndez Jiménez, J., Pérez Piñero, J.S. y Tamargo Barbeito, T. (2007). Prevalencia de discapacidad mental en ancianos de la provincia Granma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(2)
- Colomer Simón, A.J., Benedí Sanz, L., Granada López, J.M. y Rams Claramunt, M.A. (2003). Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Zaragoza: Gráficas Lema, S.L.
- Da Costa Lindolpho, M., Brum, A.K., Chaves Sá, S.P., Peçanha de Cruz, T.J. y Silva de Andrade, F. (2011). Programa para cuidadores de ancianos con demencia: un relato de experiencia. *Enfermería Global*, 10(22).
- Esandi Larramendi, N. y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61.
- Fernández, E. y Estévez, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.
- Fragoeiro, I., Pestana, M.H. y Paúl Constança. (2007). La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira: Estudio piloto. *Gerokomos*, 18(4), 23-27.
- Hum, S., Cohen, C., Persaud, M., Lee, J., Drummond, N. Dalziel, W. y Pimlott, N. (2014). Role Expectations in Dementia Care Among Family Physicians and Specialists. *Canadian Geriatrics Journal*, 17(3), 95-102.
- Kohen, I., Lester, P.E. y Lam, S. (2010). Antipsychotic treatments for the elderly: efficacy and safety of aripiprazole. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 47-58.
- Leite Funchal Camacho, A.C. y Coelho, M.J. (2009). Cuidados de enfermería al anciano enfermo de Alzheimer (2003-2008). *Enfermería Global*, 17.
- Martín Carrasco, M. (2009). La prevención en psiquiatría geriátrica: el momento del sentido común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 614-621.
- Miasso, A.I., Monteschi, M. y Giacchero, K.G. (2009). El trastorno afectivo bipolar: adhesión al medicamento y satisfacción con el tratamiento y orientaciones del equipo de salud de un núcleo de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(4), 548-556.
- Muramatsu, R.S. y Goebert, D. (2011). Psychiatric Services: Experience, Perceptions, and needs of Nursing Facility Multidisciplinary Leaders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 120-125.
- Niklitschek L., S, Pino P., P y Aboitiz D., F. (2011). Sincronía neuronal y esquizofrenia: luces y sombras. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 49(4), 372-380.
- Olschowsky, A. y Duarte, M.L. (2007). Knowledge of nurses at a psychiatric hospitalization unit of a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(4), 689-691.
- Orueta Sánchez, R., Rodríguez de Cossio, A., Carmona de la Morena, J., Moreno Alvarez-Vijande, A., García López, A. y Pintor Córdoba, C. (2008). Anciano Frágil y Calidad de Vida. *Revista clínica de Medicina de Familia*, 2(3), 101-105.

Ramos López, A. y Díaz Palarea, M.D. (2005). Características de los usuarios de una unidad de agudos de salud mental: determinantes psicosociales y clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 96, 37-56.

Rodríguez Blanco, L., Sotolongo Arró, O., Luberta Noy, G. y Calvo Rodríguez, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 64-75.

Vega Vega, C., Bañón González, R.M. y Fajardo Agustín, A. (2010). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Revista Atención Primaria*, 42(3), 176-182.

Ximenes Neto, F.R., Félix, R.M.S., Oliveira, E.M. y Jorge, M.S.B. (2009). Concepciones, conocimientos y prácticas de los enfermeros al cuidado de los sujetos con diagnóstico de depresión: una mirada al territorio de la atención primaria en salud. *Enfermería Global*, 16, 0-0.



## CAPÍTULO 85

### La depresión en el anciano

Catalina María Egea Parra, Begoña Lorenzo Guerrero,  
y María del Carmen Heredia Mayordomo  
*Hospital La Inmaculada (España)*

La depresión es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2014).

Es un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y un aumento de la mortalidad en la población anciana (López, 2001).

La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad (Alcalá, Camacho & Giner, 2007) y suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Blazer, 2003).

Es muy importante detectar a tiempo este problema en la población anciana debido a que a veces pasa desapercibido confundiendo con los cambios considerados normales dentro del proceso de envejecimiento. A pesar de que la depresión produce una alteración en el estado de ánimo, los ancianos a veces no perciben éste cambio y si lo perciben lo asocian con la edad, debido a que culturalmente creemos melancolía y vejez van cogidas de la mano siendo esto un grave error.

Muchos ancianos deprimidos muestran disminución de la memoria, de la atención, de la concentración, lo que da lugar a que a veces se confunda con un inicio de demencia, éste hecho hace que se retrase el diagnóstico o bien que se trate el problema de forma incorrecta.

Las personas mayores sufren muchos cambios en su estilo de vida, disminución de su actividad, deterioro físico, emocional, social, económico, pérdida de memoria, capacidades cognitivas, situaciones que deben afrontar y que a veces les lleva a una tristeza que si no se resuelve los llevará a una depresión.

“Envejecer depende de cómo la persona se adapte a éste proceso, pero en cualquier caso existe una predisposición a padecer una vulnerabilidad ante el estrés, entendiendo por ello cualquier situación que uno no puede controlar” (Artaza, 2003).

Las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente (González, 2001), sin embargo cuando no son tratadas pueden dar lugar a una serie de trastornos tanto metabólicos como cardiovasculares con el consiguiente problema que esto puede suponer.

Un aumento de estos trastornos dará como resultado un mayor número de ingresos hospitalarios generando un aumento del gasto y un aumento de salud pública.

El tratamiento farmacológico requiere que sea individualizado teniendo en cuenta las condiciones medicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos interacciones entre medicamentos (Peña, Herazo & Calvo, 2009).

Se estima que solo el 10% de los ancianos que sufren depresión reciben un tratamiento adecuado (Becerra, 2009).

La depresión tiene una prevalencia que oscila dependiendo del entorno en el que se encuentra el anciano, el cambio cultural y el estilo de vida ha hecho que pasemos de una sociedad que siempre a respetado al anciano a otra donde el anciano es institucionalizado debido a que no tiene cabida. En muchas ocasiones los ancianos sienten que han dado mucho por sus familias y por el contrario no están recibiendo nada. Debemos mostrarles todo nuestro apoyo y comprensión además de hacerles ver que el cambio de la sociedad es la que hace que dediquemos menos tiempo con ellos pero a cambio de eso

cuando estamos con ellos debemos compartir todos nuestros problemas y alegrías para así demostrarles que los necesitamos y necesitamos su sabio consejo.

Una situación de riesgo para la depresión es el ingreso del anciano en una residencia, para la mayoría lo deseado es vivir en su casa rodeado de familiares pero actualmente debido al ritmo de vida de la sociedad esto es muy complicado llevando a ingresos en residencias cuando la persona no es lo suficientemente independiente como para poder vivir o permanecer la mayor parte del día sola en casa. La no aceptación a la residencia es debida la mayoría de las veces a que lo vean a una forma de abandono produciendo una disminución de su estado de ánimo que los lleva a una tristeza crónica. Uno de los factores de riesgo más ligados a la depresión es la soledad y el aislamiento (Lorente, 2011)

Además la institucionalización también da lugar a limitación para el uso del dinero, cambio del entorno social, cambio en su estilo de vida y costumbres, pérdida de libertad y adaptarse a un reglamento y a unas normas que les sumerge en sentimientos de tristeza e incluso a algunas personas de minusvalía.

Habitualmente los ancianos institucionalizados padecen con más frecuencia problemas somáticos que dan a un incremento en el número de fármacos (Monforte et al., 1998). Estos fármacos suelen tener capacidad depresógena por lo que agrava aún más la situación.

No está claro sobre si existen o no síntomas específicos en los ancianos con depresión, en general se cree que son los mismos que puede manifestar un adulto joven.

La depresión también puede ser secundaria a alguna enfermedad o condición (Cervera & Sáiz, 2002), como son:

1. Neurológicas: ACV, TCE, demencias, alzheimer, parkinson, encefalitis, tumores cerebrales, narcolepsia.
2. Endocrinas: hipo e hipertiroidismo, diabetes mellitas, addison, cushing.
3. Infecciones: TBC, VIH, hepatitis, tifus, influenza, mononucleosis infecciosa.
4. Inflamaciones: LES, artritis.
5. Nutricionales: déficit de vitaminas, electrolitos y minerales.
6. Neoplasias
7. Intoxicaciones: plomo, benceno, monóxido de carbono, bismuto, quinina.
8. Fármacos: hay muchos fármacos que tienen capacidad depresógena como algunos antihipertensivos, cardiovasculares, hormonales, neurológicos, psicofármacos, analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, antifúngicos, antineoplásicos, por tanto el facultativo que se encuentra con un anciano deprimido debe valorar de forma minuciosa el tratamiento para disminuir en todo lo posible que se acentúe el estado depresivo del paciente.

### **Objetivo**

1. Comparar los niveles de depresión entre dos poblaciones de personas mayores de 65 años partiendo de las hipótesis que afirman que los ancianos que viven en residencias presentan mayor nivel depresivo que los que conviven en el domicilio.
2. Conocer cuáles son los motivos que llevan a los ancianos a un aumento de su estado de tristeza y como consecuencia al inicio de la depresión.

### **Método**

#### *Participantes*

La muestra está formada por 100 sujetos, jubilados, mayores de 65 años y que todos ellos residen en la provincia de Almería, de ellos 50 viven en su domicilio con sus familiares y los otros 50 están ingresados en una residencia. Los ancianos participantes en el estudio y sus familiares fueron informados verbalmente del trabajo.

*Instrumentos:*

A todos se les pasó el Inventario de Depresión de Beck en la última revisión del test en su adaptación española (Sanz y Vázquez, 2011), es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para poder evaluar la gravedad de la depresión según su sintomatología. Cada pregunta proporciona una puntuación entre 0 y 3, la puntuación mínima es 0 y la máxima es 63. Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- 00-10: normal (D0)
- 11-16: ligero trastorno emocional-depresión leve (D1)
- 17-20: depresión clínica borderline-depresión leve-moderada (D2)
- 21-30: depresión moderada (D3)
- 31-40: depresión severa (D4)
- Más de 40: depresión extrema (D5)

*Procedimiento:*

Se les realizó una entrevista oral individual a todos los participantes en el estudio durante la cual se les pasa el Inventario de Depresión de Beck.

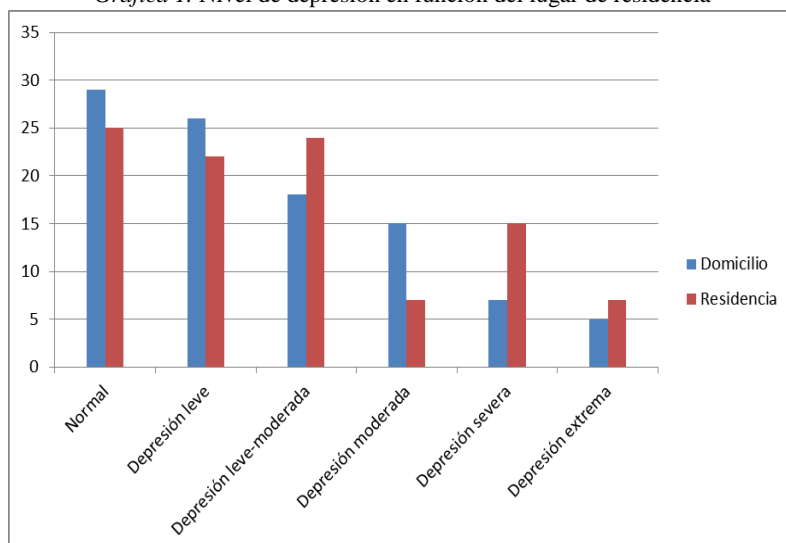
*Análisis de datos:*

Se realizó un estudio descriptivo donde se analizaron las respuestas facilitadas durante la entrevista realizada a los ancianos. Además se valoró el nivel de depresión dependiendo del sexo.

**Resultados**

Los resultados que obtuvimos en ancianos que viven en su domicilio junto con otros familiares fueron los siguientes, un 29% no tienen depresión (D0), un 26% presentan depresión leve (D1), un 18% tienen depresión leve-moderada (D2), un 15% están en el grupo de depresión moderada (D3), un 7% presenta depresión severa (D4) y un 5% depresión extrema (D5).

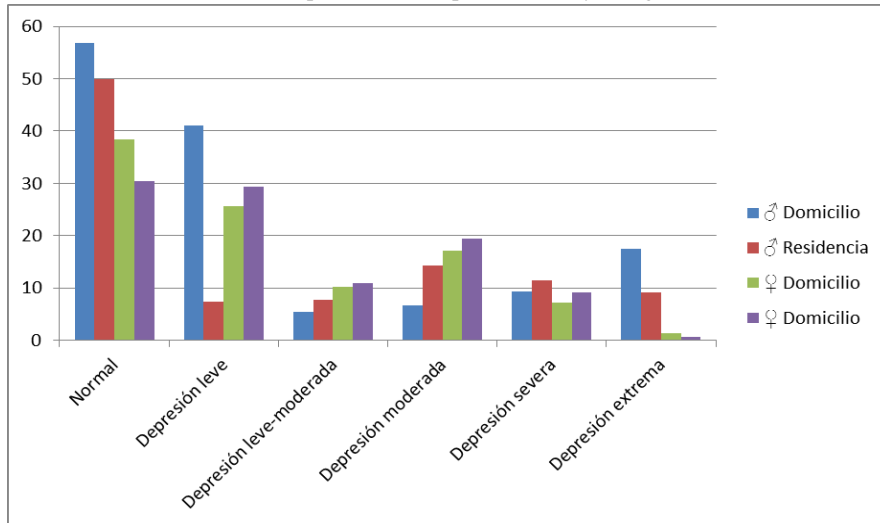
*Gráfica 1. Nivel de depresión en función del lugar de residencia*





Respecto a los ancianos que viven en residencias, no tienen depresión (D0) el 25%, presentan depresión leve (D1) el 22%, tienen depresión leve-moderada (D2) el 24%, presentan depresión moderada (D3) un 7%, tienen depresión severa (D4) el 15% y están en un nivel de depresión extrema (D5) el 7%

Grafica 2. Nivel de depresión con respecto al sexo y el lugar de residencia



### Discusión/Conclusiones

Debemos de tener en cuenta que el cuestionario de Beck por sí sólo es insuficiente para poder hacer el diagnóstico de depresión pero si que nos sirve como instrumento para poder medir el nivel de depresión. El cuestionario no sustituye en ningún caso la evaluación llevada a cabo por un facultativo especialista que es el único capaz y que tienen a su alcance todos los conocimientos y medios necesarios para diagnosticar una enfermedad real.

Nuestro estudio sólo nos muestra diferencias en el nivel de depresión de leve-moderada a severa, siendo el resto de niveles muy ecuanímenes entre los dos grupos de estudio.

Por lo tanto la hipótesis de la que partimos en nuestro objetivo sólo se cumple parcialmente debido a que el nivel de depresión entre los 2 grupos varía pero el porcentaje de ancianos depresivos es muy semejante entre un grupo y otro.

Con respecto al sexo llegamos a la conclusión que las mujeres presentan mayores niveles de depresión que los hombres aunque no hay diferencias significativas dentro del mismo sexo entre los ancianos que viven en su domicilio con otros familiares y los ancianos que viven en residencias.

Podemos entonces decir que a pesar del rechazo que normalmente hay por parte del anciano a ingresar en una residencia, esto no es motivo de una disminución en el estado de ánimo del anciano.

Debemos tener en cuenta que un diagnóstico temprano de la enfermedad ayuda a evitar un sufrimiento innecesario, los síntomas típicos de la depresión en el anciano quedan ocultos por las manifestaciones somáticas. Todo esto hace que la mayoría de los ancianos no sean tratados de depresión.

En éste estudio no se valoró si los ancianos estaban diagnosticados y tratados aunque sería interesante analizarlo.

Los pacientes ancianos responden muy bien a los tratamientos farmacológicos, éstos no deben ser cardiotóxicos, deben carecer de efectos que influyan sobre su marcha, no deben interferir en la memoria, no debe provocar alteraciones funcionales y muy importante es que no tengan efecto sedativo. La

elección del fármaco dependerá de sus efectos adversos y de las posibles interacciones que haga con otros medicamentos que el anciano pueda estar tomando. No debemos olvidar que normalmente los ancianos suelen estar polimedicados debido a que la mayoría son ancianos pluripatológicos. Se necesitan de 3 a 6 semanas para conseguir una respuesta adecuada al tratamiento y debemos tener en cuenta que la dosis utilizada en ésta población es menor, normalmente se recomienda la mitad de la dosis del adulto. Una vez que se alcanza la respuesta deseada con el tratamiento éste debe mantenerse en la dosis mínima efectiva y de forma prolongada. En pacientes que tienen una depresión crónica o que son muy tendentes a padecerla deberíamos de mantener el tratamiento de por vida.

La psicoterapia es un recurso muy útil que debe formar parte del tratamiento de la depresión así como hacer participe a la familia. Estos métodos son poco utilizados debido al tiempo que supone y la implicación que conlleva, sin embargo éstos métodos son muy utilizados en los pacientes que viven en residencias debido a que allí la labor del terapeuta ocupacional junto con la del psicólogo promueven la salud emocional de los ancianos a través de juegos y actividades dirigidas que mantienen al anciano activo mentalmente. El mantener al anciano activo mentalmente es tan importante para superar la depresión como puede serlo cualquier antidepressivo y así evitamos todos los efectos secundarios que éstos fármacos tienen.

La depresión puede hacerse crónica produciendo una gran incapacidad en el anciano que le llevaría a cambiar su estilo de vida siendo más susceptible a ciertas enfermedades, como por ejemplo por una alteración en la nutrición. Todo esto convierte la depresión en el anciano en un problema de salud pública por ahora infravalorado.

Se deberán promover programas para los profesionales de la salud con el fin de hacer una intervención terapéutica precoz mejorando así la calidad de vida del anciano.

Para mantener una buena calidad de vida en el anciano es importante un trabajo en equipo empezando por la propia familia, muchos ancianos se sienten una carga para sus familiares y queriendo evitar darles más “trabajo” los que hacen es aislarse sin tener a quién contarles sus preocupaciones acentuando esto aún más el estado de tristeza.

Es importante que los ancianos se mantengan socialmente activos, para ello se deberían de enfocar los ingresos en residencias como una terapia para poder convivir con personas de su misma edad y mantener unas buenas relaciones sociales. Todo esto es muy complicado debido a la creencia que tienen actualmente los ancianos de abandono al entrar en las residencias pero sería un campo de trabajo muy interesante y que daría unos resultados muy favorables.

El envejecimiento de la población junto con el mayor riesgo de padecer depresión de las personas mayores está haciendo que la frecuencia de depresión en personas mayores vaya en aumento, si a esto le añadimos que normalmente la depresión disminuye la calidad y esperanza de vida, entramos en el principio de un grave problema de salud pública.

Es fundamental el apoyo con el que cuentan las personas mayores para superar éste problema. El trato que se tiene con ellos debe ser de comprensión, paciencia, integración y ésta respuesta la deberían obtener tanto los ancianos que conviven con otros familiares como los ancianos que están viviendo en residencias.

## Referencias

- Becerra, M. (2013). *Depresión en el adulto mayor*. Facultad de medicina UNAM. Recuperado de [www.facmed.unam.mx/deptos/salud/ensenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII\\_depre\\_am.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/ensenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf)
- Brown, M., Lapane, K. and Luisi, A. (2002) *The management of depression in older nursing home residents*. JAGS, 50, pp. 69-76
- Cervera, M. and Saiz, J. (2002, diciembre) *Actualización en Geriatría y Gerontología (II)* Formación Alcalá, pp. 1003-1038
- González, M. (2001, julio-agosto) *Depresión en ancianos: Un problema de todos* Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

López, I. and Rodríguez, H. (1999, enero-febrero) *Propuesta de intervención para ancianos deprimidos* Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

López, J.(2011) La depresión en el paciente anciano. *Área de bienestar social, Ayuntamiento de Málaga*, Recuperado de [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD13.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD13.pdf)

Lorente, E. (2011, Junio 28) La depresión en los mayores: factores de riesgo. *Infoelder*. Recuperado de <http://blog.infoelder.com/la-depresion-en-los-mayores-factores-de-riesgo>

Monforte, J.A., Fernandez, C., Díez, J., Toranzo, I., Alonso, M.M. and Franco M.A. (1998, enero 1). Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 33, 13-20.

Múgica, J. (2003, Mayo 27). *La depresión afecta al 40 por ciento de los mayores en residencia*. DMedicina Recuperado de [www.dmedicina.com/tercera-edad/la-depresion-afecta-al-40-por-ciento-de-los-mayores-en-residencias](http://www.dmedicina.com/tercera-edad/la-depresion-afecta-al-40-por-ciento-de-los-mayores-en-residencias)

Organización Mundial de la Salud. (2012, Octubre) Recuperado de [www.who.int/topics/depression/es/](http://www.who.int/topics/depression/es/)

Peña, D., Herazo, M. y Calvo, J. (2009, octubre-diciembre) *Depresión en ancianos*. Facultad de Medicina de Bogotá, 55, pp. 347-355

Sanz, J. & Vázquez, C. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Madrid: Pearson Educación S.A. p.2.

Urbina, J., Flores, J., García, M., Torres, L. and Torrubias, R. (2007, enero-febrero) *Síntomas Depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados* Gaceta Sanitaria. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

## CAPÍTULO 86

### **Artritis reumatoide: El significado que una paciente le da a su enfermedad**

Dionisa Casquet Román\*, María del Mar Acosta Amorós\*, Jesús Mateo Segura\*\*, Carmen Alicia Granero Sánchez\*, Raquel Arquero Jerónimo\*\*\*, y Ana Belén Soto Quiles\*\*

\*Enfermera (España), \*\*Servicio Murciano de Salud (España),

\*\*\*Farm Hospitals NHS Trust (Reino Unido)

En las últimas décadas los esfuerzos sanitarios han ido encaminados a la obtención de una mejora en la calidad de vida de la población en general, pero haciendo un mayor hincapié en la población anciana. A pesar de esto, siguen existiendo personas que no logran envejecer con una buena calidad de vida. Existen enfermedades que son propias de la vejez y de los cambios que se van produciendo con la edad, ocasionando en este grupo de personas limitaciones importantes que les conlleva a perder su autonomía y a convertirse en dependientes (Azpiazu, 2001). Si a este número de enfermedades se le suma otras enfermedades que aparecen en edades más tempranas, provocan en la persona un deterioro de salud importante agravando de forma devastadora su calidad de vida. Son enfermedades duraderas, de años de evolución, motivo por el cual, es importante conocer el significado que tiene para la persona la enfermedad que padece.

Según información aportada por diferentes autores, las personas mayores se encuentran en un momento en el que sus vidas están limitadas ya que la probabilidad de enfermar y la disfunción aumenta (Villar, Triadó, Solé, y Osuna (2003). A pesar de esto, otros autores apuntan que las personas mayores manejan mejor la enfermedad crónica que el resto de personas debido a que desarrollan habilidades más eficaces como consecuencia de tener una mayor experiencia de afrontamiento (Izal y Montoro, 1999). Recurriendo a otras opiniones, nos indican que las personas mayores que habitan en sus domicilios disponen de más recursos adaptativos que las personas adultas que están institucionalizadas (Stefani y Feldberg, 2006). Con lo cual, esto nos lleva a pensar que para mejorar la calidad de vida en personas mayores, no sólo debemos centrarnos en medidas de salud física, existen otras variables de relevada importancia.

Una enfermedad en el punto de mira de los servicios sanitarios es la artritis reumatoide. Es una enfermedad crónica autoinmune producida por la inflamación constante de la membrana sinovial (membrana que alimenta, protege y cubre los cartílagos) de las articulaciones, siendo las más afectadas, muñecas, metacarpofalángicas, metatarsofalángias, codos, hombros, caderas, rodillas y tobillos. Una característica importante de dicha enfermedad es su progresión, la cual, produce una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, producto de los fuertes dolores y la reducción progresiva de la movilidad (Ballina & Rodríguez, 2000).

La evolución de la artritis reumatoide puede ser muy variable, desarrollando una sintomatología distinta en cada persona, llegando afectar a pocas articulaciones (oligoarticular) cursando con breve duración y lesiones articulares mínimas hasta afectar a múltiples articulaciones (poliartritis) llegando a deformar de manera importante las articulaciones (Anaya, 1999). Incluso en casos extremos, establece una relación con otras enfermedades importantes de mencionar, siendo, el Síndrome de Sjögren (Ponce y Manyani, 1997) y el Síndrome de Felty (Bowman, 2002). Por ello, a dicha enfermedad se le puede atribuir el adjetivo de enfermedad única.

La gran mayoría de pacientes con artritis reumatoide terminan obteniendo una discapacidad dependiendo de las recaídas y de la rapidez en diagnosticar la enfermedad.

A pesar de los estudios que se han llevado a cabo, en la actualidad, se desconoce la causa de esta enfermedad, pensando que la etiología es multifactorial que involucra la presencia de factores genéticos, ambientales, inmunológicos y hormonales. Se demuestra en algunos estudios que puede tener un origen genético, no clasificándose como una enfermedad hereditaria, debido a que el propio sistema inmune ataca a las articulaciones porque no las reconoce como propias. Al igual, hay ciertas evidencias que exponen que ciertas proteínas que se transmiten de forma hereditaria podrían predisponer a la enfermedad (Zanelli, Breedveld y Vries, 2000)

Según el estudio EPISER (Sociedad Española de Reumatología, 2000) la artritis reumatoide es frecuente, una de cada 200 personas la padece, se estima que 200.000 personas están afectados en España y cada año aparece 20.000 casos nuevos. Dato muy relevante si tenemos en cuenta que la artritis reumatoide es la enfermedad reumática más incapacitante. Es más frecuente en mujeres aunque también afecta en varones y se presenta con mayor frecuencia entre los 45 y los 55 años.

## **Método**

### *Participantes*

Seleccionamos a una paciente de 68 años diagnosticada de artritis reumatoide de 10 años de evolución, que acude al Hospital de Día Médico perteneciente a un Complejo Hospitalario que reservamos el nombre por petición de la paciente, para recibir tratamiento endovenoso, cuyos criterios de inclusión fuesen poseer una edad mayor a 65 años y padecer la enfermedad artritis reumatoide de más 5 años de evolución. Para la recogida de datos se cuenta con la colaboración de 3 enfermeros que trabajan en dicho servicio durante el tiempo el tiempo establecido.

### *Instrumentos*

Para ello realizamos una recolección de datos mediante entrevistas en profundidad, grabadas en audio con el permiso de la participante, para su posterior transcripción, 3 sesiones con una duración de 60 minutos. Las entrevistas siguieron un guión estructurado con un diseño específico elaboradas por nosotros mismos, con el objetivo de obtener la información clave para el desarrollo de nuestra investigación.

### *Procedimiento*

Durante los meses de abril a septiembre del 2014, los enfermeros que intervienen en el procedimiento recogen la información en los turnos de mañana y tarde, con el fin de describir y comprender qué significa para una persona los fenómenos de cronicidad, progresión y peculiaridad a raíz de su enfermedad. Además de explorar en la paciente sobre sus conocimientos, la información recibida, pensamientos generados sobre su enfermedad. La paciente es informada con detalle de los fines de nuestra investigación y aporta un consentimiento firmado, garantizándole la confidencialidad. Al igual, el resto de enfermeros, médicos y supervisores que prestaron cuidados a esta paciente se mantuvieron informados en todo momento de dicho estudio.

### *Análisis de datos*

Tras escuchar las grabaciones de audio los datos fueron transcritos. Se organizaron en varios apartados para conseguir el buen manejo de la información. Realizamos una investigación cualitativa descriptiva.

## **Resultados**

-Fenómeno crónico. ¿Qué siente cuando le dicen que padece una enfermedad crónica, es decir, para toda la vida? Esta palabra para nuestra paciente está claramente relacionada con un sentimiento fuerte de pena, disgusto, “al principio me sentía triste...no quería tener una enfermedad para toda la vida...por

supuesto ahora que me encuentro un poco peor...tampoco la quiero”.. En cambio transmite cierta ilusión...”a veces pienso...el cáncer hoy en día acaba con las vidas de muchas personas y están investigando para encontrar tratamiento...lo mismo el día de mañana encuentran algo para terminar con mi enfermedad... Manifiesta síntomas de rabia y a la vez minimiza su enfermedad comparándolas con otras...”no es justo, es bueno caminar, todos los médicos lo recomiendan, para obtener una vida saludable...yo no puedo...mis rodillas y mis caderas están muy afectadas y no puedo hacer sobreesfuerzos... pero a la vez...miro hacia atrás y observo que a gente le diagnostican otra enfermedad y a los 6 meses han fallecido...”.

-Fenómeno progresión ¿qué sientes cuando observas que tu enfermedad con el paso del tiempo puede empeorar? Este concepto la paciente lo relaciona con angustia y temor...”mi enfermedad ha ido a más...yo no estaba como hace 10 años...se me han deformado las articulaciones de las muñecas y de los dedos...mi tratamiento alivia los síntomas pero no cura...como ocurre con otras enfermedades”...Expresa el miedo que siente por las recaídas o brotes...”los brotes...eso significa no salir de la cama...no puedo con mi cuerpo...me duele todo...y ahora, con la edad que tengo, no pueden ponerme la misma medicación que antes, tengo otras enfermedades y eso empeora, yo lo noto, que para recuperarme cuesta mucho, pero tengo que hacer por vivir, no pensar en lo que puede venir y como será mis días en un futuro. La paciente muestra una capacidad de luchadora, es consciente de su proceso y de su progresión pero intenta minimizar el gran problema de este fenómeno no pensando en ello.

-Enfermedad única. La paciente reconoce que la enfermedad es muy distinta en cada paciente, establece diferencias en cuanto a sintomatología, evolución, brotes, afectación. “es muy diferente, no sé por qué, pero es así. Cuando voy a ponerme el tratamiento hablo con otra gente que padece lo mismo yo...algunos no llevan prótesis como yo...otros necesitan ayuda porque presentan gran dependencia, otros no han tenido nunca recaídas...yo debido a la enfermedad, tengo otra enfermedad, que no recuerdo el nombre...bueno da igual...mis ojos no tienen lágrimas y apenas tengo saliva, en cambio otra gente esto no le ocurre. Resumiendo, tenemos en común el nombre de la enfermedad y el resto es totalmente diferente”.

-La capacidad cognitiva: conocimientos, pensamientos, información recibida sobre su enfermedad. Si algún familiar o persona del entorno de la paciente ha padecido la enfermedad, la propia paciente tiene ciertas nociones sobre la enfermedad, en cambio, nuestra paciente desconocía la enfermedad, no tenía conocimientos. Por ellos sus pensamientos iban dirigidos a la curación. “no sabía nada acerca de mi enfermedad, ahora sé que mucha gente la padece, en un principio pensé, no es grave, esto tiene cura”. Es obvio que en el momento del diagnóstico, el paciente precisa información general y específica relacionada con la enfermedad. En general, para cualquier enfermedad, los pacientes buscan información aparte de la que es proporcionado por los profesionales de enfermería, a través de internet, libros, asociaciones. “yo pertenezco a la Asociación de espondilitis y artritis de Almería ADEAL, es la más cercana a mí., y estoy muy contenta, recibo revistas, me entretiene leer todo lo relacionado con mi enfermedad, puesto que forma parte de mi vida”. Con esta actitud de búsqueda de información, la paciente vuelve a mostrar la aceptación de su enfermedad, las ganas de luchar. Se pueden relacionar con estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

Para finalizar le pedimos la posibilidad de expresar algunas frases:

-Relacionadas con su enfermedad: “llegó a mi vida y aquí está, no se marcha”. Con esta frase muestra que la enfermedad ocupa un espacio en su vida, y el concepto de cronicidad, que “va a ser para siempre así”.

-Relacionado con el diagnóstico: “cuando recibí la noticia, la consulta se desplomó encima de mí”. Expresa mediante la frase el impacto que le ocasionó la dureza del diagnóstico.

-Relacionado con el afrontamiento: “es parte de mi, he aprendido a vivir con ella”. Muestra la relación que mantiene con la enfermedad y la actitud positiva ante la enfermedad.

## Discusión

La artritis reumatoide, es una enfermedad crónica que a pesar de que los síntomas pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente el paciente sigue padeciendo la enfermedad, aunque los tratamientos que recibe, hace que el paciente se encuentre bien gran parte del tiempo. La artritis reumatoide o cualquier otra enfermedad de carácter crónico afecta a la persona dependiendo de cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y del tratamiento que requiere. No sólo afecta físicamente sino también emocional, social y a veces económicamente. Aceptar y adaptarse a una enfermedad de esta índole, se requiere de tiempo. Al igual que nuestra paciente, muchas personas están dispuestas a buscar y aceptar apoyo de los demás, participar en el cuidado de su salud y así superar con éxito el proceso de afrontamiento.

Los resultados anteriormente expuestos revelan que la paciente desconocía la enfermedad, necesitó la ayuda de personal sanitario para obtener información. Existen estudios en el que los investigadores coinciden en la idea de que se le debe explicar al paciente tanto el diagnóstico de la enfermedad así como su tratamiento de forma adecuada, con un lenguaje sencillo y claro, con el fin de que el paciente se prepare para el futuro (González, 1997). Además la paciente recurrió a la búsqueda de información a través de la Asociación, a la cual pertenece.

Nuestra paciente compara su enfermedad con otras enfermedades crónicas, llegando a minimizar la gravedad de su enfermedad con otras que son mortales, como una manera de afrontamiento. Existe un libro, el cual habla de enfermedades crónicas, como cambia la vida de una persona en el momento del diagnóstico, la afectación que produce en los planes de futuro y como les resulta más fácil su adaptación (Rodríguez, 1995).

Existen diferentes estudios que coinciden en que la percepción del dolor es uno de los factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes (Rupp et al., 2007). En nuestro estudio podemos corroborar estos datos, el dolor es el factor más limitante de la calidad de vida. Podemos observar como la paciente menciona tanto en el fenómeno de progresión como en el de enfermedad única como ha ido empeorando su situación, debido al aumento de dolor, de recaídas, empeoramiento de la sintomatología.

Importante destacar, que nuestra paciente demuestra durante la entrevista (sentimientos de pena, angustia, temor, pena, rabia, miedo). Coincide con otros estudios que señalan que la presencia de dolor, inmovilidad articular, fatiga, afectan tanto al bienestar físico como al psicológico, apareciendo emociones negativas ante la gravedad de la enfermedad (Vicnolia et al., 2004)

El hecho de vivir con una enfermedad de larga duración, hace que la paciente se plantee nuevos retos. El afrontamiento de dichos retos conlleva un tiempo, pero el entender la enfermedad y la participación de forma activa en el cuidado ayuda a dicho afrontamiento. Nuestra paciente descubre que el adoptar un papel activo en su problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a las muchas dificultades y pruebas que derivan tanto de la vida como de su enfermedad.

## Referencias

- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Azpiazu, M. (2001). *Calidad de vida y factores asociados en mayores de 65 años*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ballina, F. y Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de la Reumatología*, 27, 54-56.
- Bowman, S.L.(2002). Hematological manifestations of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*, 31, 251-260.
- González, R. (1997). *La nueva dimensión de la relación médico-paciente. La Habana: Publicaciones Acuario*.
- Izal, M. Y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Ponce, F. y Manyani, A. (2002). Ojo seco- Dry eye. In Marube. J. *Tecnimedia editorial* (pp 73-76).
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis S.A.

Rupp, I., Boushuizen, H.C., Dinant, H.J., Jacobi, C.E., Vam des Bos, G.A., et al. (2007). Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, diseases activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol*, 35(3): 81-175.

Sociedad de Reumatología Española. Estudio EPISER. Recuperado de [www. ser.es/](http://www.ser.es/)

Stefani, D. y Feldberg, C. ( 2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.

Zanelli, E., Breedveld, F.C y de Vries R.R. (2000). HLA Class II Association with Rheumatoid Arthritis. Facts and Interpretations. *Human Immunology*, 61(12), 1254-1261.

Vicnacia, S., Cadena, J., Contreras, F., Anaya, J.M., et al. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, la incapacidad funcional, el dolor y la desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 91-103.





## CAPÍTULO 87

### La soledad del anciano de nacionalidad inglesa

Raquel Arquero Jerónimo\*, Jesús Mateo Segura\*\*, Dionisia Casquet Román\*\*\*, María del Mar Acosta Amorós\*\*\*, Ana Belén Soto Quiles\*\*, y Carmen Alicia Granero Sánchez\*\*\*

*\*Hospitals NHS Trust (España), \*\*Servicio Murciano de Salud (España), \*\*\*Enfermera (España)*

Según numerosos estudios, hoy en día sabemos que el envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y que el siglo XXI será el siglo de la “vejez” debido al aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno ocurre especialmente en los países desarrollados y tendrá importantes implicaciones de carácter social, económico y cultural, Moragas (2004). La vejez provoca cambios en todos los aspectos del ser humano y es por eso que cada uno de ellos debe tratarse de forma individual para llevar esta etapa de la vida de la forma más saludable posible.

Madoz (1998) describe la soledad como: “el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”.

Álvarez (1996) define el síndrome de la soledad como un “estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida”.

Podemos hablar de soledad objetiva y soledad subjetiva (Bermejo, 2008). La primera hace referencia a la falta de compañía, donde según el estudio realizado por CIS-IMSERSO el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios manifiesta soledad y no siempre implica una vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas, según los resultados, se ha visto obligada a ello. (IMSERSO, 2000). La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas.

En la actualidad, existen numerosos estudios sobre las patologías que afectan a las personas durante su vejez y de como combatir las y reducir sus daños para proporcionar una mejor calidad de vida. Nuestros esfuerzos se centran en tratar síntomas físicos con medicación, por lo que a menudo no se le presta la atención necesaria a los aspectos psicológicos que acompañan a este proceso del envejecimiento como son la soledad o la depresión.

Existen muchos estereotipos sobre las personas mayores (Losada, 2004) y esto hace que tengamos muchos prejuicios aún alrededor de los ancianos.

Las estadísticas publicadas concluyen que en la actualidad la soledad representa un grave problema personal para alrededor de la décima parte de los mayores: algunas investigaciones apuntan, más en concreto, que entre el 10% y el 14% confiesan sentirse frecuentemente solos, mientras que un porcentaje un tanto más elevado, alrededor de la tercera parte, declaran padecer este sentimiento de forma ocasional (Walker, 1996).

Durante la vejez, se suceden una serie de factores como son el empobrecimiento de la salud, la pérdida de seres queridos, la falta de actividades recreativas, el deterioro de los órganos de los sentidos y la capacidad intelectual, etc, que facilitan la aparición del sentimiento de soledad (Molinero, 1997). En el plano psicológico, pueden aparecer: depresión, baja autoestima o ideas suicidas entre otras (Sánchez, 1992; Braza, 1992).

Por otro lado, según estudio, los ancianos que están enfermos viven en compañía de más que los que están sanos, esto lleva a pensar a algunas personas mayores que estar enfermos es la solución para acabar

con su soledad (Bazo, 1991). Es por ello que he elegido el tema de la soledad en el anciano para mi investigación y he escogido al anciano inglés porque es en Inglaterra donde actualmente trabajo y resido. Aquí he podido comprobar el desarraigo que existe respecto a los ancianos, no se tiene la cultura de “el cuidado de nuestros mayores que tenemos en España”. Los ancianos viven solos hasta que llega el momento en que ya no pueden valerse por sí mismos, ya sea a causa de deterioro cognitivo o de un desencadenante físico como puede ser una caída y sus posibles consecuencias como una fractura de cadera. En este caso, desde el centro hospitalario donde se ingresa al anciano, se le hace una valoración integral implicando a todos los profesionales que forman un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales. Cada uno de ellos presenta un informe con su valoración del paciente y los cuidados que creen que va a necesitar en el momento del alta hospitalaria. Según el resultado de las valoraciones de estos profesionales, se decide si el paciente es apto para volver a casa o si por el contrario no lo es y estaría mejor atendido en una residencia, o si se le puede proporcionar ayuda a domicilio unas horas cada día, etc.

Pretendemos conocer la situación inicial de la paciente a estudio, como afronta su nueva vida tras el alta hospitalaria y como es su situación al final de la investigación. Para esto, intentaremos averiguar si la paciente pasa por las tres crisis del envejecimiento descritas por Laforest (1991) y como se comporta durante cada una de ellas.

## **Método**

### *Participantes.*

Para llevar a cabo nuestro estudio de caso único, seleccionamos a una anciana de 86 años que vive en una residencia al norte de Londres y a la que conocimos a raíz de haber estado ingresada en la unidad de cirugía general del hospital en el que trabajo. El criterio de inclusión fue el estado psicológico de la paciente que nos manifestó que ya no soportaba la soledad en la que había estado viviendo y prefirió ir a vivir a una residencia antes de volver a su casa. Nos decidimos a estudiar en esta paciente la experimentación de las tres crisis asociadas al envejecimiento que describe Laforest (1991) y que pueden ser causantes de la soledad que sienten los ancianos. Para referirnos a nuestro sujeto de estudio utilizaremos el nombre ficticio de Joan, con el fin de preservar su intimidad.

### *Instrumentos.*

Para la valoración de como afecta la soledad a nuestro sujeto a estudio nos basaremos en la definición de las tres crisis asociadas al envejecimiento de Laforest (1991) que son: crisis de identidad, crisis de autonomía y crisis de pertenencia.

Iniciamos un proceso de observación directa a través de coloquios, entrevista abierta y lectura de memorias durante las visitas de una hora y media que le hacíamos a Joan dos veces por semana.

### *Procedimiento.*

Nuestra investigación se desarrolla durante los meses de Octubre a Diciembre de 2014. Joan accede a contarnos sus pensamientos y sentimientos a cambio de que divulguemos nuestra investigación para poder ayudar a ancianos en su misma situación. Todo el proceso de recogida de datos se realiza bajo consentimiento informado de nuestra participante.

### *Análisis de datos.*

Los datos obtenidos (experiencia personal) tanto por observación directa, como por entrevista de la paciente quedaron recogidos en una Tablet desde la que luego volcamos la información al ordenador. Estructuramos los datos siguiendo las tres crisis asociadas al envejecimiento que nos propone Laforest (1991), para ver si la paciente había pasado por estas tres fases en su experiencia con la soledad. Pedimos

permiso a Joan para utilizar una grabadora durante nuestras conversaciones y ella nos entregó al final de la investigación un blog con sus pensamientos y sentimientos.

Realizamos una investigación cualitativa descriptiva.

## Resultados

Conocimos a Joan cuando estuvo ingresada en la unidad de cirugía general del Hospital del Norte de Londres donde trabajo. Había sufrido de enfermedad diverticular desde hacía años y en este ingreso había sido sometida a cirugía y ahora tenía un estoma digestivo.

Cuando llegó el momento del alta hospitalaria, fue valorada por los fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, trabajador social y enfermera de ostomias siguiendo el protocolo del hospital y para valorar la ayuda que iba a necesitar la paciente a la hora de volver a casa y así poder proporcionarle el apoyo necesario. Después de esta valoración se le recomendaron dos opciones a la paciente: volver a casa con cuidadores 2 veces al día para ayudarla con la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) (Henderson, 1960) o ir a vivir a una residencia dónde tendría atención 24 horas.

Joan decidió irse a la residencia y fue en ese momento en el que le propusimos formar parte de nuestro estudio y hacer un seguimiento de su nueva vida ya que ella manifestó que no quería volver a su casa porque en los últimos tiempos había experimentado una soledad devastadora y prefería ir a vivir a un lugar con más gente con la que poder hablar y compartir su día a día.

El día 5 de Octubre de 2014 tuvimos nuestro primer encuentro con Joan en la residencia. En él nos contó un poco como había sido su vida. Nos sorprendió muchísimo la vida tan excitante y activa que había llevado. Siempre había sido una mujer muy independiente, se casó mayor para su época (32 años) y ella y su marido decidieron que no tendrían hijos. Por sus respectivos trabajos viajaban mucho y cuando podían estar juntos también se dedicaban a viajar ya que era su pasión. Eran personas poco hogareñas y muy aventureras. De hecho, cuando el marido de Joan murió hace ya 15 años, ella siguió viajando porque pensaba que era la mejor forma de seguir sintiéndose cerca de él. *«Seguir haciendo las cosas que les habían hecho felices toda la vida».*

En estas primeras sesiones con Joan, en las que nos contó detalles de como había sido su vida, pudimos identificar la primera de las tres crisis asociadas al envejecimiento descritas por Laforest (1991): La crisis de identidad, en la que se vive el conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la autoestima del anciano.

Más adelante, hacia Noviembre de 2014, en una de nuestras visitas, ahondamos en el aspecto físico y como el deterioro físico de la salud afectaba a empeorar ese sentimiento de soledad que ya existía.

Joan nos cuenta que hace 6 años que tuvo que dejar de viajar porque su enfermedad diverticular se había agravado, así como su osteoporosis y ya no se sentía segura para viajar sola, también le costaba más salir a la calle para hacer las compras y pasaba más tiempo en casa. *«Yo, que nunca he sido hogareña, la casa se me venía encima y me sentía triste e inútil».* No tenía familia cercana, sólo una sobrina que vive al sur y apenas puede ir a visitarla. Sus vecinos se marcharon a residencias y vendieron sus casas y muchos de sus amigos habían fallecido por lo que no tenía a nadie con quien hablar.

En esta fase de la investigación identificamos otra de las crisis definidas por Laforest (1991): La crisis de autonomía, que viene dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

Al final de nuestras sesiones con Joan, nos iba resumiendo que lo peor para ella, lo que le había hecho sentir esa soledad tan profunda había sido la “pérdida”, la pérdida de roles, de amistades, de su marido. *«La sensación de sentir que ya no pintaba nada en esta sociedad, que no había sitio para mí, ni ninguna razón para seguir viviendo».*

Aquí identificamos la última de las crisis asociadas al envejecimiento de Laforest (1991): La crisis de pertenencia, que se experimenta por la pérdida de roles y de grupos que afectan a la vida social.

Al final de nuestra investigación, Joan era una persona más feliz y optimista desde que vivía en la residencia. En ella encontró amistades que se habían convertido en familia, personas con las que compartía experiencias vitales, gustos y aficiones. Incluso encontró antiguos vecinos que vivían allí también. Nos confesó que. «*Es inevitable sentir la soledad en algún momento de nuestras vidas, sobre todo a mi edad, pero ahora sé que siempre hay una salida*».

Nos manifestó que le gustaría que su experiencia fuese de ayuda para otras personas en su misma situación y que daba su total autorización para la divulgación de nuestra investigación en medios científicos.

