

# **Investigación en salud y envejecimiento Volumen I**



**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes  
M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado  
Isabel Mercader Rubio  
Francisco Soler Flores**

**Edita: Asoc. Univ. de Edu. y Psic.**





# **Investigación en Salud y Envejecimiento**

## **Volumen I**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes  
M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado  
Isabel Mercader Rubio  
Francisco Soler Flores**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Investigación en Salud y Envejecimiento. Volumen I”, 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: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP)

ISBN: 978-84-617-1388-2

Depósito Legal: AL 832-2014

Distribuye: Asoc. Univ. de Educación y Psicología

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 SEXUALIDAD

### CAPÍTULO 1

*La Participación Social en la nueva población geriátrica: Análisis desde la Terapia Ocupacional*.....13

Noelia López López, Pablo Javier Olabe Sánchez, Iván Cerdeña Macías y Andrés Martínez-Almagro Andreo

### CAPÍTULO 2

*Homosexualidad y vejez: interpretación por parte del personal de enfermería y estudiantes de enfermería* ..... 19

M<sup>a</sup> Isabel Ventura Miranda, Jéssica García González, Sandra Sue Torres Giner, Natalia Sáez Donaire, David Navarro Sánchez y Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández

### CAPÍTULO 3

*¿Afecta la situación económica actual de nuestro país a los estilos de vida de los ancianos?* .....25

Verónica Tortosa Salazar, M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel y M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez

### CAPÍTULO 4

*Adicciones y envejecimiento: perfil de pacientes adultos mayores atendidos en una Unidad de Atención de Adicciones* .....31

Ana Isabel Sieso Sevil, Ricardo López Bernués y Yolanda Marcén Román

### CAPÍTULO 5

*La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como intervención psicológica en pacientes con dolor crónico: claves y evidencia empírica*.....37

Juana María Mateu Mateu, Rubén Uclés Juárez y Zaida Callejón Ruiz

### CAPÍTULO 6

*Análisis de la relación entre flexibilidad psicológica y calidad de vida en una muestra de personas mayores. Ajuste flexible de metas como elemento clave del envejecimiento con éxito*..... 43

Zaida Callejón Ruiz, Juana María Mateu Mateu y Rubén Uclés Juárez

### CAPÍTULO 7

*“Envejecimiento activo y olé”:* Salud y participación social de mujeres mayores a través de las tradiciones locales en Andalucía..... 49

Alina Danet Danet, Noelia García Toyos y Joan Carles March Cerdà

### CAPÍTULO 8

*Sensibilización de la sociedad ante la sexualidad de la tercera edad* .....55

Cristina Hernández Guerrero, Alda Aguilera Gázquez y María del Mar Ortiz Escoriza

**CAPÍTULO 9**

*Sexualidad en la vejez y su visión de género* ..... 61

Jéssica García González, María Isabel Ventura Miranda, Sandra Sue Torres Giner<sup>1</sup>,  
Natalia Sáez Donaire, Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández y David Navarro  
Sánchez

**CAPÍTULO 10**

*Abordaje multidisciplinar en la mujer postmenopáusica con Fibromialgia* ..... 67

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

**CAPÍTULO 11**

*Atención integral e integrada en el climaterio* ..... 73

Antonio Luna Toro, Ana José Díaz Portillo y María Dolores Revidiego Pérez

**INSTITUCIONALIZACIÓN, FISOTERAPIA  
Y ALIMENTACIÓN EN ENVEJECIMIENTO**

**CAPÍTULO 12**

*Influencia de la calidad ambiental en la satisfacción en mayores institucionalizados* ..... 81

M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Francisco J. Soler Flores, M<sup>a</sup> del Carmen Pérez-Fuentes y  
José Jesús Gázquez Linares

**CAPÍTULO 13**

*Estudio de la relación de los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida  
relacionada con la salud en ancianos institucionalizados* ..... 87

Leonor Jiménez Muñoz, M<sup>a</sup> Luisa Quesada Gallego y Francisco José Martínez Pastor

**CAPÍTULO 14**

*Influencia que tiene sobre la calidad de vida de ancianos institucionalizados, la  
implantación de unas Guías de Prácticas Correctas de Higiene* ..... 91

Marina Villalón Mir

**CAPÍTULO 15**

*Úlceras por presión en ancianos institucionalizados* ..... 97

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

**CAPÍTULO 16**

*La caída en el anciano institucionalizado: valoración y prevención* ..... 103

Sandra Sue Torres Giner, Natalia Sáez Donaire, Jéssica García González, Lourdes  
Inmaculada Quiñonero Hernández y María Isabel Ventura Miranda