### Discusión

La vejez es una etapa más de la vida que tiene sus posibilidades de desarrollo humano, por lo que no debe de ser vista como un período de involución.

Los cambios que se producen durante la vejez suelen ser percibidos como algo negativo y esto es un error, ya que es una fase más del ciclo vital humano, que tiene sus peculiaridades, que a menudo son vistas como algo negativo por todos los mitos que hay alrededor de la palabra “vejez” y no debería ser así. Entre todos debemos promocionar un estilo de vejez feliz y saludable, intentando aumentar la calidad de vida en esta etapa y aprender a disfrutar de sus ventajas.

Esta visión negativa de la vejez, es la que lleva a tantos y tantos ancianos a sufrir de soledad, es por eso que con nuestra investigación hemos querido dar una vuelta de tuerca a esta visión y hacer comprender tanto a ancianos como a gente joven que hay felicidad más allá de la vejez y que se puede llegar a ella utilizando los recursos de los que disponemos y sabiendo recurrir a los profesionales de la salud que nos rodean y trabajan cada día por la promoción de la calidad de vida de las personas en todas las etapas de la vida.

La soledad es un sentimiento, que durante la vejez puede causar dificultades en la vida cotidiana, como le ocurrió a Joan, que se sintió incapaz de valerse por sí misma durante un tiempo e incapaz de volver a disfrutar de actividades recreativas. Pasó por las tres crisis asociadas al envejecimiento descritas por Laforest (1991) y consiguió asumir su nueva situación y adaptarse a una nueva vida. «*He recuperado la alegría de vivir, ya no me siento sola y estoy disfrutando de cada día rodeada de personas que se han convertido en mi familia*».

Tanto el personal de enfermería como todos los profesionales de la salud que trabajamos con personas ancianas, debemos utilizar nuestra empatía, asertividad y todos los recursos a nuestro alcance para evitar que estas personas sientan el peso de la soledad en sus vidas.

### Referencias

- Álvarez, E.A. (1996). *La amistad en la edad avanzada*. Geriátrika: Sala.
- Bazo, M<sup>a</sup>.T. (1991). La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26, 48-51.
- Bernejo, J.C. (2003). *La soledad en los mayores*. Ars Médica (Chile): Debate.
- Henderson, V. (1960). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Génova (Italia): Internacional Council of Nurses.
- Iglesias, J. (2001). *La Soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO. (2000). Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores. Observatorio de Personas Mayores.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Losada, 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 de mayores*, 14.
- Madoz, V. (1998). *10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Estella: Verbo Divino.

- Molinero, S. (1997). Fragilidad en la esfera social. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 32.
- Moragas, R. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Sánchez, J.L., Braza, P. (1992). Aislamiento social y factores físico sensoriales en la depresión geriátrica. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 46, 28-34.
- Walker, A. (1996). Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 73, 17-43.



## CAPÍTULO 88

### ¿Cómo influye la insuficiencia renal crónica en el estado anímico de los pacientes?

Rocío González Bolívar\*, Isabel María Fernández Medina\*\*, Carmen Tamara González Fernández\*, y Berta García López\*

\*Complejo Hospitalario Granada (España), \*\*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)

El envejecimiento progresivo de la población en países desarrollados que estamos experimentando actualmente, provoca un incremento de patologías crónicas tales como la Insuficiencia Renal Crónica. Ésta consiste en la pérdida progresiva de la función renal, con la consiguiente afectación del resto de órganos; lo que produce una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay alrededor de 150 millones de personas afectas de diabetes mellitus. Si no se controla correctamente esta patología, estas personas se podrían convertir en enfermos renales.

El descenso de las muertes por patologías de tipo infecciosa y el consiguiente aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas afecta seriamente a la familia. Hasta tal punto afecta, que se convierte en el pilar fundamental de apoyo para el enfermo.

En los últimos tiempos, se están produciendo grandes avances en las técnicas de sustitución renal; aun así, la Insuficiencia Renal Crónica sigue provocando alteraciones a nivel físico, psíquico y social en estos pacientes. Además, continúa con una gran morbimortalidad en estos pacientes, la cual se ve influenciada por el estrés y la ansiedad al dar mayor intensidad y empeorar el curso de la enfermedad.

La ansiedad y la depresión se encuentran con frecuencia entre los enfermos renales. La depresión consiste en un estado anímico triste, con pérdida de interés, baja autoestima y energía, falta de concentración, trastornos en el sueño y en el apetito,... Todo esto puede convertirse en crónico, con una disminución del autocuidado por parte de los pacientes. Se estima que entre un 20-30% de los pacientes en hemodiálisis sufre de depresión. En cuanto a la ansiedad, se considera como un estado emocional negativo frente a situaciones que impliquen un peligro o amenaza. Se asocia a una menor calidad de vida y presenta una prevalencia del 27% de los pacientes sometidos a diálisis. Ambos trastornos (ansiedad y depresión) repercuten de forma negativa en su bienestar y pueden ser predictores de la supervivencia de los enfermos renales.

El estado anímico de estos pacientes puede evidenciarse a través de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que influye en la morbilidad y mortalidad de los mismos. Los rasgos de la personalidad de los pacientes, tanto con influencia interna (genética) como externa (factores ambientales), puede afectar a su comportamiento ante la enfermedad y su adherencia al tratamiento.

La IRC puede afectar también en la sexualidad de la persona. En el caso de los varones puede producir hasta disfunción eréctil, causando un importante grado de ansiedad en los mismos. Como se puede observar en el estudio de Corchado y Córdoba (2013) el cambio en el estado de salud afecta gravemente al autoconcepto y la autoestima y esto influye de manera negativa en la manera de vivir la sexualidad de los pacientes con enfermedad renal crónica.

#### Objetivos

Conocer la relación entre la Insuficiencia Renal Crónica y el estado anímico de los pacientes que la sufren, así como descubrir cómo el personal de enfermería puede actuar de forma positiva en esta situación.



## **Metodología**

Realizamos un trabajo de revisión crítica de la bibliografía existente, utilizando las bases de datos Google Scholar, Scielo, Dialnet, Cuiden, Pubmed y Cochrane Plus con los descriptores “IRC”, “depresión”, “ansiedad”, “estrés” y “diálisis”. De los artículos encontrados, seleccionamos un total de 22 de ellos que van desde los años 2011 al 2014.

## **Resultados**

La Insuficiencia Renal Crónica consiste en la pérdida progresiva de la función renal, con la incapacidad de eliminar los productos de desecho del metabolismo, mantener el equilibrio hídrico, controlar la presión arterial, regular la producción de hemáties y los niveles del calcio y el fósforo.

Esta patología se suele acompañar del deterioro de los demás sistemas u órganos, entre ellos: Cardiovascular, neurológico y musculoesquelético. Influye en gran medida en la Presión Arterial (PA), al tener mayor volumen de líquido en la sangre aumenta la tensión arterial y durante la sesión de hemodiálisis va disminuyendo, al ir retirando el exceso de agua de los vasos sanguíneos.

La morbi-mortalidad de estos pacientes, a pesar de los avances científicos actuales, es elevada. La supervivencia de los mismos depende de factores como la edad avanzada, la desnutrición o la pluripatología de los mismos. Para seguir con vida, deben someterse a un tratamiento sustitutivo, como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal. A todo esto, se debe añadir la estricta dieta, la restricción de líquidos y la medicación; lo cual, produce un alto grado de estrés y ansiedad en el paciente y en la familia.

La enfermedad renal crónica provoca gran cantidad de efectos secundarios en los pacientes como: Fatiga, insomnio, deterioro físico, sequedad de piel y mucosas, mal sabor y boca y mal aliento (fetor urémico), hinchazón de pies y tobillos,...

Montilla et al, llegan con su estudio a la conclusión de que los enfermos renales muestran el doble de síntomas que el resto de la población en los sistemas Gastrointestinal, Inmunológico, Cardiovascular y Piel. Estos síntomas pueden explicarse por la anemia, desnutrición y alteraciones cardiovasculares con los que conviven estos pacientes. Así mismo, los pacientes que presentaban ansiedad y depresión manifestaban más sintomatología somática que los que tenían mayor capacidad de afrontamiento (autoeficacia), espíritu de lucha y apoyo social.

La técnica de hemodiálisis supone asistir tres días en semana a un centro donde el paciente recibe al menos dos punciones, durante 4 horas tiene menos cantidad de sangre en el cuerpo (200-300ml) mientras está en la máquina, debe estar esperando al servicio de ambulancias,... Todos estos factores suponen un engorro para los pacientes e influye en su cuidador principal.

Todos estos aspectos, añadidos a la imposibilidad normalmente para trabajar, afectan psicológicamente en grado sumo a los enfermos.

Los pacientes con IRC en estadios 4-5 poseen una calidad de vida mucho menor que la población normal. El impacto psicológico va incrementándose paulatinamente conforme va disminuyendo el filtrado glomerular. Entre los trastornos psicológicos que pueden sufrir, el más común es la depresión. En el caso de recibir hemodiálisis, son diagnosticados de este trastorno un 44% de los mismos. Esta depresión puede ser tan intensa como para llegar incluso al suicidio, como en el caso clínico expuesto por Gómez y Bórquez (2012).

En el estudio de Perales Montilla et al (2012), evaluaron la CVRS de los pacientes renales en diálisis de la provincia de Jaén. En él, se observa que a mayor grado de depresión o preocupación, menor Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Además, a mayor optimismo de los pacientes, mejor consideraban su salud a nivel general.

Sierra y Benítez (2014) en su estudio caracterizaron el perfil psicológico de una muestra de 20 pacientes sometidos a hemodiálisis. Hallaron rasgos marcados de depresión, ansiedad y autoexigencia, además de la dependencia de otra persona.

Giera y Rico (2013) en su estudio con una muestra de 98 pacientes, encontraron en una primera evaluación que el 77,55% de los pacientes manifestaban un estado depresivo y un estado de ansiedad en el 24,49% de los mismos.

Por su parte, Capote y Torres (2014), observaron que un 52,6% de los pacientes de la muestra de su estudio padecían sintomatología depresiva (ligera en un 35%, moderada en un 60% y severa en un 5%).

Como indicadores de rehabilitación podemos encontrar el apoyo social, la alimentación, el estado anímico y clínico, el uso del tiempo libre, la posibilidad de trabajar y sentirse socialmente útil, el autocuidado, ejercicio físico y el apoyo psicológico.

La sexualidad también se ve muy alterada por la hemodiálisis. Muñoz et al (2010) observaron que un 56,25% de los hombres y un 31,8% de las mujeres veían cómo disminuía su deseo sexual. El 75% de los hombres estarían dispuestos a tratarse de la disfunción eréctil y el 37,5% relacionan como causa de los problemas sexuales al factor psicológico.

Otro aspecto importante son las demencias, que en el estudio de Sánchez et al (2013) llegaron a constituir el 28% de los pacientes de su muestra.

En el caso de una enfermedad crónica se debe incluir al cuidador del paciente. Éste descuida muchos aspectos de su vida, a la vez que ve incrementada su carga de trabajo. Si esta situación permanece por largo tiempo puede provocar en los cuidadores cansancio, síntomas depresivos, e incluso, depresión como tal.

El paciente mantiene una estrecha relación con el cuidador, por una parte muy beneficiosa; sin embargo, puede ser un arma de doble filo, pues en ocasiones el paciente no se siente comprendido, lo cual le genera una gran ansiedad. Esto ocurre hasta tal punto, que el sentirse incomprendido por su cuidador aumenta las cifras de morbimortalidad y la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente (Arechabala, 2011).

Existen situaciones que trascienden la labor de nefrólogos y enfermeros, en las cuales se hace necesaria la presencia de un psicólogo. En el estudio de García-Llana et al (2010), fomentan la técnica de “counselling” para mejorar la relación entre profesional y paciente. Como situaciones más estresantes para los profesionales destacan: Paciente autoritario o agresivo (39%), enfrentarse a la familia de un paciente en situación terminal (17%) y comunicar malas noticias (15%).

El ejercicio físico podría ser beneficioso para la calidad de vida de estos pacientes. En el estudio de Moreno et al (2012) separaron la muestra en dos grupos: Uno de ellos realizaba ejercicios con pelotas, bandas elásticas y pesas durante las dos primeras horas de la sesión de hemodiálisis; mientras que el segundo grupo, recibía una sesión normal. Tras 6 meses de seguimiento, comprobaron que la sintomatología depresiva mejoraba en el primer grupo con respecto al segundo.

Las patologías crónicas producen una reducción de la actividad de los pacientes. Así mismo, en el estudio de Polo et al (2013) utilizaron el Cuestionario de Calidad de Vida especial para los enfermos renales sometidos a diálisis (KDQOL-SF), el Cuestionario de Actividad Física Habitual de Baecke, Burema y Frijters, la Escala de las Necesidades Psicológicas Básicas en general (BPNS) y la Escala de Satisfacción con la Vida (ESDV-5). En él, se observa que a mayor medida de los mediadores psicológicos básicos, tasa de la actividad física y calidad de vida, provoca una mayor satisfacción con la vida de estos pacientes.

## **Discusión**

Resulta evidente que la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) afecta de forma global al paciente, a nivel físico, psicológico y social. El aspecto físico resulta fácil de observar, pero en algunos casos los estados depresivos o ansiosos no son fácilmente diagnosticables por los profesionales sanitarios, pasando a menudo desapercibidos. En cuanto al tema social, el apoyo familiar resulta indispensable para ellos.

Los pacientes afectados de IRC deben continuar practicando actividad física. La realización de ejercicio físico durante la sesión de hemodiálisis podría mejorar el estado anímico de los pacientes,

mejorando su calidad de vida. No obstante, habría que individualizar mucho este aspecto, pues existen pacientes con elevada edad y pluripatológicos.

El estado anímico depresivo de los enfermos renales produce un menor bienestar y calidad de vida. Por el contrario, muestran menores síntomas somáticos de la enfermedad los pacientes más luchadores y con estado anímico más positivo, asimismo, presentan menos episodios de hospitalización.

El grado de espiritualidad se relaciona con la calidad de vida percibida. Estos pacientes muestran un grado bajo de espiritualidad, aunque este aspecto es muy subjetivo.

El personal de enfermería pasa gran cantidad de tiempo con estos pacientes, con lo que debería contar con mejores herramientas para no pasar por alto a pacientes con trastornos depresivos o ansiosos y poder ayudarles de la mejor manera posible para mejorar su calidad de vida.

El padecimiento de una enfermedad crónica afecta tanto al paciente como a su familia, por lo que debemos actuar para evitar la depresión en ambos frentes.

Tras nuestro estudio de revisión bibliográfica consideramos de elevada importancia el tratamiento multidisciplinar de esta enfermedad, a través de psicólogos, nefrólogos, enfermeros, terapeutas, auxiliares de enfermería,...

## Referencias

Arechabala, M.C., Catoni, M.I., Palma, E. y Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Rev Panam Salud Pública*, 30(1).

Capote Leyva, E. y Torres Lio-Coo, V. (2014). Prevalencia y comportamiento clínico de síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis periódica intermitente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 61-71.

Contreras, F., Espinosa, J.C. y Esguerra, G.A. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18(2), 165-179.

Corchado Vargas, A. y Córdoba Basulto, D.I. (2013). Proceso de construcción de un nuevo estilo de vida personal, emocional y sexual posterior a la hemodiálisis en un hombre joven. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 14(1).

García Llana, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez, C., Del Peso, G. et al (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología*, 30(3), 297-303.

Giera Vives, L. y Rico González, A. (2013). Evaluación de la ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis durante un año. *Enferm Nefrol*, 16(1), 156-217.

Gómez, A. y Bórquez, P. (2012). Suicidio por interrupción de hemodiálisis en un paciente con nefropatía crónica: análisis de un caso. *Rev Med Chile*, 140, 771-774.

Morales García, M.A., Arenas Jiménez, M.D., Reig Ferrer, A., Álvarez Ude, F., Malek, T., Moledous, A., Gil, M.T. y Cotilla, E.M. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología*, 31(2), 199-205.

Moreno Enríquez, L., Junqué Jiménez, A., Esteve Simón, V., Lavado Santpere, M., Ramírez de Arellano, M. y Tomás Bernabéu, E. (2012). Mejoría de la sintomatología depresiva mediante un programa de ejercicio físico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 15(1), 17-83.

Muñoz García, V.E., Vaca Ruiz, A.M., Romero Estudillo, E., García Criado, J., Abselam, A.B. y Maanan, N.M. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 13(2), 113-118.

Perales Montilla, C.M., Duschek, S. y Reyes del Paso, G.A. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología*, 33(6), 816-25.

Perales Montilla, C.M., García León, A. y Reyes del Paso, G.A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-30.

Polo Muñoz, R., Meseguer Hernández, S., Pérez Lapuente, M.L., Molina Soriano, M.R., López Cárcelos, M. y Moreno Murcia, J.A. (2013). ¿Cómo incide la actividad física en la satisfacción con la vida de los pacientes renales sometidos a hemodiálisis? *Enferm Nefrol*, 16(1), 156-217.

Ramírez Ruiz, M., Soto Pica, M.T., García Gutiérrez, M.D. y Barrios Rodríguez, P. (2012). Ansiedad y depresión en el paciente renal. *Enferm Nefrol*, 15(1), 163-180.

Reig Ferrer, A., Arenas, M.D., Ferrer Cascales, R., Fernández Pascual, M.D., Albadalejo Blázquez, N., Teresa Gil, M. y De la Fuente, V. (2012). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 32(6), 731-42.

Reyes del Paso, G.A. y Perales Montilla, C.M. (2011). El curso de la hemodiálisis está asociado a cambios en el umbral de dolor y en las relaciones entre presión arterial y dolor. *Nefrología*, 31(6), 738-42.

Reyes Luna, A.G., Garrido Garduño, A., Torres Velázquez, L.E. y Ortega Silva, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.

Reyes Saborit, A., Sow, I. y Jones Llamas, R. (2013). Indicadores de rehabilitación psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Psicología para América Latina*, 24, 43-67.

Ruiz Vaca, A.M., Muñoz García, V.E., García Vega, J.L., Maanan, N.M., García Criado, J. y Abselam, A.B. (2011). Rasgos de personalidad, edad, cultura y restricciones hídricas y dietéticas en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 14(2), 91-97.

Sánchez Lamolda, M.A., Malagón Rodríguez, M.A. y Alonso Hernández, N. (2013). Incidencia de las demencias en hemodiálisis. Apoyo al cuidador principal. *Enferm Nefrol*, 16(1), 31-35.

Sierra Lamas, C.A. y Bentez Agudelo, J.C. (2014). Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Rev Col Med Fis Rehab*, 24(1), 37-54.



## CAPÍTULO 89

### Apoyo social percibido y bienestar del adulto mayor

Cintha Patricia Ibarra González\* y Manuel Lillo Crespo\*\*

*\*Universidad Autónoma de Tamaulipas (México), \*\*Universidad de Alicante (España)*

Un hecho inevitable que todo ser humano padecerá en su vida es el llegar a la tercera edad. Independientemente que tipo de vida tuviera a lo largo de su existencia, ésta manifestará diversos malestares que bien no se podrán curar, mas sin embargo se pueden confrontar y controlar a través de una cultura adecuada del cuidado. Para ello es importante que no solo el adulto mayor cuide de sí mismo durante esta etapa, sino que tanto la familia, la sociedad, el gobierno y sobre todo el personal de salud le brinden el apoyo necesario (Donelan, 200). Es importante aclarar que durante los últimos años se han modificado considerablemente el estilo de vida de los adultos mayores a nivel global. En México, ha pasado de una figura de sabiduría y de experiencia, a una de cuidadora de infantes y, erróneamente, como una carga para la familia y la sociedad (INEGI, 2007). A causa de esto, tanto los gobiernos como la sociedad se han preocupado en brindar los cuidados y apoyos necesarios a este grupo etario. Para que estas necesidades sean cubiertas, los gobiernos desempeñan un papel fundamental en la creación, generación y aplicación de políticas a favor del cambio del comportamiento de las personas, familias y las comunidades en relación a una alimentación saludable y de actividades físicas que le permitan mejorar sus vidas (OMS, 2004) . Si son aplicadas de manera oportuna y temprana, los beneficios se verán reflejados con una buena salud en la vejez (Zúñiga, 2003). Es por ello que los gobiernos deben usar estructuras y procesos existentes en cada uno de los niveles de organización, desde el nacional hasta el local y en colaboración con diversos expertos a nivel multisectorial y multidisciplinario (OMS, 2004). Una legislación eficaz, una infraestructura apropiada, programas de aplicación, financiamiento adecuado, su ejecución, evaluación e investigación deben de ser permanentes.

Para el logro de lo anterior, y en cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud y en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, los gobiernos se ven obligados a generar políticas y programas de apoyo social con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de vida de este grupo de población.

Lo anterior plantea la necesidad de un cambio de actitud, de la política y los programas de asistencia social en todos los sectores, para aprovechar el enorme potencial que el envejecimiento supone para el siglo XXI. Los programas de asistencia social, están dirigidas a lograr que los adultos mayores puedan disfrutar plenamente de sus derechos humanos, envejezcan de forma segura, fuera del alcance de la pobreza, participen plenamente en la vida económica, política y social y tengan la posibilidad de realizarse en su edad más avanzada (OMS, 2012). Los Gobiernos ante todo son los responsables de la aplicación de las políticas y los programas de apoyo social derivados de ellas.

Uno de los problemas medulares en las políticas de salud , es la falta de continuidad en los programas de asistencia social que se establecen en los Planes Nacionales de Salud; de acuerdo con Abrantes y Almeida, (2002) al comparar los objetivos de un sexenio con otro, se observan grandes diferencias y para conservar el propósito de la meta de salud, no debería de intervenir la ideología opositora, si el problema es bastante claro, debe de haber congruencia entre los diferentes mecanismos de atención a los problemas sociales y de salud que finalmente tienen el mismo objetivo: conservar, recuperar y mantener la salud de la población mexicana.

Por otro lado, las políticas por su origen son sociales y de ellas se desprenden las políticas públicas y las de salud. Las que deben ocupar a enfermería son estas últimas, y como actores del sistema

institucional de salud, representa un papel muy importante para la generación de las mismas. Enfermería por su naturaleza, es la que experimenta las necesidades sentidas de la población, pues es una disciplina de la salud, que tiene afrontamiento directo con los problemas reales que ocasionan la enfermedad, y sus implicaciones sociales.

Los profesionales de Enfermería son parte esencial del equipo de atención de salud, por la interacción con los pacientes y sus familias quienes participan en los cuidados. Nos encontramos en una excelente posición para asesorar sobre los programas de apoyo social con el propósito de contribuir en mejorar la calidad de vida de la población vulnerable. Por lo anterior, la situación de vida de los adultos mayores es un tema emergente para profesionales de enfermería. La evolución del grupo de adultos mayores va en un aumento sostenido, ubicando al país como uno de los de mayor incremento porcentual. Sin embargo, es importante aclarar que son pocos los estudios que nos dan la percepción que tienen los adultos mayores de los programas de apoyo social y su bienestar. Es por ello que el objetivo del presente estudio es conocer la percepción que tiene el adulto mayor sobre los programas de apoyo social y su bienestar.

### **Método**

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, considerando que este tipo de acercamiento *emic* posibilita un acercamiento metodológico desde la propia perspectiva de los actores que viven el fenómeno social (Valles, 1997; Grbich, 1999; Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000, Villaseñor, 2011), que en este caso se trata de la percepción de los adultos mayores sobre los programas de apoyo social. La perspectiva paradigmática empleada fue la fenomenología (Delgado y Gutiérrez, 1995; Galeano, 2004) ya que permite conocer parte la vida de los participantes desde el contexto de su propio mundo en relación con el fenómeno en estudio y se enfocó en las experiencias, significados, emociones y situaciones y en como son percibidas vividas y referidas.

Para el acercamiento a la perspectiva subjetiva de los adultos mayores se empleó una técnica de indagación cualitativa (Delgado y Gutiérrez, 1995; Huberman y Miles, 2000) mediante entrevistas abiertas con elementos biográficos. Cuyos ejes de indagación fueron: a) Antecedentes biográficos personales; b) Percepción de los programas sociales y c) Beneficios de los programas sociales.

### *Procedimiento.*

Antes de iniciar con la recolección de los datos el estudio contó con el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades del Centro de Salud Urbano de Cd, Victoria, contexto del estudio. Posteriormente se seleccionaron a los adultos mayores de 60 años, usuarios de la unidad de salud antes mencionada, explicando el propósito del estudio e invitándoles a participar, mediante la firma del consentimiento informado. Se realizaron las entrevistas en el Centro de Salud, en el área de trabajo social, que se nos brindó para tal fin.

### *Participantes.*

Los informantes fueron 16 hombres y 17 mujeres con un rango de edad entre 60 a 88 años; en su mayoría mujeres (18); habitan con hijas (os) 18 de ellos; con su pareja 9 y solos 6. De nivel socioeconómico bajo; ingreso mensual de \$ 1,500 a 700.00. De ocupación en su mayoría empacadores en los centros comerciales (Programa del Sistema del desarrollo Integral de la Familia (DIF).

### **Resultados**

Considerando la naturaleza cualitativa de la información y buscando una mejor estrategia expositiva se presentan en un mismo apartado los resultados y su discusión, procedimiento comúnmente empleado en estudios de este tipo.

En la realización del estudio, se encontraron necesidades dentro de la narrativa recabada, dentro de las cuales destacan:

a. Las necesidades económicas:

*-Vivo solo, no tengo trabajo, a mi edad ya no me ocupan (Adulto Mayor 07).*

*-Mi hija me ayuda poquito. Para las medicinas, estoy malo de la azúcar, y no tengo seguro. Estuve trabajando de velador, pero me desocuparon y ya no trabajo. (Adulto Mayor 02).*

*-Pues yo recibo una pensión de \$800.00 (M/N) al mes, a penas para el agua y la luz y poquito mandado, vivo con mi señora, a veces no tenemos ni para tortillas. (Adulto mayor 5)*

*-Yo, a veces trabajo de ayudante de albañil, y ahí sale “pal gasto” (Adulto Mayor 06).*

b. Las necesidades de convivencia

*-Vivo solo, mi hija me presta unos cuartos de su esposo, no pago renta, la veo por ratitos a veces me lleva de comer, y el domingo me lleva mandadito. A veces salgo al centro allá por el mercado con unos camaradas que venden tomate y les cuido un rato el puesto y así me distraigo... pero no voy mucho, estoy malo de las rodillas y ya casi no puedo subirme a los micros. (Adulto Mayor 02).*

*-Cuando uno está viejo se olvidan de uno, yo veo a mis hijas de vez en cuando. Cuido a mis nietecitas, van a comer a la casa después de la escuela, pero pasan por ellas y ni se bajan del carro (Mujer, Adulto Mayor. 15).*

En el discurso durante las sesiones con los adultos mayores, se identifican dos rasgos problemáticos de la vejez: la situación económica y el abandono en que viven.

Con respecto a los programas de asistencia social, ellos comentan:

*-No pues, yo no sabía, me dijo una sobrina “tío porque no va a la presidencia a notarse para que le den una ayuda en el programa de 70 y más”, y fui, me anotaron, pero en Llera y tengo que ir cada dos meses a cobrar, me dan \$900.00 (M/N) (Adulto Mayor 06).*

*-No, pues está bien... tanto que vota uno por ellos (gobernantes) para luego olvidarse de uno cuando están en el poder (risas) (Adulto Mayor 07).*

*-Yo lo oí en la televisión, pero no voy porque me dijeron que es nomas para los que no reciben pensión... (Mujer adulto mayor 08)... (coinciden con este comentario (Adulto mayor 02, 04 y 09)*

*-Mire señorita, cuando vienen aquí a la colonia a invitarnos al mitin, vamos y nos dan \$100.00 pesitos, o una despensita por estar ahí unas cuatro horas y prometen mucho, pero luego se olvidan de uno. (Adulto mayor 07)*

*-A mí me aviso mi vecina que me apuntara para lo de 70 y más, porque yo no sabía, y fui a SEDESOL, y uno pierde todo el día, porque nos traen como pelota (risas) pero me apunte. (Adulto mayor 21)*

Estas necesidades expresadas por los propios actores, es uno de los rasgos del envejecimiento, por la generación de algún grado de dependencia, sin embargo se deben atender ya que son necesidades biológicas; básicas, como las clasifica Henderson (1955) en su definición de 14 Necesidad básicas del ser humano, (comer y beber adecuadamente, comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades) que les permita al adulto mayor logre su independencia (Marriner, 2007)

En relación a lo anterior, la inquietud sobre la longevidad en nuestro país, se refiere más a la calidad de vida, que a su prolongación; es decir cómo vivir en mejores condiciones biológicas, sociales, psicológicas, económicas y políticas, entre otras. Si bien es cierto, en México ha predominado una política social o asistencialista en materia de envejecimiento, en donde la intervención para resolver necesidades sociales, se realiza en función del consenso entre instituciones de gobierno, organizaciones sociales, profesionistas, a través de marcos ético normativos, en donde plantean una serie de estrategias que culminan en planes y programas sociales, los cuales son catalogados como formales (Montes De Oca, 2002).



Es en estas intervenciones sociales y de salud dirigida a la población vulnerable, donde participan personal de los diferentes niveles de gobierno y personal de salud, donde los adultos mayores se enfrentan a una serie de obstáculos para acceder a sus beneficios., así lo demuestra la narrativa.

*-Me dijo mi hija que fuera al DIF, para anotarme y me consiguieran trabajo, porque uno está ya viejo y nadie le da trabajo. Pero, oiga me hicieron dar tantas vueltas, me pidieron tantos papeles y luego que no estaba la encargada, que venga después, que nosotros lo llamamos, no oiga, ya cuando me atendieron me dijeron que ya había pasado el tiempo de contratar, que regresara después. (Adulto mayor 25).*

*-Yo trabajo, me mantengo por mí mismo estoy fuerte, y quiero seguir trabajando, el trabajo hace que uno no piense cosas malas, yo si fui al DIF, y estoy en Soriana de empacador. (Adulto mayor 18).*

*-Yo tengo oportunidades, y me dan mi ayudita, no es mucho pero algo me sirve, siquiera para pagar agua y luz (risas), aunque cuando vamos a cobrar perdemos todo el día, porque nos checan las enfermeras del Centro de Salud y a veces nos hacen esperar mucho. (Mujer Adulto mayor 12)*

Los adultos mayores presentan problemas en acceder y/o recibir los apoyos sociales que los programas les brindan (Donelan, 2000). Con ello se sustenta el hecho de que el adulto mayor tenga problemas al ingresar a los servicios y programas de salud debido al nivel económico que poseen (Bergmark, 2000; Zúñiga, 2003; Reyes Valles, 2003; Salgado de Synder, 2007)

Por otro lado, durante la sesiones de grupos focales, se encontraron una serie de comentarios de viva voz, que permiten conocer la percepción del adulto mayor ante esta temática. Con respecto a los programas sociales que implementa el gobierno en beneficio del adulto mayor, ellos comentan:

*-Está bien que se acuerden de nosotros (Mujer adulto mayor 11)*

*-Si, que se acuerden de nosotros, pero que lo tramites que uno tiene que hacer sean menos, ya nos traen vueltas y vueltas y pagando micros, gasta uno más (Mujer adulto mayor 12).*

*-Yo digo que está bien que el gobierno nos ayude, nosotros también les ayudamos cuando ellos nos buscan, ya saben para que (....) risas... (Mujer adulto mayor 15)*

*-Pues tiene que ser, eh, que se arrimen a ver el digo a los adultos mayores... (Adulto Mayor 27).*

En relación al conocimiento que tienen sobre los beneficios de los programas a los que pueden acceder, refieren lo siguiente:

*-yo nomás he escuchado, pero no los conozco (Adulto Mayor 10).*

*-Yo como voy al Centro de Salud a checar me de la azúcar, las enfermeras nos dan pláticas y nos dicen cómo hacerle, por eso tengo lo de 70 y más. (Adulto mayor 02)*

*-Fíjese que yo y mi compadre nos enteramos también en la clínica de la colonia, las enfermeras nos dijeron de lo de oportunidades y fuimos y nos anotamos. (Adulto mayor 02y 05)*

Lo anterior es el reflejo de que en estos programas la participación del personal de salud, particularmente Enfermería es importante, ya que este profesional es el primer contacto que tiene la población con los servicios de salud. Por lo anterior es fundamental que estos profesionales se actualicen constantemente, para brindar un cuidado de calidad.

Por otro lado, los medios de información masiva toman un rol importante en el desarrollo de la percepción del adulto mayor. Aun y cuando los medios se encargan de la difusión, muchos adultos mayores desconocen la mayor parte de los programas, solamente relacionan o ubican los programas sociales que ven y/o escuchan a través de estos medios. Las pláticas, charlas e inclusive las visitas comunitarias son los medios más fidedignos que el adulto mayor posee, debido a que si consideramos la situación que circunda a los grupos trabajados, la mayoría no posee un medio de comunicación masiva o simplemente tienen problemas con la lectura, generado por el deterioro significativo de su visión.

En relación al bienestar percibido por los apoyos sociales recibidos, se observa una fuerte dependencia al apoyo económico que reciben, solamente 10 de los participantes percibe un ingreso permanente, aportes familiares, autoempleo o jubilación. Quienes reciben solamente el subsidio

económico (17) refieren que el apoyo que se les brinda cubre solamente una parte de sus necesidades, por lo que consideramos que el apoyo económico no impacta en el bienestar del adulto mayor.

### Conclusiones

La percepción del adulto mayor sobre la aplicación de los programas de asistencia social es deficiente, y se encuentra totalmente ligado a la obtención de los beneficios que ellos reciben. Sin embargo, desconocen totalmente los trámites que se requieren para la obtención de dichos beneficios a través de los programas implementados por los diversos órganos de gobierno, aún y cuando la información sobre dichos programas lo obtiene de personal de salud. Las principales necesidades que los programas les satisfacen son la económica, identificándose además otras necesidades como son las de convivencia familiar y la de atención, las cuales no son subsanadas por los programas implementados de gobierno.

Los aspectos que conoce el personal de enfermería sobre las políticas y programas en beneficio del adulto mayor son parciales, debido a que desconocen el fundamento del programa por el cual fue creado. Solamente realizan las intervenciones que les competen como funciones elementales y esenciales relacionadas con el cuidado de enfermería. Finalmente, se concluye que el adulto mayor conoce parcialmente los programas de asistencia social creados e implementados para su beneficio por el gobierno federal.

### Referencias

Abrantes Pego R, Almeida C. (2002) Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad Saude Publica*, 18(4):971-989.

Bergmark A, Parker MG, Thorslund M.(2000) Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines. *Journal of Medical Ethics*, 2000; 26: 312-318

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis Psicología.

Donelan K., Blendon RJ., Schoen C., Binns K., Osborn R., Davis K., (2000) The elderly in five nations: the importance of universal coverage. *Health Affairs*, 19 (3): 226-235

Huberman M, Miles M. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En: Denman C, Haro J. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación. Hermosillo, México: *El Colegio de Sonora*; 253-300.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (MX). ( 2007) Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de Edad. *Datos Nacionales*. México: INEGI.

Marriner Tomey A., Raile Allgood M. *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid, España. Editorial. Elsevier Mosby

Mercado MF, Villaseñor FM, Lizardi GA (2000). Situación actual de la investigación cualitativa en salud. *Revista Universidad de Guadalajara*; 17:19-30.

Organización Mundial de la Salud (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (WHA 57.17) Ginebra: OMS

Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018. Recuperado de: <http://pnd.gob.mx/>

Reyes Valles I. (2003) Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela [ponencia] En: Simposio Viejos y Viejas participación ciudadana e inclusión social. 51º. *Congreso Internacional de Americanistas* 14-18 julio 2003. Santiago de Chile, Chile.

Salgado de Snyder, N., Wong R. (2007) Género y pobreza: Determinantes de la vejez. *Salud Pública de México*; 49: S515-S521

Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: *Síntesis*.

Villaseñor FM y Valadez FI (2012) Metodología Cualitativa y Participativa en Salud Pública. En: *Malagón y Moncayo Salud Pública Perspectivas*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana 2da ed.

Zúñiga Herrera E, García López JE, Partida Bush V. Mortalidad de la población de 60 años o más. In: *La situación demográfica de México 2003*. México: [unknown]; 2008. 143–153.



## CAPÍTULO 90

### La depresión geriátrica y sus peculiaridades

M<sup>a</sup> Rosa Sánchez-Waisen Hernández\*, Consuelo Ibáñez Allera\*, Diego Ramón Dueñas Alcalá\*\*, y Francisco Javier Zamora Rodríguez\*\*\*

*\*Complejo Hospitalario Torrecárdenas (España), \*\*Unidad de Gestión Clínica Salud Mental, Almería (España), \*\*\*Centro de Salud Mental de Zafra, Badajoz (España)*

El progresivo envejecimiento de la población es un hecho real e imparable que supondrá un alto impacto social y económico. Esto, unido a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud que sitúan a la depresión como la segunda causa de discapacidad en el mundo y la primera en países con renta per cápita alta (Mathers y Loncar, 2006), hacen indispensable el conocimiento de las características especiales de depresión geriátrica con el fin de poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

La depresión en el anciano puede constituir una prolongación de trastornos afectivos iniciados en etapas anteriores de la vida pero también pueden representar el comienzo de trastornos mentales de inicio tardío.

La prevalencia de depresión varía en los diferentes estudios según la muestra escogida o la metodología utilizada (Ezquiaga, García, Huerta y Pico, 2011). Podemos encontrar cifras de prevalencia desde un 14% en el estudio Psicotard (Olivera et al., 2008

), realizado en mayores de 65 años de la comunidad hasta un 26% hallado en el estudio europeo Berlin Aging Study (BASE) realizado en población de la misma edad (Helmchen, Linden y Wernicke, 1996; Linden y Helmchen, 2004). En estudios realizados en población octogenaria encontramos cifras de hasta el 34,5% (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga y Rojas-Farreras, 2013). En el estudio latinoamericano SABE (Alvarado, Zunzunegui, Beland, Sicotte y Tellechea, 2007), varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). No obstante, para algunos autores como Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco (2007) la asociación de depresión según el sexo presenta controversias y hacen referencia a que, si bien la depresión en ancianos sigue siendo más frecuente en mujeres, en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia de modo que a los 80 años sobrepasan a las ancianas.

Los cambios cerebrales que se producen en la vejez, como una menor población neuronal o la disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, predisponen la aparición de trastornos afectivos (Gil-Gregorio, 2000; Veith y Raskind, 1988). Por tanto, diversos factores neurobiológicos propios de este grupo etario, junto con el progresivo envejecimiento de la población y la alta tasa de recaídas de los trastornos depresivos, hacen que no sea de extrañar que la depresión afecte cada vez más a los ancianos.

Es frecuente que la depresión en el anciano no sea detectada y por tanto no tratada, con grados de infradiagnóstico del 32 al 50% y de infratratamiento del 37 al 50% (García, 2001; Cole, Bellavance y Mansour, 1999), lo que conlleva sufrimiento y disfuncionalidad así como incremento de la morbilidad y mortalidad. Y es que la depresión en la vejez no es fácil de diagnosticar debido a su habitual presentación atípica y a la visión cultural de la vejez como algo triste (García, 2001; Herrera, 2000).

Una de las principales consecuencias de la alta prevalencia de la depresión es su impacto sobre la salud general y el incremento que supone en la utilización de los recursos sanitarios, que se ha estimado en más del doble de la que se produce en sujetos sin depresión. Por ello, consideramos prioritario su diagnóstico temprano y su adecuado tratamiento.

## **Objetivo**

Revisar las características específicas de la depresión en ancianos.

## **Metodología**

Realizamos la búsqueda de artículos en la base de datos de Pubmed con la utilización de las siguientes combinaciones de palabras: “geriatric depression”, “depression in older adults”, “geriatric mental health” y “depression in old age”. De los artículos obtenidos con dichas búsquedas seleccionamos todos aquellos cuyo título consideramos que podría ser de mayor utilidad, primando los publicados en revistas clínicas más relevantes y aquellos que nos permitían un acceso gratuito al texto completo. Así mismo, consultamos libros de texto relacionados con nuestro tema de estudio y elaborados por autores reconocidos así como diversas revistas científicas on-line entre las cuales encontramos, entre otros, el artículo donde se publica el reciente Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la Depresión en el Anciano.

## **Resultados/Estado de la cuestión**

El desarrollo de la clasificación diagnóstica en psiquiatría en las últimas décadas ha sido muy significativo y ello ha supuesto grandes ventajas, como la disminución de la variabilidad de criterios diagnósticos utilizados por los profesionales y una mayor facilidad para compartir información mediante un lenguaje común, pero también desventajas. Entre estas últimas encontramos que hasta la fecha, las actuales clasificaciones, DSM-V y CIE-10, no definen subtipos clínicos diferenciales para distintos momentos de la vida como la niñez o la senectud.

A la vez que ha aumentado la población geriátrica y sus problemas asociados como enfermedades crónicas, desventajas socioeconómicas, trastornos neurodegenerativos y vasculares o dependencia, ha aumentado la prevalencia de síntomas depresivos en la misma. Si bien parece que la prevalencia de depresión en ancianos sanos y con buen funcionamiento es más baja que en los adultos, se elevan a niveles superiores cuando se estudian grupos de ancianos con características especiales como hospitalizados, residenciados, con enfermedades crónicas o con dependencia funcional. Es en estos grupos donde se produce una potenciación mutua con la depresión que empeora su pronóstico general y es aquí donde un correcto diagnóstico y tratamiento de la depresión del anciano puede reducir su impacto sobre la comorbilidad (Gallo et al., 2007). A modo de ejemplo, un 30-50% de los que sobreviven a un ictus desarrollan un cuadro depresivo (Pfeil, Gray y Lindsay, 2009). En sentido inverso, Campayo et al. (2010) concluyeron que la depresión podría incrementar en un 65% el riesgo de diabetes en mayores de 55 años.

La jubilación, la falta de oportunidades para continuar siendo “productivo” o la pérdida de estatus económico favorecerán en algunos la aparición de síntomas depresivos aunque la mayoría de autores, como (Alexopoulos et al., 2001) apuntan a que el efecto de estas pérdidas no es suficiente para explicar la aparición de depresión. Durante el envejecimiento se producen una serie de cambios cerebrales que no solo afectan al rendimiento cognitivo sino que también afectan a la vulnerabilidad de trastornos afectivos (Veith y Raskind, 1988). Las modernas técnicas de neuroimagen y neuroquímica han permitido detectar alteraciones neurobiológicas en la población geriátrica con depresión entre las que destacan disminución del volumen del hipocampo, alteraciones en el ciclo vital neuronal, disminución de factores neurotróficos y modificaciones neuroendocrinas (Maletic et al., 2007). La presentación de la depresión en el anciano difiere de la de otras etapas de la vida ya que hay mayor comorbilidad que oculta o enmascara manifestaciones a través de quejas somáticas y/o deterioro cognitivo. De forma errónea, la depresión en esta etapa de la vida se llega a considerar como parte del envejecimiento (Becca y Mahzarin, 2002) en vez de como un proceso mórbido tratable.

Una complicación de la depresión no diagnosticada o tratada incorrectamente es el suicidio. Se considera que dos tercios de los suicidios geriátricos están relacionados con la depresión (Pérez, 2012).

Se ha definido la depresión como una alteración persistente del humor manifestada mediante tristeza vital y patológica y sobre este núcleo central se superponen síntomas somáticos (pérdida de peso, alteraciones del sueño, astenia, etc), síntomas cognitivos (baja autoestima, culpa, ideas de suicidio, etc) y síntomas emocionales (irritabilidad, anhedonia, llanto, ansiedad, etc). Pero en el anciano generalmente suele primar la manifestación de disforia y apatía sobre la tristeza, existen menores variaciones diurnas del humor, es frecuente la aparición de ansiedad y de agitación psicomotriz, el insomnio e hiporexia se suelen manifestar con mayor frecuencia e intensidad, son muy frecuentes las preocupaciones hipocondríacas, los síntomas psicóticos aparecen con más frecuencia que en el depresivo joven y existe mayor afectación cognitiva (Sable, Dunn y Zisook, 2002; Folks y Ford, 2002).

Es frecuente que la expresividad clínica de la depresión en el anciano gire hacia una mayor presencia de síntomas somáticos y motivacionales. Ello supone en muchas ocasiones la necesidad de evaluaciones médicas y pruebas complementarias exhaustivas. Todo esto le valió a la depresión geriátrica la denominación de “depresión enmascarada” en el pasado (Jiménez, 2008).

Una presentación característica de la depresión geriátrica que plantea un diagnóstico diferencial con procesos demenciales es la pseudodemencia depresiva. Entre un 18-57% de ancianos con depresión presenta de forma concomitante un deterioro cognitivo que puede mejorar tras tratamiento antidepresivo apropiado pero también puede persistir tras la remisión de los síntomas depresivos (Alexopoulos, Meyers, Young, Mattis y Kakuma, 1993). Además, existen estudios que apuntan a un mayor riesgo de demencia en aquellos pacientes que han sufrido depresión previamente. El estudio de Palsson, Aevansson y Skoog (1999), realizado en sujetos mayores de 85 años concluye que los pacientes con antecedentes de depresión temprana (antes de los 65 años) tienen un riesgo de demencia tres veces mayor que los que no se han deprimido, sin embargo aquellos con depresión menor y aquellos con depresión mayor de inicio tardío no mostraban un aumento significativo del riesgo de demencia. Si nos centramos exclusivamente en la Demencia Tipo Alzheimer (DTA), un metanálisis reciente concluye que las personas con antecedentes de depresión tienen más probabilidad de sufrir DTA en edades avanzadas. Este hallazgo es consistente con la hipótesis de que la depresión es un factor de riesgo para la DTA y no sólo un pródromo de la misma (Ownby, Crocco, Acevedo, John y Loewenstein, 2006). Son muchos los estudios que analizan la depresión como factor de riesgo de demencia pero los resultados no son consistentes, probablemente por una falta de potencia estadística de algunos de ellos para encontrar asociación significativa entre ambas enfermedades (Jorm, 2000). Los estudios que concluyen una asociación entre depresión moderada o grave y demencia incipiente apuntan a una relación biológica entre ambos más que a una reacción exclusivamente adaptativa a los primeros síntomas cognitivos en el proceso de demencia (Strober y Arnett, 2009; Geerlings et al., 2000), que podría manifestarse como cuadros depresivos menores (Geerlings et al., 2000).