**CAPÍTULO 17**

*Valoración de la influencia del ejercicio físico en la prevención de caídas y fracturas en mujeres postmenopáusicas.....* 109

Carmen García Gomariz

**CAPÍTULO 18**

*Relación entre los niveles de fuerza y equilibrio en personas mayores y la expresión genética de ACTN3 .....* 115

Cristina Romero Blanco

**CAPÍTULO 19**

*Parque Biosaludable: ciudadanos y fisioterapeutas, una alianza segura .....* 121

Rafael Velasco Velasco y Pilar Jiménez Tamurejo

**CAPÍTULO 20**

*Características específicas de la fisioterapia en personas mayores tras ictus. Evidencia científica de revisiones sistemáticas .....* 129

M. Luz Sánchez-Sánchez y M. Arántzazu Ruescas-Nicolau

**CAPÍTULO 21**

*Personas de edad avanzada y nutrición.....* 135

Ana José Díaz Portillo, Antonio Luna Toro y María Dolores Revidiego Pérez

**CAPÍTULO 22**

*Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición .....* 141

María del Mar Ortiz Escoriza, Alda Aguilera Gázquez y Cristina Hernández Guerrero

**CAPÍTULO 23**

*Revisión teórica: Alimentación y nutrición en el anciano .....* 147

M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel, M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez y Verónica Tortosa Salazar

**DETERIORO, PERSONALIDAD Y CUIDADORES**

**CAPÍTULO 24**

*Análisis de las diferencias en el LOT-R en una muestra de mayores y jóvenes.....* 155

Francisco J. Soler Flores, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, M<sup>a</sup> del Carmen Pérez Fuentes y José Jesús Gázquez Linares

**CAPÍTULO 25**

*El cuidador informal ante el envejecimiento, evaluación de la carga en su calidad de vida.....* 163

María del Mar Rodríguez Martínez, Verónica Tortosa Salazar y M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel

**CAPÍTULO 26**

*Síndrome de Otelo, delirium del anciano y enfermedad de Parkinson*..... 167

Bárbara Hernández-Sierra, M<sup>a</sup> Ángeles Esteban-Moreno, Sara Domingo-Roa y Ana García Peña

**CAPÍTULO 27**

*A propósito de un caso: varón de 75 años con hipoacusia y demencia*..... 173

Ana García Peña, Purificación Sánchez López, Sara Domingo Roa y Bárbara Hernández Sierra

**CAPÍTULO 28**

*Cuidando al cuidador tras la pérdida* ..... 179

Alda Aguilera Gázquez, Cristina Hernández Guerrero y María del Mar Ortiz Escoriza

**CAPÍTULO 29**

*Alexitimia, deterioro cognitivo y depresión en personas mayores* ..... 185

Julia García Sevilla, Inmaculada Méndez, Juan P. Martínez, Ana B. Cánovas, Yolanda Clemente y M<sup>a</sup> Ángeles Boti

**CAPÍTULO 30**

*Tendencias en la utilización de antidepresivos en mayores de 65 años en atención primaria*..... 193

M<sup>a</sup> Carmen González López, Esperanza Del Pozo Gavilán, Carmen Rodríguez López y Tesifón Parrón Carreño

**CAPÍTULO 31**

*“Profesionalización” de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario* ..... 201

Nicolasa García Gallardo, Cecilia Zamora Ruiz y Antonia Ariza Baena

**CAPÍTULO 32**

*Relación entre el burnout del cuidador y la demencia de tipo Alzheimer* ..... 207

Paula Sancho Espinós, José Enrique de la Rubia Ortí y Carmen Cabañés Iranzo

**CAPÍTULO 33**

*Deterioro cognitivo y Toma de Decisiones en mujeres mayores* ..... 213

Jose Ramón Alameda Bailén, María Pilar Salguero Alcañiz y Ana Merchán Clavellino

**CAPÍTULO 34**

*Necesidades y problemas más frecuentes en pacientes y cuidadores al final de la vida en atención domiciliaria*..... 221

Rocío Pérez Rodríguez

**CAPÍTULO 35**

*El reto de los profesionales de enfermería ante el cuidado de los cuidadores: la intervención a través de los Programas de Educación para la Salud*..... 225

Luisa Ruano Casado y M<sup>a</sup> Concepción Larru Inciarte

<b>CAPÍTULO 36</b>	
<i>Sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores hospitalizados.....</i>	233
Ana Celia Anguiano Morán, Ma. Martha Marín Laredo y Bárbara Mónica Lemus Loeza	
<b>CAPÍTULO 37</b>	
<i>Detección de cansancio en el rol de cuidador.....</i>	239
Miriam Naranjo Rendón, Rocío Díaz García y Marta Navarro Ortiz	
<b>CAPÍTULO 38</b>	
<i>Importancia de la identificación en los ingresos en hospitales de agudos de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos.....</i>	245
M <sup>a</sup> del Mar Fernández Bohajar	

### ENFERMEDAD Y ENVEJECIMIENTO

<b>CAPÍTULO 39</b>	
<i>La hemoglobina glicosilada como indicador de buen control de la diabetes en el paciente con insuficiencia renal.....</i>	253
David Álvarez Azor, Francisca Miralles Martínez y Manuel David Sánchez Martos	
<b>CAPÍTULO 40</b>	
<i>Abdomen agudo en el anciano: a propósito de un caso.....</i>	259
Jose Jacob Motos Micó y Teresa Abad Aguilar	
<b>CAPÍTULO 41</b>	
<i>Hernia diafragmática en el anciano.....</i>	263
Teresa Abad Aguilar y José Jacob Motos Micó	
<b>CAPÍTULO 42</b>	
<i>Radioterapia complementaria en el cáncer de mama en la mujer anciana.....</i>	269
Francisco José Peracaula Espino, María Acuña Mora, Rocío del Castillo Acuña y Eduardo Sánchez Sánchez	
<b>CAPÍTULO 43</b>	
<i>Análisis de los gérmenes más frecuentes en infecciones de orina y estudio del antibiograma.....</i>	275
María Isabel Salado Natera	
<b>CAPÍTULO 44</b>	
<i>Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes crónicos en programas de telemonitorización: Un estudio longitudinal en el Sistema Sanitario Valenciano.....</i>	281
Ascensión Doñate-Martínez, Francisco Ródenas Rigla, Elisa Valía Cotanda y Jorge Garcés Ferrer	

**CAPÍTULO 45**

*Seguimiento de anticoagulados en Atención Primaria y su incidencia en población anciana* ..... 287

Marta Navarro Ortiz, Rocío Díaz García y Miriam Naranjo Rendón

**CAPÍTULO 46**

*Paciente anciano y cáncer de pulmón: ¿es posible el tratamiento radioterápico en este grupo de pacientes?*..... 293

Rocío Del Castillo Acuña, Francisco José Peracaula Espino y María Acuña Mora

**CAPÍTULO 47**

*Las creencias de salud en fibromialgia* ..... 297

Rubén Uclés Juárez, Zaida Callejón Ruiz y Juana María Mateu Mateu

**CAPÍTULO 48**

*Disnea como motivo de demanda en Unidad Móvil en pacientes ancianos con EPOC*... 301

Rocío Díaz García, Marta Navarro Ortiz y Miriam Naranjo Rendón

**CAPÍTULO 49**

*Edad y ciudadanía como ejes de desigualdad en la incidencia de la tuberculosis*..... 305

Juan García, Carmen Pardo, Maritza Valdés y Laura Fernández-Sarabia

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SEXUALIDAD**



## CAPÍTULO 1

### **La Participación Social en la nueva población geriátrica: Análisis desde la Terapia Ocupacional**

Noelia López López, Pablo Javier Olabe Sánchez, Iván Cerdeña  
Macías y Andrés Martínez-Almagro Andreo  
*Universidad Católica de Murcia (España)*

El concepto de envejecimiento se describe como un conjunto de alteraciones morfológicas, funcionales y psicológicas, además de importantes transformaciones que se producen en el papel social de la persona a lo largo de la vida. Estos cambios no siempre se producen de manera continua y al mismo ritmo, sino que pueden incidir en menor o mayor medida a través de enfermedades o impactos de carácter personal debido a factores ambientales y/o genéticos, y que como consecuencia van a ocasionar un deterioro irreversible en el organismo (Parapar, Fernández, Rey y Ruiz, 2010; Bermejo, 2010).

Este progresivo deterioro en la función de los órganos vitales y los sistemas que lo componen, va a incidir de manera negativa debido a disminución de las habilidades y capacidades para adaptar al organismo a determinadas situaciones, tanto internas como externas. Por ello la funcionalidad física, psíquica y social de la persona será de gran importancia para preservar la capacidad de autonomía y de vivir de forma independiente adaptada a su entorno (Marín, 2003).