La enfermedad vascular como causa común de depresión y demencia ha sido una de las hipótesis propuestas para explicar la asociación entre ambas (Alexopoulos, 2003). La hipótesis de la depresión vascular (Alexopoulos et al., 1997) identifica un subgrupo de pacientes, fundamentalmente de edad avanzada o muy avanzada, en el contexto de depresiones de inicio tardío, donde la patología vascular de pequeño vaso y por tanto la lesión isquémica crónica podría jugar un papel esencial en la génesis del proceso. Las lesiones encontradas en Resonancia Magnética y que se asocian con depresión incluyen lesiones subcorticales profundas de sustancia blanca y de ganglios basales. Las lesiones se encontrarían predominantemente en áreas frontales y parietotemporales (estas últimas también están presentes en sujetos no deprimidos) donde se encuentran conexiones entre zonas inferiores del lóbulo frontal y los ganglios basales. De esta forma se cortocircuitarían conexiones entre áreas prefrontales y ganglios basales, produciéndose una serie de síntomas que incluiría cambios cognitivos, déficit atencional y de concentración, síntomas vegetativos y somáticos y trastornos del humor (Tekin y Cummings, 2002). No obstante, estudios recientes que objetivan patología vascular mediante neuroimagen (Barnes, Alexopoulos, López, Williamson y Yaffe, 2006; Panza et al., 2008) concluyen que la asociación entre

deterioro cognitivo y sintomatología depresiva es independiente de la existencia de patología vascular subyacente.

Por otro lado, la especificidad mostrada por una categoría diagnóstica concreta (Chen et al., 2008) así como una clara aparición de sintomatología depresiva previa a un deterioro cognitivo destacable, con hasta 17 años de diferencia entre ambas enfermedades (Saczynski et al., 2010), hacen más probable la hipótesis de que la depresión sea un factor independiente y tratable (Steffens, 2008), en contraposición con las hipótesis que plantean la depresión como un síntoma precoz de demencia (Ganguli, Du, Dodge, Ratcliff y Chang, 2006; Chen, Ganguli, Mulsant y Dekosky, 1999; Li et al., 2011). De todas formas, existe apoyo considerable para ambas hipótesis y no tendrían por qué ser mutuamente excluyentes. Quizás en un futuro podamos encontrar estudios que evalúen si el tratamiento de la depresión puede reducir el riesgo de demencia o retrasar su aparición.

El diagnóstico de la depresión geriátrica es complicado ya que a las dificultades relacionadas con la diferenciación entre sintomatología depresiva (Stage, Bech, Kragh-Sorensen, Nair y Katona, 2001) y manifestaciones propias del proceso de envejecimiento o al enmascaramiento somático de sintomatología depresiva hay que unir las dificultades en la evaluación clínica de la depresión en la senectud (Kales y Valenstein, 2002; Serby y Yu, 2003) y la contradicción entre los resultados obtenidos según se empleen criterios clínicos o psicométricos (Sable et al., 2002).

Sería conveniente por tanto contar en atención primaria con algún instrumento ágil para la evaluación de la depresión en ancianos. De las distintas posibilidades psicométricas, la escala más utilizada, más traducida y validada en los diferentes países de nuestro entorno es la escala geriátrica de depresión Yesavage (Sheik y Yesavage, 1986). Esta escala tiene una validez y fiabilidad similares al resto (Salamero y Marcos, 1992) pero su cumplimentación es más sencilla para los ancianos, sobre todo su versión reducida de 15 ítems, también validada y utilizada en España (Martí et al., 2000). No obstante, no debemos olvidar que el diagnóstico de los trastornos mentales sigue siendo fundamentalmente clínico y que las pruebas psicométricas no deben sustituir a la evaluación clínica sino suponer un complemento de la misma.

Es importante hacer hincapié en la necesidad de evaluar el funcionamiento tanto para actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene, vestido, etc) como para actividades instrumentales cotidianas (manejo de finanzas, utilización del teléfono, etc).

Alcanzar la remisión de la depresión geriátrica puede ser más complicado que en la población general y la presencia de síntomas residuales se relaciona con mayor riesgo de recaída. Hay estudios que apuntan a que el riesgo de recaída en la población anciana es superior respecto a la población de edad media (15,5% frente a 6,7% respectivamente) y además el intervalo de tiempo de aparición de las recaídas es menor (7,4 semanas frente a 16,6 semanas respectivamente) (Reynolds et al., 1996; Paykel et al., 1995). Esto no nos tiene que alejar del objetivo principal del tratamiento de la depresión en cualquier grupo de edad: alcanzar la remisión total.

Respecto al tratamiento farmacológico, un reciente metaanálisis (Nelson, Delucchi y Schneider, 2008) que recoge los resultados de diez ensayos clínicos comparativos con placebo e incluye a más de 4.000 pacientes ancianos, concluyó que las tasas de remisión obtenidas con diversos tratamientos antidepressivos oscilan entre el 21% y el 44%. Los autores concluyen que los antidepressivos son efectivos en la población geriátrica, pero con un efecto modesto y variable y que la duración del tratamiento puede también resultar un importante factor para que las tasas de respuesta y de remisión se incrementen con el tiempo. Hasta hace poco, los algoritmos de tratamiento recomendaban Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento para la depresión geriátrica. Sin embargo, el reciente consenso sobre depresión en el anciano de la Sociedad Española de Psicogeriatría recomienda tanto los ISRS como los antidepressivos duales como primera elección, y también que estos últimos se usen en el caso de respuesta insuficiente a un ISRS previo (Martín-Carrasco, 2011). A la hora de decidir el tratamiento farmacológico en población geriátrica deben considerarse no sólo los aspectos

de eficacia, sino también la tolerabilidad y la seguridad de los fármacos ya que en los ancianos existen alteraciones farmacocinéticas de cierta importancia que pueden llevar a un incremento de los niveles plasmáticos de muchos fármacos y ello debe tenerse en cuenta para evitar alcanzar niveles tóxicos. La presencia de patologías crónicas que alteran el funcionamiento hepático, renal y cardiaco pueden influir también en la seguridad del fármaco. Y a todo ello hay que sumar la toma de otras medicaciones concomitantes que pueden dar lugar a potenciales interacciones farmacológicas (Raskin et al., 2008).

Como en cualquier otro grupo de edad, la psicoterapia debe formar parte del tratamiento integral de la depresión.

Es importante que el profesional sanitario entienda la necesidad del trabajo interdisciplinario en el abordaje de la población anciana enferma.

### Discusión

Aunque la depresión en ancianos es menos frecuente que a edades más jóvenes, sí tiene peor pronóstico pues tiene mayor riesgo de cronificarse y de presentar recurrencias, supone un incremento de la morbilidad y mortalidad, afecta a la funcionalidad e incrementa el riesgo de demencia. A pesar de ello, con excesiva frecuencia la depresión geriátrica es infradiagnosticada y por tanto infratratada (García, 2001; Cole, Bellavance y Mansour, 1999) y consecuentemente se produce una mayor dependencia y una pérdida de la calidad de vida que podrían ser evitables.

Diversos factores neurobiológicos y sociales hacen que la depresión en este grupo de edad presente unas características especiales que el clínico debe conocer para no pasar por alto esta entidad. Pero no sólo existen peculiaridades diagnósticas y pronósticas sino también terapéuticas. En el anciano existen cambios farmacocinéticos característicos así como frecuente comorbilidad y polimedicación que deben ser tenidos en cuenta a la hora de prescribir fármacos.

Todo ello implica la necesidad de un conocimiento específico y un abordaje multidisciplinar de la depresión geriátrica.

### Referencias

- Alexopoulos, G.S. Vascular disease, depression, and dementia. *J Am Geriatr Soc*, 51, 1178-1180.
- Alexopoulos, G.S., Katz, I.R., Reynolds, C.F. 3rd, Carpenter, D., Docherty, J.P. y Ross R.W. (2001). Pharmacotherapy of depression in older people: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*, 7, 361-376.
- Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., Kakuma, T., Silversweig, D. y Charlson M. (1997). Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*, 154, 562-565.
- Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., Mattis, S. y Kakuma, T. The course of geriatric depression with 'reversible dementia': a controlled study. *Am J Psychiatry*, 150, 1693-1699.
- Alvarado, B.E., Zunzunegui, M.V., Beland, F., Sicotte, M. y Tellechea, L. (2007). Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. *J Gerontol B PsycholSci Soc Sci*, 62, S226-236.
- Barnes, D.E., Alexopoulos, G.S., López, O.L., Williamson, J.D. y Yaffe, K. (2006). Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 273-279.
- Becca, R.L. y Mahzarin, R.B. (2002). Implicit Ageism. En: T.D Nelson (Ed.), *Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Massachusetts: A Bradford Book.
- Campayo, A., De Jonge, P., Roy, J.F., Saz, P., De la Cámara, C., Quintanilla, M.A., et al. (2010). Depressive disorder and incident diabetes mellitus: the effect of characteristics of depression. *Am J Psychiatry*, 167, 580-8.
- Chen, P., Ganguli, M., Mulsant, B.H. y DeKosky, S.T. (1999). The temporal relationship between depressive symptoms and dementia: a community-based prospective study. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 261-266.
- Chen, R., Hu, Z., Wei, L., Qin, X., McCracken, C. y Copeland JR. (2008). Severity of depression and risk for subsequent dementia: cohort studies in China and the UK. *Br J Psychiatry*, 193, 373-377.



Cole, M.G., Bellavance, F. y Mansour, A. (1999). Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 156, 1182-9.

Ezquiaga, E., García, A., Huerta, R. y Pico, A. (2011). Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*, 137, 612-5.

Folks, D. y Ford, C. (2002). Clinical features of depression and dysthymia. En: Copelan, J.R., Abou-Saleh, M.T. y Blazer, D. (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (pp. 407-12). London: John Wiley & Sons.

Gallo, J.J., Bogner, H.R., Morales, K.H., Post, E.P., Lin, J.Y. y Bruce, M.L. (2007). The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 146, 689-698.

Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H.H., Ratcliff, G.G. y Chang, C.C. (2006). Depressive symptoms and cognitive decline in late life: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 153-160.

García Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36, 127-30.

Geerlings, M.I., Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Jonke, C., Deeg, D.J., Schmand, B., et al. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 176, 568-575.

Gil-Gregorio, P. (2000). Bases fisiológicas del envejecimiento cerebral. *Rev Mult Gerontol*, 10, 66-91.

Helmchen, H., Linden, M. y Wernicke, T. (1996). Psychiatric morbidity in the oldest old. Results of the Berlin Aging Study. *Nervenarzt*, 67, 739-50.

Herrera Tejedor, J. (2000). La depresión en el anciano. *Aten Primaria*, 26, 339-46.

Jiménez, J.M. (2008). Depresión en el anciano ¿otra epidemia del siglo XXI?. Madrid: Natural Ediciones.

Jorm, A.F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*, 46, 219-227.

Kales, H.C. y Valenstein, M. (2002). Complexity in late-life depression: impact of confounding factors on diagnosis, treatment and outcomes. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 147- 155.

Katona, C. (2008). New antidepressants for older people: a critical review of the evidence base. *Encephale*, 34 (Suppl 2), S71-6.

Li, G., Wang, L.Y., Shofer, J.B., Thompson, M.L., Peskind, E.R., McCormick, W., et al. (2011). Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 970-977.

Linden, M., Bär, T. y Helmchen, H. (2004). Prevalence and appropriateness of psychotropic drug use in old age: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Int Psychogeriatr*, 16, 461-80.

Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S.G. y Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of the key findings. *J Clin Pract*, 61, 2030-40.

Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García-Palleiro, P., Esperanza, A., Guillem, J., et al. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35, 7-14.

Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L.F., Caballero-Martínez, L., Cervilla, J., Menchón-Magriñá, J.M., Montejo-González, A.L., et al. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. *Psicogeriatría*, 3(2), 55-65.

Martínez, J.A., Martínez, V.A., Esquivel, C.G. y Velasco, V.M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(1), 21-8.

Mathers, C.D. y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3, e442.

Nelson, J.C., Delucchi, K. y Schneider, L.S. (2008). Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16, 558-567.

Olivera, J., Benabarre, S., Lorente, T., Rodríguez, M., Pelegrín, C., Calvo, J.M., et al. (2008). Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary finding. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 915-21.

Ownby, R.L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V. y Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 530-538.

Palsson, S., Aevarsson, O. y Skoog, I. (1999). Depression, cerebral atrophy, cognitive performance and incidence of dementia. Population study of 85-year-olds. *Br J Psychiatry*, 174, 249-253.

- Panza, F., D'Introno, A., Colacicco, A.M., Capurso, C., Del Parigi, A. y Caselli, R.J., et al. (2008). Depressive symptoms, vascular risk factors and mild cognitive impairment. The Italian longitudinal study on aging. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 25, 336-346.
- Paykel, E.S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. y Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*, 25, 1171-1180.
- Pérez, S. (2011). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia Salud Colectiva*, 17, 2011-2016.
- Pfeil, M., Gray, R. y Lindsay, B. (2009). Depression and stroke: a common but often unrecognized combination. *Br J Nurs*, 18, 365-9.
- Raskin, J., Wiltse, C.G., Dinkel, J.J., Walker, D.J., Desai, D. y Katona, C. (2008). Safety and tolerability of duloxetine at 60 mg once daily in elderly patients with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 28, 32-38.
- Reynolds, C.F. 3rd, Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Perel, J.M., Mazumdar, S., et al. (1996). Treatment outcome in recurrent major depression: a post hoc comparison of elderly ('young old') and midlife patients. *Am J Psychiatry*, 153, 1288-1292.
- Sable, J.A., Dunn, L.B. y Zisook, S. (2002). How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57, 18-35.
- Saczynski, J.S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P.A. y Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*, 75, 35-41.
- Salamero, M. y Marcos, T. (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 86, 283-286.
- Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F. y Rojas-Farreras S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354-360.
- Serby, M. y Yu Mi, M. (2003). Overview: depression in the elderly. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 38-44.
- Sheik, J.L. y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scales: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Geront*, 5, 165-173.
- Stage, K.B., Bech, P., Kragh-Sørensen, P., Nair, N.P.V. y Katona, C. (2001). Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *Journal of affective disorders*, 64, 239-248.
- Steffens, D.C. (2008). Separating mood disturbance from mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int Rev Psychiatry*, 20, 374-381.
- Strober, L.B. y Arnett, P.A. (2009). Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and stroke. *Clin Neuropsychol*, 23, 205-230.
- Tekin, S. y Cummings, J.L. (2002). Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical neuropsychiatry: an update. *J Psychosom Res*, 53, 647-654.
- Veith, R.C. y Raskind, M.A. (1988). The neurobiology of aging: does it predispose to depression?. *Neurobiol Aging*, 9, 101-17.
- Veith, R.C. y Raskind, M.A. (1988). The neurobiology of aging: does it predispose to depression?. *Neurobiol Aging*, 9, 101-17.



## CAPÍTULO 91

### Suicidio en ancianos

Verónica Milagros Ramos Parra, Ana Isabel Lozano Zorrilla,  
y Paula del Carmen Espinoza Serrano  
*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

A lo largo de la historia hemos encontrado diversas definiciones del suicidio:

El sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), en su obra *El suicidio* (1897), comienza su estudio con una definición de este: *“Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado”*. (Durkheim, 1965: 14).

Edwin Shneidman (1918-2009), sociólogo y tanatólogo estadounidense, lo definió como: *“El acto consciente de autoniquiliación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”*. (Kaplan y Sadock, 1999: 983).

Erwin Stengel (1902-1973), psiquiatra británico, en 1961 diferenció entre intento y tentativa de suicidio.

La diversidad de definiciones llevó a la OMS en 1976 a unificar los términos y concluyó en las siguientes definiciones (Brahe, 1998: 3): *“El suicidio es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”*.

*“El parasuicidio es un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”*.

Actualmente el suicidio se ha convertido en problema de salud pública, cada año, más de 800.000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. Un 75% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014; Sarabia, 2014).

En España en el año 2013 se quitaron la vida 3.870 personas, siendo la cifra más alta de los últimos 25 años (Sanmartín, 2015).

Los suicidios tienen lugar en todo el mundo y casi a cualquier edad. Las tasas de suicidio más elevadas se registran en personas de 70 años o más (Soler y Gascón, 1999), por lo que podemos afirmar que los ancianos presentan mayor riesgo de cometer suicidio.

Sabemos que la tendencia es hacia un envejecimiento poblacional, por lo que habrá cada vez mayor número de suicidios si no intentamos frenarlos.

Es importante conocer la distintiva de la conducta suicida en el anciano (Pérez, 2004; Sánchez, 2013; Vidal, 1999):

1. Realizan menos intentos de suicidio que los jóvenes.
2. Utilizan métodos letales. (Ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados).
3. Muestran menos señales de aviso y estas son más difíciles de detectar.
4. Los actos suicidas son premeditados y reflexivos.
5. Pueden asumir la forma de suicidio pasivo (dejarse morir: No ingerir alimentos).

#### OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar los factores de riesgo de suicidio.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores de riesgo de suicidio en ancianos, así como los factores precipitantes y protectores del suicidio.
- Analizar las distintas escalas de valoración para su detección.

### **Método**

Se realiza una búsqueda sistemática en distintas bases de datos de ciencias de la salud y ciencias sociales como son: Cuiden, Pubmed-Medline, Hemeroteca Cantarida, Dialnet y Google Académico. Los descriptores utilizados fueron: “suicidio” (suicide), “anciano” (aged), “factores de riesgo” (risk factor) y escala (scale).

Tras la combinación de las diferentes palabras clave con el operador booleano “Y”, los registros obtenidos oscilaron entre 46 y 11, siendo excluidos aquellos artículos que no se encontraban directamente relacionados con el objetivo del trabajo.

### **Resultados**

Distintos autores (Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005; García de Jalón y Peralta, 2002; Lejoyeux, Léon y Rouillon, 1994; Pérez 2004; Sánchez, 2013; Vidal, 1999) coinciden clasificando los factores de riesgo de suicidio de los ancianos en: Factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos, factores familiares, y factores socio-ambientales. Además de hacer distinción entre factores precipitantes y protectores.

Los factores médicos engloban una serie de problemas de salud, como son las enfermedades crónicas que cursan con dolor, el deterioro de la movilidad, la deformación, la discapacidad y enfermedades de mal pronóstico (cáncer, sida, etc.). La interrupción de las relaciones personales producida por la pérdida de salud, se relacionan con mayor riesgo de suicidio (García de Jalón et al, 2002; Hawton y Van Heeringen, 2009; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee, 2008). En el 25% de los suicidios encontramos que las personas padecen algún tipo de enfermedad, y al indagar en el suicidio de las personas mayores encontramos enfermedad en el 80% de los casos. En pocas ocasiones el único factor del suicidio es la enfermedad física, sino que suele asociarse a algún tipo de problema de salud mental. (Diekstra, 1993).

La hospitalización periódica del anciano y las intervenciones quirúrgicas frecuentes, principalmente del aparato genitourinario o gastrointestinal (Pérez, 2004; Sánchez, 2013), son otros de los factores médicos, así como los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar enfermedades típicas del anciano digitálicos, propanolol, indometacina, metildopa... (Pérez, 2004) y las enfermedades prodepresivas como la arteriosclerosis, las demencias, Parkinson... (Pérez, 2004; Sánchez, 2013).

Los factores psiquiátricos están encabezados por la depresión, siendo el principal factor de riesgo. En el anciano se presenta de forma atípica por lo que no siempre es fácil de identificar, estando infradiagnosticada en este grupo de pacientes. Los casos de suicidios e intentos de estos en los que se relaciona algún tipo de depresión, son del 65-90% según los estudios de la OMS. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Otro trastorno mental a considerar es el trastorno bipolar. Es un factor de riesgo muy importante a tener en cuenta ya que un 25-50% de los afectados por este trastorno, en algún momento de su vida presenta una tentativa de suicidio (Beautrais et al, 2005; López, González-Pinto, Mosquera, Aldama y González, 2007). Al asociarse a otras patologías y al inicio del trastorno es cuando hay mayor riesgo de suicidio. (Beautrais et al, 2005; Hawton et al, 2009; López et al, 2007), siendo este riesgo 15 veces más elevado que en el resto de población. (Beautrais et al, 2005).

El abuso de drogas o alcohol también pertenece a este grupo, aunque el alcohol lo encontramos en la clasificación de los factores psiquiátricos y los factores precipitantes. Se estima que un 15% de los

alcohólicos se suicidan (Kaplan et al, 1999) y el abuso de alcohol está presente en el 25-50% de todos los suicidios (O'Connell, Chin, Cunningham y Lawton, 2004).

Y para finalizar en este grupo, encontramos: Los trastornos crónicos del sueño (Sánchez, 2013), la confusión mental (Sánchez, 2013) y los trastornos de personalidad. Dentro de estos últimos los que encontramos con más frecuencia relacionados con el suicidio e intento de suicidio son el trastorno límite de personalidad que presenta un riesgo por encima de la población general del 4-8% y el trastorno de personalidad antisocial (Beautrais et al, 2005; Sánchez, 2013).

En factores psicológicos el más importante que se da en pacientes con el riesgo de suicidio es la desesperanza (Beautrais et al, 2005; Hawton et al, 2009; O'Connell et al, 2004). Según la escala de Beck el 91% de los pacientes con conducta suicida la manifiestan (Krug et al, 2002). En este grupo están presentes como factores de riesgo los sentimientos de soledad e inutilidad (Pérez, 2004; Sánchez, 2013), la inactividad (Pérez, 2004; Sánchez, 2013), el aburrimiento (Pérez, 2004; Sánchez, 2013), la tendencia a revivir el pasado (Pérez, 2004; Sánchez, 2013), y la carencia de relaciones sociales satisfactorias. (Pérez, 2004; Sánchez, 2013).

En los factores familiares, encontramos como factor de riesgo la pérdida de seres queridos (por muertes naturales o suicidio), el primer año de viudez y la ausencia de contacto especialmente con los hijos. Las situaciones personal de célibe, separado, viudo o ausencia de hijos, también son determinantes, así como la pérdida de autonomía que les lleva a trasladarse a casa de los hijos haciendo que se consideren una carga para la familia, perdiendo su intimidad, y en ocasiones sintiéndose un abuelo pín-pon, por las rotaciones de las distintas casas familiares. Otros factores influyentes en este grupo son el ingreso en contra de su voluntad en instituciones y la mala situación económica (Pérez, 2004; Sánchez, 2013).

En los factores socio-ambientales encontramos la jubilación, el cambio de posición socioeconómica que conlleva esta, la pérdida de roles sociales, el aislamiento social, los prejuicios contra la ancianidad y la competencia con las generaciones más jóvenes (Pérez, 2004; Sánchez, 2013).

Los factores precipitantes son aquellos que pueden contribuir a que la persona cometa el acto de suicidio. Los dos factores más significativos de riesgo suicida en el anciano son los trastornos depresivos y los antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio (Sánchez, 2013).

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes (Hawton et al, 2009; Nock et al, 2008) o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio (Hawton et al, 2009), pueden servir como factores facilitadores del suicidio.

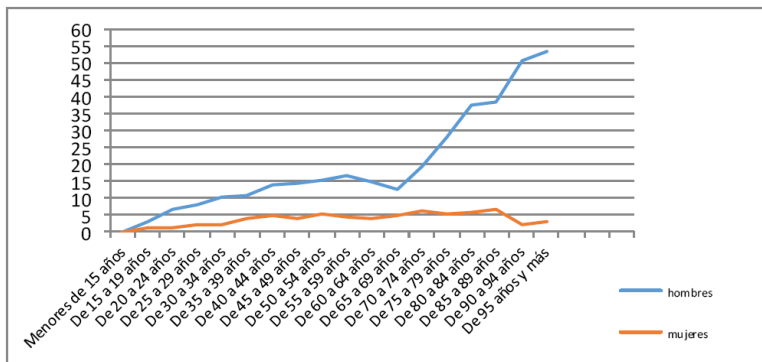
Frente a los factores de riesgo tenemos los protectores, que son aquellos que ayudan a disminuir la probabilidad de una conducta suicida. (Nock et al, 2008). Se pueden dividir en dos grupos:

Los personales: Saber ser resolutivo con los conflictos o problemas presentados, tener seguridad en sí mismo, tener hijos, ser bueno en las relaciones sociales y presentar flexibilidad cognitiva (Beautrais et al, 2005; Tuesca-Molina, Fierro Herrera, Molineros Sosa, Oviedo Martínez, Polo Arjona, Polo Cueto y Sierra Manrique, 2003).

Los sociales o medioambientales: Tener apoyo familiar y social, poseer creencias, prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos, estar integrado en la sociedad, seguimiento integral en presencia de enfermedades crónicas y de salud mental y acceso a unidades de deshabituación alcohólica (Beautrais et al, 2005; Nock et al, 2008; Sakinofsky, (2007).

Finalizada la revisión de los factores comprobamos que varios estudios han demostrado que las mujeres realizan mayor número de intentos de suicidio, pero los hombres son los que lo consuman, presentando mayores tasas de suicidio. (Hawton, 2000; Hoyert, Arias, Smith, Murphy y Kochanek, 1999; Lejoyeux et al, 1994; Lester, 1969; Qin, Mortensen, Agerbo, Westergard-Nielsen y Eriksson 2000; Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, Kerkhof, Bjerke, Crepef y Sampaio-Faria 1996;). Las tasa de suicidio aumentan considerablemente a partir de los 70 años en los varones, tal y como vemos en la gráfica.

Gráfica 1. Suicidios por 100.000 habitantes por grupo de edad, en el año 2012



Datos extraídos de I.N.E. (Gráfica de elaboración propia.)

Desde la consulta de enfermería en atención primaria se puede realizar una gran labor en la detección de factores precipitantes o facilitadores de la conducta suicida en los ancianos, realizando la captación de estos para su valoración.

En general, la enfermera comunitaria, suele tratarlos con asiduidad, ya sea en sus revisiones de consulta de crónicos (hipertensión, diabetes...), o en visita domiciliaria, por lo que suele conocer el estado basal de los pacientes y es la primera persona del equipo de salud, que puede detectar la presencia de cambios conductuales en ellos, comenzando una valoración integral y poniendo en marcha las actuaciones pertinentes del equipo multidisciplinar.

Hemos observado que los principales factores precipitantes del suicidio en este grupo etario son la depresión y la desesperanza, los cuales tienen complejo tratamiento y diagnóstico, ya que por su edad y sus patologías asociadas son más difíciles de detectar.

Enfermería debe comenzar una valoración integral del anciano ante la mínima sospecha que pueda inducir a pensar en la posibilidad del suicidio. La valoración cuenta además, como recurso adicional, de determinadas escalas muy significativas para detectar el riesgo suicida, ya que valores patológicos en éstas, equivale a un incremento real del riesgo de suicidio. Dichas escalas miden: La depresión, la gravedad de esta, la desesperanza, la percepción del anciano de su apoyo familiar, y la salud mental del anciano, todos ellos factores precipitantes del suicidio.

Entre todas ellas hemos destacado las siguientes:

Escala de Depresión Geriátrica –Test de Yesavage. La población a la que está dirigida es a los mayores de 65 años. Es un cuestionario heteroadministrado, para detectar la depresión en personas mayores de 65 años. Las respuestas son dicotómicas: Si/no.

Hay dos versiones:

- Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, y 14, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

Normal: 0 – 4.

Depresión: 5 o más.

- Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión. (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado y Luque, 2002).

La utilización de esta escala sólo nos informa de la presencia de depresión, no de su grado. Por sí misma no es un identificador de conducta suicida, solo sirve para detectar uno de los factores precipitantes, y debería de complementarse con la escala de Hamilton.

Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).

La escala de valoración de Hamilton se utiliza una vez diagnosticado el paciente de depresión, informándonos de la gravedad de los síntomas. Es un cuestionario heteroaplicado que se apoya en la información conseguida en la entrevista clínica y la aportada por la familia o cuidadores.

El cuestionario reducido consta de 17 ítems, en el cual la puntuación tiene un mínimo de 0 (0-7 paciente no deprimido) y un máximo de 52 (>23 paciente con depresión muy severa). (Lobo, Camorro, Luque, Dal-Re, Badia y Baró, 2002).

Esta escala, junto con el Test de Yesavage, son importantes a la hora de detectar factores precipitantes, aunque la presencia de estos por sí mismos, no determinan que haya riesgo de conducta suicida, aún necesitamos encontrar más factores, ya que suele ser la combinación de varios de ellos los que van a llevar a la persona a precipitarse a la realización del acto suicida.

Escala de Desesperanza de Beck.

La población a la que está dirigido es aquella con trastorno psicótico de inicio. Identifica personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Es una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto. (Aguilar, Hidalgo, Cano, López, Campillo y Hernández, 1995).

La desesperanza es el principal factor de riesgo psicológico dentro de los factores de riesgo de suicidio en ancianos, siendo muy importante la utilización de este cuestionario en las personas mayores a las que además de se le ha detectado depresión (principal factor de riesgo psiquiátrico).

Percepción de la Función Familiar - Cuestionario APGAR Familiar.

El cuestionario puede ser autoadministrado o heteroadministrado y consta de 5 ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Disfuncional leve: 0 – 2.
- Disfuncional grave: 3 – 6.
- Normofuncional: 7 - 10 puntos.

(Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo y Lardelli Claret, 1996).

El tener una red familiar donde apoyarse es fundamental para el anciano, ya que es uno de los factores protectores frente al suicidio, por lo que una puntuación de 7-10, sería una buena base para afrontar mejor las distintas etapas por las que pasa el anciano (enfermedad, pérdida de autonomía, pérdida de seres queridos...).

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

Es un cuestionario que informa del grado del estado cognoscitivo del anciano, ayudando en la detección de delirium o demencia. Valora la orientación, la atención y memoria, los sentimientos, los patrones de pensamiento y las habilidades cognoscitivas específicas del paciente.

Los resultados:

- Normal: 27 puntos o más. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- Sospecha patológica: 24 puntos o menos.
- Deterioro: 24 a 12 puntos.
- Demencia: 12 a 9 puntos.
- Fase terminal: Menos de 5 puntos. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

(Blesa, Pujol, Águila, Bertrán-Serra y Hernández, 2004).



Las puntuaciones patológicas nos orientaran hacia la detección de factores de riesgo precipitantes psiquiátricos.

### Discusión

La importancia de la depresión como factor precipitante en el suicidio, en la ancianidad, hace que su detección y su tratamiento sean de vital importancia (Beautrais et al, 2005; Pérez, 2004; Sánchez, 2013), para ello usaremos las distintas escalas de valoración de las que disponemos, siendo muy útil la escala de depresión geriátrica, la de Hamilton y la de Beck.

Es muy importante realizar una escucha activa ya que los pacientes suelen usar expresiones en las que manifiestan su deseo de morir, manifiestan no sentirse satisfechos con sus hábitos de vida, están convencidos de que nadie los quiere, presentan frecuentes demandas de atención medica... Nunca debemos de menospreciar estos avisos, es una creencia errónea asumir que aquellos que hablan de suicidio no lo cometen.

Pese a que la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes no se tienen porque presentar siempre, los trastornos mentales como la esquizofrenia, la personalidad límite, y otros más, también pueden ser los desencadenantes. Es útil la realización del mini examen del estado mental, para su detección.

La familia y las redes sociales (Tuesca-Molina et al, 2003) han demostrado ser de gran ayuda en la mejora de la calidad de vida del anciano, mejorando la depresión, al sentirse parte de la sociedad y más integrados.

Los factores de riesgo suicida que hemos mencionado pueden ser naturales de la vejez, es el hecho de sumarse varios de ellos lo que incrementa el riesgo de suicidio (Pérez, 2004).

La asistencia multidisciplinar desde atención primaria apoyada por los equipos de salud mental, ofrece una excelente intervención preventiva para estos casos ya que suele ser al primer lugar que recurren.

Debemos aprovechar cualquier intervención enfermera para indagar en la salud mental de nuestros ancianos, sólo es preciso tomar un poco de tiempo para escuchar al anciano, pues éste siempre puede comentar algo o mostrar algún signo externo que nos pueden alertar del problema.

### Referencias

- Aguilar, E., Hidalgo, M., Cano, R., López, J., Campillo, M. y Hernández, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121-125.
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D. y Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D.D. y Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria*, 18(6), 289-296.
- Blesa, R., Pujol, M., Águila, M.P., Bertran-Serra, I. y Hernández, G. (2004). *Clinical validity of the "Mini-Mental State" for Spanish-speaking communities*. Barcelona: Masson.
- Brahe, B.U. (1998). *Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990*. [Diciembre 3, 2014], de Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; Sitio web: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebillebrahe1998.pdf>.
- Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S371), 9-20.
- Durkheim, E. (1965). *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire.
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra*, 25(3), 87-96.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485.
- Hawton, K. y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-81.

- Hoyert, D. L., Arias, E., Smith, B.L., Murphy, S.L. y Kochanek, K.D. (1999). Deaths: final data for 1999. *National vital statistics report. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 49(8)*.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1999). Urgencias en psiquiatría. Suicidio. *En Sínosis en Psiquiatría* (pp. 893-992). Madrid: Panamericana.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. [Diciembre 1, 2014], de Geneva: WHO Sitio web: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf)
- Lejoyeux, M., Léon, E. y Rouillon, F. (1994). Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *L'Encéphale, 20(5)*, 495.
- Lester, D. (1969). Suicidal behavior in men and women. *Mental Hygiene, 53(3)*, 340-345.
- Lobo, A., Camorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badía, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica, 118(13)*, 493-9.
- López, P., González-Pinto, A., Mosquera, F., Aldama, A. y González, C. (2007). *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad, Informe N°: Osteba D-07-02.
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam, 12(10)*, 620-630.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews, 30(1)*, 133-154.
- O'Connell, H., Chin, A.V., Cunningham, C. y Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: suicide in older people. *BMJ: British Medical Journal, 329(7471)*, 895-899.
- OMS. (2014). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio*. [Diciembre 3, 2014], de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- Pérez, S.A. (2004). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Geriatría.com, 6(1)*, 1-8.
- Qin, P., Mortensen, P.B., Agerbo, E., Westergard-Nielsen, N.I.E. L.S. y Eriksson, T.O.R. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry, 177(6)*, 546-550.
- Sakinoofsky, I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 52(6 Suppl 1)*, 71S-84S.
- Sánchez, E. (2013). *El suicidio en ancianos. Prevención e intervención psicológica*. [Diciembre 2, 2014], de Conferencia en CASC: 10/09/13, con la celebración de las V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio Sitio web: [http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer\\_y\\_Dependencia/El\\_suicidio\\_en\\_ancianos](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/El_suicidio_en_ancianos).
- Sanmartín, O.R. (2015). La cifra de suicidios crece en España por tercer año consecutivo. [Febrero 28, 2015], de *El Mundo*. Sitio web: <http://www.elmundo.es/espana/2015/02/27/54f0cff4e2704ef9158b4573.html>
- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 77(4)*, 199.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A.F.J.M., Bjerke, T., Crepef, P. y Sampaio- Faria, J.G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 93(5)*, 327-338.
- Soler, P. A. y Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales, 4*.
- Tuesca-Molina, R., Fierro Herrera, N., Molinares Sosa, A., Oviedo Martínez, F., Polo Arjona, Y., Polo Cueto, J. y Sierra Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Publica, 77(5)*, 595-604.
- Vidal, D. A. (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 8(2)*, 103-112.



## CAPÍTULO 92

### **Trastornos cognoscitivos asociados a la edad. Pseudodemencia depresiva en paciente anciano**

Silvia Sánchez Radío

*Universidad de Vigo-Servicio Galego de Saúde (España)*

Con una población de casi 47 millones de habitantes y un porcentaje de personas de edad superior a los 65 años cercano al 18%, España es uno de los países más envejecidos del mundo, en donde las personas por encima de los 85 años alcanzan el millón doscientas mil y el número de centenarios casi trece mil (INE, 2014). Unido a este progresivo envejecimiento de la población, algunas enfermedades están adquiriendo cada vez mayor interés en el ámbito clínico de la neurología, la psiquiatría y la neuropsicología. Entre estas enfermedades se encuentran la demencia y la depresión.

Los trastornos cognoscitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud. En palabras de Casanova Sotolongo, (2003: 5) *“Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa”*.

Las quejas sobre la función cognitiva de los pacientes son un motivo creciente de demanda de atención neurológica (Baquero, 2003). Estaremos en disposición de poder diagnosticar un déficit cognitivo de un trastorno de entidad mayor tanto neuropsicológico como psiquiátrico tras la integración de los datos obtenidos en la entrevista clínica con una anamnesis profunda y realización de los test psicométricos “ad hoc” (Pérez, 2005). Ante sospecha de solapamiento entre entidades clínicas neuropsicológicas y psiquiátricas, muchas veces limítrofes, ha de primar una correcta valoración del estado mental de la persona que incluirá la evaluación de las capacidades cognitivas y de funciones ejecutivas, así como es imprescindible la valoración del estado anímico.

El envejecimiento normal se caracteriza por un incremento en la variabilidad interindividual de las funciones cognitivas y se sabe que la educación, el nivel de actividad y los factores genéticos, entre otros, son variables que influyen sobre las distintas capacidades a lo largo de la vida y determinan su estado en la vejez (Vera-Cuesta, 2006). En la mayoría de individuos de edad avanzada se presentan cambios cognoscitivos que alteran los procesos de atención, memoria, lenguaje, percepción y funciones ejecutivas (Baquero et al, 2004; Bentosela, 2005).

Tanto estudios de tipo longitudinal como transversal confirman que con la edad se presentan cambios cognoscitivos significativos, tanto en tareas de atención dividida, velocidad de procesamiento de información, memoria episódica, tareas visoespaciales y capacidad de abstracción, cambios que se aprecian a partir del séptimo decenio de vida (Arango, Fernández y Ardila, 2001; Fernández y Guinea, 2002).

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan porcentualmente al 50% de las personas mayores de 65 años, mientras la demencia tienen una prevalencia del 5 al 10% en este grupo poblacional. La memoria es una condición imprescindible para el desarrollo de una vida independiente, teniendo en cuenta que para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es impositivo que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes. Así la presencia de afasias o déficits visuales y/o auditivos interferirán en el funcionamiento mnésico (Pérez, 2005).

También se ha mencionado como factores de riesgo asociado a la pérdida de capacidades cognitivas el estrés, el tabaco, la hipertensión arterial, la ingesta de alcohol, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades endocrinas, y bajo nivel educacional (Casanova, 2004). Algunos autores afirman que

existe cierto grado de déficits fisiológicos generalizados en esta etapa vital ,que determinarían un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, lo que incidiría en la capacidad para codificar, almacenar y evocar informaciones nuevas. Los estudios que avalan estos déficits se refieren al anciano “normal”, son psicométricos y no tienen en cuenta datos anatomopatológicos (Lezak, 1999).

Es importante destacar la alta prevalencia de enfermedades psíquicas o que claramente cumplen criterios taxonómicos de psicopatología en ancianos, explicable por el deterioro orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico. La depresión, el trastorno psíquico más común, se puede definir como un estado de ánimo triste, acompañado de decaimiento físico, apatía, con notable anhedonia y pérdida de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas (González-Ceinos, 2001).

Los cuadros depresivos también presentan pues un compromiso de algunas funciones cognitivas, por tanto el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal, la depresión y los cambios cognitivos asociados a los procesos demenciales representan un problema central en la neuropsicología.

### **Objetivo**

Sin duda el envejecimiento poblacional y con ello el gran número de pacientes que padecen patologías neurológicas y/o psiquiátricas explica la necesidad de ser cautos en la consideración y/o atribución de deterioro cognitivo como antesala de demencia en pacientes que cumplan criterio DSM-V para el diagnóstico de depresión, la clave será pues la diferenciación entre entidades diagnósticas. Para la aproximación al estado de la cuestión parece necesario clarificar y diferenciar conceptualmente conceptos clave tales como el Deterioro Cognitivo leve (DCL), Deterioro de la memoria asociada a la edad (DEMAE), Deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE), y Pseudodemencia depresiva, pues no es infrecuente encontrar en la práctica clínica diaria pacientes que impresionan como diagnóstico de demencia cuando en realidad presentan un trastorno afectivo, una depresión.

Establecer claras diferencias para el despistaje de entidades clínicas como son la demencia y la pseudodemencia depresiva será pues el objetivo clave de esta revisión.

### **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, PsycInfo, LILACS. Los descriptores utilizados fueron: “Deterioro cognoscitivo”, “depresión”, “demencia”, “pseudodemencia” (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 manuales de Neuropsicología, Psiquiatría y Neurología que nos aproximasen a revisiones históricas de la cuestión, así como artículos científicos, limitando esta búsqueda a los artículos en español y en inglés. Por otro lado se introdujo un filtro para la fecha de las publicaciones: Desde 2000 hasta 2014, seleccionándose 29 artículos entre la búsqueda con el criterio de ajuste por relevancia a la temática de estudio.

### **Resultados/Estado de la cuestión**

El deterioro cognitivo leve (DCL) de acuerdo a los criterios de Petersen et al. (1997: 1) consiste en *“una pérdida subjetiva de memoria referida por el paciente o por un informador fiable, pero inferior en 1,5 desviaciones estándar de la media para su edad, con una cognición normal, normalidad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y posible afectación en las instrumentales (AIVD), pero en ausencia de criterios diagnósticos de demencia, en donde el deterioro es adquirido y prolongado en varias funciones intelectuales, que además interferirán en las actividades de autocuidado y sociofamiliares del paciente”*.

Existen un gran número de procesos patológicos que pueden determinar alteraciones cognitivas pero sin llegar a demencia. La CIE-10 se hace eco de esta problemática e incluye la entidad "Trastorno cognoscitivo leve" [F06.7] aunque advirtiendo que los límites de esta categoría están sin establecer definitivamente.

De forma reiterada en la bibliografía médica se ha postulado que es importante la detección precoz de los trastornos mnésicos como signos frecuentes y de preaviso de los síndromes demenciales (Ardila, 2003). La pérdida de memoria especialmente en relación con los acontecimientos recientes, se plasma en el retraso en la velocidad de memorización e incapacidad para nuevos aprendizajes y para la evocación de información (Casanova, 2004).

Salthouse (1996) sugiere que el mecanismo fundamental para explicar la varianza relacionada con la edad es el descenso generalizado en la velocidad de procesamiento. Craick (1982) afirma que los déficits aparejados a la edad están determinados por la memoria operativa, sobre todo cuando no existe un apoyo ambiental unido a la tarea. Mientras Hasher (2008) hipotetiza que con la edad tenemos más problemas para concentrarnos sobre la información pertinente e inhibir la atención hacia aspectos irrelevantes. Lindenberger (2009) presenta evidencias acerca de que casi toda la varianza relacionada con la edad está mediada por el funcionamiento sensorial.

El deterioro cognoscitivo como síntoma que antecede a una demencia es en cualquier caso discutible. En la actualidad se emplean múltiples baterías de pruebas psicológicas y psicofisiológicas en el diagnóstico de los pacientes. Se ha señalado que los mejores predictores del inicio de la demencia son las pruebas de memoria y de fluidez verbal. Una de las evaluaciones psicológicas más utilizada es el mini-examen del estado mental de Folstein (1982).

El DCL es todavía un síndrome clínico heterogéneo para el que no se han establecido aún criterios en el DSM (Dierckx, Engelborghs, De Raedt, De Deyn y Ponjaert Kristoffersen, 2007).

Hemos de apuntar a otros constructos asimilables al llamado deterioro cognitivo leve (DCL) y que conceptualmente puede equipararse, tal y como son el deterioro de la memoria asociado a la edad (DEMAE) y el deterioro cognoscitivo asociado a la edad (DECAE).

Deterioro de la memoria asociado a la edad (DEMAE). Aproximación conceptual

El grupo de trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental - National Institute of Mental Health (NIMH), de Crook et al. (1986), fue el primero que propuso el constructo DEMAE (deterioro de la memoria asociado a la edad) o AAMI (Age-Associated Memor Impairment), que es independiente de un deterioro cognitivo global. El DEMAE es considerado conceptualmente como un estado clínico caracterizado por una declinación de la función mnésica vinculada con el envejecimiento en personas de más de cincuenta años de edad, con sensación subjetiva de pérdida de memoria en una intensidad de por lo menos 1 desviación estándar por debajo del promedio para adultos jóvenes en los patrones de mediciones de función de memoria sin ser dementes y sin otra condición médica o psiquiátrica que explique su causa.

Imprescindible señalar los criterios diagnósticos de exclusión propuestos por el grupo de trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NINHS) que se constituyen como requisitos para conformar el concepto de deterioro de la memoria asociado con la edad:

- Diagnóstico psiquiátrico actual según los criterios de depresión, manía o algún desorden psiquiátrico mayor de la DSM-V
- Evidencia de depresión determinada por la escala de puntuación de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale) con cifras de 13 o más.

El DEMAE como constructo fue muy criticado por diferentes motivos y autores. Existió controversia sobre si este constructo tenía entidad propia (Poitrenaud, Malbezin y Guez, 1989).

Deterioro cognoscitivo asociado a la edad (DECAE). Aproximación conceptual

En esta misma línea de establecer una entidad en relación con los cambios puramente fisiológicos relacionados con la edad, el DSM-V recoge en su capítulo de "Otros problemas que pueden ser objeto de

atención médica" y bajo el epígrafe R41.8, el concepto de "Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad [780.9]" (DECAE), definido por:

*"Deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental o a una enfermedad neurológica".*

Algunos autores, como Pasquier (2000) consideran que los criterios DECAE permiten identificar mejor que los DEMA E a los ancianos con quejas de memoria y con más riesgo de evolucionar a demencia.

El constructo pues del DECAE es mucho más amplio que el DEMA E, pues si el primero sólo hace referencia a la capacidad de memoria el segundo engloba además del mnésico funciones de ejecución.

Dentro de los trastornos psicopatológicos en el anciano, destacan por su frecuencia uno de los principales trastornos afectivos, tal y como es la depresión. Esta puede manifestarse en la persona mayor como un síntoma, una enfermedad o un síndrome.

Un factor de riesgo que debe siempre considerarse como clave para discernir el diagnóstico real entre las entidades los constructos mencionados es la diferenciación de deterioro cognoscitivo (asimilable al llamado DECAE) con patología de carácter afectivo, tal y como es la depresión, pues existe una estrecha asociación de esta entidad con la pérdida de memoria, tanto de carácter subjetivo como evidenciado en test-baterías neuropsicológicas. Se ha señalado, que en el trastorno de memoria y de funciones ejecutivas hay una fuerte asociación con ansiedad y depresión por encima de un deterioro funcional en las pruebas de memoria objetivas. Las quejas de pérdida de memoria y otras capacidades correlacionan con trastornos de la esfera afectiva y la personalidad.