En la actualidad nos encontramos ante un aumento global de la esperanza de vida, además de la reducción en las tasas de natalidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) afirma que la esperanza de vida en España durante esta últimas dos décadas ha aumentado 4,8 años en hombres, quedando una media de esperanza de vida de unos 79,4 años; y en mujeres aumentó 1,6 años, obteniendo como media una esperanza de vida de 85,1 años (Instituto Nacional de Estadística, 2013). En el futuro se prevé que continúe incrementando la edad de esperanza de vida, con resultados que estiman que en el año 2030 la esperanza de vida se haya situado hasta en unos 87 años en el sexo femenino, y hasta 81 años en el sexo masculino (Giró, 2006).

De esta forma España alcanza uno de los primeros puestos más altos a nivel mundial en edad longeva, y como consecuencia se produce una importante alteración en las pirámides poblacionales, influyendo de forma alguna en aspectos económicos y sociales de nuestra sociedad. Esta nueva situación desafía a la sociedad hacia la consecución de nuevos avances médicos y la mejora de la calidad de vida en las personas adultas que van a ir envejeciendo (Bermejo, 2010).

La mayoría de las personas que alcanzan los 70 años de edad mantienen una forma física y mental bastante regulada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria con normalidad. Pero el papel social adquirido en la vejez y los mayores, generalmente, es de colectivo de personas dependientes, con enfermedades y falta de productividad; además de excluirlos en la participación social, pudiendo aprovecharse de la experiencia y sabiduría de estos (Giró, 2006).

La situación social de las personas mayores, una vez llegada a la edad de jubilación, resulta complicada sobre todo para la primera persona. Se habla que la persona entra en un estado de “exclusión social” debido a una resultante de cambios sociales que van aconteciendo durante esta etapa, además se une el conjunto de modificaciones en la sociedad en el siglo XXI como en el mercado de trabajo, en la productividad, en la Seguridad Social, en los sistemas de pensiones, en las reformas del sistema público, en la estructura familiar y en el consumo. En la cultura occidental, la tercera edad se ha caracterizado por no tener papel ni participación social activa, siendo excluidos y marginados de la actividad y la sociedad. Los únicos roles que desempeñan son los definidos de “esfera privada” dentro de la familia manteniendo el rol de padres, madres, esposos, maridos, abuelos e incluso bisabuelos. Pero se presenta una problemática de desaparición de un estatus como individuo social (Osorio, 2006).

El desempeño de actividades durante la tercera edad y después de haber dejado el mercado laboral debería ser un plus de compromiso y responsabilidad en nuestra sociedad, generando posiciones de integración en la comunidad, así como también en las familias. La sociedad está produciendo constantes cambios sociales en estas últimas décadas, así como transformaciones y desajustes en las relaciones y estructuras familiares. Los hijos y/o hijas crean sus propios núcleos familiares produciendo un desligamiento, el cual los mayores lo sufren porque no persiguen los valores

familiares tradicionales de responsabilidad por parte de los descendientes como reconocimiento y/o agradecimiento por la educación, alimentación y cuidado, habiendo realizado el papel de padres. Además, se ha desarrollado en las nuevas generaciones una nueva visión cultural desligada totalmente de los más mayores y de su historia (Giró, 2006; Osorio, 2006).

Ante el cambio en el estatus social de los mayores se propone la figura de Envejecimiento Activo bajo la responsabilidad individual y social y los derechos de las personas para no llegar a la exclusión en el entorno de autonomía y toma de decisiones, es decir, bajo la política y un paradigma de envejecimiento activo y ciudadano con el objetivo de proveer mecanismo para una real inclusión y participación. Se considera como principal y primer objetivo concienciar a esta población de que la participación en el medio va a traer consigo la satisfacción para uno mismo, siendo clave en el desarrollo de un envejecimiento activo. Así, es importante el reconocimiento y la valoración de la contribución que hacen los mayores en el ámbito familiar, comunitario y social. Las instituciones deben ofrecerles oportunidades de contribuir y participar activamente para que sientan que siguen teniendo habilidades y capacidades de seguir adquiriendo conocimientos e incluso siendo ellos quienes cumplan la parte pedagógica en la sociedad (Osorio, 2006).