Por todo lo explicitado no es infrecuente encontrar en la práctica clínica diaria pacientes que impresionan como diagnóstico de demencia cuando en realidad presentan un trastorno afectivo, una depresión. Es llegado a este punto que hemos de abordar una controvertida entidad, tal y como es la Pseudodemencia depresiva.

Pseudodemencia depresiva: Aproximación conceptual.

Desde que en 1880 Wernicke empleara por primera vez el término de Pseudodemencia depresiva al referirse a cuadros histéricos crónicos que aparentan deterioro mental se han empleado diversos términos para denominar las diferentes alteraciones cognoscitivas que surgen en los trastornos psiquiátricos "melancolía atónica", "demencia melancólica". El uso del término comienza a generalizarse en 1961, siendo Kilho quien lo utiliza para designar cuadros de alteración cognitiva asociados a trastornos psiquiátricos, principalmente depresión y trastornos de conversión (Kilho,1961).

El término Pseudodemencia depresiva se reserva pues para los cuadros clínicos que mimetizan una demencia de carácter reversible, que se presenta en el curso de un trastorno psiquiátrico primario o funcional, donde el prefijo "pseud" implica una alteración cognitiva no real. Aun así se persiste en su empleo para diferenciar un conjunto de rasgos clínicos donde predomina un deterioro cognitivo parcial o total, secundario a síntomas de depresión. En su mayoría son cuadros clínicos reversibles con tratamiento farmacológico; sin embargo una proporción de ancianos con síntomas de depresión y con deterioro cognoscitivo pueden evolucionar a estados demenciales irreversibles (Addonizio et al 1993).

Se pueden establecer desde la literatura médica diferentes patrones asociados al etiquetaje de pseudodemencia (Berríos et al 1983).

- Patrón subcortical: Con déficits cognitivos asociados a patología psiquiátrica, especialmente de carácter depresivo.

- Problemas cognitivos y del estado de ánimo secundarios a estados confusionales subagudos, que desaparecen al resolverse los estados orgánicos de base.

- Cuadros clínicos caracterizados por alteraciones conductuales y déficit cognitivo similar a estados demenciales, sin etiología orgánica específica y, por el contrario con sospechas de problemas adaptativos, rasgos de personalidad histriónica y/o simulaciones.

Esta entidad, a caballo entre la Psiquiatría y la Neurología no se encuentra nosológicamente en aproximaciones axiológicas de carácter diagnóstico tales como CIE-10 o DSM-V.

La dificultad diagnóstica se acentúa con la presencia de síntomas afectivos en las verdaderas demencias, y de síntomas cognitivos que se presentan en los estados depresivos, al mismo tiempo es frecuente la aparición de depresión y demencia como cuadros clínicos concomitantes.

La pseudodemencia depresiva se presenta comúnmente al final de la vida, en la tercera edad, con la aparición de importantes alteraciones cognitivas que tienen la suficiente entidad para inducir a confusión con una demencia.

La pseudodemencia depresiva puede ser diferenciada de auténticos trastornos mentales degenerativos por el desarrollo del historial del trastorno actual y por la variedad de rasgos clínicos.

Diferencias significativas entre pseudodemencia depresiva y depresión.

Hay diferencias significativas que se determinan como claves para la determinación de entidad clínica que corresponda. Así Gick (1998), señala:

- El deterioro de memoria asociado a la edad - como síntoma de debut de una posible demencia- se caracteriza por alteraciones de la memoria declarativa y episódica, leves problemas de abstracción e incluso leves problemas en el lenguaje (en acceso léxico y con leve disminución de la fluidez). Lo importante es que estas alteraciones no llegan a interferir en las actividades de la vida diaria del sujeto como ocurre en la demencia.

- En la pseudodemencia depresiva la aparente incompetencia mental está presente por un período de semanas, evolucionando a partir de antecedentes de funcionamiento normal en actividades básicas de la vida diaria, así como relaciones personales normales.

Otras apuntadas por Bentosela(2005).

- En la pseudodemencia depresiva los familiares suelen informar sobre episodios de lucidez mental durante los cuales se manifiestan síntomas depresivos típicos en alternancia con períodos en los cuales el habla es incoherente.

- En pacientes con demencia las emociones están aplanadas y apáticas, mientras que los pacientes con pseudodemencia depresiva muestran períodos de angustia emocional.

- Los pacientes con depresión pueden presentar quejas sobre dificultades que derivan de su incapacidad cognitiva; esto es menos frecuente en pacientes con una auténtica demencia.

- Los pacientes deprimidos a menudo contestan con respuestas del tipo «no lo sé», mientras que los pacientes dementes tienden a dar respuestas incorrectas, irrelevantes o confabuladas.

- Tanto los antecedentes como el examen mental muestran que el rendimiento del paciente con pseudodemencia depresiva es poco uniforme pero en la demencia auténtica el paciente responde de manera uniformemente incompetente.

- Las tareas ejecutivas en la pseudodemencia depresiva son siempre pobres e inconsistentes lo que indica un rendimiento deficiente en la prueba de serie de dígitos y registro de nombres, sin embargo mejora con la repetición. No hay un olvido rápido de la información. Las respuestas a las pruebas de rendimiento cognitivo son en general como “no sé”, más que otro tipo de error.

Otras diferencias en consideración de Romero (2002).

- En la pseudodemencia depresiva por lo general no se presenta afasia, agnosia o apraxia.

- En la pseudodemencia depresiva los pacientes suelen manifestar ideas de culpa y autorreproches.

- En la pseudodemencia el lenguaje y las funciones visoespaciales generalmente son estables.

- Asociada a la pseudodemencia se suele presentar deterioro en el funcionamiento social en diferentes grados, siendo el más extremo el aislamiento total con desapego familiar, un hecho que alerta a familiares y amigos.



- En la pseudodemencia el sueño en general está preservado, siendo frecuente el despertar precoz.

### Discusión

Tras la revisión bibliográfica se aprecia una disminución de publicaciones acerca del constructo de pseudodemencia a partir del año 2006, lo que parece apoyar la hipótesis de que el ámbito de disciplinas como la Psicología, la Neuropsicología y la Psiquiatría no son ajenas al devenir de las “modas científicas”.

Una de las conclusiones tras esta revisión es que el trastorno depresivo de inicio tardío en el anciano ha de diferenciarse de una serie de trastornos emocionales y orgánicos con síntomas de carácter depresivo, que se caracterizan por deterioro cognitivo manifestado primordialmente por signos evidenciados por terceros o síntomas reportados por el propio paciente como pérdida de memoria en diferentes grados, por cambios en el comportamiento y por alteraciones en funciones neurovegetativas y mentales, que es preciso distinguir y encuadrar nosológicamente por las implicaciones terapéuticas que conlleva.

En algunos casos el diagnóstico diferencial puede resultar difícil, aún para un clínico experto, ya que es común la presentación de forma concomitante de dos o más de estos trastorno o ser uno de ellos el estado previo para el desarrollo de una depresión mayor en el anciano o como pródromo de una demencia que inicia con un con deterioro cognoscitivo grave.

Como conclusión final señalar que trastornos orgánicos y emocionales con síntomas depresivos son frecuentes en la vejez , por lo que se hace obligada su correcta diferenciación, con el fin de iniciar acciones terapéuticas que permitan al anciano recuperar y mantener una calidad de vida lo más óptima posible, para evitar el deterioro y la progresiva disfuncionalidad personal, familiar y social.

### Referencias

- Alarcón Velandia, R.P. (2004). Pseudodemencia and Late-Onset Depression in Dementia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(4), 387-398.
- American Psychiatric Association. (2004). Manual estadístico de los trastornos mentales. DSM-V. Barcelona. Masson. APA-2013.
- Arango Lasprilla, J.C., Fernández Guinea, S., Lynn Rogers, H., y Ardila, A. (2001). Enfermedad de Alzheimer familiar: etiología y características clínicas. Madrid. IDID
- Ardila, A. (2003). El proceso de envejecimiento normal. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México: *El Manual Moderno*, 3-7
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E.M., y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*, 38(4), 323-326.
- Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Universitat. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado el 12 de junio de 2013 de: [https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema\\_2\\_Proceso\\_de\\_envejecimiento\\_normal/Aspectos\\_psicosocial\\_envejecimiento.Pdf](https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_2_Proceso_de_envejecimiento_normal/Aspectos_psicosocial_envejecimiento.Pdf)
- Barcia, D. y Alcántara, A. (1998). Diagnóstico diferencial de la demencia. Alberca, R.(comp.) Demencias: diagnóstico y tratamiento. Barcelona, Masson, 45-74.
- Bentosela, M., y Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Berrios, G. E. (1994). Dementia and aging since the nineteenth century. *Dementia and normal aging*, 14-40.
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. y Casanova Carrillo, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de medicina general integral*, 20(5-6), 0-0.
- Cock, M.R., Matute, E., y Jurado, M.B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46.
- Figuera, L., Mulet, B., Sánchez-Casas, R.M., Estragó, M.R., Cardús, M.A. y Alquézar, A. L. (2005). Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*, 17(2), 250-256.
- Gick ML, Craik FIM, Morris RG. (1998) Task complexity and age differences in working memory in working memory. *Memory & Cognition*; 16(1)53-64.

- Gómez Múgica (1996) Psicogeriatría: Depresiones y demencias. Congreso Europeo de Terapia Ocupacional, 5. Madrid, España (Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales).
- González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 316-320.
- Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. GENCDSN (2002). Guías en Demencias. Conceptos, criterios, y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Sociedad Española de Neurología. Barcelona. Masson.
- Guinea, S. F. (1999). Procesamiento semántico en pacientes con demencia de tipo Alzheimer: un estudio de las diferencias entre las imágenes y las palabras y la influencia de los predicados semánticos (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Jiménez, S.B. (2009). Memoria implícita en el envejecimiento normal y en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque desde la neurociencia cognitiva. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 235-237.
- Junqué, C. y Barroso, J. (1994) Neuropsicología. Madrid: Síntesis.
- Kilho, L.G. (1961). Pseudodementia. *Arch Psychiatr Scand*; 37, 336-359.
- Lezak M. (1999). Neuropsychological Assesment. New York .Oxford University Press
- Martínez-Lage, JM. (1998). Demencias: Historia y Concepto. Madrid. IM&C
- Organización Mundial de la Salud (1994) (OMS) CIE-10. Trastornos mentales y del compor-tamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor
- Ostrosky-Solís, F. (2003). Demencias: concepto, criterios, diagnósticos y clasificación. Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, 15-30.
- Pérez Martínez, V. T. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 0-0.
- Romero, J.B., Guerra-Prado, D., Jiménez, A.V., Vega-Piñero, M. y Moreno, A.C. (2002). Pseudodemencia depresiva: fronteras diagnósticas. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(1), 43-53.
- Sánchez, A.M., Arévalo, K., Vallecilla, M., Quijano, M.C. y Arabia, J. (2014). Auditory verbal memory in elderly people with Mild Cognitive Impairment MCI and a control group. *CES Psicología*, 7(1), 35-47.
- Varela de Seijas, E. (1998). Diagnóstico diferencial de las demencias". En Alberca, R., López-Pousa, S. (eds): Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid .IM&C.
- Vera-Cuesta, H., Vera-Acosta, H., León-Benito, O. y Fernández-Maderos, I. (2006). Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de la memoria asociado a la edad en un área de salud. *Revista de Neurología*, 43(3), 137-142.



## CAPÍTULO 93

### **Síndrome Confusional Agudo en un paciente anciano tratado con moxifloxacino: Notificación de un caso y revisión de la literatura**

Pablo García López\*, Emilia Arana Asensio\*\*, Francisco García del Pozo\*\*\*,  
y M<sup>a</sup> Esperanza del Pozo Gavilán\*\*\*\*

\**Centro de Salud de Gran Capitán, Granada (España)*, \*\**Unidad Docente MFyC, Granada, (España)*,

\*\*\**Universidad Rafael de Nebrija, Madrid (España)*, \*\*\*\**Universidad de Granada (España)*

El síndrome confusional agudo o delirio es una entidad clínica relativamente frecuente en personas de edad avanzada (Inouye et al., 2014). De origen multifactorial, los medicamentos constituyen una de sus posibles causas (Alagiakrishnan y Wiens, 2004; Catic, 2011). La principal medicación de riesgo son algunos psicofármacos, los analgésicos opioides y los anticolinérgicos (Han et al., 2001; Tune, 2001; Clegg y Young, 2011), pero los antibióticos, también pueden producir este síndrome (Mattappalil y Mergenhausen, 2014). Las fluoroquinolonas, entre las que se encuentra el moxifloxacino, constituyen un grupo de antibióticos que, por su amplio espectro de acción, gran difusión, comodidad de uso y escasa toxicidad, se utilizan cada vez más en el tratamiento de infecciones hospitalarias y comunitarias (Wilson y Macklin-Doherty, 2012). Entre los efectos indeseables de las fluoroquinolonas se han descrito, aunque no son frecuentes, los efectos neuropsiquiátricos (Doussau de Bazignan et al., 2006; Mehlhorn y Brown, 2007).

Se presenta el caso de un varón anciano, sin antecedentes neurológicos, que desarrolló un cuadro confusional agudo en el contexto de una infección respiratoria tratada con moxifloxacino.

Se trata de un hombre caucásico, de 78 años de edad, índice de masa corporal de 25, exfumador. Era totalmente independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, gestor de su empresa y cuidador de la esposa. Los principales problemas de salud presentados eran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisema, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial esencial, anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12 y sobrecarga férrica (en seguimiento por hematólogo). Su tratamiento de base consistía en: AAS 300 mg/24 h, enalapril 5 mg/24 h, indapamida 2,5 mg/24 h y cianocobalamina 1000 mcg cada 30 días (im). No tenía antecedentes neurológicos.

Se realizó una consulta en domicilio a demanda de la familia del paciente porque éste presentaba un cuadro de fiebre alta, malestar general y tos con expectoración herrumbrosa de dos días de duración. En la exploración se le encontró postrado en cama, eupnéico, consciente y orientado, colaborador y con autonomía. Presentaba fiebre alta (39 °C), presión arterial de 120/70 mm Hg, 85 latidos por minuto, saturación de oxígeno del 92%. La auscultación pulmonar permitió apreciar crepitantes de despliegue en bases y campo medio derecho. Tras un juicio clínico de infección respiratoria aguda intercurrente en paciente con EPOC (sin descartar una posible condensación) se instauró un tratamiento empírico con moxifloxacino 400 mg/24 h durante 7 días, más paracetamol condicional para la fiebre.

Al tercer día de instaurado el tratamiento para la infección respiratoria, la familia le notó “raro”, menos lúcido y con menor agilidad mental, así como nervioso, agitado y a veces “distráido” (sin prestar atención). A lo anterior se fue añadiendo alteración del habla, episodios de desorientación temporoespacial, alteración de la memoria reciente, algún episodio de alucinación visual y conductas inapropiadas. Además, presentaba temblor en reposo y rigidez en rueda dentada en los miembros superiores, así como dificultad para la marcha. El resto del examen neurológico era inespecífico. Los síntomas respiratorios habían mejorado y no presentaba fiebre.

Al cuarto día de tratamiento, ante la persistencia de los síntomas clínicos, la familia consultó de nuevo al médico de familia y éste realizó una interconsulta urgente hospitalaria al servicio de neurología para valorar al paciente y completar su estudio neurológico.

### **Pruebas complementarias. Evolución**

En el hospital se pudo comprobar el cuadro confusional y los síntomas de temblor en reposo y rigidez en rueda dentada de los miembros superiores. No se detectaron déficits sensitivos en las extremidades, y el resto el examen neurológico fue normal. En la analítica de sangre no se apreciaron alteraciones significativas, salvo las previamente conocidas (anemia megaloblástica). En la radiografía de tórax se observó un aumento del diafragma derecho, con patrón enfisematoso y tractos fibrosos en bases con predominio en la derecha, sin evidencia de condensaciones. Es decir, un patrón compatible con su patología de base

En la tomografía axial computarizada (TAC) craneal no se aprecian lesiones hemorrágicas ni signos de lesión isquémica agudas. Se observó una marcada atrofia cortico-subcortical con aumento desproporcionado del sistema ventricular supratentorial y áreas de leuco-encefalopatía vascular degenerativa, hallazgos que fueron confirmados posteriormente mediante la resonancia nuclear magnética.

Una vez realizado el estudio mencionado, el paciente fue dado de alta ese mismo día y regresó a su domicilio para seguimiento ambulatorio, con el juicio clínico provisional de confusión secundaria a una infección respiratoria. Se aconsejó continuar el tratamiento con moxifloxacino.

Al día siguiente (quinto día de tratamiento), en el domicilio, el paciente fue valorado de nuevo por el médico de familia. Continuaba sin fiebre y sin síntomas respiratorios, pero la familia refirió que el cuadro de confusión fluctuante continuaba. Aunque estaba consciente, presentaba alteraciones de la memoria reciente y del cálculo, persistía la rigidez de los miembros superiores, precisaba ayuda para caminar y no controla los esfínteres. El mini-examen cognoscitivo (MEC) (Lobo y Ezquerro, 1979) arrojó una puntuación de 23, que indica deterioro cognitivo leve; además, el paciente presentaba una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, valorada mediante el índice de discapacidad de Barthel, que era inferior a 20 (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Cabañero-Martínez et al., 2009).

Se sospecha un cuadro confusional inducido por el antibiótico moxifloxacino, que se suspende y se inicia un tratamiento de apoyo rehabilitador en domicilio.

La evolución fue positiva, con una mejoría paulatina de las funciones cognitivas, pérdida de la rigidez, autonomía en la marcha y recuperación del control de los esfínteres en los siguientes 15 días. Continuó con algunos episodios de nerviosismo relacionados con limitaciones prácticas.

Al mes de iniciado el proceso acudió a la consulta por sus medios. Se valoró el estado cognoscitivo y se comprobó que la puntuación del MEC de Lobo era de 25, el cual se considera normal en pacientes geriátricos; se comprobó que el paciente era totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con una puntuación 100 en la escala de Barthel, (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) y para las instrumentales, valoradas mediante la escala de Lawton y Brody, que arrojó una puntuación de 8 (Jiménez-Caballero et al., 2012)

La evolución posterior fue buena, alcanzando la situación cognoscitiva y funcional previa, siendo capaz de gestionar sus negocios y a ser el cuidador principal de su mujer; sin embargo, sigue experimentando algunos episodios de amnesia leve y desorientación ocasional.

### **Juicio clínico**

Síndrome confusional agudo en el contexto de una infección respiratoria aguda y tratamiento con moxifloxacino, con recuperación casi total en el curso de un mes.

### **Diagnóstico diferencial**

El síndrome confusional agudo es una alteración de la conciencia de comienzo agudo y curso fluctuante, cuyo síntoma cardinal es la afectación de la atención, aunque también puede presentar alteración de otros dominios cognitivos, tales como memoria, función ejecutiva, tareas visuales, espaciales y de lenguaje, siendo justificable por una enfermedad médica, según los criterios diagnóstico recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2002).

En el anciano, las causas más importantes que lo pueden producir son la demencia, las infecciones, el síndrome de retirada de alcohol o de fármacos sedantes hipnóticos, y el consumo de algunos fármacos, que constituye la causa más frecuente (Brown y Boyle, 2002).

En relación con la primera posible causa, hay que tener en cuenta que pueden aparecer cuadros de delirium (episodios agudos) en la evolución de una demencia. El paciente referido presentaba un estado cognoscitivo previo bueno, y hubo remisión completa del cuadro confusional, por lo que se descarta un cuadro degenerativo de demencia, que se habría manifestado de manera insidiosa y no se habría resuelto de manera satisfactoria. Por otro lado, la presentación de alteración en la marcha, déficits cognitivos e incontinencia urinaria, junto con los hallazgos de ventrículomegalia en el TAC, hacen plausible la hipótesis de una hidrocefalia normotensiva crónica del adulto; no obstante, el comienzo súbito de la sintomatología del paciente y la reversibilidad del cuadro clínico también descartan este diagnóstico. Por último, la alteración cognitiva y los síntomas de parkinsonismo pueden sugerir la demencia de cuerpos de Lewy, pero no el curso temporal de presentación y desenlace del cuadro clínico.

Pudo tratarse de un episodio de confusión agudo en el contexto de una infección febril, pero la alteración cognitiva que presentaba el paciente no guardaba relación temporal consistente con el proceso febril, de hecho, el paciente presentó confusión cuando se encontraba sin fiebre, por lo que también se descarta esta causa como inductora del delirio, aunque pudiera haber sido un factor precipitante.

Por último, sospechamos que el cuadro podría deberse a una reacción adversa medicamentosa (RAM) inducida por el antibiótico moxifloxacino, dado que se ha descrito que otras fluoroquinolonas se asocian a la aparición de alteraciones neurológicas, entre ellas, a síndrome confusional agudo (Tomé y Filipe, 2011). Aplicamos el algoritmo de Karch y Lasagna modificado (Karch y Lasagna, 1977) para analizar la imputabilidad de moxifloxacino en el desarrollo de este síndrome confusional agudo, el cual se basa en la aplicación de 5 criterios que se describen a continuación (Tabla 1).

El primer criterio valorado es el de la secuencia temporal. En nuestro caso es compatible con la administración del fármaco, que fue previa a la aparición de la RAM y coherente con el proceso fisiopatológico del delirio, que se presenta tras, aproximadamente 60 horas de la administración de moxifloxacino. El segundo criterio se refiere a la existencia de conocimiento previo de la reacción, que estaba descrito en la ficha técnica, en la que se refiere la posibilidad de presentación de mareo y confusión con el tratamiento con moxifloxacino. El tercer criterio se basa en el efecto de retirada del fármaco sospechoso en la evolución del cuadro; en nuestro caso, tras la retirada de la medicación el paciente mejoró lentamente hasta conseguir la normalidad (sólo persisten las pérdidas de memoria transitorias, comunes a personas de esta edad). Como era esperable, no hubo reexposición al fármaco sospechoso, por lo que no podemos evaluar si la reacción reaparece; por lo tanto, este criterio del algoritmo no se cumplió, lo cual es lógico, porque habitualmente no se reexpone a un paciente a una medicación sospechosa si no es necesario (en este caso, la infección había cedido) o hay otras alternativas. Por último, para establecer la imputabilidad de una RAM, hay que valorar la existencia de causa/s alternativa/s que puedan explicar la reacción. Previamente se ha deducido, mediante el proceso de diagnóstico diferencial, que las otras posibles causas del cuadro confusional agudo son menos verosímiles que la causa yatrogénica.

Como resultado, se establece que el cuadro confusional agudo que presenta el paciente posiblemente se asocia con la administración del antibiótico moxifloxacino.

Tabla 1. Aplicación del algoritmo de Karch y Lasagna para analizar la imputabilidad del moxifloxacino en el cuadro de síndrome confusional agudo

CRITERIO		PUNTUACIÓN
SECUENCIA TEMPORAL	Compatible: La toma del fármaco es anterior a la aparición de la RAM. La secuencia temporal es compatible con el mecanismo de acción del fármaco y/o con el proceso fisiopatológico de la reacción adversa.	+2
CONOCIMIENTO PREVIO	RAMs conocidas. Relación causal conocida a partir de la literatura de referencia, estudios epidemiológicos y/o a partir del perfil farmacológico del fármaco sospechoso. Las RAM conocidas figuran en las fuentes documentales de farmacovigilancia, en las fichas técnicas de los productos y en los prospectos.	+2
CAUSA ALTERNATIVA	La explicación alternativa presenta verosimilitud menor que la relación causal con el fármaco sospechoso	-1
EFEECTO DE LA RE-EXPOSICIÓN DEL FÁRMACO	No ha habido reexposición	0
EFEECTO DE LA RETIRADA DEL FÁRMACO SOSPECHOSO	La RAM mejora. El acontecimiento mejora con la retirada o reducción de la dosis del medicamento, independientemente del tratamiento recibido, y/o si ha habido una administración única	+2

### Discusión

Aunque la presentación de síndrome confusional agudo o delirio en las personas mayores tiene un origen multifactorial, la administración de medicamentos puede precipitar o contribuir a este problema clínico, estimándose que éstos están implicados en el 12-39% de todos los casos (Alagiakrishnan y Wiens, 2004; Catic, 2011). Ello es explicado porque, además de las características de la toxicidad inherente a determinados medicamentos neurotóxicos, los ancianos son un grupo de riesgo, que presentan peculiaridades que los hacen más vulnerables a los efectos deletéreos de los fármacos. Por un lado, los cambios fisiológicos en estos pacientes tienen consecuencias farmacocinéticas; así, la disminución de la eliminación renal y hepática de muchos fármacos puede producir un incremento de sus niveles plasmáticos y por ende la toxicidad (Mangoni y Jackson, 2004). La barrera hematoencefálica

puede experimentar signos de degeneración (Montagne et al, 2015), lo que facilita el acceso de fármacos al sistema nervioso central (SNC) de los medicamentos. Además, existen también peculiaridades farmacodinámicas, que explican que las personas mayores presenten mayor susceptibilidad a la toxicidad por anticolinérgicos y otros agentes, siendo mayor el riesgo de delirio en pacientes frágiles y en aquéllos con demencia. Consideraciones de polifarmacia y comorbilidades asociadas también contribuyen a explicar este fenómeno (Milton et al., 2008).

Entre los fármacos que constituyen un factor de riesgo significativo para producir delirio se describen los analgésicos opioides, las benzodiacepinas, dihidropiridinas y los agentes con actividad anticolinérgica, incluidos los antihistamínicos H<sub>1</sub> de primera generación (Han et al., 2001; Tune, 2001; Clegg y Young, 2011). Pero otros muchos han sido implicados en la precipitación de delirio (aunque no se haya demostrado asociación estadísticamente significativa), tales como la medicación antiulcerosa (antihistamínicos H<sub>2</sub>), los antidepresivos tricíclicos, fármacos antiparkinsonianos, corticoides, AINEs, diuréticos, la digoxina (Catic, 2011) y algunos antibióticos (Mattappalil y Mergenhagen, 2014; Vicente de Vera et al., 2006) entre los que se encuentran las fluoroquinolonas (Mattappalil y Mergenhagen, 2014).

Las fluoroquinolonas son antibióticos ampliamente utilizados para el tratamiento de numerosas infecciones tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, y en particular en el tratamiento de exacerbaciones agudas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Kiser y Vandivier, 2015; Wilson y Macklin-Doherty, 2012). Tras su autorización, algunas fluoroquinolonas han sido retiradas de la comercialización por producción de anemia aplásica (temafloxacin), problemas hepáticos (trovafloxacin), prolongación del intervalo QT (grefafloxacin), fototoxicidad (clinafloxacin) e hipohiper glucemia (gatifloxacin), pero ninguna lo ha sido por efectos neuropsiquiátricos (Tomé y Filipe, 2011).

Realmente, los síntomas neurológicos producidos por estos agentes representan la segunda causa de toxicidad, siendo mucho menos comunes los psiquiátricos (Mehlhorn y Brown, 2007). De hecho, en un estudio realizado por el Servicio de Farmacovigilancia de Francia se notifica que los eventos adversos psiquiátricos asociados con fluoroquinolonas ocurrieron en el 0.015% de los pacientes ingresados (Doussau de Bazignan et al., 2006).

El delirio y alucinaciones asociados a la administración de fluoroquinolonas son raros y hay pocos casos descritos en la literatura, la mayoría correspondiendo a ciprofloxacino (McDermott et al., 1991; Jay y Fitzgerald, 1997; Grassi et al., 2001; Al-Ghamdi, 2002; Jayathissa et al., 2010), levofloxacino (Hakko et al., 2005; Kiangkitiwan et al., 2008; Slobodin et al., 2009; Kocyigit et al., 2012), ofloxacino (Fennig y Mauas, 1992; Thomas y Reagan, 1996; Chauhan et al., 2013) y gatifloxacino (Satyanarayana y Campbell, 2006; Sumner y Elliott, 2003). No sólo se describen en el anciano, sino también en el adulto (Kiangkitiwan et al., 2008; Kocyigit et al., 2012), e incluso en la infancia (Raj y Murty, 2013; Chauhan et al., 2013). En relación con moxifloxacino, sólo conocemos la existencia de un caso publicado de delirio y alucinaciones en una mujer de 70 años ingresada por bacteriemia e infección urinaria, que estuvo en tratamiento con levofloxacino y moxifloxacino parenteral y oral durante 15 días (Tasleem y Viswanathan, 2011). Los cuadros de toxicidad neurológica, al igual que ocurrió con nuestro paciente, acontecen a los dos o tres días del comienzo del tratamiento con la fluoroquinolona (Kiangkitiwan et al., 2008; Mittal et al., 2012; Raj y Murthy, 2013; Tasleem H, Viswanathan, 2011).

El potencial de toxicidad en sistema nervioso central (SNC) está determinado, entre otros factores, por el potencial lipofílico de estas sustancias que condiciona el paso a través de la barrera hematoencefálica, BHE (Tomé y Filipe, 2011). Se disponen de suficientes datos farmacocinéticos de moxifloxacino como para afirmar que esta sustancia accede bien al sistema nervioso central, ya que la razón de áreas bajo la curva de las concentraciones en líquido cefalorraquídeo (LCR) y plasma oscilan entre 0,6 y 0,8, y se alcanzan niveles en LCR máximos entre las 4-6 h tras la administración de 400 mg por vía oral (Di Paolo et al., 2013).



El desarrollo de toxicidad central también se podría ver condicionado porque los niveles plasmáticos de este fármaco estuvieran elevados. En este sentido, en pacientes ancianos como es nuestro caso, como consecuencia del deterioro de la función renal que experimentan (fundamentalmente de la filtración glomerular), los medicamentos que dependan de la vía renal para su eliminación pueden mostrar un aumento de sus concentraciones plasmáticas. Sin embargo, moxifloxacin se elimina por vía renal sin modificar sólo en un 20%, aproximadamente y su farmacocinética no parece ser dependiente de la edad, por lo que no se propugnan ajustes de dosis en pacientes de edad avanzada ni en pacientes con insuficiencia renal (Stahlmann y Lode, 2010). Por otro lado, la dosis administrada fue la estipulada (400 mg/día), por lo que no encontramos razones para explicar la toxicidad por un aumento anómalo de los niveles plasmáticos. No obstante, esto no excluye la posibilidad de toxicidad neurológica, si tenemos en cuenta la buena difusión a sistema nervioso central de este agente, tal y como se ha referido previamente.

No se conoce con exactitud el mecanismo celular que subyace en los efectos neuro-psiquiátricos de las fluoroquinolonas, pero pudiera estar mediado por la capacidad de antagonizar de manera no competitiva, aunque poco potente, los receptores GABA-A (Yakushiji et al., 1992; Tsuji et al., 1988) y también puede estar implicado una posible potenciación de la activación de receptores NMDA, a través de un efecto quelante sobre iones magnesio (Stahlmann, 2002).

### Conclusión

El análisis de causalidad del cuadro confusional agudo que se presenta induce a pensar que posiblemente se trata de una reacción adversa medicamentosa por moxifloxacin, puesto que hay relación temporal entre la presentación del cuadro y la ingesta del medicamento, esta reacción ya ha sido descrito para otras fluoroquinolonas, se resuelve lentamente al ceder la administración de moxifloxacin, y las otras causas (demencia, hidrocefalia normotensiva crónica del adulto y confusión por el cuadro febril) son más improbables. Por ello hay que vigilar la aparición de signos neurológicos en pacientes añosos sometidos a tratamiento con fluoroquinolonas.

### Referencias

- Alagiakrishnan, K. y Wiens, C.A. (2004). An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate Medical Journal*, 80(945), 388-393.
- Al-Ghamdi, S.M. (2002). Reversible Encephalopathy and Delirium in Patients with Chronic Renal Failure who had Received Ciprofloxacin. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 13(2), 163-170.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). DSM IV TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson.
- Brown, T.M. y Boyle, M.F. (2002). Delirium. *British Medical Journal*, 325(7365), 644-647.
- Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M. y Muñoz-Mendoza, C.L. (2009). The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e77-84.
- Catic, A.G. (2011). Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs & Aging*, 28(9), 737-748.
- Chauhan, U., Shanbag, P. y Kashid, P. (2013). Ofloxacin-induced hallucinations. *Indian Journal of Pharmacology*, 45(2), 189-190.
- Clegg, A. y Young, J.B. (2011). Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age and Ageing*, 40(1), 23-29.
- Cid-Ruzafa, J y Damián-Moreno, J. (1997). [Disability evaluation: Barthel's index]. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Di Paolo, A., Gori, G., Tascini, C., Danesi, R. y Del Tacca, M. (2013). Clinical pharmacokinetics of antibacterials in cerebrospinal fluid. *Clinical Pharmacokinetics*, 52(7), 511-542.
- Doussau de Bazignan, A., Thiessard, F., Miremont-Salamé, G., Conri, C. y Haramburu, F. Centres Régionaux de Pharmacovigilance. (2006). [Psychiatric adverse effects of fluoroquinolone: review of cases from the French pharmacologic surveillance database]. *Revue de Médecine Interne*, 27(6), 448-452.

- Fennig, S. y Mauas, L. (1992). Ofloxacin-induced delirium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(4), 137-138.
- Grassi, L., Biancosino, B., Pavanati, M., Agostini, M. y Manfredini, R. (2001). Depression or hypoactive delirium? A report of ciprofloxacin-induced mental disorder in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(1), 58-59.
- Hakko, E., Mete, B., Ozaras, R., Tabak, F., Ozturk, R. y Mert, A. (2005). Levofloxacin-induced delirium. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 107(2), 158-159.
- Han, L., McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F. y Elie, M. (2001). Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Archives of Internal Medicine*, 161(8), 1099-1105.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. y Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.
- Jay, G.T. y Fitzgerald, J.M. (1997). Ciprofloxacin-induced delirium. *Annals of Pharmacotherapy*, 31(2), 252.
- Jayathissa, S., Woolley, M., Ganasegaram, M., Holden, J. y Cu, E. (2010). Myoclonus and delirium associated with ciprofloxacin. *Age and Ageing*, 39(6), 762.
- Jiménez-Caballero, P.E., López-Espuela, F., Portilla-Cuenca, J.C., Pedrera-Zamorano, J.D., Jiménez-Gracia, M.A., Lavado-García, J.M. y Casado-Naranjo, I. (2012). [Evaluation of the instrumental activities of daily living following a stroke by means of the Lawton and Brody scale]. *Revista de Neurología*, 55(6), 337-342.
- Karch, F.E. y Lasagna, L. (1977). Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 21(3), 247-254.
- Kiangkitiwan, B., Doppalapudi, A., Fonder, M., Solberg, K. y Bohner, B. (2008). Levofloxacin-induced delirium with psychotic features. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 381-383.
- Kiser, T.H. y Vandivier, R.W. (2015). Severe acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: does the dosage of corticosteroids and type of antibiotic matter? *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 21(2), 142-148.
- Kocyigit, I., Dordudak, S., Sipahioglu, M., Unal, A., Yucel, H.E., Tokgoz, B., Eroglu, E., Oymak, O. y Utas, C. (2012). Levofloxacin-induced delirium: is it a dangerous drug in patients with renal dysfunction? *Renal Failure*, 34(5), 634-636.
- Lobo, A. y Ezquerro, J. (1979). El "Mini-Exámen cognoscitivo": un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, VII, 189-202.
- Mangoni, A.A. y Jackson, S.H. (2004). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 57(1), 6-14.
- Mattappalil, A. y Mergenhagen, K.A. (2014). Neurotoxicity with antimicrobials in the elderly: a review. *Clinical Therapeutics*, 36(11), 1489-1511.
- McDermott, J.L., Gideonse, N. y Campbell, J.W. (1991). Acute delirium associated with ciprofloxacin administration in a hospitalized elderly patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(9), 909-910.
- Mehlhorn, A.J. y Brown, D.A. (2007). Safety concerns with fluoroquinolones. *Annals of Pharmacotherapy*, 41(11), 1859-1866.
- Milton, J.C., Hill-Smith, I. y Jackson, S.H. (2008). Prescribing for older people. *British Medical Journal*, 336(7644), 606-609.
- Mittal, S.O., Machado, D.G. y Jabbari, B. (2012). Orofacial dyskinesia after moxifloxacin treatment--a case with normal hepatorenal function and review of literature. *Clinical Neuropharmacology*, 35(6), 292-294.
- Montagne, A., Barnes, S.R., Sweeney, M.D., Halliday, M.R., Sagare, A.P., Zhao, Z., Toga, A.W., Jacobs, R.E., Liu, C.Y., Amezcua, L., Harrington, M.G., Chui, H.C., Law, M. y Zlokovic, B.V. (2015). Blood-brain barrier breakdown in the aging human hippocampus. *Neuron*, 85(2), 296-302.
- Raj, V. y Murthy, T.V. (2013). Levofloxacin induced delirium with psychotic features in a young patient. *Medical Journal Armed Forces India*, 69(4), 404-405.
- Satyanarayana, S. y Campbell, B. (2006). Gatifloxacin-induced delirium and psychosis in an elderly demented woman. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 871.
- Slobodin, G., Elias, N., Zaygraikin, N., Sheikh-Ahmad, M., Sabetay, S., Weller, B. y Odeh, M. (2009). Levofloxacin-induced delirium. *Neurological Sciences*, 30(2), 159-161.
- Stahlmann, R. (2002). Clinical toxicological aspects of fluoroquinolones. *Toxicology Letters*, 127(1-3), 269-277.
- Stahlmann, R. y Lode, H. (2010). Safety considerations of fluoroquinolones in the elderly: an update. *Drugs & Aging*, 27(3), 193-209.
- Sumner, C.L. y Elliott, R.L. (2003). Delirium associated with gatifloxacin. *Psychosomatics*, 44(1), 85-86.

Tasleem, H. y Viswanathan, R. (2011). Moxifloxacin-induced delirium with hallucinations. *Psychosomatics*, 52(5), 472-474.

Thomas, R.J. y Reagan, D.R. (1996). Association of a Tourette-like syndrome with ofloxacin. *Annals of Pharmacotherapy*, 30(2), 138-141.

Tomé, A.M. y Filipe, A. (2011). Quinolones: review of psychiatric and neurological adverse reactions. *Drug Safety*, 34(6), 465-488.

Tsuji, A., Sato, H., Kume, Y., Tamai, I., Okezaki, E., Nagata, O. y Kato, H. (1988). Inhibitory effects of quinolone antibacterial agents on gamma-aminobutyric acid binding to receptor sites in rat brain membranes. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 32(2), 190-194.

Tune, L.E. (2001). Anticholinergic effects of medication in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 21), 11-14.

Vicente de Vera, C., García, M., Pifarre-Teixido, R. y Barbe, F. (2006). Delirium induced by clarithromycin in a patient with community-acquired pneumonia. *European Respiratory Journal*, 28(3), 671-672.

Wilson, R. y Macklin-Doherty, A. (2012). The use of moxifloxacin for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and chronic bronchitis. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 6(5), 481-492.

Yakushiji, T., Shirasaki, T. y Akaike, N. (1992). Non-competitive inhibition of GABAA responses by a new class of quinolones and non-steroidal anti-inflammatories in dissociated frog sensory neurones. *British Journal of Pharmacology*, 105(1), 13-18.

## CAPÍTULO 94

### Los trastornos de conducta alimentaria en mujeres mayores

Lydia Sánchez Prieto, Carmen Orte Socias y Margarita Vives Barceló  
*Universidad de las Islas Baleares (España)*

Actualmente, apenas existen investigaciones que aborden los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la población mayor, aún produciéndose una alta prevalencia (Allaz et al., 1998; Cumella y Kelly, 2008; Ackard et al., 2013; Drobnjak, et al., 2014, Mangweth-Matzek et al. 2014). Las investigaciones sobre personas mayores se basan, sobretudo, en la desnutrición y en las complicaciones alimentarias, sin embargo, se produce un vacío literario cuando se tratan los TCA (Gadalla, 2008). La evidencia sobre la presencia de recurrentes preocupaciones acerca de la imagen corporal y la belleza, independientemente de la edad de la mujer, respalda que se produzcan trastornos de la alimentación en personas mayores, quienes utilizan la restricción alimenticia como una estrategia para alcanzar los ideales establecidos (Jones, et al., 2006; Mangweth-Matzek et al. 2014). Las cifras corroboran que la insatisfacción hacia la apariencia física y la importancia otorgada es la misma en los diferentes grupos etarios (Allaz et al., 1998; Marcus et al., 2007; Gadalla, 2008).

Los casos clínicos más abordados identifican el inicio de estas patologías a edades tempranas: Será entre los 16 y los 25 años, las edades con mayor prevalencia de presentación de trastornos de anorexia nerviosa (AN), y de 18 a 25 años para la bulimia nerviosa (BN) (Scholt et al., 2010). Sin embargo, los problemas alimentarios, aunque en menor porcentaje, también pueden aparecer por primera vez en otros intervalos de edad, influenciado y retroalimentados por la presión social vinculada a los cánones de belleza: Es el caso de las mujeres mayores (Mangweth-Matzek et al. 2014).

Pero también es posible otra situación. Ni cabe decir que los TCA tienden a presentar una cierta cronicidad (Jones et al., 2006) que provocará que en numerosos casos se mantengan a lo largo de los años, adoptando únicamente otras formas sintomatológicas, es decir, evolucionando de trastornos alimentarios más restrictivos como la anorexia nerviosa (AN) a otras formas menos intensas o que no cumplirían todos los criterios diagnósticos, como podrían ser los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (Mangweth-Matzek et al., 2014). Pero en cualquier caso, se mantendrían alcanzando edades más maduras. Por lo que, de una forma u otra, se refieren cada vez más casos de mujeres mayores con TCA (Lewis y Cachelin, 2001).

Siguiendo con la argumentación, Gadalla (2008) expondrá que los cada vez más exigentes cánones de belleza incidirán en la población envejecida, irrumpiendo con patrones de delgadez absoluta. Con lo que, se observa cómo, a modo progresivo, se engrandecen el número de personas mayores que rigen su autoestima y su autoconcepto a través del peso o la silueta, y por lo tanto, se engrosa el riesgo de sufrir un TCA (Drobnjak, et al., 2014; Mangweth-Matzek et al., 2014). Pero, además, como es obvio, la edad se podrá asociar a deterioros, incremento del grado de dependencia y limitaciones físicas, por lo que, podría conducir a muchas mujeres mayores a un estilo de vida más sedentario, que podría conducir a incrementos del peso (Becker et al., 2013). Allaz et al. (1998) arrojaban un dato relevante; mientras que el deseo de bajar peso era independiente de la edad y del IMC, las preocupaciones sobre la belleza se correlacionaban con el estigma del envejecimiento. Este último dato, reafirmaría que se debe tener en la doble vulnerabilidad cognitiva que presentarían las personas mayores respecto a los TCA, y especialmente, en el caso de las mujeres, debiendo ser trasladada su situación a esferas de investigación y de sensibilización poblacional. Con tal objetivo, es planteado el actual estudio; pretende analizar y

perfilar la situación de la mujeres mayores que padecen TCA, y estableciendo las especificidades de este colectivo.

### **Objetivo**

Como se explicaba anteriormente, el desarrollo de investigaciones de TCA asociados a colectivos de personas mayores, o mujeres mayores (apenas se han identificado casos de hombres mayores (Johnson y Bedford, 2004), es poco frecuente y con numerosas limitaciones metodológicas. No obstante, los resultados la literatura actual afirman que esta tipología de patologías no respetan edades, siendo las edades más maduras también vulnerables a ellas. El objetivo del presente estudio es establecer las principales características de este colectivo mayor mediante la recogida y el análisis de la literatura actual.

### **Metodología**

Para ello, se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos vinculadas con las ciencias sociosanitarias: Dianlet, Academic Search Premier, PsycINFO, CINAHL, Abstracts in Social Gerontology, PsycARTICLES, E-Journals, wiley y sciencedirect. La descriptores elegidos para la búsqueda fueron: “Eating disorders”, “older women”, “pathological eating” y “body dissatisfaction”. La mayoría de la bibliografía revisada fue en inglés, teniendo en cuenta que en español no se identificaron casi documentos con un mínimo rigor metodológico. Cabe destacar que no se produjo ninguna restricción temporal para poder acceder a la máxima documentación posible. Por último, también remarcar que el mayor número de estudios encontrados se han publicado en dos revistas especializadas en el tema “International Journal of Eating Disorders” y “Eating and Weight Disorders”.

### **Estado de la cuestión**

#### *Prevalencia*

La revisión documental no se consiguió establecer una prevalencia homogénea, sino que ésta estuvo afectada por las condiciones metodológicas establecidas por las investigaciones, así como a la interferencia de otros trastornos relacionados con la edad (Johnson y Bedford, 2004), como también pudo verse repercutida por la falta de consenso en el establecimiento de los criterios diagnósticos (aunque cabe enfatizar que se produce una tendencia a basar los resultados establecidos en función de los criterios establecidos por DSM-IV). Entre los principales resultados se debe destacar el de Scholtz et al. (2010), quienes estudiaron todos los pacientes ingresados en un servicio de urgencias programa de tratamiento en la última década y se encontró una prevalencia del 1% de las mujeres que solicitan tratamiento en los 50 años de edad o mayores. Por otro lado, Ackard et al. (2014) estudiaron la prevalencia de mujeres de 40 años o más que solicitaban tratamiento por algún trastorno de la conducta alimentaria, en un intervalo de 18 años (1898 a 2006). Los resultados indicaron que en los últimos años, la prevalencia se incrementaba, pasando de un 4,7% entre 1989 y 2001, al 11,6% entre 2002 y 2006. En la investigación de Cumella y Kelly (2008), se evaluó la prevalencia de los TCA en una muestra de 568 mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 66 años, donde el 15,7% cumplía criterios para algún tipo de TCA, y entre un 10,8% y un 13,3% de los participantes mostraba irregularidades en el patrón alimentario, en las que predominaban los atracones. El mismo porcentaje (15,7%) era recogido en el estudio de Drobnjak, et al. (2014) con una muestra muy similar.

En otro estudio, donde la muestra era de 1.053 mujeres de 30 a 74 años (con una edad media de 54,2 años), hasta un 62% de las mujeres mayores de 65 años declaraban que deseaban bajar su peso, a pesar de que el 65% presentaba un IMC normal (Allaz et al., 1998). A pesar de que identificaron que únicamente 2,4% de las mujeres mayores evaluadas presentaban criterios compatibles con un diagnóstico de trastorno de alimentación, si que indicaron que un 29,7% de su muestra de mayores reportaron insatisfacción con los patrones de alimentación, un 13% aseguraba ser “comedores impulsivos”, un 11%

realizar atracones dos o tres veces al mes y un 13,4% solían restringir la ingesta alimentaria con frecuencia. Al mismo tiempo, un 29,3% se sentían insatisfechas con su cuerpo y en un 9,2% se atormentaban con la idea de engordar. Johnson y Bedford (2004) reconocieron a través del cuestionario “Eating Attitudes Test” (EAT-26), un conjunto de personas en situación de riesgo de padecer TCA, entre los datos destacaba que un 10,7% tenía una edad comprendida entre 18 y 34 años, un 8,2% entre 35 y 64 años y un 8,6% eran mayores de 65 años. Sintetizando, las últimas cifras verificarían que en la población tanto clínica como no clínica, y mediante un cuestionario validado (Garner et al., 1982), no se identificarían diferencias significativas respecto a la edad de los encuestados para los patrones desregulares de alimentación y las preocupaciones por el peso (Johnson y Bedford, 2004). Marcus et al. (2007) y Becker et al. (2013) añadirán que no existen diferencias significativas entre grupos de edad, ni tampoco étnicos, cuando se referencia al deseo de disminuir de peso o a la restricción calórica.

#### *Edad de inicio y cambios en la etapa vital.*

Pocos son los estudios que especifican la edad de inicio de la patología en las mujeres mayores, sin aclarar si se trata de trastornos que se han desarrollado toda la vida y se mantienen en la tercera edad o bien, son de reciente aparición (Johnson y Bedford, 2004). El DSM-IV, como se exponía anteriormente, expondrá que las edades de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria son tempranas, de manera que, en cuanto a cifras concretas, los estudios realizados sobre AN revelan que este trastorno suele acontecer al final de la etapa puberal (13 – 14 años), con picos de incidencia a los 15 – 18. Por su parte, la edad de aparición de la BN suele ser el final de la adolescencia y principio de la edad adulta. Las formas subclínicas podrían aumentar su prevalencia hasta el 5% del total de la población de adolescentes en edades comprendidas entre los 14 y 22 años (Lechuga, Caro y Guerra, 2000). En el estudio de Scholt et al. (2010), el 1% de mujeres de entre 50 y 68 años habían iniciado el trastorno antes de los 25 años. Continuando con la argumentación, se acotaría los TCA en la edad adulta a una cronicidad de las patologías y mantenimiento a largo plazo.

Sin embargo, aquellos que abordan la cuestión tienden a realzar la importancia de los cambios abruptos como explicativos de la aparición de los trastornos, tales como la menopausia (Mangweth-Matzek et al., 2013; Drobnjak, et al., 2014). Es más, la menopausia definida como el proceso psicofisiológico en el que se cesaba el ciclo menstrual, fue identificado como el único factor de origen de los TCA, específico y diferenciador de las mujeres mayores versus las jóvenes (Cumella y Kelly, 2008; Drobnjak, et al., 2014). De hecho, Cumella y Kelly (2008) distinguían entre fases; premenopausia, asociándolo a un periodo de tiempo con ciclos menstruales regulares, perimenopausia, donde los ciclos son irregulares, y posmenopausia, referida como la etapa en la que el cese del ciclo se ha mantenido después de 12 meses. Se enfatizó que durante la transición a la menopausia, las mujeres podrían ganar un promedio de entre 2 y 2,5 kg, así como también se podría producir una redistribución de la grasa abdominal, y por consiguiente, establecerse un cambio en la imagen corporal de estas mujeres y de satisfacción con su físico.

Mangweth-Matzek et al. (2013) añadían a las afirmaciones anteriores que la menopausia se acompañaría de alteraciones hormonales, así como de una necesidad de aceptación del cambio vital y asimilación de los aspectos emocionales asociados, favoreciendo, este tramado de factores biológicos y cognitivos, estados de mayor vulnerabilidad ante posibles trastornos psiquiátricos y/o psicológicos (también recogido en Drobnjak, et al., 2014).

De hecho, los datos registraron prevalencias más elevadas de TCA en mujeres más mayores, posmenopáusicas (edad media de 51,7 años) en comparación con más jóvenes, premenopáusicas (edad media de 35,7 años) (Cumella y Kelly, 2008). En Drobnjak, et al. (2014) se exponía un conjunto de afirmaciones relevantes: Las mujeres premenopáusicas presentaban conductas más restrictivas, como también a una menor autoestima, que las premenopáusicas; ratificando las explicaciones anteriores. Sin embargo, no se obtenían diferencias significativas entre fases cuando se referían al IMC, y se

comprobaba que este factor estaba controlado por ellas (percepción de control del peso, que podía incluir la restricción) (Lewis y Cachelin, 2001; Drobnyak, et al., 2014).

No obstante, otros estudios mostrarán resultados contradictorios, exponiendo que serán aquellas mujeres en etapas premenopáusicas las que presentarán resultados más negativos sobre su imagen corporal, niveles más bajos de estados de ánimo y mayor prevalencia en TCA (Mangweth-Matzek et al., 2013). En cualquier caso, ambas posturas avalan la vulnerabilidad asociada a la menopausia y cómo predispone a las mujeres a visualizar alteraciones en la imagen corporal y a elevar las preocupaciones respecto a sus figuras. Tal y como señalan Cumella y Kelly (2008), el peligro radicaría en la asociación existente entre preocupaciones sobre la figura, baja autoestima, estado de ánimo bajo y la aparición de TCA. En la misma línea, Gordon et al. (2005) afirmaban la percepción de competencia personal era uno de los factores que aseguraban el buen pronóstico en los casos de BN en mujeres mayores.

#### *Características de las mujeres mayores y la influencia de la imagen corporal.*

La comparación entre grupos etarios se convierte en un aspecto exigido para poder determinar las especificidades de los sectores más mayores. Entre las principales diferenciaciones, Mangweth-Matzek et al. (2013) señalan que se producen tendencias de comportamientos alimenticios menos restrictivos cuando se asocian a la edad, predominando las categorías diagnósticas asociadas con IMC normales o sobrepeso (bulimia nerviosa, trastorno por atracón o trastorno alimentario no especificado). Coincidirán con Boisvert y Harrell (2009), quienes concluirán que las poblaciones más jóvenes presentarán una mayor sintomatología compatible con bulimia. O en el caso de Scholt et al. (2010) no identificaron casos de anorexia en la edad adulta, no obstante, si que incidieron en que muchas mujeres soportan el trastorno a lo largo de toda su vida, así como también la ansiedad asociada. Los resultados de Jones et al. (2006) visualizaban que las mujeres jóvenes tendían a externalizar más las creencias negativas sobre su figura mediante los intentos de control alimentario, mientras que las mayores habrían desarrollar otras habilidades cognitivas para reducir el malestar, influenciadas en gran parte por experiencias vitales como el matrimonio y el embarazo (vivencias que proporcionaban un mayor sentido de control de sus vidas).

Sin embargo, Boisvert y Harrell (2009) destacan un dato importante; serán las mujeres más mayores (de 50 a 64 años en su muestra) las que presentan una mayor insatisfacción con su imagen corporal y vergüenza hacia su figura (también en Jones et al., 2006), asociados al incremento de IMC en la vejez y a un mayor distanciamiento a los ideales de perfección adquiridos por las normas culturales. Lewis y Cachelin (2001) sintetizarán sus conclusiones exponiendo que la diferencia entre los grupos de edad se basará en componentes conductuales y cognitivos, es decir, mientras las más jóvenes manifestarán más comportamientos de restricción (por ello, también cumplirán más criterios diagnósticos), las más mayores presentarán cogniciones más negativas sobre su imagen.

La imagen corporal supone una preocupación hoy en día, asociada a numerosos estereotipos establecidos sobre lo que deben ser los cánones de belleza que venden la figura esbelta y delgada (Cumella y Kelly, 2008; Boisvert y Harrell, 2009). Los patologías alimentarias se asociarán de manera directa con la satisfacción con la imagen corporal, de ahí la importancia que se le otorga a este factor (Johnson y Bedford, 2004). Allaz et al. (1998) exponían como desde 1960, época en la que se inicia la tendencia por la delgadez, ha adquirido un mayor calado la presión social que induce obtener una figura esbelta que los marcadores médicos sobre el IMC adecuado. Pero, Becker et al. (2013) explicarán que la industria de la moda va más allá, apostando por referentes juveniles, observándose una poderosa proliferación de campañas contra el envejecimiento en los últimos años, que afectará en la satisfacción personal corporal de mujeres más maduras. Por lo tanto, responden mediante las estrategias que consideran más efectivas a la lucha por acortar las distancias con los ideales impuestos; un intento por controlar el peso.

Becker et al. (2013) abordaron cómo las verbalizaciones negativas sobre el peso, que inicialmente cumplen una función de aceptación social y de crear percepciones de modestia, se pueden convertir en

factores que favorecen el mantenimiento de las preocupaciones por el peso e incrementa el riesgo de TCA, debido al reforzamiento social recibido. Los resultados indicaron que en un 82-85% de los casos, mujeres de todas las edades, hablan del peso, aunque en menor medida las más mayores. No obstante, el porcentaje en el sector mayor se eleva al abordar la preocupación por el envejecimiento. Señala como los medios de comunicación fomentarán, mediante el bombardeo continuo de información, la adquisición de modelos utópicos, y que los TCA serán retroalimentados al ser comentados constantemente por la población diana.

Obviamente, enlazado a la evolución de los patrones de belleza y a los factores socioculturales, se puede prever un incremento de los trastornos en la tercera edad; las generaciones jóvenes que actualmente actúan como población diana de estos trastornos envejecerá, en numerosos casos, arrastrando y manteniendo la sintomatología.

Respecto al resto de características del colectivo mayor que padecen TCA, se debe destacar la elevada comorbilidad con trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, donde el trastorno de depresión (Marcus et al., 2007; Drobnjak, et al., 2014) y los trastornos de ansiedad aparecen de manera asidua (Gallada, 2008; Scholt et al., 2010; Drobnjak, et al., 2014), así como trastornos de personalidad, estrés post-traumático y adicciones (despuntaría la adicción por el alcohol) (Scholt et al., 2010; Drobnjak, et al., 2014). El trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social serán los trastornos más prevalentes en los casos de anorexia (Gallada, 2008). Por otro lado, las adicciones se identificarán asociadas con casos de bulimia (Gallada, 2008). Además, también se incrementaría el riesgo de pasar de trastornos de restricción alimentaria a obesidades (Drobnjak, et al., 2014).

Entroncado al trastorno también se produce una importante comorbilidad con enfermedades físicas, tales como complicaciones gastrointestinales, problemas óseos (la osteoporosis presenta una elevada prevalencia), problemas de fertilidad, amenorrea, problemas cardiovasculares (Marcus et al., 2007; Gallada, 2008).

Resulta indispensable destacar que parece asociarse una mayor comorbilidad a factores de edad, enfatizando la importancia de evaluar la posible comorbilidad con otras enfermedades o trastornos cuando se identifican pacientes mayores (Gallada, 2008; Becker et al., 2013).

El ámbito social se ve frecuentemente también afectado, de manera, que por ejemplo en el estudio de Scholt et al. (2010), más de la mitad de los participantes se encontraban solos y los 6 participantes casados, tuvieron relaciones de menos de 10 años de duración. De igual modo, mantienen contactos sociales limitados y presentan redes de apoyo informal pobres. La dificultad para hablar de la enfermedad con los allegados conlleva un sentimiento de soledad y de incompreensión arraigado. Debe ser subrayado que experimentan un importante malestar al desarrollar sentimientos de frustración y de vergüenza porque, a menudo, consideran que son “muy mayores” para continuar padeciendo trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto a los factores socioeconómicos y culturales de origen no se ofrece mucha información. Marcus et al. (2007) detallaron que una situación socioeconómica baja, así como experiencias de abusos físicos o sexuales anteriores a los 19 años, se asociaban con mayores probabilidades de padecer síntomas de TCA en mayores.

Por último y referenciando a sus necesidades, se debería resaltar que los pacientes mayores declaran sentirse frustrados ante los servicios de atención profesional; asumen e identifican que los recursos están adaptados a poblaciones juveniles, mientras que manifiestan percepciones de sentirse discriminados al tratarse de pacientes crónicos. Unido al punto anterior, se declara una discriminación por parte del personal sanitario respecto a ellos por sus condiciones de ser personas mayores. La muestra entrevistada en el estudio de Scholt et al. (2010) denunciaba como las atenciones psiquiátricas tenían componentes punitivos, al restar gravedad a las narraciones y quejas de los pacientes y al recibir un trato infantilizado.



## **Conclusiones**

Algunas investigaciones evidenciaban la aparición de los TCA en edades avanzadas; Cumella y Kelly (2008) (así como también en Drobnyak, et al., 2014) afirmaban que un 15,7% de su muestra había desarrollado TCA y distorsiones de la imagen corporal en la transición a la menopausia, estableciendo una asociación entre la restricción alimenticia y la menopausia. Esta tipología de investigaciones, ilustrarán la prevalencia de los TCA con un modelo en forma de U, donde la mayor prevalencia de aparición de estos trastornos se produciría en edades tempranas (18-25 años) y en mujeres posmenopáusicas (alrededor de los 50 años).

La intensidad en la sintomatología será más elevada en poblaciones jóvenes, presentando más criterios compatibles con AN (Scholt et al., 2010) y con BN (Boisvert y Harrell, 2009). No obstante, la inconformidad con la imagen corporal es mayor en mujeres más mayores, asociado a una doble presión sociocultural en la lucha por adquirir los modelos de belleza; la delgadez y la eterna juventud (Lewis y Cachelin, 2001; Boisvert y Harrell, 2009; Becker et al., 2013). Becker et al. (2013) subrayará la envergadura que conllevará para estas mujeres encarar constantemente los mensajes emitidos en los medios de comunicación y en los patrones culturales, llegando incluso, a incrementar el riesgo de padecer patologías alimentarias.

Por otra parte, la menopausia, mediante sus factores asociados, tales como factores hormonales (alteración hormonal) y/o factores psicobiológicos (la significación otorgada al cambio de etapa vital o el incremento del IMC), favorecerá en el caso de las mujeres mayores, una mayor vulnerabilidad a enfermedades y trastornos, entre los que destacarán los TCA (Mangweth-Matzek et al., 2013). Se apuntarán a los cambios físicos asociados a la menopausia, como el incremento del índice de masa muscular (IMC) y una mayor acumulación de grasa corporal, como desencadenadores de insatisfacción personal, evocando como inalcanzables los ideales belleza interiorizados (Cumella y Kelly, 2008). Como resultado, la autoestima y el autoconcepto se verían afectados, cuando estos conceptos se asociaran a la imagen corporal, y se desarrollarían conductas alimentarias restrictivas (Cumella y Kelly, 2008; Mangweth-Matzek et al. 2013; Drobnyak, et al., 2014). La restricción alimentaria, se justificaría, como una estrategia para mejorar la autoestima. Como posibles soluciones, Gordon et al. (2006) insistirán en la necesidad de mejorar la percepción de competencia personal para acabar con la BN en la edad madura. Por su lado, Becker et al. (2013) subrayarán que además, al impacto mediático anterior, en el caso de las mujeres mayores, debe sumarse la preocupación por los signos de la edad, y por lo tanto, se ven sujetas a una doble rasante que intentan combatir con lo único que creen poder controlar; el peso. Por consiguiente, se reclamarán y reivindicarán, como una solución al problema, la emisión de imágenes y modelos más realistas, basadas en aspectos corporales sanos y alcanzables.

En cualquier caso, se identifican casos, emergentes durante la menopausia, que no demandan ayuda a profesional, quedando sin atención, ni tratamiento (Mangweth-Matzek et al., 2013). Allaz et al. (1998) exponían como se identificaba una preocupación mayor por regirse por los cánones establecidos por la presión social, antes que priorizar o seguir las prescripciones médicas, por lo que, será una población que no tenderá a solicitar ayuda, temiendo que la solicitud implique subir de peso (Boisvert y Harrell, 2009). Scholt et al. (2010) añadiría la tendencia de la población mayor a verse incomprendida y desatendido por los profesionales, como al mismo tiempo, no identificar recursos adaptados a sus características. Por lo tanto, la atención médica es esencial, empezando por la identificación, la transmisión de confianza, la adecuada intervención y la adaptación de los recursos (Lewis y Cachelin, 2001; Mangweth-Matzek et al., 2014). Además, debe ser la menopausia un índice a tener en cuenta como factor de riesgo (Mangweth-Matzek et al., 2014).

Cabe destacar que la mayoría de las investigaciones que vinculan los TCA a la menopausia exponen como principal limitación la ausencia de estudios longitudinales que verifiquen la evolución del trastorno y de la sintomatología asociada (Marcus, et al., 2007; Cumella y Kelly, 2008; Boisvert y Harrell, 2009; Mangweth-Matzek et al., 2013).

## Referencias

- Ackard, D.M., Richter, S.A., Egan, A.M. y Cronemeyer, C.L. (2014). What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 12–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.002>
- Ackard, D.M., Richter, S., Frisch, M.J., Mangham, D. y Cronemeyer, C.L. (2013). Eating disorder treatment among women forty and older: Increases in prevalence over time and comparisons to young adult patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 175–178. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.014>
- Allaz, A.F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M. y Morabia, A. (1998). Body Weight Preoccupation in Middle-Age and Ageing Women: A General Population Survey. *International Journal of Eat Disorders*, 23(3), 287-94.
- Becker, C.B., Diedrichs, P.C., Jankowski, G. y Werchan, C. (2013). I'm not just fat, I'm old: has the study of body image overlooked "old talk"? *Journal of Eating Disorders*, 1(6). Disponible en: <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/6>
- Boisvert, J.A. y Harrell, W.A. (2009). Ethnic and Age Differences in Eating Disorder Symptomatology Among Albertan Women. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(3), 143-150.
- Cumella, E.J. y Kelly, Z. (2008). Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Journal of Eat Disorders*, 16, 193-203.
- Drobniak, S., Atsiz, S., Ditzen, B., Tuschen-Caffier, B. y Ehlert, U. (2014). Restrained eating and self-esteem in premenopausal and postmenopausal women. *Journal of Eating Disorders*, 2(23). Disponible en: <http://www.jeatdisord.com/content/2/1/23>
- Gadalla, T.M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of Womens Mental Health*, 11, 357–362. DOI 10.1007/s00737-008-0031-8
- Gagne, D.A., et al. (2012). Eating Disorder Symptoms and Weight and Shape Concerns in a Large Web-Based Convenience Sample of Women Ages 50 and Above: Results of the Gender and Body Image (GABI) Study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832–844.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gordon, K.H., Denoma, J.H., Bardone, A.M., Abramson, L.Y. y Joiner, R.E. (2005). Self-competence and the prediction of bulimic symptoms in older women. *Behavior therapy*, 36, 169-175.
- Johnson, C.S. y Bedford, J. (2004). Eating attitudes across age and gender groups: A Canadian study. *Eating and Weight Disorders*, 9(1), 16-23.
- Jones, C.J., Harris, G. y Leung, N. (2006). Core beliefs, recalled parental rearing and eating psychopathology across different age groups. *Eating and Weight Disorders*, 11(2), e75-8.
- Lechuga, J.L., Caro, F.J. y Guerra, M.T. (2000). *Etiología, patogenia y epidemiología*. Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.
- Lewis, D.M. y Cachelin, F.M. (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. *Eating Disorders Journal*, 9, 29–39.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H.K. y Pope, H.G. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 431-435.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H.W., Rupp, C.I., Kemmler, G., Pope, H.G. y Kinzl, J. (2013). The menopausal transition: a possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609-16. Doi: 10.1002/eat.22157.
- Marcus, M.D., Bromberger, J.T., Wei, H.L., Brown, C. y Kravitz, H.M. (2007). Prevalence and Selected Correlates of Eating Disorder Symptoms Among a Multiethnic Community Sample of Midlife Women. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 269–277.
- Scholt, S., Hill, L.S. y Lacey, H. (2010). Eating Disorders in Older Women: Does Late Onset Anorexia Nervosa Exist? *Journal of Eating Disorders*, 43, 393–397.



## CAPÍTULO 95

### La realidad del maltrato familiar a personas mayores

Rosario Castilla Mora y María de las Olas Palma García  
*Universidad de Málaga (España)*

El Maltrato a Personas Mayores (MPM) en el ámbito familiar sigue siendo en la actualidad una realidad con grandes cargas de invisibilidad, a pesar de ser considerada una de las preocupaciones sociales, políticas y profesionales de mayor urgencia y gravedad en los últimos años. Permeable a esta preocupación, también el contexto científico ha comenzado a reconocer al colectivo de mayores como población de riesgo susceptible de recibir malos tratos, interesándose cada vez más por su estudio y análisis (Reay y Browne, 2002).

Las primeras publicaciones sobre el MPM surgen a finales de los años setenta en Gran Bretaña con los trabajos de Baker (1975) y Burston (1975), en los que solo se hace referencia explícita al maltrato físico, producido dentro del contexto familiar y dirigido exclusivamente hacia las mujeres (Bennett y Kingston, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Estudios posteriores empiezan a ampliar el objeto de estudio, aportando nuevas evidencias que no establecen diferencias de género, ni de contexto de ocurrencia o tipología de maltrato, analizando su alcance tanto en el entorno familiar, como institucional o en la comunidad, a partir de comportamientos y actos diferentes a la violencia física aunque igualmente dañinos para la persona mayor (Gordon y Brill, 2001). En concreto, junto al maltrato físico, la mayoría de los autores coinciden en señalar el abuso psicológico, el financiero, el sexual y la negligencia como otros tipos de maltrato (Dong, Simon y Evans, 2012; Pérez-Rojo, 2008). A esta tipología se ha sumado posteriormente el abandono o la violación de derechos (DeLiema, Gassoumi, Homeier y Wilber, 2012; Pérez-Rojo y Chulián, 2013) e incluso la autonegligencia o el autoabandono (Rueda y Martín, 2011). En todas sus formas y contextos, el MPM empieza a acumular experiencia investigadora y teórica suficiente que permite disponer de definiciones consensuadas. El MPM, se considera:

*Toda acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor (Pérez-Rojo, 2008:11).*

Esta definición incorpora en la realidad del maltrato la existencia de un vínculo entre víctima y agresor que genera expectativa de confianza de la primera respecto al segundo. Esta relación de confianza es una condición imprescindible para establecer que una conducta violenta hacia una persona mayor puede ser considerada como conducta de maltrato o trato inadecuado, de forma que incluso pueda ser tenida en cuenta por el Código Penal como agravante a la hora de aplicar una pena (Toledano, 2011). Este contexto de confianza se establece claramente en el ámbito familiar e incluso en el institucional, manteniéndose aun cierta resistencia hacia el reconocimiento del MPM en dichos ámbitos, tanto por parte de los profesionales como de la población en general, al considerar que ambos son lugares de garantías y protección hacia las personas. A pesar de ello, numerosos estudios reflejan que el maltrato a personas mayores se produce de forma mayoritaria en el medio comunitario, más concretamente en el ámbito domiciliario (Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). El MPM en el contexto familiar es una realidad sobre la que se sigue desconociendo su dimensión real, ya que los estudios centrados en este ámbito aportan resultados muy dispares que oscilan entre tasas del 0,8% al 52,6% (Pérez-Rojo y Chulián, 2013; Sancho, et al., 2011). A este respecto, la Organización Mundial de la Salud establece unas cifras de

malos tratos en la comunidad de alrededor del 3%, y de hasta el 25% en personas mayores dependientes (2011).

Junto al contexto en el que se producen los malos tratos, numerosos estudios han evidenciado que éstos no suelen producirse de forma única, sino que en la mayoría de los casos se observan diferentes tipos de maltrato simultáneos hacia la misma persona (DeFour, 2012; DeLiema, Gassoumis, Homeier y Wilber, 2012; Jayawardena y Liao, 2006). Se evidencia a su vez que el MPM aumenta en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo (Castilla y Palma, 2014). Según la International Network for the Prevention of Elder Abuse (2008) más de un 30% de las personas mayores maltratadas experimentan más de un tipo de maltrato a lo largo de su vida. De hecho, cuando se produce un maltrato físico, lo normal es que vaya acompañado de maltrato psicológico o de negligencia activa, lo que ocasiona un gran impacto negativo sobre la salud de las víctimas, al incrementar sus disfunciones y hacerlas más vulnerables, inseguras, estresadas, con pérdida de autoestima y miedos. (Rueda y Martín, 2011). Estas consecuencias se relacionan además con características personales identificadas como perfiles presentes en el MPM, tanto de la víctima como del agresor, que en la mayoría de casos no son el resultado de un único factor de riesgo, sino la consecuencia de la interacción entre diferentes factores. Algunos autores están de acuerdo en que dentro de estos factores de riesgo que pueden conducir al maltrato destacan características de la persona mayor (dependencia, demencia, comportamientos problemáticos), características del cuidador (estrés, carga percibida, ansiedad, sentimientos y actitudes negativas hacia las personas mayores) y características del contexto de la situación (dificultades económicas, historia de maltrato en la familia, hacinamiento en la vivienda) (Pérez-Rojo y Penhale, 2006).

De acuerdo con Bover (2003) el perfil de la persona mayor maltratada responde a una mujer de 75 años con elevada dependencia de cuidados para cubrir sus necesidades básicas, alteraciones de movilidad, deterioro cognitivo e imposibilidad para comunicarse. Estas características suelen presentarse asociadas a situaciones de aislamiento social, en las que existe conflicto intergeneracional y una historia previa de maltrato. En relación a los agresores, diferentes estudios apuntan a que el maltrato suele ser cometido por un familiar cercano a la víctima que asume funciones de cuidador. Dado que la mayoría de cuidadores son mujeres se podría afirmar que el perfil del agresor responde, fundamentalmente, al de una mujer y cuidadora, sin embargo esto no coincide con la realidad, ya que la evidencia empírica ha concluido que las personas que cometen estos abusos son preferentemente hombres (All, 1994; Flórez, Adera y García, 1996; Kosberg, 1998). Además del sexo, los hallazgos publicados hasta el momento respecto a las características del agresor, lo identifican como una persona inexperta en los cuidados, con posibles dificultades económicas y expectativas no realistas respecto a la situación del mayor. Por último, junto a los perfiles de la víctima y agresor, en la detección y abordaje del MPM han de ser también valoradas características del sistema familiar. Según Kosberg (1998), tras la realidad del MPM es frecuente encontrar una situación familiar sin apoyos, cuya vivienda no reúne condiciones adecuadas e incluso puede presentar problemas de hacinamiento, donde existe conflicto marital, problemas intrafamiliares y sin distribución armónica de las responsabilidades, además de problemas económicos e intención de institucionalizar al mayor.

Conocer y atender todos estos factores presentes en el escenario del maltrato familiar a personas mayores es una tarea constante para profesionales y responsables de su protección, de cara a avanzar en la necesaria reducción y detección de estas situaciones. Con la finalidad de contribuir a una mejor explicación y una mayor visibilización de esta realidad, el presente trabajo tiene como objetivo conocer la situación y evolución del MPM en Málaga a lo largo del periodo 2001-2010, determinando los perfiles y factores de riesgo asociados al maltrato.

## Método

### *Participantes*

En el estudio se analizan 259 casos de maltrato a personas mayores detectados por los profesionales de los centros de salud de la ciudad de Málaga durante el periodo 2001-2010. De todos ellos se dispone de informes médicos y sociales en los que se ha emitido valoración profesional relacionada con el maltrato.

### *Instrumentos*

Con los casos detectados se elabora una base de datos a partir de los informes registrados, estableciéndose como variables a observar la fecha y tipo de maltrato, sexo y edad de la víctima y agresor y factores de riesgo asociados a ambos.

### *Procedimiento*

Para la obtención de los datos se solicitó permiso por escrito al Distrito Sanitario indicando el objetivo del estudio y dejando constancia del anonimato en el tratamiento de los mismos. En este sentido, en el análisis de los datos se han cuidado especialmente todos aquellos aspectos que puedan tener implicaciones éticas.

El periodo de tiempo analizado -2001-2010- se ha establecido a partir del año en el que se comienza a recoger información sobre el MPM en los partes médicos y sociales emitidos por los profesionales sociosanitarios.

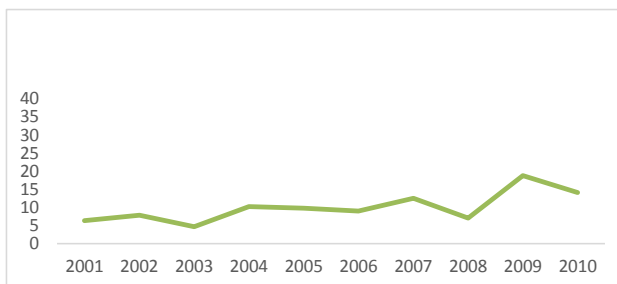
### *Análisis de datos*

Se realiza un análisis de tipo descriptivo en línea con los objetivos del estudio (análisis de frecuencias y evolución a lo largo del periodo observado). Para el análisis de datos se utiliza el paquete estadístico SPSS v.19.

## Resultados

En primer lugar, los resultados obtenidos constatan la evolución al alza producida en la detección de casos de maltrato a personas mayores a lo largo de los diez años analizados, pasando de un 6,3% en el año 2001, al 32,9% de los dos últimos años (ver gráfica 1). Esta tendencia se ha mostrado creciente de forma gradual en todo el periodo, a excepción del año 2008 en el que se produce una convocatoria de traslado y nuevas plazas en el personal de los dispositivos sanitarios, hecho que influye directamente en la capacidad de detección de estas situaciones por parte de los nuevos profesionales.

Figura 1. Evolución del maltrato a personas mayores durante el periodo 2001-2010



Una vez observados los resultados en su evolución en el tiempo, se ha podido establecer un perfil tipo de la víctima y agresor, atendiendo en primer lugar a sus características sociodemográficas. En relación al sexo, las mujeres son preferentemente víctimas (77,6% de los casos) y los hombres, agresores (63,7% sobre el total de quienes agreden).

En cuanto a la edad, la media de mujeres víctimas de malos tratos está en 73 años (M= 73,64; D.T.= 7,34). Observando los resultados por franja o grupo de edad, donde más se producen es en la de 70-74 años con un 30,1%, aunque también es significativo el porcentaje existente a partir de 75 años, que alcanza el valor de 38,2. En esta última etapa, el 8,5% de los casos de maltrato se da en las mujeres mayores de 85 años, quienes se muestran aún más vulnerables por presentar mayores factores de riesgo: enfermedades incapacitantes, necesidad de cuidados, soledad, carencia de apoyo, etc.

En relación al tipo de maltrato producido, los datos reflejan que son los físicos los que alcanzan mayor incidencia (70,7%), seguido a gran distancia del psicológico (15,8%) (ver gráfica 2). Este dato, aun siendo coincidente con la mayoría de la literatura analizada, es necesario contextualizarlo en el dispositivo de salud en el que se recoge, ya que ante un maltrato físico es frecuente acudir a los centros de salud, dado que la víctima presenta una lesión física que ha de ser atendida.

Figura 2. Frecuencia en el tipo de maltrato a personas mayores

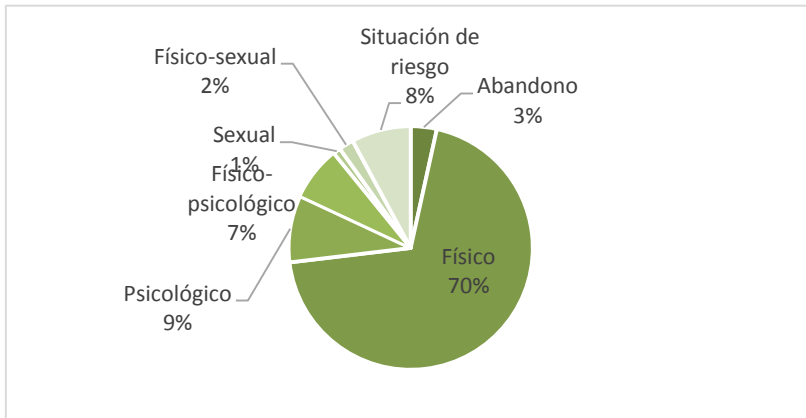
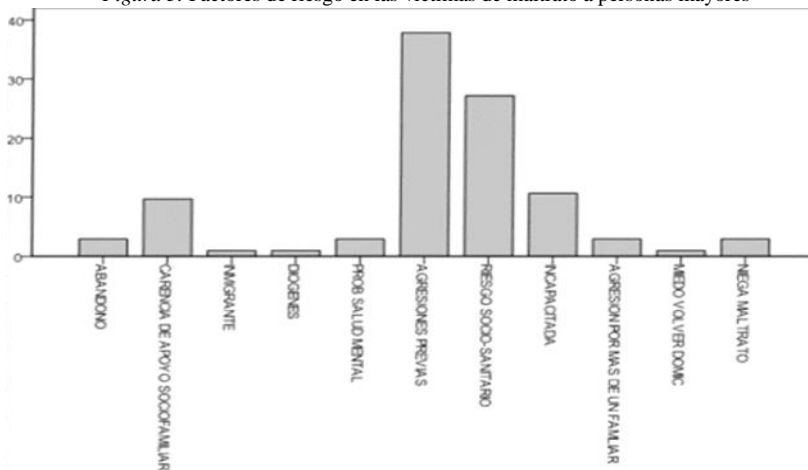


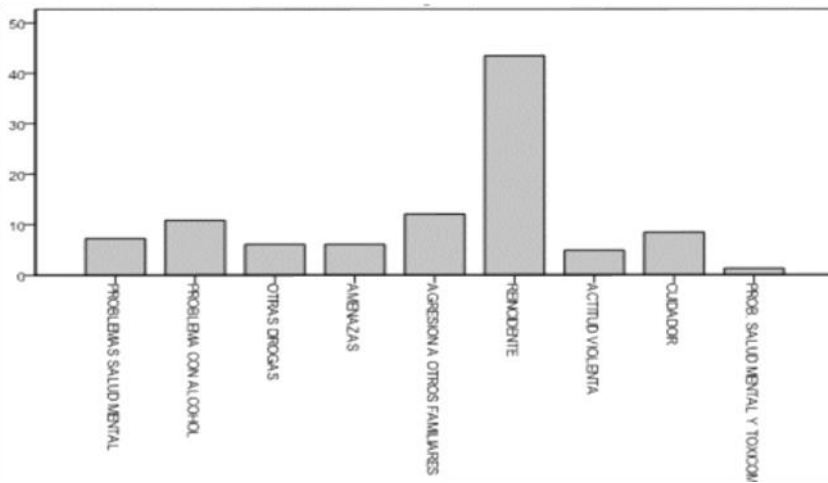
Figura 3. Factores de riesgo en las víctimas de maltrato a personas mayores



Establecido el perfil de víctima y agresor en los casos detectados, y el tipo de maltrato frecuente, se continúa el análisis de los datos identificando aquellos factores de riesgo presentes en esta realidad que han aparecido asociados al maltrato. Entre ellos, en el caso de las víctimas, los resultados han mostrado que en el 37,5% de los episodios se trataba de agresiones repetidas y que además, en el 27,9% de estos casos las víctimas presentaban otros indicadores de riesgo sociosanitarios. En paralelo, tal como se observa en la gráfica 3, el 10,6% de las víctimas estaba incapacitada para las actividades básicas de la vida diaria y el 9,6% tenía carencia de apoyo sociofamiliar.

En relación a los factores de riesgo asociados a la figura del agresor, en los resultados obtenidos encontramos que el 43,4% es reincidente; el 16,8% consume algún tipo de tóxicos fundamentalmente alcohol, 10,8%, y que la agresión se produjo bajo los efectos del mismo; el 12% agrede además a otros familiares; en el 8,4% de los casos es su cuidador principal; el 7,2% tiene problemas de salud mental; amenazan a un 6% de las víctimas; y presentan una actitud violenta el 4,8% de ellos.

Figura 4. Factores de riesgo en los agresores de maltrato a personas mayores



### Discusión

Como resumen derivado de los resultados obtenidos en el presente estudio es posible concluir que el maltrato a personas mayores producido en el ámbito familiar en Málaga a lo largo de los diez años analizados muestra un realidad similar a la ya aportada desde la literatura relacionada. De esta forma, este trabajo contribuye claramente a constatar y ampliar el conocimiento sobre esta situación, lo que se perseguía como objetivo de partida.

En general, la realidad visibilizada en este estudio muestra como víctima del maltrato a personas mayores a una mujer de 73 años de media de edad que sufre agresiones, mayoritariamente físicas por parte de un hombre de su entorno familiar, de su entorno de confianza en el que recibe los cuidados (Lang y Enzenhofer, 2013; Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). Esta situación que además se mantiene a lo largo del tiempo, va generando un espacio de indefensión y mayor vulnerabilidad hacia la mujer mayor víctima de maltrato en la que la dependencia de la figura del cuidador y la carencia de apoyos externos sociofamiliares, juegan un papel fundamental. Nos encontramos ante situaciones de abuso, ocultas en el entorno familiar más próximo que posiblemente siguen sin mostrar su dimensión real (Sancho, et al., 2011). En este sentido, adquiere especial importancia la capacidad de detección y protección que el sistema sanitario puede ofrecer hacia estas víctimas. Dadas sus particularidades de edad y salud, los profesionales de la atención primaria van a tener ocasión de acercarse a esta realidad e interpretar en ella otros indicadores de riesgo sociosanitarios que los resultados de este estudio han evidenciado que conviven con el maltrato. Es posible que a través de ellos, las mujeres mayores que dependiendo de sus



cuidadores puedan estar sufriendo maltrato, encuentren un mecanismo privilegiado, y en ocasiones único, de protección ante su vulnerabilidad (Thobaben, 2012).

En paralelo a la función de protección que los profesionales sociosanitarios pueden desarrollar, a veces como únicos agentes externos capaces de llegar a esta realidad, los datos obtenidos en este estudio apuntan también hacia la necesidad de reforzar la red de apoyo socio-familiar de la que gran parte de las víctimas carecen. Está constatado que el apoyo social ejerce un fuerte impacto positivo en las personas y representa un factor protector en la reducción de la vulnerabilidad de las personas mayores y del riesgo de sufrir maltrato (Melchiorre, et al., 2013). La responsabilidad que recae, por tanto, en los profesionales sociosanitarios de garantizar la detección del maltrato y favorecer la protección hacia las personas mayores en situaciones de riesgo, requiere de mecanismos y espacios de coordinación y formación específica ante esta realidad.

Por último, es necesario señalar las posibles limitaciones metodológicas de este estudio, derivadas de la recogida de datos a través de informes ya elaborados que puede presentar inconvenientes en cuanto a la recopilación de datos del universo total. Estas limitaciones deben de ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones.

## Referencias

- All, A. (1994). A literature review: assessment and intervention in elder abuse. *Journal Gerontological Nursing*, 25-32.
- Baker, A. A. (1975). Granny Battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24.
- Bennett, G., y Kingston, P. (1993). *Elder Abuse: concepts, theories and interventions*. London: Chapman & Hall.
- Bover, A., Moreno, M.L., Mota, S., y Taltavull, J.M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Revista Atención Primaria*, 32(9), 541-553.
- Burston, G. G. (1975). Granny bashing. *British Medical Journal*, 6, 592.
- Castilla, R. y Palma, M.O. (2014). El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). *Trabajo Social Global. Investigaciones en intervención social*, 4(7), 20-35.
- DeFour, D.C. (2012). The Test of a Civilization Is the Way that It Cares for Its Helpless Members: Violence Against Older Women. *Women & Therapy*, 35, 248-260.
- DeLiema, M., Gassoumis, Z., Homeier, D., y Wilber, K. (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promoters: Lowincome immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (7), 1333-1339.
- Dong, X., Simon, M. y Evans, D. (2012). Decline in Physical Function and Risk of Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. *JAGS*, 60(10), 1922-1928.
- Flórez, J., Adera, J. y García, M. (1996). Malos tratos a los ancianos. *Med. Integral*, 28, 137-42.
- Gordon, R.M., y Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- INPEA-AGE (2008). World Elder Abuse Awareness Day 15 June 2008 Retrieved from [http://www.ageplatform.org/EN/IMG/pdf\\_Press\\_Release\\_Elder\\_AbuseAwarenessDay.pdf](http://www.ageplatform.org/EN/IMG/pdf_Press_Release_Elder_AbuseAwarenessDay.pdf)
- Jayawardena, K.M. y Liao, S. (2006). Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.
- Kosberg, J. (1998). Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, 43-92.
- Lang, G., y Enzenhofer, E. (2013). Quality of life of older women with dependency and abuse experience. *Z Gerontol Geriatr*, 46(1), 27-34. doi: 10.1007/s00391-012-0318-2.
- Melchiorre, M.G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., Loannidi-Kapolou, E., Barros, H., Macassa, G., Soares, J. (2013) *Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries*. *PLOS ONE* 8 (1). doi: 10.1371/journal.pone.0054856.
- Oh, J., Kim, H.S., Martins, D., y Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- Organización Mundial Salud (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: OMS.
- Papadopoulos, A., y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.

- Perez-Rojo, G. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 105-117.
- Pérez-Rojo, G. y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127-167.
- Perez-Rojo, G. y Penhale, B. (2006). Maltrato de las personas mayores: situación actual en el Reino Unido. *Española de Geriatria y Gerontología*, 41(5), 289-96.
- Reay, A. M. y Browne, K. D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(4), 416-431.
- Rueda, J. y Martín, F.J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas, Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-33.
- Sancho, M., Pérez-Rojo, G., Barrio, E., Yanguas, J.J., e Izal, M. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Donostia- San Sebastián: Gobierno Vasco.
- Thobaben, M. (2012). Elder Abuse Is a Crime That Home Health Nurses Can Help Prevent From Occurring. *Home Health Care Management & Practice* 24(2), 107-109.
- Toledano, L. (2011). Ancianos maltratados, ancianos que maltratan. Abuso, negligencia, “mobbing” y otras formas “normales” de maltrato. *TSNova*, 61-72.



## CAPÍTULO 96

### Tratamiento de enfermería ante el Síndrome Confusional Agudo: Pacientes y cuidadores

Cristina Hernández Guerrero, Alda Aguilera Gázquez, y Lidia García Ruiz  
*Diplomadas Universitarias en Enfermería (España)*

El síndrome confusional agudo o SCA, está muy presente en las patologías de las personas de la tercera o cuarta edad, tanto es así que se considera un síndrome geriátrico (González y Carrasco, 2008). La incidencia y la prevalencia del SCA van aumentando a medida que la edad avanza, llegando a ser muy común en edades mayores a 75 años y siendo difícil pero no imposible encontrarlos este síndrome a la edades anteriores a los 60 años (Lázaro y Ribera, 2009).

Esta entidad la podemos encontrar en cualquier medio asistencial, pero con mayor frecuencia en pacientes que están ingresados en el hospital, con incidencias del 15-20%. Cuando aparece el síndrome aumentan el riesgo de mortalidad además de influir directamente en la morbilidad de los afectados (Martínez, Alonso, Ripa y Sánchez, 2012).

Muchas son los factores que implican que aparezca, y coexiste con otras enfermedades de origen orgánico o mental por lo que también se puede definir como un síntoma que podría aparecer derivado de muchas situaciones patológicas en edades avanzadas. Es una entidad que en la mayoría de los casos pasa desapercibida, ya que hasta hace poco tiempo no se atendía fuera del campo psiquiátrico (López, 2010).

El término más utilizado para nombrarlo, a pesar de que existen más de 20 definiciones diferentes, es el delirium. Podríamos hablar de él refiriéndonos a un síndrome orgánico y cerebral, multicausal y que tiene como características la alteración en la percepción, pensamiento, memoria ciclo de vigilia-sueño o conducta psicomotriz siendo la relevante el deterioro de la consciencia (García, 2012; Álvarez, 2008).

Es complicado diagnosticar el SCA, confundiendo su clínica con otras patologías como por ejemplo las demencias (Marín, 2008). Una buena diferenciación y detección de la causa por parte de los profesionales de la salud será clave para iniciar un tratamiento efectivo y hacer de este proceso un proceso reversible en el menor tiempo posible (Maside, 2012).

La prevención es el mejor método para controlar este síndrome pero una vez ya instaurado se utilizará un tratamiento individualizado que contemple a la familia (Moreno, 2013), y que combine tanto métodos farmacológicos como terapias psicológicas destinadas no solo a corregir la sintomatología sino enfocada a erradicar la causa que lo desencadena (Carrera, 2014).

#### Objetivo

El objetivo principal de este estudio es analizar este síndrome y describir las actuaciones sanitarias pertinentes para la atención del paciente y de la familia.

#### Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en las bases de datos, Cuiden, Dialnet, Scielo y Cochrane. Las palabras claves utilizadas fueron, síndrome confusional agudo, delirium, tercera edad y mayor.

El intervalo de búsqueda ha sido desde 2002 hasta el 2015, revisándose 72 artículos de revistas de los cuales hemos seleccionado 17 por ser los estudios más actuales sobre el tema y que reflejan los aspectos que queremos destacar con esta revisión. Han sido elegidos también por la afinidad con el tema que hemos tratado. En algunos de ellos hemos encontrado información que hemos podido contrastar correctamente en nuestro lugar de trabajo.

### **Estado de la cuestión**

#### *¿En qué consiste el síndrome confusional agudo?*

El síndrome confusional Agudo es una entidad con comienzo brusco que altera las funciones mentales superiores afectando al área cognitiva. Estas pueden ser alteración en la atención y en la consciencia, siendo las más características de este proceso, trastornos del ritmo vigilia-sueño, pérdidas reversibles de memoria, desorientación, deterioro en el lenguaje y la movilidad y presencia de delirios y alucinaciones (García, 2012).

Toda esta sintomatología tiene características psiquiátricas pueden ser causas de patologías físico orgánicas de base, con curso fluctuante, alternándose períodos de mejoría con otros de estancamiento o agravamiento incluso en períodos muy estrechos en un mismo día (López, 2010).

Corresponde a la lista de los síndromes geriátricos dada su prevalencia en este grupo de edad y puede presentarse con hiperreactividad, hipoactivos o mixto. El hiperactivo se caracteriza por estado de alerta, con alucinaciones, agresividad y agitación, mientras que en el hipoactivo hay una tendencia al sueño al decaimiento y a la apatía (García, 2012).

#### *Etiopatogenia*

Es un síndrome multifactorial en el que varias son las causas que pueden dar lugar a que aparezca. Como factores de riesgo se destaca la edad avanzada, la existencia de deterioro cognitivo previo, abuso crónico de sustancias tóxicas, los factores psicosociales y la hospitalización (Boettger, Breitbart y Jenewein, 2014).

La edad avanzada es un factor de riesgo dada la serie de cambios biofisiológicos y sociales que se produce en esta etapa que hace sobre todo al anciano frágil susceptible ante este síndrome y los pacientes con polifarmacia pues muchos de los fármacos pautados para diversas patologías como los antidepresivos, antiarrítmicos, anticolinérgicos entre otros, son propensos a desarrollarlo (Lázaro y Ribera, 2009).

Los tóxicos inducen a una predisposición al desarrollo del delirium siendo el alcohol, la heroína, la cocaína, las drogas opiáceas, etc. factores desencadenante incluso en edades precoces como en jóvenes consumidores habituales de drogas ya sean legales o ilegales (Ruiz, 2007).

La hospitalización es un factor estresante en toda su magnitud pues afecta en la monotonía e la vida de la persona surgiendo cambios de tipo psicosociales pues se altera el ritmo del sueño, se pierden las rutinas diarias estando sujetas a las propias del hospital como las horas de comer entre otras, se pierde parte de la movilidad por el simple hecho de estar hospitalizado, las pertenencias personales se restringen, se puede producir ansiedad en el por la necesidad de que los familiares y los profesionales estén pendientes del paciente en aquellos pacientes de personalidad dependientes que se pueden llegar a sentir una carga y la preocupación por la propia patología (Rizzi, Torus, López, Puig y Ruiz, 2012). Otros factores psicológicos y sociales que influyen es el apoyo de los familiares que si es escaso influirá negativamente, la tendencia a la apatía y a la depresión e incluso la falta de recursos para afrontar ciertas realidades (Ruiz, 2007).

Todos los anteriores unidos a la presencia de daño cerebral, antecedentes de síndrome confusional agudo, patología neurológica, metabólica, endocrinas y patología cardiopulmonar sin olvidar a las infecciones, y tanto las hipotermias como las hipertermias son las causas más importantes a tener en cuenta para que aparezca (Gómez, Biongus, Hernaut y Pérez, 2013).

#### *Diferencias con otras entidades diagnósticas*

Es muy frecuente confundir esta entidad sobre todo con algún tipo de demencia, pero tampoco es extraño confundirla con los trastornos psicóticos o con la afasia sensitiva, por ello vamos a reflejar las diferencias a continuación para que las tengamos en cuenta cuando tengamos dudas frente a que síndrome/patología nos enfrentamos.

En primer lugar como ya hemos comentado anteriormente el Delirium comienza repentinamente con, curso oscilante, existe siempre una disminución de la conciencia y dificultad para la atención, las funciones cognitivas están generalmente alteradas y los ritmos de sueño suele estar transpuestos existiendo somnolencia durante el día y vigilia por la noche. Cursa con alucinaciones siendo las más típicas las zoopsias y es muy frecuente los movimientos repetitivos. Suele durar poco, no siendo frecuente que dure más de algunos meses, y tras sufrir el padecimiento normalmente todas las áreas alteradas vuelven a los estados iniciales del paciente, lo que quiere decir que suele ser un proceso reversible (Álvarez, 2008).

En cambio en la demencia tiene un comienzo progresivo y lento, con una evolución estable hacia el agravamiento de los síntomas. La conciencia y la atención suelen mantenerse hasta estadios muy avanzados de la enfermedad, no suele tener alteraciones en la percepción pero si se altera los procesos cognitivos como la orientación, la memoria o el lenguaje siendo esta afectación como hemos comentado progresiva de síntomas más leves a verdaderas repercusiones que crean la dependencia absoluta. Suele ser un proceso irreversible. Especialmente nos podemos confundir con las demencias de tipo vascular pues estas cursan con una instauración brusca y repentina o la demencia por cuerpos de Lewy que produce fluctuaciones del estado mental (Marín, 2008).

Los brotes psicóticos o psicosis funcional aguda se diferencian en cuanto a que la conciencia está intacta y el lenguaje también, presentando una orientación clara pero una clara alteraciones en el pensamiento, y sin movimientos estereotipados. Evolución estable y una duración variable. Como similitudes, citar el comienzo brusco y fluctuante y la presencia de alteraciones en la percepción siendo es estos casos las alucinaciones auditivas las más frecuentes (Alonso, González y Gaviria, 2012).

En las afasias sensitivas los pacientes, debido a una lesión en el área cerebral Wernicke, no comprenden el lenguaje por lo tanto no pueden realizar las ordenes. Cometan errores al hablar y anosognosia. Utilizan frases largas con neologismos y parafasias sin ningún significado. Por lo tanto estos se comportan de manera agitada hablando mucho, con alteraciones en el lenguaje, y sin estar orientados en persona rasgo que en el síndrome confusional agudo esta conservado la orientación personal. El curso y la evolución dependen de la gravedad de las lesiones igual que su comienzo (García, 2012; Cabedo, 2009).

#### *Diagnóstico de este síndrome*

Para hacer un diagnóstico correcto de este síndrome y evidenciar la causa que está produciendo este fenómeno se debe realizar una anamnesis correcta que incluya la exploración física y el uso de las pruebas complementarias oportunas (Sánchez, Baquero y Vílchez, 2007).

Enfermería colaborará con el facultativo en el diagnóstico de este recogiendo información de las necesidades básicas del individuo en la valoración enfermera, realizando las técnicas de valoración física que estén dentro de sus competencias como la toma de constantes y realizando o colaborando en la recogida de muestras y en la realización de las pruebas que sean necesarias.

En la recogida de información para una correcta anamnesis se tomaran de referencia tanto los datos expuestos por la persona afectada como los de las personas de referencia que se encuentre en el entorno del paciente. Para evitar confrontaciones y conflictos las entrevistas se realizarán de manera ordenada primero recogiendo los datos de los familiares y después los del paciente (si fuera posible) o viceversa. Debemos evitar que unos influyan en las respuestas de otros.

Las constantes vitales son las que nos dan una visión de cómo se encuentra nuestro organismo, por lo tanto para conocer la causa orgánica que está produciendo el delirium, debemos realizar su comprobación además de evaluar las funciones neurológicas y cognitivas, prestando especial atención en la conciencia y la atención por ser la característica más relevante de este síndrome.

Para ayudarnos a buscar la causa normalmente se realizará un analítica general de sangre y orina, una radiografía de tórax y una electrocardiograma como exploraciones básicas, tras los indicios encontrados

de que se deben a una causa concreta se realizarán las pruebas necesarias para la confirmación del daño fisiopatológico para poder tras su confirmación poder iniciar un tratamiento dirigido a la causa y así resolver con mayor rapidez este cuadro.

Existen escalas que nos ayudaran a diagnosticar el SCA, entre las que se pueden resaltar Clínica Assessment of Confusión-A, Confusión Rating, Delirium Symptom Interview, NEECHAM Confusión, Confusional Assessment Method (CAM), Delirium Rating, Organic Brain Síndrome (Bulbena, 1996; Carrera, 2013).

#### *Tratamiento al paciente*

El tratamiento al paciente debe estar enfocado tanto a la causa como a corregir y paliar los signos y síntomas que se derivan del propio delirium. Para llevarlo a cabo se realiza una combinación de un tratamiento farmacológico y no farmacológico en el que enfermería está muy implicada por ser la que administra los fármacos correspondientes y la que a través de sus cuidados inducen a la recuperación del estado de independencia que tenía previamente a este suceso (Carrera, 2014).

En el tratamiento farmacológico para el control de los síntomas destaca el uso de los antipsicóticos típicos y atípicos que parece que frenan los síntomas en el síndrome confusional agudo hiperactivo y mejora la cognición en cualquiera de los tipos. Por tener menos efectos indeseables se prefieren los neurolepticos atípicos como la olanzapina o la risperidona pero aún se sigue utilizando el haloperidol a baja dosis en cuanto a los típicos. Debemos buscar la etiología y dependiendo de esta instaurar los fármacos adecuados, destacando que cuando se debe al consumo crónico de sustancias depresoras del sistema nervioso central o específicamente del consumo de alcohol el lorazepam, benzodiazepina, es la mejor opción (Martínez, Petidier y Casas, 2012).

En el tratamiento no farmacológico (Cachón, Álvarez y Palacios, 2014; Carretero, 2002) que se le dará a las personas con un síndrome confusional agudo viene dado por intervenciones físicas, en las que se debe cuidar la hidratación del paciente, en el caso de un déficit vitamínico de hipoalbuminemia, se le indicara nutrición, además de un suplemento de oxígeno si presenta hipoxia.

Hablaremos de una restricción física, en el único caso en el que peligre la vida del individuo, tenga actuaciones agresivas o impidan el manejo terapéutico. En la medida de lo posible ofreceremos unas condiciones óptimas que ayuden a su orden, evitando el síndrome, como pueden ser una habitación iluminada, clara por el día y con luz por la noche, no se debe aislar, será conveniente que este a la vista para poder controlarlo mejor, no tendrá un compañero en su misma situación al lado, que mantenga una persona acompañando permanentemente, debemos tener cuidado con los estímulos ambientales y dosificarlos poco a poco. Al mismo tiempo existirá una intervención cognitiva, en la que el paciente empezara a reubicarse en tiempo y espacio, para ello se le pondrán calendarios o relojes para que sepa el tiempo en el que vivimos y ayude a su mejora. Se le harán preguntas intentando activar su memoria, haciéndole saber dónde nos encontramos o preguntándole al mismo si lo sabe.

A grandes rasgos los que se hará será dar facilidades para comunicarse con claridad y concisión, le recordaremos el día, lugar y hora, además de recordarle quien son los familiares más importantes y que la persona los reconozca, cerca del paciente pondremos objetos que sean familiares, y se evitara que cambie mucho. Utilizaremos medios audiovisuales para entretener y mantener el contacto con la sociedad. Se retiraran objetos innecesarios, facilitaremos el descanso proporcionando una habitación individual, ayudando a descansar y evitar estimulaciones. No utilizar un lenguaje técnico delante del paciente ya que le llevara a ideas delirantes o paranoides. Controlar la iluminación del dormitorio así como el exceso de ruidos y temperatura adecuados. Mantendremos la autonomía en la medida de lo posible. En el caso de déficits sensoriales haremos de ellos una facilidad. Con paciencia daremos al paciente la oportunidad de autocuidado y participación en el tratamiento. Debemos incitar a la deambulación o constantes cambios posturales.

### *Atención a la familia*

La familia también es un foco de atención constante en la intervención del síndrome confusional, sobretodo la figura del cuidador principal. Primero porque enfermería no solo está destinada a cuidar a las personas con enfermedades sino a la comunidad en general y segundo porque el cuidador nos puede ayudar en nuestra labor para una mayor rapidez, eficacia y eficiencia, en la recuperación del paciente, debemos atender las necesidades de este.

El comienzo brusco y las fluctuaciones en los síntomas hacen que los familiares se sientan desconcertados ante la situación que se les ha presentado. Que el mayor sea dependiente en su vida diaria y de repente necesite a un cuidador a su lado también genera desconcierto en la familia. Por todo ello ante cualquier paciente con síndrome confusional agudo, al igual que ante cualquier patología, los profesionales sanitarios debemos informar sobre en qué consiste el síndrome y los rasgos más característicos de este, de una manera clara y con un lenguaje accesible al receptor de la información. Es importante asegurarnos de que han comprendido la situación y ponernos a su disposición ante cualquier duda que les pudiera surgir (Moreno, 2013).

Enfermería por su parte informará de las alteraciones de las necesidades básicas del individuo e incluirá al cuidador principal en los planes de cuidados elaborados para la resolución de los diagnósticos de enfermería identificados. Tanto si el síndrome es a nivel de atención primaria como si es en especializada, debemos instruir a la familia en los cuidados dando relevancia tanto a los actos que pueden ser beneficiosos para el paciente como los que perjudicarían en la evolución favorable de este (Carretero, 2002).

Otro punto es el apoyo, debemos apoyar a la familia y favorecer la expresión de síntomas ayudándoles al afrontamiento de la situación e identificando el proceso a nivel biopsicosocial por si necesitan estos la atención de otros profesionales como a los trabajadores sociales, a los psicólogos, médicos o cualquier profesional que se requiera (Moreno, 2013).

### **Conclusiones**

Tras una larga revisión bibliográfica, sabemos que el síndrome confusional agudo, es una entidad muy antigua, denominada de diversas formas, pero la más común es el delirium. Las causas que generan este síndrome son múltiples pudiendo llegar a confundirla con otras patologías psiquiátricas y/o síntomas orgánicos. Con la enfermedad que existe mayor desconcierto son las demencias, pero debemos tener en cuenta que estas son de comienzo lento y progresivo, sin alteraciones de la conciencia hasta estadios finales. Aunque las demencias vasculares y las de cuerpos de Lewy provocan una fluctuación de estos síntomas y se instaura de manera brusca. La reversibilidad del síndrome confusional agudo y el deterioro de la conciencia como ya hemos comentado, serían los puntos clave para distinguirlas.

Lo más complicado será identificarlo a tiempo, para ello se utilizara una anamnesis exhaustiva contando con la ayuda de escalas mencionadas. Además se llevara a cabo una exploración física y pruebas complementarias. No identificando que estamos ante un delirium, sino adentrándonos en la causa que lo pone de manifiesto.

El tratamiento tiene que ir destinado tanto a la causa como a los síntomas de este trastorno, utilizando medios farmacológicos y no farmacológicos, donde el equipo multidisciplinar según sus competencias actuara de una manera u otra. En el caso de enfermería se encargara de los tratamientos colaborativos con el personal facultativo, además de poseer sus intervenciones independientes referentes al área del cuidado, con actividades dirigidas tanto al mantenimiento de la vida en situaciones en las que está este comprometida, como a mejorar la independencia y la cognición del paciente.

El cuidador principal requiere una atención individualizada, puesto que los cambios en él también serán influyentes para la mejora de la persona, no solo por el sufrimiento del mismo, que tendremos muy presente, sino que nos servirá como recurso para el sistema sanitario, contribuyendo a minimizar los



costes, ya que nos servirá como cuidador y al mejorar la calidad de vida de este, consumirá menos recursos sanitarios especializados.

No existen estudios, como en las personas con demencias, en las que las técnicas o terapias alternativas sean un recurso para el tratamiento del síndrome confusional agudo. Quizás sea debido a que en la mayoría de los casos se presenta en los hospitales, pero creemos que sería de gran ayuda incorporar algunas de ellas, en todos los niveles asistenciales. Estas podrían ser aromaterapia, cromoterapia, risoterapia, musicoterapia... pero en nuestra opinión podríamos recurrir además a las nuevas tecnologías, que nos serían muy útiles en esta patología. Las podríamos utilizar como herramienta para acercar al individuo a la sociedad y a relacionarse con la misma. La utilización de programas informáticos destinados a la mejora cognitiva nos harían el camino más fácil.

## Referencias

- Alonso, Z., González, M.A. y Gaviria, M. (2012). El delirium: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 247-259.
- Álvarez, B. (2008). Delirium, un gran síndrome. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(3), 1-3.
- Balbena, A. (1996). Escalas en delirium y orientación: Adaptación al castellano del Delirium Rating Scale y de la orientación Scale. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6(4), 245-253.
- Boettger, S., Breitbart, W. y Jenewein, J. (2014). Delirium and Functionality: the impact of delirium on the level of functioning. *European Journal of Psychiatry*, 28(2), 86-95.
- Cabedo, A. (2009). Sobre algunos factores prosódicos en el paciente con afasia de Wernicke. *Phonica*, 5, 30.
- Cachón, J.M., Álvarez, C. y 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.
- Carrera, C. (2014). Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros abuelos. *Enfermería Global*, 13(1), 407-423.
- Carrera, C. (2013). Escalas diagnosticas en el reconocimiento del delirium en el paciente crítico. *Metas de Enfermería*, 16(8), 2.
- Carretero, M. (2002). Plan de cuidados: síndrome confusional agudo. *Gerontokomos*, 13(4), 178-184.
- García, M.J. (2012). Síndrome confusional agudo. *Cuadernos de Atención Primaria*, 18(1), 303-305.
- Gómez, T., Biongus, L.S, Hernaut, L. y Pérez, J.L. (2013). Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(2), 95-96.
- González, M. y Carrasco, M. (2008). Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(3), 38-41.
- Lázaro, M. y Ribera, M.J. (2009). Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*, 1(4), 209-221.
- López, M. (2010). Cuadro Confusional agudo o delirium. *Enfermería Integral*, 91, 37.
- Marín, J.M. (2008). Delirium y demencias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(3), 42-46.
- Martínez, N.I., Alonso, C., Ripa, C. y Sánchez, R. (2012). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cirugía Española*, 90(2), 75-84.
- Martínez, N.I., Petidier, R. y Casas A. (2012). Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Clínica*, 138(2), 78-84.
- Maside, B. (2012). Delirium en ancianos. *Agathos*, 1, 50-59.
- Moreno, A. (2013). Dos miradas diferentes frente al delirium en el hospital: cuidadora familiar e inmigrante. *Index de Enfermería*, 22(3), 127-131.
- Rizzi, M.A., Torus, O.M., López, G., Puig, M. y Ruiz, D. (2012). Delirium en los pacientes atendidos por insuficiencia cardiaca descompensada en urgencias: características clínicas y evolución. *Emergencias*, 24(4), 283-288.
- Ruiz, D. (2007). Pronostico del síndrome confusional agudo en ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 17(2), 89-94.
- Sánchez, J.C., Baquero, M., Vilchez, J.J. (2007). Síndrome confusional agudo: Manejo diagnóstico y terapéutico. *Medicine*, 77(9), 4969-4973.

## CAPÍTULO 97

### Las fobias y los miedos en la edad avanzada

Alda Aguilera Gázquez, Cristina Hernández Guerrero, y Lidia García Ruiz  
*Diplomadas Universitarias en Enfermería (España)*

Para la realización de esta revisión en primer lugar deberemos definir y distinguir entre fobias y miedos.

Hablamos de fobia cuando nos referimos a situaciones en las que desarrollamos un miedo intenso que normalmente es evitado, en situaciones distintas anticipadamente y que no justifican estas respuestas. En ocasiones, cuando no se puede evitar el estímulo, lo que provoca en el sujeto es una gran ansiedad. Algunos lugares, objetos, personas o incluso sensaciones son las que nos provocan el estímulo que nos hace desarrollar una fobia, por lo que podemos decir que estas son concretas y con una causa determinada (Pérez, 2009; Benaiges, 2013).

En cambio el miedo no lo podemos definir por la grandeza que tiene el peligro, sino por la situación de cada persona y su comportamiento ante el mismo. Es una emoción que pone en estado de alerta al individuo que es capaz de percibir que su miedo es racional o irracional (Moscone, 2012).

Los miedos afectan a toda la población, todo el mundo tiene la sensación de que le atormenta o inquieta algo creando directamente estas definiciones anteriormente descritas. En cambio las fobias son menos prevalentes y además más difícil de estimar por la ausencia de estos pacientes en las consultas.

En el caso de las personas mayores los cambios no patológicos que suponen el envejecer llevan a verdaderos temores que pueden llegar a convertirse en fobias y/o llegar a ser disfuncionales repercutiendo a su vez en el mayor negativamente pues se hacen personas más susceptibles y como consecuencia aumenta el riesgo de que el temor se convierta en una situación real. Los miedos más frecuentes son el miedo a las caídas, a la soledad, a la dependencia y a la muerte (Cabrera y Montorio, 2009).

Los miedos estéticos son también muy prevalentes, normalmente son anteriores o coinciden con los primeros síntomas de envejecimiento físico-estético, y por ello también debemos tenerlo en cuenta (Sarabia, 2012; Sánchez y Monchietti, 2013).

La detección de esta realidad es complicada debido a las presentaciones atípicas de estas alteraciones unidas a la falta de expresión sobre los miedos que normalmente tienen los mayores. Todo esto hace que los sanitarios tengamos que estar muy atentos y nos obliga a tener conocimientos para poder identificar esta problemática (Franco y Antequera, 2009).

Estas fobias y miedos en el geronte afectan tanto a la dimensión física como a la psicosocial del mayor, deteriorando su calidad de vida incluso siendo factor que influye en el fallecimiento (Franco y Antequera, 2009).

En esta revisión también se hablara sobre el tratamiento más adecuado para estos síntomas, destacando la importancia de la terapia cognitivo conductual, y su combinación con otras terapias psicológicas e incluso farmacológicas (Pérez, 2009; Castro y Fernández, 2010).

#### **Objetivo**

El objetivo principal de este estudio es describir las fobias y miedos más comunes para hacer más fácil la detección precoz en este rango de edad se dará a conocer además el tratamiento integral de las fobias y miedos de manera multidisciplinar.

## **Metodología**

La búsqueda bibliográfica que se ha realizado para este trabajo ha sido en las siguientes bases de datos, Cuiden, Dialnet, Scielo y Cochrane. Las palabras claves utilizadas fueron, fobias, miedos, edad avanzada.

El intervalo de búsqueda temporal ha sido desde 2002 hasta el 2015. La bibliografía elegida, en nuestro caso fueron mayoritariamente, artículos de revistas científicas. En primer lugar encontramos un resultado de 47 artículos, de los cuales elegimos 16 puesto que eran los más acordes a fin de nuestro estudio, diferenciando artículos generales de trastornos de la ansiedad, miedos y fobias, y otros más específicos de las características de las personas mayores. También nos decantamos por esta selección ya que son las últimas investigaciones referentes a nuestro tema.

## **Estado de la cuestión**

*Fobias/miedos más relevantes en el envejecimiento.*

### -Miedos estéticos:

No hay estudios que hablen del miedo a envejecer estéticamente como tal, pero si muestran la preocupación de las personas por este hecho. Los cambios sociales han contribuido a modificar la visión del mayor pasando de ser una fuente de sabiduría a no ser tan tenido en cuenta y a la vez a situarlo como feo considerando solo bonito a la juventud. Estos cambios llevan a que cada vez se tenga más miedo al envejecimiento estético desde edades muy precoces de la adultez. El apareamiento en el rostro de arrugas, las llamadas comúnmente canas, e incluso la alopecia en el hombre causan estrés y ansiedad incluso antes de su representación, y se magnifican estos síntomas justo al aparecer las primeras. Como soluciones cada vez es más común recurrir a la medicina estética para paliar los efectos fisiológico/estéticos del envejecimiento y a la vez frenar los efectos psíquicos pero estos tratamientos suelen ser agresivos y costosos e inducen a un riesgo, por lo que muchas personas no pueden o quieren recurrir a estos (Sarabia, 2012). Por todo ello debemos ayudar a las personas con miedo a envejecer estéticamente a afrontar esos cambios fisiológicos y evitar que baje su autoestima, incidiendo en que no deben avergonzarse de sus cambios y modificando todos los miedos erróneos y dejando que exprese todo los sentimientos que les produce envejecer estéticamente sin banalizar estos (Sánchez y Monchietti, 2013).

### - Miedo a las caídas:

Los cambios fisiológicos en el envejecimiento y/o las patologías que alteren tanto la movilidad, al equilibrio y a los órganos de los sentidos, sobretodo vista y audición, las reacciones adversas de los fármacos y la patología mental conllevan a que el mayor se sienta inseguro en su medio. Esto unido a que es conocido por toda la sociedad de que en el envejecimiento haya una prevalencia alta de las caídas y que sus consecuencias sean de mayor gravedad, induce que el mayor tema a esta posible realidad. Se sabe que incluso un 30% de los mayores que nunca han sufrido traumatismos por caídas tienen miedo a este suceso y este se acentúa si ya ha existido una caída previa. Como consecuencia de este miedo puede surgir un deterioro de la movilidad física por limitación propia de la persona que aunque tenga facultades para seguir una movilidad normal no lo realiza por el temor, déficit de actividades y de autocuidados por el mismo motivo anterior, ansiedad, insomnio, aislamiento social e incluso aumento del riesgo a caerse (Alcalde, 2010). La sintomatología indicada anteriormente aumenta la probabilidad de ingresos precoces en centros residenciales, inducen a una pérdida real de la capacidad funcional, genera menores niveles de calidad de vida en el mayor e incluso aumenta el riesgo de fallecimiento dado que como hemos comentado hay un riesgo mayor a caerse y las caídas son unas de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Las mujeres mayores de 75 años, que viven solas y con menor nivel cultural y socioeconómico parecen ser la que tienen tanto más riesgo de caídas como un mayor miedo a las mismas (Parraga, Navarro, Pretel, Denia, EliceGUI y López, 2010).

-Miedo a la soledad:

Los seres humanos somos de naturaleza social y por lo tanto necesitamos constantemente la interacción con otras personas para sentirnos bien. La soledad es un sentimiento desagradable, que causa desesperación, angustia, tristeza e incluso ansiedad, tal es que muchas personas sin diferencias de sexo y edad les aterra poder llegar a percibir la soledad (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2013).

El envejecimiento se caracteriza por ser una etapa en la que hay un conjunto de pérdidas, se pierde el trabajo a causa jubilación, algunas facultades físicas se deterioran por los propios cambios en sí, hay una tendencia a perderse las amistades o incluso a la pareja. Estas situaciones unidas a que el resto de la familia lleva una vida ajetreada, dada la nueva sociedad, hacen que el mayor pueda llegar a sentirse solo. Todo ello hace que el mayor, conocedor de estas circunstancias tenga miedo a la soledad (Puig, Lluch y Rodríguez, 2009).

-Miedo a la dependencia:

Suele haber una creencia errónea al pensar que toda persona una vez tras la jubilación va adquiriendo dependencia para las tareas de la vida diaria, error que cada vez es más evidente en los estudios científicos que demuestran que se puede llegar a edades muy avanzadas con una buena calidad de vida y absoluta independencia. Este mito hace que las personas mayores independientes se planteen que cada año que cumplen más posibilidades hay que dejen de tener todas las facultades perfectamente intactas y empiecen a necesitar ayuda de los demás. Este hecho se acentúa aún más cuando el mayor posee una patología (Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007). Dejar de hacer la cosas por ti mismo y más aún cuando afectan a la esfera íntima es desagradable y genera sentimientos negativos que unidos a sentirse que son una carga termina en frustración. Todas estas creencias hacen que los mayores se sientan aterrados por perder su independencia (Curcio, Corriveau y Beaulieu, 2011).

-Miedo a la muerte:

La muerte es un tema tabú en nuestra sociedad con carácter cultural y religioso propio, pues dependiendo de estas tendremos un concepto de muerte u otro muy distinto. Socialmente entendemos que el ciclo vital del individuo comienza con el nacimiento y acaba en la muerte, y entendemos que a medida que vamos cumpliendo años estamos más cerca de la muerte, siendo incompresible que los más jóvenes mueran, aunque sucede, y situando a la etapa del envejecimiento como la más cercana a este proceso.

Estar más cercano al proceso de la muerte, además de padecer enfermedades de gran gravedad, poseer ya los cuidados paliativos, presenciar el fallecimiento de la gente de su entorno de la misma edad, etc., hacen que los mayores comiencen a plantearse el este tema sobre todo en silencio (Gómez, 2007). En la mayoría de los mayores existe un miedo inminente a todo lo que respecta a este acontecimiento, el dolor físico que pueda producir la muerte, la incertidumbre de no saber ni el momento ni el cómo se va producir, la vida llevada hasta el momento y las creencias de si existe vida tras la muerte repercuten directamente en que el mayor tenga un mayor temor o menor. Parece acentuarse en los casos que se siente que la vida no ha sido plena ni satisfactoria, y parece que las mujeres están más arraigadas a la vida por los lazos familiares. En los casos de personas con tratamientos paliativos y que están pasando por un proceso de gran dolor físico o mental parece existir un mayor afrontamiento entendiéndose a esta como una forma de dejar de sufrir. Las creencias en dios y en la vida después de la muerte antes minimizaban el temor siendo una acción de fe y pensando en que después de la vida esperaba otra vida intangible pero hoy día existen algunos estudios contradictorios que creen que esto en vez de mejorar los síntomas del temor actúa la ansiedad (Uribe, Valderrama y López, 2007). Por último citar que el no poder expresar sus sentimientos y miedos y no ser aclarados una serie de mitos ante la muerte por ser un tema que todos, sanitarios y familiares/amigos, nos negamos a tratar complican la detección y el propio tratamiento.

### *Detección*

Los trastornos de la ansiedad en el anciano son muy difíciles de detectar debido a que en este grupo de edad se suelen representar de manera somática. Conocer las fobias y los miedos más comunes así como los factores de riesgo que influyen en que estos trastornos aparezcan nos sirve para detectarlos precozmente y poder identificar su influencia en el mayor (Franco y Antequera, 2009).

Por la inespecificidad de los trastornos de la ansiedad en esta época de la vida y las mayores interrelaciones que existen a nivel de la atención primaria de salud entre usuarios y profesionales sanitarios, es este el ámbito donde es más común su detección.

Ante cualquier signo o síntoma que nos indique que estamos ante estas alteraciones enfermería realizará una valoración de las necesidades básicas alteradas favoreciendo la expresión de los pensamientos del paciente geriátrico y comunicando en el caso de ser necesario un tratamiento facultativo, al personal de referencia para la atención global de las alteraciones que se pongan de manifiesto elaborando además un plan de cuidados enfermero independiente para la resolución de las necesidades citadas anteriormente.

### *Actuación ante las fobias y los miedos.*

Al ser un tema poco estudiado en la actualidad no hay un tratamiento específico utilizándose el mismo que en los adultos más jóvenes pero teniendo presente que tanto en el tratamiento farmacológico como en las psicoterapias hay implícitas unas características propias de este proceso de la vida que comentaremos en el presente apartado.

No debemos olvidar que las fobias o los miedos están incluidos en los trastornos de la ansiedad, siguiéndose por tanto, a groso modo, los mismos métodos de actuación que para cualquier otro trastornos de la ansiedad pero eso si siempre atendiendo a la persona de una manera integral e individualizando nuestras acciones. Dependiendo de la gravedad de la sintomatología utilizaremos distintas terapias psicológicas e introduciremos los medicamentos necesarios en cada proceso.

Los cambios farmacocinéticas y farmacodinámicos, unidos al enlentecimiento del metabolismo, la polifarmacia y en muchas ocasiones la propia automedicación dificultan la utilización de los fármacos en este rango de edad. En la terapia farmacológica para los trastornos de la ansiedad y las fobias se utilizan como fármacos estrella las benzodiacepinas sobre todo en los procesos agudos y los antidepresivos selectivos de la recaptación de serotonina.

Se utilizan las benzodiacepinas de vida media corta debido a que en los mayores las benzodiacepinas producen una mayor sedación que en edades menores. Como efectos adversos estarán de las benzodiacepinas más relevante sedación, mareos, incoordinación psicomotora, déficit cognitivo, ataxia y dependencia, por lo que se prescribirán el menor tiempo posible y a la dosis más baja que consiga el efecto deseado. Como fármaco bien tolerado y con escasas interacciones medicamentosas con los antidepresivos contamos con la buspirona, pero es de conocer que aunque su eficacia ante los trastornos de la ansiedad es buena, tarda mes y medio en realizar su efecto (Castro y Fernández, 2010).

Como tratamiento de base tanto en cuadros agudos como en crónicos mantenidos se pautaran antidepresivos existiendo una gama amplia en este grupo de medicamentos. Los antidepresivos tricíclicos son muy efectivos pues disminuyen el nivel de ansiedad hacia rangos aceptables y además mejora los síntomas psíquicos pero se prefiere el uso de antidepresivos selectivos de la recaptación de serotonina, ya que los primeros tienen efectos secundarios negativos dados su actividad anticolinérgica. El ISRS más utilizado en el envejecimiento por ser el mayor tolerado es la paroxetina (Jiménez, 2010).

Cuando la ansiedad que causen estos miedos/fobias sea grave y/o exista una agitación importante se podrán utilizar los antipsicóticos siendo los atípicos como la olanzapina o la risperidona los más utilizados por tener menores efectos adversos. Aun se sigue utilizando el haloperidol a baja dosis en cuanto a los típicos (Planas, López, Vilalta, Monserrat y Garre, 2010).

La terapia farmacológica estará condicionada además de por los cambios fisiológicos y psicológicos inertes a este periodo de la vida, a los fármacos que esté tomando y a las patologías que puedan tener instauradas teniendo que estudiar muy detalladamente la dosis y la elección del fármaco.

Dejando a los fármacos atrás, citar que si había dificultad en encontrar evidencia científica en cuanto al tratamiento farmacológico para las fobias y miedos en este rango de edad, existe una mayor dificultad en encontrar investigaciones sobre las psicoterapias en este período y precisas para este tema.

En el tratamiento no farmacológico (Pérez, 2009) consiste en una serie de terapias psicológicas como son la terapia cognitivo-conductual, terapia cognitiva simple, la de apoyo y las técnicas de relajación.

Las terapias cognitivo-conductual mejora las asertividad y las relaciones sociales, con técnicas de educación psicología, exposición a determinados pensamientos y autoregistros. Se pretende modificar las conductas y los pensamientos del individuo planteándose una serie de objetivos en un tiempo determinado, exponiéndolos a los pensamientos negativos e induciendo una desensibilización progresiva.

La conducta se presupone por los expertos en el tema que es aprendida y por lo tanto se puede modificar, utilizándose técnicas de relajación, la imaginación e incluso la hipnosis para la consecución de este cambio.

La terapia cognitiva va incluida como su nombre indica en la anterior pero también puede ser utilizada individualmente. Consiste en hacer ver a los pacientes donde sus creencias ante la fobia/miedo son erróneas y cambiarlas.

Conocer diversas técnicas de relajación y saber realizarlas sobre todo es beneficioso para el control de todos los trastornos de la ansiedad, entre ellos los que repercuten en este tema, y en todas las edades. Relajación de la musculatura, control de la respiración y las técnicas de visualización son las más empleadas en la actualidad y las que mayores beneficios muestran.

El apoyo de las personas que nos rodean si es escaso o de mala calidad se considera factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades mentales y no ayuda al tratamiento, sin embargo un buen apoyo es beneficioso en la resolución de los conflictos. Como terapia no solo se enseña a los más cercanos a elaborar un apoyo de calidad sino que existen terapias de apoyo individual y grupos de apoyo donde personas que están en situaciones parecidas comparten sus experiencias y exponen sus métodos de afrontamiento.

Enfermería colabora en todos en el tratamiento ayudando en los tratamientos de otros profesionales e incluso de manera individualizada elaborando un plan de cuidados en los que se incluye el apoyo del profesional de enfermería al paciente.

### **Conclusiones**

Las conclusiones a las que nos lleva esta investigación son, en primer lugar que las causas más comunes de las fobias y miedos en este periodo de edad vienen dadas por sucesos previos que desarrollan este trastorno, como por ejemplo una persona mayor que se haya caído y haya visto el peligro de esto, le podrá tener fobia o miedo.

Las fobias y miedos más comunes son referidas a la muerte, soledad, miedo a ser dependientes y basofobia.

Es muy difícil detectar estas alteraciones en los mayores, ya que verbalmente no lo expresan, apareciendo así de una manera atípica. Los profesionales de atención primaria tendrán más oportunidades de detectarlo por la relación tan cercana que existe entre profesional y paciente.

En cuanto al tratamiento se nos hace dificultoso ya que no hay estudios que demuestren un tratamiento específico para este tipo de trastornos, sino que se utilizaran de manera general los destinados a los trastornos de la ansiedad, pero la profesionalidad del sanitario tendrá que especificar y adecuar el tratamiento dependiendo de las peculiaridades del paciente.

En el caso del tratamiento farmacológico, los fármacos más utilizados son los antidepresivos inhibidores de la receptación de la serotonina (ISRS), las benzodiazepinas y, en cuando existe agitación,

los neurolépticos atípicos. Dados sus efectos en el individuo, se deberán pautar este tratamiento a mínimas dosis, estudiar las interacciones existentes con fármacos que estén tomando y utilizar, en las benzodiacepinas aquellas que tienen una vida media corta. Aunque los neurolépticos atípicos son los más utilizados, por poseer menores efectos secundarios que los típicos, el haloperidol sigue siendo prescrito.

Las psicoterapias utilizadas son las terapias cognitivo conductuales, haciendo hincapié en que modifiquen sus creencias erróneas así como sus conductas. También son relevantes las técnicas de relajación y la cognitiva de manera individual.

El apoyo que tenga el paciente será de gran importancia, además de que debe ser satisfactorio para que este sea de calidad. Los grupos de apoyo serán de gran ayuda para la aceptación y superación de las fobias y miedos.

Teniendo esto último en cuenta, en nuestra opinión deberían existir terapias grupales, en los lugares habitados por las personas con edad avanzada, como pueden ser residencias, centro de día, hogares del mayor... los programas irán destinados a además de recopilar información de cuales son sus temores, a poder ayudarles a combatirlos.

## Referencias

- Alcalde, P. (2010). Miedo a caerse. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(1), 38-44.
- Ávila, J.A., Melano, E., Payette, H. y Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375.
- Benaiges, E.A. (2013). El abordaje de las fobias. FMC-Formación Médica Continuada en *Atención Primaria*, 20(6), 347-350.
- Cabrera, I. y Montorio, I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(2), 106-111.
- Cardona, J.L., Villamil, M.M., Henao, E. y Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19.
- Castro, C. y Fernández, E. (2010). Ansiedad generalizada. *Guías Clínicas*, 10, 14, 10.
- Curcio, C.L., Corribeau, H. y Beaulieu, M. (2011). Sentido y proceso del temor a caer en ancianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 32-51.
- Franco, M.D. y Antequera, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*, 1, 37-47.
- Gomez, M. (2007). No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. *Índex de Enfermeria*, 16, 63-67.
- Jiménez, Y. (2010). Estudio de la dependencia a psicofármacos en pacientes ancianos. *REME*, 13(34), 5.
- Moscone, R.O. (2012). El miedo y su metamorfosis. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana*, 24(1), 53-80.
- Parraga, I., Navarro, B., Pretel, F.A., Denia, J.N., EliceGUI, R.P. y López, J. (2010). Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 453-459.
- Pérez, R. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico. *Geroinfo*, 4(1).
- Planas, X., López, S., Vilalta, J., Monserrat, S. y Garre, J. (2010). Perfil de consumo farmacológico y función cognoscitiva en edad avanzada: estudio de población general no institucionalizada. *Neurología*, 25(8), 498-506.
- Puig, M., Lluch, M.T. y Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Sarabia, C.M. (2012). La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18.
- Sánchez, M.L. y Monchietti, A. (2013). Envejecer y parecer joven: obstáculos y consecuencias. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 16(2), 9-19.
- Uribe, A.F., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 109-120.

## CAPÍTULO 98

### Profesionales y diversidad cultural: La población gitana local

Antonia Pérez-Lázaro\* y Ana María Núñez-Negrillo\*\*

\*Servicio Andaluz de Salud (España), \*\*Universidad de Granada (España)

La diversidad cultural es un hecho constatado, su abordaje, en el contexto de una mayoría, varía en función de los esfuerzos que las distintas instituciones y organizaciones desarrollan para que esa diversidad sea entendida y gestionada como tal.

El proceso migratorio constituye, no sólo un problema de movilidad, requiere dar cobertura a un fenómeno socioeconómico, educativo y sanitario, considerando que la afluencia de poblaciones diversas, en ocasiones, a una mayoría hostil.

Las instituciones, se ven forzadas a desarrollar programas y actuaciones puntuales, con objeto de gestionar los nuevos contextos y, que no siempre han implicado la integración en la sociedad receptora.

En salud, no disponemos de programas, actuaciones consensuadas para el abordaje de la situación sanitaria de este colectivo, en ocasiones se homogeniza con la población inmigrante, evidenciando déficit, carencias que la colocan en situación de desventaja socio sanitaria y de exclusión social (La Parra, 2013) respecto a la mayoría.

La comunidad gitana constituye un grupo pequeño y heterogéneo, que hasta hace poco, era la principal minoría de nuestro país y, que parece haber quedado relegada, pues no hemos conseguido trasladar la atención a la diversidad a este colectivo, entendiendo que esto posiblemente tiene que ver con procesos y mecanismos con los que se construyen las diferencias y, que estigmatizan tanto a individuos como a colectivos enteros (García-Castaño, Granados-Martínez y Pulido-Moyano, 1999).

Ser enfermera e investigadora, me ha situado en una situación privilegiada para observar e investigar en salud sobre aspectos sociosanitarios de la población gitana local, su relación con el sistema sanitario e instituciones, creencias, percepciones y prácticas que tiene esta población sobre el proceso salud enfermedad y atención.

Aunque el presente trabajo se centra en un aspecto concreto y limitado sobre la percepción/conocimiento que tienen los profesionales sobre la población gitana local, está sustentado en el trabajo de campo previo, que ha permitido a través del trabajo etnográfico, conocer tanto la demografía del colectivo como otros aspectos relacionados con la morbilidad, aunque actualmente trabajamos en análisis cualitativo en cuanto a percepciones y expresión del proceso salud enfermedad de este grupo y de las posibles variables que pueden intervenir, evidenciando la necesidad de indagar en como los profesionales socio sanitarios se relacionan también con la población gitana.

1.1 Características del territorio: La ciudad de estudio se localiza a 59 Km. de la ciudad de Granada y a 919 metros de altitud, en la ladera norte de Sierra Nevada, latitud 37 grados, longitud 18 minutos. Tiene una superficie de 347 Km<sup>2</sup> y según INE (2011) con 20.000 habitantes, concentrando en su núcleo urbano la mayoría de la población. Presenta una amplia dispersión geográfica, relacionado con la orografía del terreno que de forma natural ha ido delimitando una serie de barriadas, configurando un total de cuatro zonas. Los procesos de urbanismo, poco a poco han ido integrando y acercando al centro las barriadas periféricas, mejorando las infraestructuras, comunicaciones y servicios.

Una de estas barriadas, la correspondiente y definida como zona de cuevas, formada a su vez por cuatro barrios y, otros dos puntos de viviendas sociales, configuran la Zona Necesitada de Transformación Social (ZNTS) constituyendo un hábitat geográfico peculiar, diferenciado del resto del municipio. En esta zona, convergen todos los problemas socioeconómicos de la ciudad, agravados por la



existencia de menos infraestructuras y servicios, infravivienda, analfabetismo, bajo nivel de renta, baja cualificación profesional, desempleo, precariedad laboral, dependencia de subsidios y beneficencia, economía precaria, desestructuración familiar... gran parte de la población en edad laboral, aparecen sin ocupación, la poca actividad existente suelen ser trabajos eventuales, precarios, sin continuidad ni contrato en muchas ocasiones.

Las principales actividades desempeñadas son peonadas en campo, algo de venta ambulante, los escasos trabajos artesanales como, cestería, hojalateros, enredo de sillas de anea, prácticamente han desaparecido, la limpieza doméstica para las mujeres y, la “rebusca” en el campo de almendra, aceituna, caracoles y su posterior venta, constituyen puntualmente una escueta fuente de ingresos. Los ingresos obtenidos de subsidios de desempleo, prestaciones familiares, dependencia, configuran un panorama económico de subsistencia, constituyendo la primera fuente de ingresos y supervivencia económica de las familias.

1.2 La distribución en el territorio: Como ya apuntamos, la zona clasificada ZNTS, junto con otros dos puntos de la localidad correspondientes a viviendas sociales, y, aglutinan la mayor parte de población gitana local, aunque hay que destacar que no toda la población gitana ocupa homogéneamente el territorio. Que en los años ochenta y noventa, las políticas de vivienda favorecieron el acceso a una vivienda como prestación social, determinó un movimiento de la población gitana más joven, desde los barrios de las cuevas, hacia las viviendas sociales localizadas en dos grupos de edificaciones y determinado tanto, por la necesidad de acceder a una vivienda de protección oficial como, el acercamiento a los recursos y servicios del municipio.

Por tanto, la distribución poblacional por el territorio, no corresponde a un proceso azaroso, sino a la necesidad de ocupar nichos geográficos que paliar en ocasiones las necesidades y demandas de la población, rentas bajas, menos presión institucional, redes sociales y familiares en la zona, imposibilidad de acceso a otro nicho, posibilidad de intercambio de vivienda... aunque no todos los procesos producen los mismos efectos (Garreta, 2003) en los diferentes colectivos. La existencia en la zona de viviendas cueva en situación de abandono o inhabitadas, las ayudas institucionales para rehabilitación de viviendas, facilita que sean ocupadas por familias necesitadas tanto de independencia, como de vivienda.

De la misma manera que la población no se distribuye aleatoriamente en el territorio, la salud y la enfermedad tampoco lo hacen, habiendo agregación de factores cuando concurren situaciones de necesidad, las bolsas de pobreza generan, bolsas de enfermedad no siempre visualizadas. La salud constituye uno de los indicadores más importantes de desigualdad, siendo necesario indagar además de en morbilidad, en todos sus determinantes, incluidos aspectos demográficos.

1.3 Antecedentes sobre el tema: La comunidad gitana viene descrita en la literatura como colectivo nómada, móvil, expuesto a diferentes procesos migratorios con un origen común filiado en valle del Indo (Aguirre, 2006) diferenciado de otros grupos (San Román, 1986) y desconocidos, aún cuando compartimos grandes rasgos culturales.

Otros estudios avalan la sedentarización de este grupo en el territorio nacional (Gómez-Alfaro, 1993) desde el siglo XV (López de Meneses, 1967; San Román, 1976).

La documentación científica sobre población gitana, en general está presentada como un grupo poco estudiado desde el punto de vista de la salud, desconocido e invisibilizado (Ferrer, 2003; Hajioff y Mckee, 2000; Zeman, 2003). La información biomédica disponible, suele describirla en clave de riesgo sanitario, culturalmente diferenciado, excluido (Cámara Medina, Pérez García, Quesada Lupiañez, 1993) y con grandes desigualdades (García-Calleja, 1988; Reig, 1990) más desfavorecidos (Matey, 1998) y con peor estado de salud respecto (FSGG, 2006) a población mayoritaria.

Los datos manejados por la FSGG estima, el volumen de población gitana española en unas 650,000 personas, otras fuentes como el Consejo de Europa, recoge la estimación de población gitana española en 725,000 personas, actualizado en 2010. El informe FOESSA de 2008, señala que su estimación rondaría el 2,1% de la población española, con lo que 970,000 personas, constituirían esta comunidad gitana. En

Andalucía se estima que la población gitana andaluza ronda los 250,000-270,000 individuos, distribuidos aproximadamente en 50,000 unidades domésticas o familias, representan el 3% de la mayoría (FSGG, 2006; Gamella, 1996).

Para comprender y acercarnos a la realidad de esta población, la lectura de los datos debe hacerse desde la perspectiva de los agentes que la producen, ya que este, es el resultado de sus experiencias y narrativas, y así poder interpretar el mundo de la misma forma en que lo hacen ellos (Hammersley y Atkinson, 1994) para ello, debemos analizar las cuestiones específicas de esta población para adaptar el diseño de intervenciones hacia esta comunidad (Grupo PASS, 1985) para lograr, en el caso que nos ocupa, el mayor nivel de salud posible y en su sentido más integral.

1.4 Algunos hallazgos previos: En una primera fase se ha reconstruido la demografía de la población gitana local, para posteriormente explorar el proceso salud/enfermedad, desde las afecciones a la percepción de las mismas, e indagar sobre las variables con las que se relacionan.

Definir la demografía de la población gitana en nuestro caso, es la clave que permite articular los datos cuantitativos y el análisis cualitativo, para establecer asociaciones y relaciones con otras variables o factores, asociados a recursos económicos, zona geográfica, tipo de vivienda, recursos familiares, instrucción, creencias, servicios sanitarios, profesionales, máxime cuando los resultados demográficos encontrados, difieren en gran medida de la población no gitana y coincidiendo con autores como (Corretger, 1992; Martín, 1999) en cuanto a la diferenciación en natalidad y mortalidad. En nuestra investigación, la población gitana local representa el 2.31%-2.7% de la población total.

A juzgar por la tasa bruta de natalidad (TBN) explorada, la capacidad reproductiva de esta comunidad apunta a que lo hace a una velocidad que supera a la población mayoritaria, ya que para esta supone un 9.95% frente al 29.8% de la población gitana, coincidiendo con otros autores (Leblón, 1985; Reher, 2003).

En la localidad, esta población está organizada en 87 unidades domésticas (Segalen, 2001) con una media 5.33 individuos por hogar, condicionado por la situación de crisis actual que acentúa el reagrupamiento familiar (FSGG, 21013) relacionado con la necesidad de maximizar los recursos disponibles, contrastando este dato con el corte realizado en 2005 donde era de 116 unidades con una media de 4.64 miembros por unidad doméstica y discrepando con otros autores (Cabedo, 2000) que lo plantean más como elección, que como necesidad.

El sistema de matrimonio y el parentesco determinan la estructura que encontramos, donde el capital humano es el valor del grupo, la prole cobre una importancia vital en esta comunidad, al margen del resto de variables que podrían intervenir, económicas, salud, vivienda... así mismo este sistema, aporta otra serie de ventajas, roles, descritos también por otros autores (Sutherland, 1975). Encontramos, mujeres pronatalistas, con temprana edad de entrada al matrimonio coincidiendo con otros autores (Árdevol, 1987; De Amici, 1998; Gamella, 2000) con largos periodos genésicos, gran capacidad de reconstrucción familiar, solapamiento generacional, monogamias seriadas y otros hallazgos, enmarañando un sistema de roles ya complejo, que contrasta con la rigidez patriarcal atribuida a esta población (San Román, 1976; Wang, 1990) y un bajo índice de soltería encontrado sobre el 5%, son los ejes en los que pivota la organización encontrada, otros autores la sitúan entre 1% y 5% respectivamente (Gamella, 2000; Reher, 1996)

Disponer de información socio-sanitaria sobre población gitana y, compararlos con población no gitana, puede permitirnos, conocer una variedad de aspectos que reflejen la situación real de salud de este grupo. No hacerlo los invisibiliza, al integrar datos micro o individuales referidos a población gitana, en el contexto poblacional general. Para completar el trabajo de campo, era preciso contemplar la perspectiva de profesionales socio-sanitarios y contrastar con lo encontrado en nuestra investigación, esperábamos una aportación extra de información sobre el colectivo a través de la mirada de otros y, poder triangular lo obtenido, con lo encontrado durante el trabajo de campo.

### **Metodología**

Se Para esta sección, se ha contado con la participación de sesenta profesionales, correspondientes a cuatro categorías profesionales, medicina 11, enfermería 16, trabajadora/es sociales 9 y trabajadoras de ayuda domiciliaria 24, con la prestación de actividad profesional en el municipio.

La elección de estas categorías se realizó, de forma intencionada por estar los profesionales vinculados, directamente con la prestación de asistencia socio-sanitaria y cuidados e, interactuar en el ámbito de los individuos y comunidad.

Los profesionales fueron elegidos por muestreo intencionado con cierta aleatoriedad.

Debíamos aproximarnos a los profesionales para conocer sus percepciones, sus conocimientos o, actitud de partida para atender o prestar atención y cuidados socio-sanitarios ante la diversidad poblacional local. La comunidad gitana constituye un colectivo heterogéneo, tanto intragrupal como intergrupar, queríamos indagar en posibles diferencias en salud justificadas a través de diferencias culturales y no, en su estigmatización (De Luna, 1951; Hancock, 1987).

Desarrollamos una encuesta con nueve preguntas, que facilitaba la recogida de información sobre percepciones que tenían los profesionales de la población gitana local. Cuatro preguntas abiertas cuyas respuestas, fueron agrupadas por categorías para análisis cualitativo. Cuatro preguntas cerradas para facilitar análisis cuantitativo. Otra gráfica de diez niveles de respuesta en una escala tipo Likert (1=racista, y 10=no racista) que permite análisis cuantitativo y cualitativo. Los ámbitos explorados en la encuesta, demografía de la comunidad gitana, afecciones más frecuentes de esta, aspectos culturales destacables, relación del colectivo gitano con las instituciones y la respuesta de estas a las necesidades del grupo, así mismo había una autovaloración sobre la categoría “racismo” todo, desde la perspectiva del profesional.

El trabajo de campo realizado, ha permitido articular esta investigación, conocer aspectos concretos de la comunidad gitana y evidenciar otras estampas, relacionados con los profesionales que interactúan con este colectivo en la prestación de cuidados y atención.

Hemos combinado técnicas y metodología cuantitativa y cualitativa por la complementariedad de ambas (Bericat, 1998; Bryman, 1984).

Las encuestas se realizaron durante el primer semestre de 2013 por la investigadora. La disparidad en las categorías de profesionales obedece a la representación local de cada una de ellas y a la voluntariedad de los profesionales de colaborar.

Los datos demográficos de los participantes fueron codificados y anonimizados, garantizando la confidencialidad.

Tanto encuesta como resultados han sido transcritos a Excel para análisis cuantitativo con SPSS Statistics 20 y atlas Ti para análisis cualitativo.

### **Resultados**

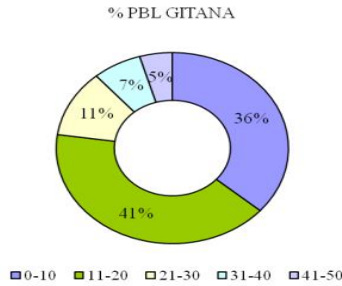
Prima la percepción de que la población gitana es un colectivo culturalmente diferenciado, percibidos con códigos de leyes, comportamientos y prácticas, que difieren de mayoría.

Los profesionales expresan que creen conocer a esta población. Desconocen su demografía, sus valores, creencias y prácticas.

Tienden a homogeneizar al colectivo, infieren aspectos individuales al grupo: “demandantes, violentos, no aceptación de normas, no acuden a cita...”

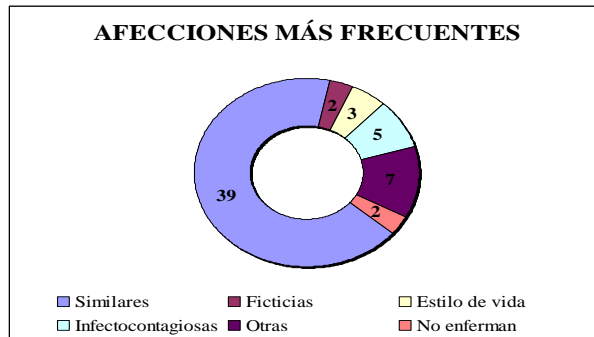
Perciben súper-representación de esta comunidad, estimándola en un 20% de la mayoría.

Gráfico 1. Percepción de profesionales estimación de la población gitana local



Al ser preguntados por las afecciones de este grupo, la mayoría de los entrevistados/as refieren que no hay diferencias respecto a la mayoría y que padecen las mismas afecciones pero no perciben si les afecta de manera diferente.

Gráfico 2. Percepción de profesionales de afecciones de población gitana local



Perciben que los aspectos culturales más llamativos tienen que ver o lo relacionan con: 1) Actitudes personales negativas que determinan la diferencia, y que son inferidas al resto del grupo, expresado como: *“pocas habilidades sociales para incorporarse a sociedad, no tiene interés por superarse, no aprovechan colegios, poca higiene, somatizan, son hiperfrecuentadores, no progresan a pesar de..., reproducen esquema familiares, aceptan mal normas sociales, no trabajan, tiene cochazos, no se preocupan de los hijos, son anárquicos en hábitos alimentarios, no perciben la salud como necesidad, le dan poca importancia a la enfermedad, escasa prevención, viven al día, dejadez en general, siempre quieren ser los primeros, las condiciones de salubridad general...”*

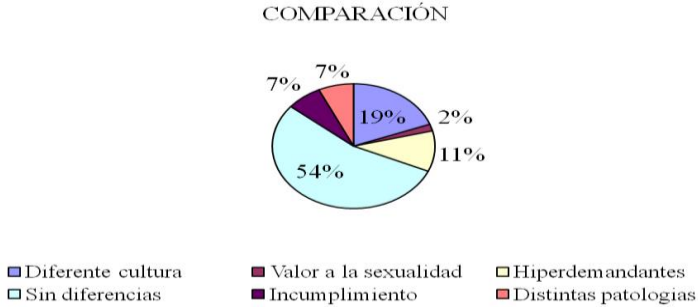
Esta cuestión lo perciben 25 de los encuestado/as.

Solo un/a profesional percibe: *“el número de embarazos suele ser mayor en las mujeres gitanas que en la población general”*.

2) Los entrevistados/as refieren “cultura diferenciada de la población gitana” explicitada a través de manifestaciones como: *“tienen una cultura tan arraigada que se quedan fuera de la integración; Es ancestral el papa la boda; Su cultura se ha quedado obsoleta en la sociedad actual sus valores costumbres chocan con la sociedad actual; Su cultura es machista no existe la igualdad; Las mujeres siempre ocupan el mismo escalón en su organización en otros lugares han avanzado más; La mayoría tiene poca cultura; No tienen cultura ni interés; Son patriarcales; Muy machistas sobre todo respecto al trato con las mujeres; Por su incultura y forma de ser; Lo que me duele son las maternidades*

adolescentes sus madres y sus abuelas tenían rol asumido ahora son precoces, es una huida del ámbito educativo con menos habilidades que sus madres...”

Gráfico3. Percepción de profesionales comparación patologías respecto a la mayoría

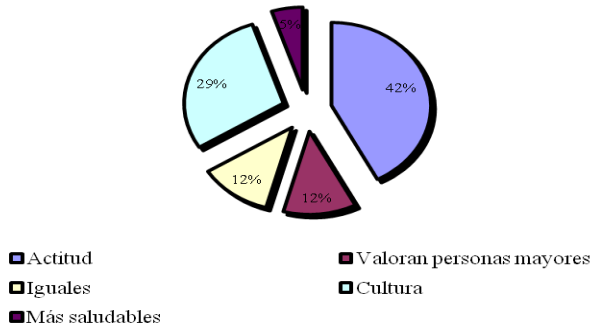


3) Siete encuestados no encuentran “nada como rasgo o diferencia cultural”.

4) Siete encuentran como valor destacado “el cuidado de los mayores y enfermos”.

En su percepción, justifican desigualdades socio-sanitarias como especificidades culturales, ejemplo: Peor vacunados, menos uso de la cita programada, demanda específica, somatización...

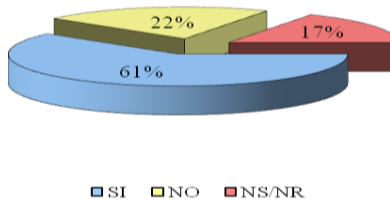
Gráfico 4. Aspectos culturales destacados percibidos por los profesionales



En cuanto a respuesta de las instituciones, los profesionales perciben que estas, responden a las necesidades de la población gitana.

Gráfico 5. Percepción de profesionales sobre respuesta de las instituciones

**RESPONDEN LAS INSTITUCIONES**



Más de la mitad de los encuestados refieren que las instituciones: “Si responden a las necesidades de este colectivo” justifican su respuesta como:

“La población gitana no valora a las instituciones...”

“Las instituciones responden a las necesidades de la población gitana porque existe una discriminación positiva...”

“Si responden porque dan numerosos ayudas quizás más que a otras clases sociales no gitanas...”

“Si, yo no los veo excluidos porque disfrutan de lo que aporta el sistema como todos educación, sanidad gratis, acceden igual...”

“Si consiguen todo lo que quieren...”

“Si, aunque no siempre están dispuestos a usarlas como se debe sino por sus prioridades y cuando quieren...”

“Dentro de las que conocemos y nos relacionamos, si que cubren sus necesidades, por sus constantes exigencias...”

Once de los entrevistados piensan que las instituciones no responden y las causas:

“Pienso que las instituciones no los atienden adecuadamente...”

“Se necesitan elaboración de folletos o carteles informativos adaptados a un lenguaje sencillo y visual que favorezcan que los/as gitanos/as entiendan fácilmente cómo funciona el servicio y cuáles son sus deberes y derecho como pacientes...”

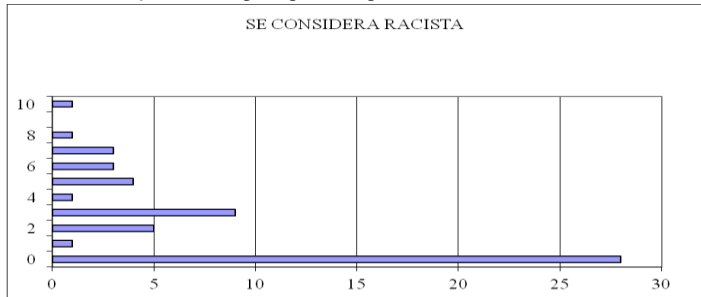
“Las instituciones no se adecuan a las necesidades reales de la población gitana...”

“No, porque todas no entienden, dan respuesta sin saber que quieren o necesitan...”

“Pienso que las necesidades de la población gitana y sus demandas están en niveles diferentes a las respuestas que las instituciones les dan...”

Los profesionales se perciben en su mayoría como “no racistas”.

Gráfico 6. Autopercepción de profesionales sobre racismo



## Discusión

Cabe pensar que las actuaciones de los distintos profesionales para atender a la población gitana local, están condicionadas por las propias percepciones, creencias y estereotipos creados y socialmente contruidos. La incierta atención de los profesionales a este colectivo, supone un impedimento para reconocer, aceptar y atender las necesidades de la comunidad gitana.

Aunque describen a la población en clave de diferencia, no perciben en qué consiste la misma, y cuando lo hacen, lo identifican en clave o como rasgos que facilitan y justifican la exclusión, ejemplificado en discutir sobre capacidad, habilidades, conductas... cuando apuntan a rasgo cultural como el sistema de matrimonio, interpretan el valor de entrada al matrimonio y de la descendencia en clave de precocidad, de riesgo o irresponsabilidad, las relaciones familiares son percibidas como aglomeración electiva, con tinte peyorativo, equiparando problemática socio sanitaria a especificidad étnica y viceversa (una entrada temprana al matrimonio, con valor temprano por la descendencia,

mujeres pronatalistas con largos periodos genésicos) se valora en clave de riesgo, precocidad, irresponsabilidad o subordinación...

Peor cobertura vacunal es traducida como rasgo cultural, sin evaluar ni indagar en sus determinantes ni en las vías para solucionarlos, hemos constatado que aspectos relacionadas, con escasos recursos sociales, económicos, inciden y limitan hasta el acceso a cita telefónica, que es traducido en el uso de la consulta urgente de la población gitana, como rasgo cultural.

Que los profesionales perciban supe-representación de esta comunidad, tiene más que ver, con la visibilidad de algunos de sus miembros, sobre todo en situaciones de conflicto y con la forma de visualizarlos los medios de comunicación e instituciones.

Así mismo, cierta movilidad geográfica reiterada de algunos miembros del colectivo, siguiendo campañas agrícolas, se percibe como nuevas llegadas de población gitana, cuando en realidad solo vuelven a sus entornos.

Por otro lado, la intensidad de las relaciones y el reagrupamiento de este colectivo frente a la mayoría, ante determinados acontecimientos vitales, enfermedades, nacimientos, muertes... contribuyen a esta sobrevaloración de su representación.

Los profesionales, no perciben las necesidades reales de cuidados, derivadas de una cultura diferenciada y de condiciones familiares, sociales, económicas y laborales, reconocen a la población gitana como grupo diferenciado de la mayoría pero desconocen sus causas, cuando las identifican, se perciben sesgadamente respecto a un sistema etnocéntrico y mayoritario, que excluye la diversidad y su configuración social y, estigmatiza el derecho a la diferencia cultural.

### **Conclusiones**

En definitiva, no contamos con recursos ni tenemos competencias necesarias para atender la diversidad. Podemos deducir, la existencia de déficit formativo de los profesionales, incluso actitudes personales discutibles, el problema reside en que acabamos reproduciendo estrategias discursivas y modus operandi sobre los que construir las diferencias y que se traducen en una práctica diferenciada, la falta de apoyo institucional y estructural determina en cierta medida que, accesibilidad, igualdad, equidad y alternativas, prosperen o no.

El sistema sanitario actual es rígido, corresponde a una construcción cultural determinada "paya" que no responde a las necesidades de una sociedad plural.

Se precisan cambios que contemplan desde el modelo explicativo del proceso salud enfermedad a reformas en itinerarios terapéuticos, formación específica de profesionales, mediadores...

Se precisa de acciones más específicas y equitativas que transformen y disipen situaciones de desigualdad, que permitan la integración de los individuos atendiendo a la diversidad y no a otras cuestiones, con análisis previos de contextos y necesidades, seguimiento y evaluación de las políticas, proyectos y acciones emprendidas.

Por tanto, la prioridad debe establecerse en evitar que la diversidad cultural constituya una barrera, tanto en el acceso al sistema sanitario como en la prestación de asistencia y extensible al resto de instituciones.

Pensamos que las sociedades son cambiantes, el pluralismo enriquece la sociedad común, de la voluntad de los individuos dependen la convivencia y el desarrollo y, las instituciones y sus dirigentes deben gestionar y garantizar los mecanismos, los medios, para incorporar la atención a la diversidad en la cotidianidad.

Acabamos como empezamos, planteando alternativas, con el convencimiento de que, los discursos y prácticas se pueden cambiar, si este trabajo incita a la reflexión, al debate, de la práctica profesional ante la diversidad, eliminaremos barreras y crearemos nuevos horizontes que den cobertura a nuevas sociedades, plurales, diversas.

## Referencias

- Aguirre Felipe, J. (2006). *Historia de las itinerancias gitanas. De la India a Andalucía*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Ardévol, E. (1987). *Antropología urbana de los gitanos de Granada*. Granada: Ayuntamiento de Granada.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*. Barcelona: Ariel Sociología.
- Bryman, A. (1984). The debate about quantitative and qualitative research: ¿a question of method or epistemology? *The British Journal of Sociology*, 25(1), 75-92.
- Cabedo, V.R., Ortells i Ros, E., Baquero, L., Bosch, N., Montero, A., Náchter, A., Sánchez-Peral, B. y Tamborero, M.A. (2000). Cómo son y de que padecen los gitanos. *Atención Primaria*, 26, 21-25.
- Cámara, C., Pérez-García, M.A. y Quesada, P. (1993). *Intervención en la población gitana de Cartuja-Almanjáyár: población marginal gitana de los barrios de Cartuja y Almanjáyár*. Granada: EASP.
- Corretger, J.M. y Fortuny, C. (1992). Marginalidad, grupos étnicos y salud. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(36), 115.
- De Amicci, D., Gasparoni, A., Chirico, G. y Bogliolo, O. (1998). The Influence of Race on Breast Feeding. *European Journal Epidemiology*, 14, 413-415.
- De Luna, J.C. (1951). *Los gitanos de la Bética*. Madrid: EPESA.
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17(3), 2-8.
- Fundación Secretariado Gitano. (2005). *Informe Anual 2004*. Madrid: FSG.
- Fundación Secretariado Gitano. (2006). *Hacia la equidad en salud*. Madrid: FSGG 2009.
- Gamella, J.F. (1996). *La población gitana en Andalucía. Un estudio preliminar sobre sus condiciones de vida*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales Junta de Andalucía.
- Gamella, J.F. (2000). *Mujeres gitanas: matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales.
- Gamella, J.F. (2002). *Los gitanos andaluces*. Córdoba: Consejería de Asuntos Sociales de Andalucía.
- García Calleja, L.A., Liopis, E. y Borrás, E. (1988). *Los gitanos de Torrent: estudio de salud de un colectivo marginado*.
- Garreta, J. (2003). *La integración sociocultural de las minorías étnicas: gitanos e inmigrantes*. Barcelona: Anthropos.
- Gómez-Alfaro, A. (1993). *La gran redada de gitanos: la prisión general de gitanos en 1749*. Madrid: Presencia gitana.
- Gómez-Alfaro, A. (1999) Tipologías. Matrimonios mixtos y mestizajes gitanos en los censos históricos andaluces. *Demófilo* 30, 30-52.
- Hajioff, S. y Mckee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the Publisher literature. *Epidemiol Community Health*, 54, 864-869.
- Hancock, I. (1998). *The Pariah Síndrome*. Michigan: Karoma Publishing.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- La Parra, D., Gil-González, D. y Jiménez, A. (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 385-386.
- Leblon, B. (1985). *Les Gitans d'Espagne, le prix de la différence*. Paris: Presses Universitaires de France.
- López de Meneses, A. (1967). El documento más antiguo relativo a la inmigración gitana en España. *Pomezia* 6.
- Martín Carrasco-Muñoz, E. (1999). La estructura de la población gitana andaluza: notas introductorias. *Demófilo*, 30, 89-105.
- Matey, P. (1998). Marginalidad y defectos congénitos en nuestro país. *Salud y Medicina*, 298, 12-16.
- GRUPO PASS. (1985). *Asentamientos gitanos en Andalucía oriental. Estudio previo y posibles programas de intervención*.
- Reher, D.S. (2003). Transformación demográfica y modernización de la sociedad española durante siglo XX. Sistema. *Revista de Ciencias Sociales*, 175-176, 35-50.
- Reig, R. (1990). Antropología de la pobreza. Los gitanos y el caso del asentamiento sevillano de los Bermejales. *Revista de Estudios Andaluces*, 15, 53-76.
- Sánchez Ortega, M.H. (1986). *Documentación sobre la situación de los gitanos españoles en el siglo XVIII*. Madrid: Editora Nacional.



- Sánchez Ortega, M.H. (1986). Evolución y contexto histórico de los gitanos españoles. En T. San Román (Ed) *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida los gitanos*. Madrid: Alianza Editorial.
- San Román, T. (1976). *Vecinos Gitanos*. Akal. Madrid.
- San Román, T. (1986). *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la Vida de los gitanos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Segalen, M. (2001). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus universitaria.
- Sutherland, A. (1975). Cross-cultural medicine: a decade later, gypsies and health care. *Western Medical Journal*, 157, 276-280.
- Wang, K. (1990). *Mujeres gitanas ante el futuro*. Madrid: Presencia Gitana.
- Zeman, C.L., Depken, D.E. y Senchina, D.S. (2003). Roma Health Issues: A Review of the Literature and Discussion. *Ethnicity and Health*, 8(3), 223-249.

## CAPÍTULO 99

### Trastornos del sueño en el envejecimiento: Valoración y tratamiento del insomnio por enfermería

Juan Carlos Benítez González\*, M<sup>a</sup> Pilar Tierra Burguillo\*\* y Zahira Villa Campos\*

\*Corporación Mutua Huelva (España), \*\*Universidad de Huelva,(España)

La vida de cualquier persona se desarrolla entre períodos de actividad y períodos de descanso y sueño; con éstos últimos, el cuerpo recupera las energías necesarias para una buena marcha de la salud y de su vida en general (Trujillo, 1997). El sentido del descanso depende de cada individuo, aunque en los ancianos, supone algo básico para su salud, sobre todo en aquellos que padecen una o varias enfermedades (Cobo, 2000).

Los problemas del sueño son muy frecuentes en este grupo de personas, y el envejecimiento es un factor de riesgo para sufrir insomnio. El deterioro del sueño es progresivo con el aumento de la edad, redundando sobre todo en una menor duración del sueño (Fernández, Rico y López, 2000). La mayoría de los estudios coinciden en este aspecto, aunque también inciden en que si bien en los ancianos la capacidad de dormir durante la noche se encuentra disminuida, presentan mayor facilidad para efectuar siestas y cabezadas durante el día que las personas más jóvenes (De la Calzada, 2000).

Los estudios demuestran que existe una relación significativa entre la influencia de las redes sociales y la calidad del sueño en personas de edad avanzada. La mayoría de las personas de edad avanzada que tienen buenas relaciones familiares y juegan un papel en la sociedad, junto con una red de amigos, tienen un mejor desempeño en relación a la calidad del sueño (Yao, Yu, Cheng y Chen, 2008). Esta red de apoyo, compuesto por amigos y familiares, así como los recursos materiales y emocionales que están disponibles para una persona a través del contacto interpersonal, se llama apoyo social. La forma en que los individuos reconocen apoyo social se conoce como "apoyo social percibido" y puede afectar a la propia capacidad para hacer frente a los problemas de salud mental y física (Moak y Agrawal, 2010).

El diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor se ha convertido en todo un reto, ya que suele pasar desapercibido o no tratarse. Esto puede ocasionar un empeoramiento de las condiciones médicas y psíquicas del individuo (Cruz, Hernández, Morera, Fernández y Rodríguez, 2008). Los conocimientos sobre los trastornos del sueño son más amplios cada día, sobre todo en el impacto que tienen sobre la calidad y esperanza de vida, la salud mental, la asociación con la enfermedad cardiovascular, neurológica y psiquiátrica. Esta alta prevalencia hace indispensable que el personal sanitario tenga conocimientos sobre la presentación del problema y las consecuencias que tiene sobre los ancianos (Medina *et al.*, 2014).

Las estimaciones que se han hecho de la prevalencia del insomnio en los pacientes geriátricos varían según los criterios diagnósticos usados, es decir, según las diferentes definiciones de insomnio (Reyes, Lemus, Manterola y Ramírez, 2009). Existen diversos elementos que aumentan la prevalencia, como son: las mujeres, existencia de enfermedad mental, circunstancias médicas comunes, abuso de sustancias y vejez. Para llevar a cabo una intervención correcta será necesario su diagnóstico y un tratamiento adecuado a su causa (Escobar, Echeverry y Lorenzana, 2001).

#### Objetivo

El objetivo de esta revisión es describir las principales causas del insomnio en el anciano y revisar las distintas medidas preventivas y terapéuticas contra el insomnio en el anciano.

## Metodología

Desde el punto de vista metodológico, en este trabajo se ha desarrollado una Búsqueda y Recopilación de la documentación y análisis documental.

Se han consultado las bases de datos Dialnet, Scielo y Pudmed- Medline para realizar el estudio. Los descriptores que se han utilizado son: "anciano", "trastornos del sueño", "insomnio" y "enfermería geriátrica".

## Resultados

### Definición y clasificación del insomnio

Se puede definir insomnio como la existencia de uno o más de los siguientes factores: problemas para emprender el sueño y mantenerlo, despertar precoz y sueño no reparador o de baja calidad. Una de las principales consecuencias de esta alteración es la sensación de cansancio que siente la persona cuando se levanta. Por otra parte, la definición empleada requiere que todas estas manifestaciones clínicas produzcan un impacto importante sobre el desempeño diurno (Navarro, Domínguez, Morales y Guzmán, 2006).

Existen diversas maneras de clasificar el insomnio, aunque las más usadas son en función de su etiología, por el momento de la noche en que se producen y por su duración (Artiach *et al.*, 2010).

### I. Según su etiología:

a). Insomnio primario: no tiene un claro factor etiológico que lo identifique o no está asociado a ningún otro cuadro clínico. Puede estar relacionado con algunos rasgos de la personalidad o estilos de afrontamiento.

b). Insomnio secundario o comórbido: aparece como consecuencia de otro cuadro clínico o de una situación adaptativa.

### II. Dependiendo del instante de la noche en el que ocurre:

a). Insomnio de conciliación: se produce cuando hay dificultades para iniciar el sueño. Suele ser frecuente en personas jóvenes, ya que puede asociarse al abuso de drogas o algunos trastornos psiquiátricos como la ansiedad.

b). Insomnio de mantenimiento: se da cuando existen dificultades para sustentar el sueño, ocasionando abundantes interrupciones en el mismo. Es más común cuando existen problemas psíquicos y médicos ligados al envejecimiento.

c). Despertar precoz: cuando un individuo se despierta como mínimo dos horas antes de lo habitual.

### III. Según la duración:

a). Insomnio de tipo transitorio: es el más común. Se produce cuando persiste menos de una semana. Suele estar asociado a factores estresantes desencadenantes como el estrés o las crisis emocionales. Cuando estos factores desaparecen, el sueño suele volver a la normalidad.

b). Insomnio de corta duración o agudo: dura de una a cuatro semanas. Se asocia también con factores estresantes, aunque más duraderos que en el caso anterior.

c). Insomnio crónico: suele prolongarse durante un mes o más y puede estar ocasionado por causas intrínsecas al organismo, como una enfermedad de larga duración, o no tener causa subyacente evidente.

### Causas del insomnio

El origen de este trastorno puede deberse a numerosas causas como son (Cobo, 2000):

I. Causas circadianas y externas: la anormalidad en el ciclo vigilia - sueño puede ocasionar a la larga insomnio. El no llevar unos horarios fijos en el sueño, puede causar una inestabilidad del mismo. También puede ser por una escasa actividad física, ruidos o temperaturas desapacibles, u otras condiciones influyentes.

### II. Causas psicológicas:

a) Depresión.

b) La sobreestimulación mental por la ansiedad.

c) Trastornos esquizofrénicos.

d) Pensamientos de miedo a no dormir y miedo al cansancio.

III. Consumo de medicamentos y sustancias distorsionadoras:

a) Algunos productos farmacológicos como: antihipertensivos, diuréticos, algunos anticonvulsivos, ciertos antiparkinsonianos, antidepressivos tricíclicos y remedios farmacológicos contra el asma.

b) Sustancias estimulantes como el café, el té o el cacao.

c) Drogas usuales en los ancianos como el alcohol y el tabaco.

IV. Enfermedades: numerosas patologías pueden provocar trastornos del sueño y provocar episodios de insomnio más o menos frecuentes:

a) Hipertiroidismo.

b) Dolores debido a diferentes enfermedades (artrosis, cáncer, poliartritis, etc.).

c) Asma: un ataque de asma puede provocar un despertar nocturno.

d) Las alergias (rinitis, estornudos) pueden despertar y provocar insomnio.

e) Reflujo gastroesofágico.

V. Nicturia: incontinencia urinaria en la noche.

VI. Migrañas y cefaleas nerviosas: ronquidos y dolores de cabeza.

VII. Insomnio primario: sin causa conocida.

#### Tratamiento del insomnio

El objetivo principal del tratamiento es identificar y corregir la causa que lo provoca y evitar su continuación. Se pueden hacer dos tipos de clasificación para tratarlo: tratamiento farmacológico y tratamiento conductual (Díaz y Pareja, 2008).

I. Tratamiento conductual: las terapias centradas en la conducta que se recomiendan son:

a) Tratamientos cognitivos:

- Adiestramiento de la imaginación para que el individuo pueda librarse de pensamientos inquietantes.

- Técnicas para parar pensamientos reiterativos que imposibilitan dormir.

- Utilizar métodos de intención inversa. El paciente debe proponerse no dormir para conseguir el efecto contrario.

- Enseñar al anciano posturas que favorezcan la relajación de los músculos y articulaciones.

b) Tratamientos dirigidos a las causas psicofisiológicas:

- Acabar con el miedo al insomnio mediante una desensibilización sistemática.

- Prácticas para que el anciano se sugestione, rebajando el ritmo de sus latidos, y así, predisponer al sueño.

- Realizar una relajación pasiva antes de acostarse.

- Relajación progresiva.

- Aprender a regular la respiración (respiración diafragmática).

II. Tratamiento farmacológico: los ancianos consumen hipnóticos en una proporción superior al resto de la población. Los usuarios de estos productos deben aprender las contraindicaciones y uso de los mismos. Será primordial el papel de enfermería en tan ardua tarea, ya que desarrollan una rápida tolerancia, necesitando el individuo mayores cantidades del fármaco para los mismos resultados (Cobo, 2000). Como norma general se recomienda no alargar más de 8 semanas el tratamiento con hipnóticos (Díaz y Pareja, 2008). Las sustancias hipnóticas para tratar el insomnio son las siguientes:

a) Hipnóticos de primera aparición: a este grupo pertenecen los barbitúricos. Con los años ha disminuido su consumo por su alto riesgo de adicción y sus efectos secundarios sobre el comportamiento y la capacidad de respuesta de las personas (enlentecimiento y estado de profundo sopor).

b) Hipnóticos de segunda aparición: sustancias del grupo de las benzodiazepinas. Provocan menos efectos secundarios, aunque causan altos grados de dependencia y tolerancia. Son ampliamente usados en la actualidad para las alteraciones del sueño.

c) Hipnóticos de tercera aparición: productos de procedencia no benzodiazepínica. Sus beneficios se hallan en la disminución de la dependencia y la tolerancia, favoreciendo un mejor sueño. En este grupo se incluyen las ciclopirrolidonas y las imidazopiridinas.

d) Melatonina: también llamada hormona del crecimiento, participa en la regulación del ciclo sueño-vigilia. Probablemente es útil para mejorar el sueño en pacientes ancianos con niveles bajos de melatonina.

#### Valoración de enfermería en el insomnio

Para realizar una correcta valoración enfermera en un paciente con insomnio, seguiremos los pasos que se recogen dentro del proceso enfermero.

- Valoración del paciente: se hará una recogida de datos del paciente y un registro de los mismos.

- Diagnóstico N.A.N.D.A: Trastorno de patrón del sueño (00198).

- Objetivos: el propósito a largo plazo será instaurar y conservar un patrón de sueño que ayude a alcanzar un adecuado equilibrio entre actividad, descanso y sueño.

- Plan de cuidados:

I. Alteraciones sensoriales del interior vinculadas con las patologías del cuerpo, el estrés psíquico y los cambios en la alimentación (Hospitalario, E.C.H.E.C., y Ourensán, 2007).

a) Resultados esperados:

- El paciente manifestará de forma oral si duerme apropiadamente (determinar el tiempo).

- El paciente tendrá que reconocer los elementos que favorecen o impiden el sueño.

- El paciente no presentará signos de abundante cansancio.

b) Intervenciones enfermeras:

- Identificar las causas específicas del trastorno sensorial interno.

- Proporcionar educación al anciano acerca del sueño.

- Identificar con el anciano los factores o sustancias que favorecen el sueño (ej. leche caliente) o interfieren en el mismo (ej. café).

- Evaluar la dieta para determinar la adecuación de los nutrientes.

- Solicitar una consulta al dietista para proporcionar una dieta adecuada.

- Proporcionar medidas de alivio para inducir el sueño y el descanso (ej. masaje espalda, cambios posturales...).

- Colocarlo de manera que favorezca la respiración.

- Planificar la terapia diurética para una hora temprana del día a fin de evitar la nicturia.

- Reducir la ingesta de líquidos 2-3 horas antes de acostarse y aconsejar que vacíe la vejiga antes de irse a dormir.

- Evitar la fatiga extrema, pero desaconsejar las siestas diurnas demasiado largas.

- Identificar junto al anciano los métodos de relajación que incitan al sueño.

- Evitar hacer duras tareas en el último tramo de la noche.

- Administrar medicamentos prescritos siempre y cuando no quede otra alternativa.

- Remitirlo a la persona adecuada en caso de estrés psicológico grave

II. Alteraciones sensoriales del exterior vinculadas con las modificaciones en el entorno, razones sociales... (Hospitalario, E.C.H.E.C. y Ourensán, 2007).

a) Resultados esperados:

- El paciente manifestará de forma oral que el entorno le favorezca el sueño.

- El paciente manifestará de forma oral que hay un correcto equilibrio entre la actividad y el sueño.

b) Intervenciones enfermeras:

- Identificar los factores concretos de las alteraciones sensoriales del exterior.
  - Comprobar el entorno y hacer que éste sea cómodo para que favorezca el descanso y el sueño.
  - Que mantenga un ritual de preparación para antes de dormirse.
  - Desaconsejar la actividad mental vigorosa antes de la hora de acostarse.
  - Junto con el anciano, identificar un nivel de actividad apropiado durante las horas de vigilia.
- Aumentar gradualmente la actividad hasta ese nivel.
- Reducir el riesgo de lesión durante el sueño (ej. usar barandillas, timbre de llamada a su alcance, cama en posición correcta...).

### Discusión/Conclusiones

Todas las publicaciones revisadas coinciden en que el tratamiento no farmacológico será el de primera elección para tratar el insomnio siempre que las condiciones del paciente lo permitan, ya que se evitarían las reacciones adversas que tiene el tratamiento farmacológico. Tampoco habría que olvidar que una de las características que tiene este grupo de población es la polimedicación, lo que podría acarrear más complicaciones para su salud con el tratamiento farmacológico. (Rumega, 2013).

Un reposo correcto necesita de una mínima tranquilidad, relajación y condiciones ambientales óptimas, y son los familiares y amigos del anciano los que deben facilitarles el descanso, ayudándoles en las tareas diarias y en las decisiones más complicadas. (Cobo, 2000).

Concluir que el sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de una persona. Su patrón sufre diversos cambios a medida que la persona crece y madura, por lo que todo enfermero en contacto con ancianos, como sanitario responsable, debe adquirir todos los conocimientos posibles sobre el sueño, de forma que la persona que envejece pueda aprender a adaptarse a la experiencia del sueño de una forma positiva y constructiva. (Rumega, 2013).

### Referencias

- Artiach, G., Del Cura, M. I., Díaz del Campo, P., De la Fuente, M. J., Fernández, J., García, A., y otros. (2010). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria*.
- Cobo, J. C. (2000). Sueño en ancianos. Insomnio y calidad de vida. *Geriatría y Gerontología. Atención integral al anciano*, 283 - 301.
- Cruz, E., Hernández, Y., Morera, B., Fernández, Z., y Rodríguez, J. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 12(2), 121-130.
- De la Calzada, M. D. (2000). Modificaciones del sueño en el envejecimiento. *Rev Neurol*, 30(6), 577-580.
- Díaz, M. S., y Pareja, J. A. (2008). Tratamiento del insomnio. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(4), 116 - 122.
- Escobar, F., Echeverry, J., y Lorenzana, P. (2001). Evaluación clínica del insomnio I parte. *Rev Fac Med (Bogotá)*, 49(2), 81-88.
- Fernández, J. A., Rico, A., y López, V. (2000). Calidad de sueño en ancianos. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 21(1), 40-47.
- Frances, F. (1995). *Planes de cuidado en enfermería geriátrica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- Hospitalario, E.C.H.E.C., y Ourensán, E. (2007). El sueño en el anciano. Atención de enfermería. *Enfermería global*, (10), 1.
- López, C. (2000). El insomnio en el anciano. *Enferm Docente*, 31 - 34.
- Medina, J. H., Fuentes, S. A., Gil, I. B., Adame, L., Solís, L. F., Sánchez, L. Y., y otros. (2014). Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 108 - 19.
- Moak, Z. B., y Agrawal, A. (2010). La asociación entre el apoyo social percibido interpersonal y la salud física y mental: resultados de la muestra epidemiológica nacional sobre el alcohol y las condiciones relacionadas. *J Public Health*, 191-201.
- Navarro, J. A., Domínguez, R., Morales, M., y Guzmán, I. Y. (2006). Historia clínica básica y tipos de insomnio. *Vigilia y Sueño*, 9 - 15.
- López, A., Lemus, A., Manterola, O., y Ramírez, J. (2009). Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. *Arch Neurocién*, 4, 266 - 72.

Rumega, L. (2013). El insomnio en el adulto mayor.

Trujillo, Z. (1997). Insomnio en el paciente geriátrico. *Arch neurociencias*, 2(2), 122-7.

Yao, K. W., Yu, S., Cheng, S. P., y Chen, I. J. (2008). Relaciones entre personal, depresión y factores de la red social y la calidad del sueño en la comunidad que habita los adultos mayores. *J Nurs Res* , 131-9.

## CAPÍTULO 100

### El sueño en el anciano. Propuesta de mejora

Adelaida Reyes Leiva, Alicia Manchón Mateos, y Carmen María Martínez Álvarez  
*Diplomada Universitaria en Enfermería*

Compartimos el concepto de envejecimiento con Cruz, Hernández, Morera, Fernández y Rodríguez (2008) quienes lo consideran como una reducción progresiva de la reserva homeostática de cada aparato y sistema. Dicho envejecimiento tiene su inicio en la tercera década de la vida, siendo gradual y variable entre cada uno de las personas. Dichos cambios difieren considerablemente entre los distintos órganos y sistemas del individuo; siendo afectado además por la dieta, el medio ambiente y el estilo de vida que lleve cada persona.

Es común en las entrevistas de enfermería que el paciente anciano refiera tomar ayudas farmacológicas para dormir, o simplemente, y con resignación, que indiquen que el sueño no es placentero, reparador o suficiente. Existen estudios científicos donde se relaciona el envejecimiento con el empeoramiento en la calidad del sueño. Estudios objetivos llevados a cabo a través de la polisomnografía; y estudios subjetivos realizados a través de cuestionarios de autoaplicación (Cruz, Hernández, Morera, Fernández y Rodríguez, 2008).

Entenderemos el sueño como un estado fisiológico de reposo de un organismo caracterizado por bajos niveles de actividad fisiológica y por una disminución de respuesta ante estímulos externos. Es un estado reversible y de aparición periódica, con una supresión casi completa de la actividad consciente y de respuesta al medio ambiente (Martínez, Correa y Gutiérrez 2014). En una cantidad y calidad adecuadas proporciona la recuperación del bienestar físico y mental, mejora el estado de ánimo, la concentración y la memoria, y reduce el riesgo de accidentes (Durán, Mattar, Bravo, Moreno y Reyes, 2014), por lo que se deduce la importancia de un correcto hábito de sueño para todas las edades y etapas de la vida.

Referenciando una guía de práctica clínica realizada por Moreno y Reyes (2010), el ser humano pasa un tercio de su vida durmiendo, aproximadamente. El sueño nocturno es variable entre las distintas personas, y puede llegar a durar de entre 4 a 12 horas. La necesidad de sueño de cada persona viene determinada por distintos aspectos tan variables como la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. De forma general podemos decir que la cantidad de tiempo de sueño adecuada será aquella que nos permita realizar las actividades diarias con normalidad.

Otros estudios relacionan dormir menos de 7-8 horas diarias con el aumento de la mortalidad por todas las causas; además de aumentar la prevalencia de enfermedades como la hipertensión, diabetes, depresión y obesidad.

En la actualidad, los trastornos del sueño son una causa de consulta muy frecuente en la práctica médica presentando una prevalencia del 35-40% en la población general. Un estudio llevado a cabo por Foley et al. revela que tan sólo el 20% de los ancianos estaban satisfechos con la calidad de su sueño (Martínez, Correa, Gutiérrez 2014)

De las personas mayores de 65 años, se estima que padecen algún tipo de trastorno de sueño el 50% de los que viven en su propia casa y el 60% de los que viven en residencias (Benetó, 2000).

El sueño se ve afectado durante el proceso de envejecimiento, donde ocurren cambios no sólo en la cantidad y calidad del mismo, también se ve afectada la arquitectura del mismo cambiando con respecto a la del adulto (aumentando las etapas superficiales de sueño y reduciendo las profundas).



Además existen enfermedades que no siendo propias del sueño pueden alterarlo, como la úlcera gastroduodenal, el reflujo gastroesofágico, la hiperplasia de próstata, la insuficiencia cardiaca, artritis reumatoide, etc.

### **Objetivos**

1. Exponer la estructura del sueño en el anciano
2. Determinar las alteraciones del sueño en el anciano sano
3. Exponer acciones para mejorar el sueño en la senectud

### **Metodología**

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de diversas bases de datos nacionales e internacionales como PUBMED, MEDLINE, UPTODATE, COCHRANE PLUS, etc, así como buscadores y páginas web de referencia como GOOGLE ACADÉMICO, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, etc...

Se han usado las siguientes palabras del tesoro: “sueño”, “envejecimiento” y “trastornos del sueño” (estos mismos descriptores se usaron en las bases de datos internacionales en inglés: “sleep”, “aging” y “sleep stages”).

Se ha descartado todo lo relativo a alteraciones del sueño en el anciano con demencias y otros trastornos cognitivos.

### **Resultados**

Para el estudio de los cambios funcionales que se dan durante el sueño se atiende a unas variables que se denominan indicadores del sueño, entre ellas encontramos:

El electroencefalograma

Los movimientos oculares

El tono muscular

Según Bonet (2008) a través de la polisomnografía se pueden registrar los tres indicadores anteriores.

Se observan 6 patrones de sueño en el individuo sano que son bastante uniformes entre los grupos de diferentes edades que según Conde y Sánchez (2007) son:

-Estado de vigilia

-Cuatro fases de sueño

Fase 1: donde se produce un estado de adormecimiento

Fase 2: de sueño

Fase 1 y 2 son de sueño superficial

Fase 3

Fase 4

Fase 3 y 4 son de sueño profundo no REM (traducción de movimiento ocular rápido) que ocupa la primera mitad de la noche, es donde se produce la recuperación física del individuo.

-Sueño paradójico: ocurre el sueño llamado REM que acontece en la segunda mitad de la noche. Se caracteriza por una actividad electroencefalográfica que recuerda al estado de vigilia (por eso se habla de sueño paradójico), debida a una activación cortical por parte de estructuras encefálicas profundas. Es cuando se produce la recuperación psíquica.

Se han descrito diferencias del sueño del anciano respecto al del adulto a distintos niveles. A continuación se exponen cambios anatómicos cerebrales y cambios funcionales que se pueden encontrar en esta edad:

Cambios anatómicos:

- Ocurre una pérdida de sustancia cerebral y una dilatación ventricular en el cerebro.

- Puede haber una reducción selectiva según el tipo de neurona y situación regional.

- Existe una mayor afectación en lóbulos frontales y temporales que en los lóbulos parietales

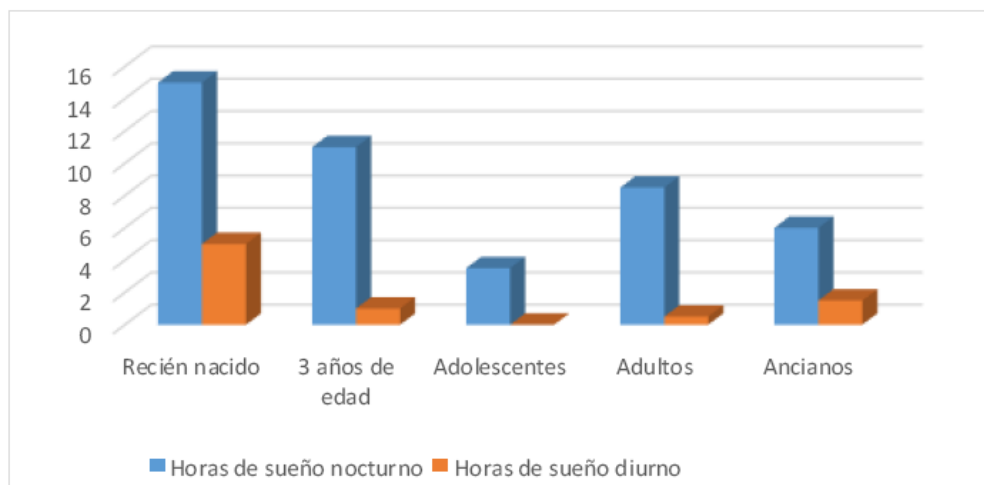
Cambios funcionales:

- Se reduce el sueño profundo y en consecuencia se aumenta el tiempo de sueño ligero

- Se tarda más tiempo en dormirse y se despiertan con más facilidad

- Se es más proclive a las siestas diurnas debido a los frecuentes despertares nocturnos.

En el siguiente gráfico podemos observar como las necesidades de sueño van cambiando desde el nacimiento hasta la senectud (Conde y Sánchez 2007):



Como se muestra en el gráfico, la necesidad de horas de sueño nocturno va disminuyendo continuamente a lo largo de la vida. Por otro lado la necesidad de dormir durante el día presenta un estado cíclico, con una actividad descendente desde el nacimiento hasta desaparecer durante la adolescencia, para reaparecer en la edad adulta y tomar más importancia en la ancianidad.

Trastornos más frecuentes durante la senectud

Según Echávarri y Erro (2007) nos encontramos que entre los ancianos sanos, los trastornos que podemos observar con mayor incidencia son:

-Insomnio: lo encontramos en el 40% de las personas mayores de 60 años junto con despertares frecuentes y sueño fragmentado. Su alta frecuencia no es debida tanto como trastorno primario del sueño, sino como trastorno secundario a otros factores (enfermedades orgánicas y psíquicas, consumo de medicamentos, hábitos tóxicos, etc.); de hecho eliminando estos factores disminuye la de insomnio primario hasta tender a cero (Benetó, 2000). Hay fármacos que pueden producir insomnio, entre ellos destacan algunos antidepresivos (fluoxetina y venlafaxina), algunos corticoesteroides, y fármacos como la cimetidina, la ranitidina, el propanolol, las anfetaminas, la tiroxina, la levo-dopa y algunos agonistas dopaminérgicos.

-Apnea de sueño. El 24% de los mayores de 65 años experimentan 5 ó más apneas por hora de sueño. A su vez las pausas de apnea son doblemente más frecuentes en hombres que en mujeres.

-Movimientos periódicos de las piernas e incluso el síndrome de piernas inquietas: lo padecen entre un 35 - 45% de los ancianos. Los movimientos periódicos de las piernas son una disfunción neuromuscular cuya incidencia y gravedad aumentan con la edad. En poblaciones ancianas se asocia frecuentemente con la apnea del sueño (Benetó, 2000).

El síndrome de fase adelantada de sueño es, dentro de las anomalías del ciclo circadiano, el más frecuente en los ancianos. Este síndrome se caracteriza por acostarse pronto por la noche y despertarse

temprano en la mañana. Esto parece estar en relación con la pérdida neuronal, que se acentúa con la edad al disminuir la secreción de melatonina, y se agrava por la degeneración del nervio óptico o la aparición de cataratas (Calzada, 2000). Los ancianos internados en instituciones o bien con minusvalías presentan con particular frecuencia este tipo de trastorno.

Los trastornos del despertar (sonambulismo, despertar confusional y terrores nocturnos) son propios de la infancia, y muy rara vez acontece en los adultos y ancianos dada su asociación con el sueño lento profundo. En la vejez, el sonambulismo suele referirse como “vagabundeo nocturno o errabundismo”, y por lo general, se debe a un síndrome orgánico.

Las pesadillas (parasomnias asociadas al sueño REM) suelen tener un origen psicopatológico, pero determinados fármacos de uso frecuente como antihipertensivos, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos y benzodicepinas, pueden producirlas también (Benetó, 2000).

El trastorno del sueño por inadaptación es otro problema frecuente, que sucede hasta en un 35% de las personas mayores. Debido a situaciones emocionales muy perturbadoras como jubilación, hospitalización o viudedad, sufren cambios en la calidad del sueño. Se afecta fundamentalmente al inicio y mantenimiento del sueño nocturno, dando lugar a irritabilidad diurna, ansiedad y menos rendimiento cognitivo. Afecta a buenos dormidores, y suele ser transitorio, dependiendo de la capacidad de adaptación a la nueva situación (Benetó, 2000)

## TRATAMIENTO

El abordaje de las alteraciones del sueño debe ser multidisciplinar, actuando desde distintos niveles que incumben tanto al propio sujeto anciano, como a familiares y profesionales de la salud de distintas categorías. Las medidas a tener en cuenta las enumeramos a continuación (Calzada, 2000):

### 1) *Medidas higiénicas*

- a. Organización circadiana estricta del sueño y vigilia, evitando que sea producto del azar diario.
- b. Programación de una vigilia suficientemente estimulante que junto con un ambiente adecuadamente iluminado, evitará las siestas diurnas.
- c. Horario de sueño fijo. Para acostarse y levantarse.
- d. Procurar durante el día una iluminación óptima, lo que evita una disminución de la secreción de melatonina que favorecerá una regulación óptima del ritmo circadiano.
- e. Siempre y cuando las condiciones físicas lo permitan se efectuará ejercicio moderado durante el día.
- f. Evitar la ingesta vespertina de alcohol.
- g. Evitar la toma de medicaciones susceptibles de producir insomnio después del atardecer, como levotiroxina.
- h. Evitar tomar durante el día medicaciones que provoquen somnolencia, estos deben pautarse a última hora del día, como relajantes musculares, antihistamínicos, antipsicóticos, benzodicepinas, etc.
- i. Disminuir el tiempo que el anciano pasa en la cama. Debiendo estar en la misma exclusivamente cuando esté durmiendo. De no ser así, y si ninguna otra patología lo impide, debería estar fuera de la misma.
- j. Regulación diaria de rutinas
- k. Procurar un ambiente estable, pues pequeñas variaciones en el ambiente pueden afectar al sueño del anciano. Variaciones relacionadas con la temperatura, cambios de la cama o la habitación o ruidos (Benetó, 2000).

### 2. *Técnicas psicológicas*

- a. Técnica de control de estímulos (consiste en establecer un vínculo entre el ambiente del dormitorio y el sueño).
- b. Técnicas de relajación.

### 3) Tratamiento farmacológico

a. Su uso debe indicarse sólo cuando hayan fracasado las medidas anteriores o cuando el estado del paciente impida su realización.

b. En cualquier caso, su uso debe ir acompañado de las medidas higiénicas posibles.

c. Es preferible el uso de hipnóticos de nueva síntesis (zolpidem o zopiclona) que modifican menos la estructura del sueño. Además afectan en menor medida que las benzodiacepinas a las apneas, y según diversas pruebas cognitivas y psicomotoras, no producen disminución del rendimiento diurno. Otro aspecto positivo es que el cese de su administración no conlleva insomnio de rebote, agitación ni ansiedad, como pueden producir las benzodiacepinas.

d. Los fármacos no psicotrópicos, en general, producen tres alteraciones en el sueño: insomnio, parasomnias y somnolencia diurna excesiva.

e. De entre los fármacos no psicotrópicos más utilizados en el anciano de los que se han descrito alteraciones del sueño, desatacamos:

#### i. Cardiovasculares:

1. Antihipertensivos: disminuyen el sueño REM

2. Beta bloqueantes: su influencia es variable según la liposolubilidad de la sustancias. Estos efectos son poco intensos en las dosis terapéuticas

ii. *Antineoplásicos*: muchos de ellos producen efectos adversos gastrointestinales, depresión y dolores musculares y osteoarticulares.

iii. *Antiasmáticos*: al mejorar los síntomas respiratorios pueden favorecer el sueño de los pacientes, pero la mayoría de ellos tiene acción directa sobre el sueño. La teofilina induce el reflujo gastroesofágico parece afectar negativamente el sueño; por el contrario, el salmeterol, mejora objetivamente la calidad del sueño de los asmáticos (Benetó, 2000)

iv. *Antiparkinsonianos*: la levodopa y los agonistas dopaminérgicos a dosis bajas puede mejorar la continuidad del sueño, mientras que a dosis altas podría fragmentarlo.

#### f. Consideraciones farmacológicas:

i. *Factores socioculturales*: gran parte de los ancianos preparan y se autoadministran su propia medicación, existiendo circunstancias asociadas a estas edades, como la pérdida de memoria, visión, audición, que pueden influir en un incorrecto cumplimiento del tratamiento.

ii. Pluripatología y polimedicación: puede favorecer la aparición de interacciones farmacológicas y efectos secundarios.

iii. Cambios farmacodinámicos: se ha objetivado una sensibilidad especial del sistema nervioso central a este tipo de sustancias hipnóticas.

iv. Cambios farmacocinéticos: a nivel de la circulación hepática se disminuye el efecto del primer paso, lo que aumenta la biodisponibilidad. A nivel renal la eliminación está enlentecida. Además debido al aumento de la composición grasa en la mayoría de los ancianos, ocurre un aumento del volumen de distribución del fármaco.

Paralelamente a los cambios que ocurren en el anciano que afectan al sueño directamente, existe una serie de patologías que indirectamente pueden hacer que el sueño nocturno no sea reparador. Como señala Benetó (2000), numerosas enfermedades orgánicas pueden deteriorar la calidad del sueño bien porque producen síntomas que por sí mismos despiertan al paciente y dificultan su adormecimiento como el prurito, alteraciones de la respiración, nicturia, actividad motora anormal, inmovilidad y dolor de cualquier tipo, en especial las cefaleas.

Por ello es conveniente hacer una entrevista estructurada y minuciosa para recopilar la mayor información posible y discriminar el origen del trastorno del sueño.

## Conclusiones

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en los ancianos sanos y debido al crecimiento de este grupo de población, es importante que se conozcas cuáles son las enfermedades del sueño que les afectan y cuál debe ser su abordaje (Echávarri y Erro, 2007).

Durante el envejecimiento ocurren discretas pérdidas funcionales o estructurales, sin que ello venga aparejado de una clínica. Por ello no existe un patrón estable del sueño durante el envejecimiento, lo que dificulta la detección y el manejo del problema.

En cuanto al sueño se refiere, respecto al adulto, se producen cambios anatómicos cerebrales y cambios funcionales que, entre otras consecuencias, pueden conllevar a un menor nivel de alerta y vigilancia diurno, una excesiva tendencia a dormir durante el día, a cambios de humor y un aumento del riesgo de caídas.

Debida la complejidad de la situación se deduce la importancia de comenzar por una entrevista bien estructurada y sistemática donde recopilar toda la información de forma minuciosa acerca del problema de sueño y discriminar el origen del mismo. Debido a la pluripatología del anciano y el variado consumo de fármacos, tiene especial importancia la información relacionada con los antecedentes previos, los fármacos que consume y la distribución que esté haciendo de su tratamiento.

Por todo ello debemos actuar como agentes educadores de salud para disminuirlo, trabajando en la medida que sea posible a todos los niveles: nivel higiénico, farmacológico y psicológico.

## Referencias

- Benetó A. (2000) Trastornos del sueño en el anciano. *Epidemiología. Rev Neurol*, 30(6), 581-586
- Bonet, T (2008). *Bases anatómicas y fisiológicas del sueño*. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología. Departamento de Anatomía
- Carol Moreno B, Sussanne Reyes G. (2010) *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*.
- Cruz Menor Ernesto, Hernández Rodríguez Yunit, Morera Rojas Blanca Paula, Fernández Montequín Zoila, Rodríguez-Benítez, J.C. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Rev Ciencias Médicas*, 12(2): 121-130.
- Durán, A., Mattar, P. y Bravo, N. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Rev Med Chile* 142, 1371-1376
- Echávarri, C. y Erro, M.E. Trastornos del sueño en los ancianos y en las demencias. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. [Citado 2015 08 de febrero]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000200014>.
- Fernández Conde, A., Vázquez Sánchez, E. (2007). El sueño en el anciano. Atención de enfermería. *Enfermería Global* (10).
- Martínez-Guerrero, J.M., Correa-Rodríguez, M., Gutiérrez-Romero, J.A. (2014). Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio y empleo de ayuda para dormir en la población anciana. *NURE Inv* [Internet], 11(73): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE73\\_original\\_suenyo.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE73_original_suenyo.pdf)

## CAPÍTULO 101

### Psiquiatría forense en el anciano

Diego Ramón Dueñas Alcalá, Consuelo Ibáñez Allera, y María

Rosa Sánchez-Waisen Hernández

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)*

Debido a que la esperanza de vida se va incrementando y que en la psicogeriatría antes o después van surgiendo situaciones con dificultad en resolución desde la perspectiva ético-legal, los profesionales de la salud debemos estar actualizados en los conocimientos adecuados para así proceder a su resolución mediante los medios y organismos adecuados y con ello beneficiar al anciano y más cuando se inicia o ya tiene alguna patología bien somática o funcional que afecte a su autonomía y capacidad de obrar (García-Andrade, 1984).

En las personas mayores que padecen diversos trastornos mentales bien sea de causa orgánica o de origen psiquiátrico, son muy frecuentes la existencia de problemas vinculados con asuntos legales. Para ello y dentro del sector de la legislación existen diferentes áreas a las que acudir según el perfil de la demanda y en este tipo pacientes:

-Derecho Civil, al que recurrimos a la hora de determinar sobre la capacidad de obrar del anciano, ante situaciones clave y en cualquier momento sobre determinación.

-Derecho Penal, ante un hecho si el anciano es o no imputable sobre lo ocurrido. Siendo situación delicada en casos determinados graves y en momentos en que inicia una determinada patología como una demencia o una enfermedad de Alzheimer.

-Derecho administrativo y Social, donde no sólo hay que valorar la patología que padece el anciano sino también el nivel de gravedad o sea el perfil con respecto al daño corporal que padece bien sea a nivel psíquico o nivel físico pues ambos son importantes en el grado de imputabilidad y de la decisión correlacionado con la ética profesional.

La persona autónoma es aquella que tiene capacidad para gobernarse a ella y auto determinarse (Calcedo, 2010). En cambio en el anciano que padece un proceso demencial así como otro tipo de alteración mental importante, dicho estado clínico repercute en su autonomía consecuencia del deterioro que conlleva y que generalmente es crónico e irreversible lo que le provoca estado con vulnerabilidad y dependencia siendo a su vez una persona no productiva con problemas a nivel de la salud, economía y socialmente lo que se traduce en una necesidad de tratamiento especial, atención, cuidado y rehabilitación así como que tenga que estar protegido tanto en el gobierno de su persona y actos como en la gestión de sus propiedades. (García-Andrade, 1984). Con respecto a las cuestiones éticas implican su complejidad según sea la dificultad de resolución y que se subdividen en un rango elevado como por ejemplo hay que decidir ante la situación de un enfermo en fase terminal y los de rango inferior como son el simple cuidado de una persona con demencia o enfermedad de Alzheimer. Dentro de las cuestiones éticas hay que distinguir la metodología de análisis lo que permite una subdivisión en los subtipos: 1) Según las perspectivas, 2) por los principios éticos (beneficencia, no mal-eficiencia, autonomía, el principio de justicia, de integridad, el dignidad y el de vulnerabilidad) 3) según la narrativa de la persona y 4) los basados en la casuística- situacionismo. (Calcedo, 2010).

Es frecuente que bien los familiares, cuidador de enfermos, servicios sociales o el propio médico de familia den testimonio acerca de la capacidad psíquico-mental del anciano, y que en gran parte desconocen sobre las alteraciones cognitivas en sí, de ahí la necesidad de la aportación por parte del psiquiatra experto en el terreno de la psicogeriatría pues establece una mayor evidencia, pero en todos los

casos corresponde al juez y ocasionalmente la determinación de un jurado, el decidir sobre si el anciano está incapacitado a nivel legal (Frolik, 1999).

Las patologías que con más frecuencia originan cuestiones asociadas a problemáticas legales bien sea de modo transitorio o crónico de causa somática ó funcional son (Delgado-Bueno, 1994):

- Demencias
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Esquizofrenias
- Trastornos afectivos
- Trastornos graves de la personalidad
- Intentos autolíticos y consecuencias vitales

### **Metodología**

Para la revisión teórica sobre el tema hemos llevado a cabo varias búsquedas en PubMed-Medline. Los descriptores utilizados fueron “Forensic, Elderly, Psychiatry, Legal, Right y Ethics”. En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada han sido 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 situaciones que cuestiones alguna cuestión legal sobre el anciano.

Dentro de las diferentes áreas pero complementarias de la legislación (Civil, Penal, Social, Administrativo) y que es diferente en cada uno de los países, las cuestiones más relevantes son: (Carrasco y Maza, 2003)

- Incapacitación
- Peligrosidad civil
- Curatela
- Consentimiento informado
- Instrucciones previas
- Internamientos
- Testamentifacción
- Otorgamiento de poderes
- Conducción de vehículo
- Posesión de armas de fuego
- Delitos comunes
- Violencia sobre personas con demencia
- Demente como activo de un delito
- La agresión en medio social y familiar
- Abuxos sexuales

### **Incapacitación**

En toda persona existe un factor básico y esencial, que es privado dentro del Derecho Civil y es la denominada “autonomía de la persona” que representa la “Capacidad de Obrar o Capacidad Civil” que permite al individuo ejercer sus actos y toma de decisiones mediante sus derechos en su vida cotidiana. Cuando la persona y refiriéndonos en etapa de la geriatría, padece una determinada patología que pueda repercutir en la mencionada capacidad de decisión, es competencia legal mediante la apertura del

proceso judicial e intervención del fiscal para determinar si cumple los criterios para que sea incapacitada y en beneficio pleno de la persona. La incapacitación puede ser transitoria (cuando dicho estado remite) o definitiva en casos de que padezca una patología crónica, irreversible y con agravamiento progresivo que desemboca en nulidad sobre su capacidad de obrar o civil.

Son tres los criterios que deben cumplir aquella enfermedad o clínica subsidiaria de incapacitación:

-Criterio psicopatológico, aquí la alteración debe ser con gravedad suficiente para que se afecte el funcionamiento intelectual y global de la persona y sus áreas (capacidad de juicio, voluntad, memoria, capacidad de elección, razón y percepción)

-Criterio cronológico, pues el trastorno ha de ser permanente para poderse establecer una incapacitación definitiva

Criterio Jurídico, en donde se establece que como causa de la enfermedad la persona no es capaz de satisfacer sus necesidades con respecto a su persona y bienes. (Fernández-González, 2004).

#### Peligrosidad civil

Es aquí donde se aprecia el riesgo de que una persona y más en ancianos que debido a un déficit psíquico conlleve a la toma de una decisión con error y repercusión negativa sobre sí mismo o bienes de que disponga. Por supuesto la peligrosidad civil se relaciona con la escala social, profesión si ejerce...y en relación a la magnitud la autoridad judicial establece las medidas oportunas para proteger al incapacitado. De acuerdo con ello podrá designar bien sea la figura del tutor que generalmente es el familiar con más apego o quien conviva y que será de modo libre, suele ser el conyugue, los familiares descendientes o los ascendientes cuyo papel es el velar sobre la protección tanto de su persona como de sus bienes. De no existir o no aceptar ningún miembro será un defensor judicial. Es frecuente que la autoridad judicial mantenga contacto con el psiquiatra referente y servicios sociales del dispositivo de salud mental para verificar el cumplimiento del objetivo fundamental y que es el beneficio de la persona incapacitada. También existe una tercera alternativa y que a continuación exponemos. Todo lo citado viene reflejado en la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. La persona designada u organismo público y que acepte la tutela informará de modo obligado a la Fiscalía. (Hernández, 1989).

#### Curatela

Viene recogida en el Art. 288 del Código Civil y es un alternativa de Incapacitación pero Parcial que se aplica a las personas pródigos, pues es aplicada en el área de la administración de sus bienes exclusivamente. Podemos ver en determinadas enfermedades psíquicas que ante un estado descompensado lo precisa pero una vez resuelto la persona se gobierna plenamente tanto en su cuidado como bienes, es el caso de un trastorno bipolar en fase maniaca donde vaya a existir riesgo de derroche...o en casos de demencias en etapa temprana o al inicio de la enfermedad de Alzheimer. Al igual que en la Incapacitación total se informará a la Fiscalía periódicamente. (Hernández, 1989).

#### Consentimiento informado

Se refleja en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. El paciente o en el caso de estar incapacitado al que asuma la representación legal mediante nombramiento judicial es obligatorio que a nivel médico se le informe, formular consentimiento si lo precisa, respeto de su intimidad, si participa en investigación científica informar y consentimiento y el derecho a negarse a recibir un tratamiento. Sólo en casos de que la persona padezca una enfermedad o estado que le impida el comprender lo que se le expone y por supuesto en beneficio hacia su persona. De existir una mínima duda al respecto hemos de contactar con autoridad judicial. (Hernández, 1989). Hernández, M.A. (1989).

#### Instrucciones previas



También se reflejan en la Ley 41/2002. Son las voluntades anticipadas o el testamento vital. Aquí la persona ha de ser mayor de edad, estar capacitado y libre y que de modo anticipado manifiesta sobre el cuidado y tratamiento de su salud e incluso al fallecer sobre sus cuidados, el destino de su cuerpo o de los órganos. En las últimas décadas existe un aumento considerable de las Instrucciones Previas sobre todo a que dentro de todas las enfermedades existentes puedan desarrollar la enfermedad de Alzheimer o una demencia. (Ramos, 2006).

#### Internamientos

El Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil indica la necesidad de la autorización judicial para ser atendido en centro sanitario y en contra de su voluntad, para ello debe estar inconsciente o padezca una patología psíquica que no permita su autogobierno. Igualmente cuando se plantea en éstas personas la necesidad de recibir tratamiento o ser atendidos en centro residencial, como es frecuente en el caso de los procesos neurodegenerativos graves, crónicos e irreversibles. En centro hospitalario hemos de informar en 24 horas y si mantiene ingresado semestralmente. (Calcedo, 2006).

#### Testamentifacción

Donde la persona y mientras la autoridad judicial en base a la legislación lo permita, ha de ser mayor de 14 años y bajo su juicio cabal cuando lo haga. Por supuesto no se podrá realizar de estar incapacitado judicialmente o no estar en el cabal juicio cuando lo realizase, en protección sobre su persona y sus bienes. De ahí la importancia en personas que padezcan procesos demenciales, trastornos mentales graves u otras patologías que condicionen la capacidad de comprensión y de juicio sobre la persona. Por supuesto un testamento tiene validez si se ha realizado antes de establecerse una de estas enfermedades y estados en ellas y ante cualquier duda es el juez quien lo determina en base a ello y asesoramiento del médico forense y la fiscalía. La aportación del psiquiatra como perito o testigo posee enorme relevancia sobre su cuando se realiza se encontraba con capacidad de decisión y de obrar. (Martin, 1995).

#### Otorgamiento de poderes

Al igual que para testar, para realizar contratos, otorgar poderes u otros documentos es preciso que la persona posea iguales condiciones sobre su autogobierno con pleno cabal juicio y de comprensión de lo que hace. Aquí igualmente la ley vela sobre personas que estén condicionadas al padecimiento de las patologías que antes mencionamos y que en todo momento se podrá impugnar con carácter retrógrado si se aporta información adecuada a ello. (Martin, 1995).

#### Conducir vehículo y posesión de armas de fuego

Igualmente y dentro del derecho civil, existen restricciones ante patologías dentro de la psiquiatría así como de modo peculiar en procesos demenciales y la enfermedad de Alzheimer que aunque se van desarrollando progresivamente se le indicará a la persona que es desaconsejable ello ante los riesgos e inconvenientes por estado, toma de los fármacos o efectos de los mismos. Por supuesto la comunicación por escrito a la persona responsable verbal y por escrito bajo constancia en su historial clínico. Y en caso de agravamiento si fuese necesario a la autoridad judicial competente.

A continuación hacemos exposición de una serie de circunstancias y situaciones asociadas al derecho penal y en donde la persona padece un estado o enfermedad en que se ve afectada su capacidad volitiva y de comprensión no encontrándose como antes denominamos en su cabal juicio y estado con vulnerabilidad, por lo que si una persona realiza delito sobre tales personas se le añade un agravamiento en su condena y que viene reflejado en el Art.25 del Código Penal. (Castellano y Villanueva, 2005).

#### Delito común

Aquí si una persona lo hace padeciendo las antes citadas enfermedades son consideradas como sujeto pasivo ante cualquier delito común. La persona es incapaz aunque no se haya determinado tal incapacitación a nivel judicial si padece una patología de modo continuo y que le impida el autogobierno así como el de sus bienes. (Castellano y Villanueva, 2005).

#### Violencia sobre TMG y trastornos neurodegenerativos

Es decir que padezcan patologías psíquicas graves o neurológicas que afecten su capacidad de obrar o toma de decisiones. Es muy importante sobre el paciente es lugar familiar donde resida y con quien conviva, lo cual se refleja en el Art. 153 del Código Penal donde se velará sobre su cuidado, el caso de signos por abandono como la hidratación, daños físicos, abandono, alimentación... Por supuesto no sólo es el daño físico objetivo sino también a nivel psicológico. En el Art. 173 del Código Penal hace constancia del maltrato bien sea en el ámbito familiar como en centros asistenciales y en especial sobre personas bajo tutela, patria potestad o curatela. En todo momento partiendo de una asistencia basada a nivel científico y bajo la adecuada ética profesional bajo el principio de la justicia, la autonomía y el de la beneficencia. Aunque de los mencionados es condicionado ante situaciones en que la persona hubiese realizado las Instrucciones Previas siempre que como antes reflejamos estuviese en su cabal juicio cuando lo elaboró. (Castellano y Villanueva, 2005).

#### Demente como activo de un delito

Es frecuente que ocurran personas mayores con trastornos mentales graves con y sin deterioro así como por procesos degenerativos como demencias, enfermedad de Alzheimer...y en particular dentro del ámbito familiar, más si es varón y de modo peculiar el abuso sobre menores, lo cual tiene su fundamento y es que en gran parte de estas enfermedades es propio la existencia de la desinhibición. En tales casos el juez podrá si estima oportuno que sobre ante el delito se proceda como eximente o atenuación de cara a existencia de responsabilidad penal. (Aso y Martínez-Quiñones, 2004).

#### Agresión en el medio socio familiar

De cara a estadísticas la gravedad suele ser mayor en etapas tempranas de la enfermedad y en la mujer que es el sujeto pasivo y en donde bien el conyugue, otro familiar o el cuidador en especial sea el sujeto activo. Son de especial interés en estas enfermedades cuando existe sintomatología psicótica bien de tipo paranoide o celotipia siendo importante la tomas de medidas establecidas por psiquiatría.

#### Abuso sexual

En procesos demenciales es frecuente el rebaje notable del impulso sexual y en ocasiones como antes hemos reflejado es lo opuesto por afectación de áreas cerebrales en concreto estableciendo la desinhibición. Son frecuentes una serie de conductas relacionadas al sexo en este tipo de patologías como es la exhibición y los tocamientos a menores, delitos que pueden ser eximentes o atenuantes ante lo cual el responsable del incapaz debe tomar las medidas oportunas para su prevención así como a nivel médico el uso alternativas farmacológicas. (Escario, 2004).

#### **Discusión/Conclusiones**

La esperanza de vida se ha ido incrementando en las últimas décadas en nuestro país así como en la eurozona e irá aumentando. De ahí que en el anciano sea cada vez más frecuente la aparición de las demencias, la enfermedad de Alzheimer así como el agravamiento progresivo de los trastornos mentales graves. Por ello debemos poseer los conocimientos sobre situaciones y problemas para así aportar los beneficios que podamos trasladar en coordinación del equipo asistencial bajo una perspectiva ético-forense al paciente geriátrico que padece estas enfermedades desde el plano comunitario bien sea familiar o residencial como hospitalario.

Para ello hemos realizado un exposición de las cuestiones más relevantes y frecuentes que solemos ver con más frecuencia y en nuestro ámbito profesional, correlacionadas con la legislación y en especial sobre el derecho civil, social, administrativo y penal. (Weiner y Lipton, 2010).

### Referencias

- Aso, J. y Martínez Quiñones, J.V. (2004). *Aspectos Médicos y Legales de las demencias*. Cap.; (pp. 132-146). Madrid. Edita AENP
- Calcedo Odoñez, A. (2004). *Internamientos. Incapacitación y Medios Coercitivos*. Cap.; ( pp. 12111-114). Derecho y Salud. Madrid. Edita AEPL
- Calcedo-Barba, A. (2010). *Aspectos éticos legales*. Cap.30; (pp. 549-552). Tratado de Neuropsicogeriatría. Madrid. Edita Ergon.
- Castellano, M<sup>a</sup>, Villanueva, E. (2005). Aspectos legales y éticos. Cap.4; (pp. 91-117). Madrid. Edita Consenso Nacional sobre Demencias.
- Delgado-Bueno, S. (1994). *Cuestiones forenses*. Cap. 36; (pp. 1021-1058). Psiquiatría Legal y Forense. Vol. I Madrid. Edita COLEX.
- Escario, J.A. (2004). *Aspectos Médicos y Legales de las demencias*. Cap.; (pp. 39-88) Madrid. Edita AENP
- Fernández-González, B. (2001). *La incapacitación de los ancianos en la nueva ley de Enjuiciamiento Civil. IV*; (pp.1647-1658). Actualidad Civil. Madrid. Edita COLEX
- Frolik, L. (1999). Science, common sense, and the determination of mental capacity. Public Policy, and Law. Cap.; (pp. 5;41-58). New York. Psychology.
- García-Andrade, J. (1984). *Problemas Médicos Legales de la Tercera Edad*; XI (pp. 38-39); (pp. 91-102). Madrid. AENP.
- Hernández, M.A. (1989). *Factores de riesgo en la demencia tipo Alzheimer*. Cap.; 4; ( pp. 451-4639. Madrid. Rev. Esp. Neurol. Madrid. Edita REN
- Martín, A. (1995). *Relación médico-paciente geriátrico: aspectos legales y entorno jurídico*. Cap. 21; (pp. 321-365). Madrid. Editores Médicos Forenses.
- Ramos, E. (2001). *Los procesos sobre la capacidad y estado de la nueva Ley de Enjuiciamiento Legal*. CI; (pp. 339-338). Actualidad Civil. Barcelona. Edita GLOSA
- Weiner, F. y Lipton, M.(2010). *Cuidado de personas, aspectos legales y éticos*. Cap. 20; (pp. 353-406). Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Barcelona. Edita Panamericana.

## CAPÍTULO 102

### Maltrato a los mayores en el medio familiar

Luisa María López Trinidad\*, Alberto Sánchez Mellado\* y Catalina Liria Haro\*\*

*\*Graduada en Enfermería, \*\*Diplomada en Enfermería*

En países industrializados del 13 al 15% de la población presenta una edad superior a 60 años. Este envejecimiento no es un fenómeno único de algunas sociedades, sino que ha estado presente en todas las etapas de desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas (Evans, 2003; Kemelmajer, 2006). En el presente siglo existe una situación singular, cada vez son más personas las que sobrepasan la barrera cronológica que el hombre ha situado como etapa de vejez, convirtiendo al envejecimiento en uno de los retos más importante de la sociedad moderna (Campillo, 2002; Kemelmajer, 2006).

Un punto importante en la vejez es el maltrato al anciano, el cual constituye un grave problema de salud y social que necesita ser investigado y tratado con mayor profundidad.

La violencia doméstica es muy antigua, se reconocen; la violencia infantil, contra la mujer y contra el anciano, fundamentalmente siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años. Como consecuencia a ello, el número de casos de abuso en el anciano se incrementará (Urrusono, 2010).

El maltrato en las personas mayores, existente desde hace décadas en la sociedad, pero se conoce muy poco a cerca de este, estamos ante un problema «iceberg» del que sólo tenemos constancia de una pequeña parte (Toronto; 2002; Urrusono, 2010), ya sea por el silencio de las víctimas, de los cuidadores, del resto del entorno, del anciano puesto que no hablan por no poder, no querer o no saber, además en muchos casos las víctimas no tienen la capacidad suficiente para denunciar al presentar limitaciones cognitivas y de comunicación a causa de enfermedades degenerativas o simplemente por el desconocimiento general que existe hacia él (Forges, 2006; Paniagua, 2010).

Consideramos necesaria la divulgación de este tema, pues es fundamental realizar cambios en el manejo a él, existe un vacío tanto a nivel intelectual, jurídico o legal unido al desconocimiento rechazo u ocultación social (Alonso, 2009; González, 2004). Son necesarios ajustes en el entorno familiar, pilares fundamentales para que se logre una longevidad satisfactoria. Es evidente que su bienestar depende en gran medida de sus condiciones de vida y del cuidado que se le ofrezca (Bovera, 2003; Kamelmajer, 2006).

#### **Objetivos**

Objetivo principal:

-Recopilar más información acerca del maltrato intrafamiliar en adultos mayores.

Objetivo específico:

-Determinar la actitud de enfermería ante dicho problema.

#### **Metodología**

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de interés científico internacional y de temática sanitaria. Se han consultado las bases de datos Pubmed, Scielo y Elsevier.

Para su realización, se han seleccionado estudios observacionales descriptivos, con fechas comprendidas entre 2002 hasta 2015.

Los descriptores empleados han sido: violencia intrafamiliar, maltrato al anciano, enfermería en el maltrato. Para la elaboración de la cadena de búsqueda se usaron los operadores booleanos “and” y “or”.

## Resultados

¿Qué es el maltrato familiar al mayor?

Según la definición de la OMS la violencia hacia las personas mayores se define como: “Acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor” (Fernandez, 2006; Kessel, 1996; Paniagua, 2010).

Maltratos más comunes en este ámbito:

Son descritas 7 categorías de abuso en el adulto mayor por el *National Aging Resource Center*, y estas son las siguientes: físico, emocional, financiero, negligencia, sexual, negación a brindarle ayuda y otras formas más (Campillo, 2002).

A continuación describimos las formas de maltrato más frecuentes:

– Maltrato físico: Cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

– Maltrato psicológico: Conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.

– Negligencia física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.

– Maltrato emocional o abandono: Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.

– Abuso económico: Imposibilitar el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.

– Abuso sexual: Cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de ofrecer su consentimiento.

– Maltrato estructural y social. Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se estima que da origen a otros tipos de maltrato.

– Falta de respeto y prejuicios contra el adulto mayor. Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas, maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano (Farjado, 2007; Fernández, 2006; Moya, 2005).

El maltrato tiene consecuencias físicas, psicológicas o sociales sobre el anciano.

– Físicas: Lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras de decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras, intoxicaciones, etc.

– Psicológicas: Tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

– Sociales: El aislamiento físico, psicológico o social. Se estima que los malos tratos presentan una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones anciano (Farjado, 2007; Fernández, 2006; Krug, 2002).

Se ha comprobado que las experiencias más hirientes para los mayores son: no ser tenidos en cuenta, la falta de consideración y la falta de información en asuntos concernientes a su salud y a sus intereses personales (Paniagua, 2010).

Prevalencia:

Actualmente 5 de cada 6 casos se quedan sin notificar, es el llamado fenómeno iceberg. Debemos atender a esto, ya que la situación actual española, en lo que refiere a la crisis, ha hecho que aumente este tipo de maltrato. Han aumentado los casos en los que la familia actúa como cuidadores principales

de estos ancianos, apoyados por su situación de desempleo y como estrategia de única ayuda económica que se le pueda brindar. Esto hace que en la mayoría de los casos sea un cuidado lucrativo y dirigido únicamente por el interés (Ruiz, 2001).

Es interesante destacar el hecho de que las tasas de maltrato informadas por los cuidadores son más altas que las reportadas por los ancianos en cualquiera de los casos, excepto en el del abuso sexual. En diferentes estudios, el maltrato psicológico surge como uno de los que manifiesta mayor prevalencia, seguido del abuso económico y el maltrato físico.

Existen cifras que detectan y/o sospechas de malos tratos en personas mayores que se mueven entre 0,8 % a 52,6 %, aunque se cree que estas últimas no parecen muy reales, y si lo serían más aquellas que se encuentran entre el 1 % al 35 %.

En España si tenemos en cuenta una población de ocho millones de habitantes mayores de 65 años, y considerando una cifra de malos tratos del 4 al 5 %, siendo posiblemente esta proporción solo la punta del iceberg, tendríamos entre trescientas veinte mil a cuatrocientas mil personas maltratadas (Bazo, 2001; Escudero, 2006).

En cuanto a la frecuencia de maltrato, con relación al sexo se puede apreciar que son más maltratadas en casi todos los tipos de maltrato las féminas. Esto puede deberse a que actualmente hay unos 70 millones más de mujeres que de hombres con 60 años o más en el mundo. Entre las personas de 80 años en adelante, hay cerca de 2 veces más mujeres que hombres, y entre los centenarios hay entre 4 y 5 veces más mujeres que hombres (Evans, 2003; Kemelmajer, 2006).

A continuación presentar una serie de tablas en la que se destaca los factores que aumentan las posibilidades de que se den casos de maltrato, además de analizar por parte de quienes vienen impartidos de manera estadística este tipo de maltrato.

*Tabla 1. Factores de riesgo de la víctima*

- Más frecuentemente es mujer.
- Supera los 75 años.
- Es viuda o separada.
- Tiene severos deterioros funcionales y/o cognitivos.
- Muy dependiente de sus cuidadores para las actividades de la vida diaria (AVD).
- Con molestos fallos cotidianos (incontinencias, agresividad, insomnios...).
- Su principal cuidador es un familiar de edad superior a los 55-60 años.
- Antecedentes de lesiones físicas, a veces recurrentes, detectadas por los servicios sociosanitarios.
- Mala higiene, plurimedificada, incluso malnutrida.
- Gran soledad. No es visitada ni consolada por nadie.

(Martínez, 2005; Sánchez, 2004)

*Tabla 2. Factores de riesgo del maltratador*

- Parentesco con la víctima (hijos/as, esposo/a, hermano/a).
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Depende del mayor desde el punto de vista económico
- La vivienda es de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
- Antecedentes psiquiátricos o de alteración de la personalidad.
- Pobres contactos sociales.
- Renuncia a ayudas médicas/sociales de la comunidad.
- En las entrevistas suele resultar hostil, suspicaz, irritable.
- Frecuente pérdida de control de las situaciones.
- Historia previa de violencia familiar.
- Estrés derivado de diversas causas (desempleo, problemas económicos y/o familiares, enfermedades crónicas...)

(Martínez, 2005; Sánchez, 2004)

Datos de interés en el maltrato:

Existen Características interesantes a tener en cuenta por parte de la enfermera para detección precoz de nuevos casos de maltrato, determinadas conductas en los mayores o en sus próximos que pueden suponer indicios de que se están produciendo malos tratos o existe el riesgo de que se produzcan como por ejemplo:

En la persona mayor:

- Miedo y/o excesivo respeto al familiar y/o al cuidador principal.
- No responde a las preguntas o mira al cuidador antes de responder.
- Su comportamiento cambia cuando el cuidador está o no está presente.
- Manifiesta soledad, falta de amigos, familia, vecinos, dinero.
- Baja autoestima.
- Se refiere al cuidador como persona con genio y frecuentemente enfadada.
- Aislamiento dentro de la casa, reducida a una habitación.

En el posible maltratador:

- Importante nivel de estrés o sobrecarga por cuidar.
- Intenta evitar el encuentro en solitario entre el profesional y la persona mayor.
- Contesta por la persona mayor.
- No quiere asistencia domiciliaria socio-sanitaria.
- Negligencia en las consultas médicas y en el suministro de medicación y ayudas rehabilitadoras.
- No acepta el proceso normal de envejecimiento de su familiar.
- Carece de formación para cuidar y tampoco le interesa adquirirla.
- No está satisfecho con lo que hace.
- Está a la defensiva y oculta información o se desdice frecuentemente.
- Está más preocupado por la molestia de cuidar que por la salud del Mayor.
- Se muestra extremadamente atento con el mayor o por el contrario usa malas palabras cuando se dirige a ella.

- Intenta convencer a los otros que la persona mayor quiere fastidiar.
- Penaliza a la persona mayor.
- Infantilización.

• Vive muy preocupado por el coste de las prótesis dentales, gafas audífonos trata de no gastar en ello aunque perjudique seriamente al mayor.

En la interacción víctima/posible maltratador:

- Los relatos de uno y otro no son coincidentes al explicar algún tipo de hecho.
- Relación conflictiva discusiones, insultos, faltas de respeto y ridiculizaciones.
- El cuidador se muestra hostil, enfadado, impaciente y el mayor está agitado o demasiado tranquilo

(Martínez, 2005; Paniagua, 2010).

Enfermería en el maltrato:

Ante este problema de salud, Enfermería tiene una posición privilegiada desde la que puede dar la voz de alarma cuando detecte posibles casos de maltrato, así como intervenir en su prevención. En este sentido, son actitudes fundamentales para el enfermero la profesionalidad, el sentido común, la empatía y la paciencia.

La actuación ideal por parte de enfermería sería:

- Entrevista con el anciano o cuidador.
- Identificar factores de riesgo o desencadenantes.
- Buscar señales de alerta a través de indicios o signos precoces de maltrato.

En el caso de que este se llegase a producir, es preciso hacer una entrevista y valoración que incluya los posibles factores desencadenantes, lo que nos conducirá de forma indirecta a quién ha podido ser la

persona causante. Del mismo modo se ha de indagar si es un situación aguda o crónica; valorar las lesiones actuales y el riesgo potencial de futuras lesiones.

Hemos de establecer un plan de actuación integral, y multidisciplinar que aborde la situación física, psicológica y social del anciano.

Para una correcta actuación trabajaremos en colaboración con el trabajador social y con servicios especializados. Tras la entrevista, exploración y valoración, redactaremos, si se considera preciso, un parte de lesiones y se dará a visto al juez.

Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia, debemos informar al anciano de la situación y los recursos disponibles. También comprometernos a facilitarle la información necesaria por si desea redactar una denuncia. Es frecuente que nos encontremos ante el rechazo de formular dicha denuncia, pues comúnmente el maltratador es un miembro de la familia (Alonso, 2009; Moya, 2005).

### Conclusión

El problema del maltrato en los ancianos es una realidad en nuestra sociedad, estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave. La ignorancia, la falta de conocimiento y deformación, así como la falta de materiales adecuados que se puedan utilizar por parte de los profesionales, son factores que bien podrían generar o facilitar el maltrato.

Es preciso erradicar el maltrato a las personas mayores, pues como vemos es una realidad no infrecuente. Para ello es necesario aunar esfuerzos de toda la sociedad. Se necesita conocer a fondo el problema, pues los estudios actuales sobre el mismo son además de escasos, dispares, por la falta de consenso internacional en su realización, y la mejor forma de prevenir es conocer. Queda aún mucho por hacer de parte de los profesionales sanitarios ante este problema, especialmente desde la figura de enfermería. Serían interesantes entre otras las siguientes propuestas: hacer intensas campañas de sensibilización sobre el tema a la sociedad, informar y apoyar al cuidador informal, hacer una actuación basada en la persona, para evitar el maltrato al mismo y lograr el disfrute de una longevidad satisfactoria.

### Referencias

- Alonso Galnares, T. (2012). El maltrato en la vejez. *Trabajo fin de grado. Universidad de Cantabria*.
- Bazo, M.T. (2001). "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 36(1), 8-14.
- Bovera , M.L. Moreno-Sancho, S; Taltavull, J.M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria*, 32(9), 541-51.
- Campillo, R. (2002). Violencia con el anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18(4).
- Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 31, 367-372.
- Escuredo Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *15*, 52-53.
- Evans, J.G. (2003). Prevention of Age associated loss of Autonomy. *Epidemiological Approahes J. Chronic Dis*. 37(3), 53-58.
- Fajardo, M. (2007). Reflexiones: ¿el maltrato es un problema de salud?. *Rev haban cienc mé*, 6(1).
- Fernández Alonso, M.C; Herrero Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*. 37(1), 56-9.
- Fernández-Alonso, M.C y Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*. 37(2), 113-5.
- Forges, JF. (2006). Educar contra Auschwitz. Historia y memoria. *Barcelona*. 68(132), 24-268.
- González Ceinos, M., Buján Garay, I, G López Saiz, G, Longa García, I, Cacho Blanco, L. (2004). Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integ*, 20(1).
- Kemelmajer, A. (2006). Las personas ancianas en la jurisprudencia argentina: ¿Hacia un derecho de la ancianidad? *Revista Chilena*, 33(1).
- Kemelmajer, A. (2006). Las personas ancianas en la jurisprudencia argentina. ¿Hacia un derecho de la ancianidad? *Revista Chilena de Derecho*, 33(1), 37-68.



Kemelmajer, A. (2006). Las personas ancianas en la jurisprudencia argentina. ¿hacia un derecho de la ancianidad? *Revista Chilena de Derecho*. 33(1), 37-68.

Kessel, H., Marin, N y Maturana, N. (1996). Primera Conferencia Nacional de

Krug, E.G; Dahlberg, L; Mercy, J; et al. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*. Ginebra.

Martínez-Querol, C; Pérez Martínez, V.T; Cardona Sanson, Y. (2005). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integ.*, 21, 1-2.

Moya Bernal, A; Barbero Gutierrez, J. (2005). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. *Madrid: IMSERSO. (Colección Manuales y guías: Serie Personas Mayores)*.

OMS. (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Tronoto. Canada.

Paniagua Fernandez, R. (2010). Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia. *Revista chilena de derecho*. 33(1), 37-68.

Ruiz-Sanmartín, A; Altet, J; Porta, N; Duaso, P, Coma, M y Requesens Torrellas, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*. 27(5).

Sánchez del Corral, U., Usaola, F. y Ruiperez Cantera, I. (2004). *Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño*. Portal Mayores.

Urrusuno, F; Rodríguez-Fernández, R; Vázquez-Abreu, R.L. (2010). Violencia doméstica en la tercera edad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(2), 189-191.