Para comprender la transformación que sucede en la ocupación de las personas mayores recién jubiladas desde la terapia ocupacional se puede analizar desde el punto humanista del Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Las personas decidimos expresar el significado de nuestra vida a través de la ocupación, es decir, la actividad significativa. Se considera como parte fundamental de nuestro día a día y en las que la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) define como las áreas de ocupación (Allan, Wachholtz y Valdés, 2005).

En general este modelo pretende explicar de qué manera la ocupación es motivada, adopta patrones y se realiza por las personas. El MOHO conceptualiza a la persona como un sistema formada por tres subsistemas que se encuentran interrelacionados: de volición (elección de la actividad), de habituación (patrones y rutinas) y de capacidad de desempeño. Además, contempla la importancia de los contextos ambientales en el comportamiento ocupacional, creado por una combinación de espacios, objetos, culturas y grupos sociales que constituyen un contexto significativo para el desempeño de la actividad (Kielhofner, 2004).

Así, el objetivo de las competencias del ser humano es que sea capaz de relacionarse de manera efectiva con el ambiente y mejore o se adapte por sí mismo no olvidando sus componentes de desempeño. Por lo que la jubilación podría ser considerada una situación de riesgo ocupacional, es decir, que puede conllevar a un desequilibrio ocupacional o disfunción. El equilibrio ocupacional actúa como medidor del nivel de adaptación en el medio, resaltando la triada “persona-ambiente-ocupación” descrita desde la Ciencia de la Ocupación (Yerxa, 1967) para entender el desempeño ocupacional (Gomez, 2006).

## **Objetivos**

En primer lugar, el objetivo general propuesto para la realización de esta revisión fue analizar los programas de participación social en la población geriátrica desde una perspectiva ocupacional. Y en segundo lugar, identificar los beneficios en la calidad de vida desde la perspectiva social.

## **Material y método**

La búsqueda bibliográfica se realizó durante el mes de marzo de 2014 en las bases de datos de OTSeeker, Ovid y PubMed, además de la plataforma de búsqueda de EBSCOHost, escogiendo en esta las plataformas de *PsycINFO*, *Psychology and Behavioral Sciences*, *CINAHL complete* y *Health Source Nursing/ Academic Edition*. En ellas se realizaron una serie de búsquedas tras la elección de las palabras clave ‘*social participation*’, ‘*social*’, ‘*retirement*’, ‘*older people*’, ‘*aging*’, ‘*occupation*’ y ‘*active aging*’, y enlazando las ecuaciones de búsqueda con el operador booleano AND (véase tabla 1).

A partir de los resultados obtenidos en dicha búsqueda, se instauraron unos criterios de inclusión y exclusión determinados:

- Los resultados debían ser ensayos clínicos aleatorios y controlados, estudios longitudinales, meta-análisis y revisiones sistemáticas.
- Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués.
- La publicación de dichos artículos menor de 10 años, es decir, publicado a partir de Enero de 2004 hasta la fecha.
- Incluir aspectos sociales de las personas mayores a partir de los 65 años, o en edad de jubilación.
- Se excluyeron las enfermedades agudizadas y/o graves en la participación social.

Tabla 1. Metodología de búsqueda

Bases de datos/ Plataformas de búsqueda	Ecuación de búsqueda	Límites	Resultados
OTSeeker	Social participation AND aging Older people AND social AND retirement	Publicados desde el año 2004	2 resultados 1 resultado
EBSCOHost	Social participation AND older people AND retirement Social AND retirement AND occupation AND aging Social participation AND retirement AND aging	Publicados desde el año 2004 Idioma: inglés, español y portugués	46 resultados 106 resultados 94 resultados
PubMed	Retirement AND social participation AND older people Retirement AND social AND occupation AND aging Active aging AND social participation AND retirement	Publicados desde el año 2004 Idioma: inglés, español y portugués	56 resultados 21 resultados 8 resultados
Ovid	Occupation AND Retirement AND Social Participation	Publicados desde el año 2004	86 resultados

Fuente: Elaboración propia.

Una vez recopilados los artículos de dichas ecuaciones de búsqueda, el resultado fue de 668 artículos, los cuales a partir de los criterios de exclusión e inclusión seleccionados y expuestos anteriormente se escogieron 16 artículos. Una vez realizada la lectura de estos, se seleccionaron 7 para la exposición de resultados de esta revisión bibliográfica teniendo en cuenta sus objetivos.

## Resultados

Una vez revisados los artículos seleccionados a través de criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron finalmente 7 artículos, los cuales se adecuaban a la búsqueda de información propuesta para esta revisión. El primer artículo a revisar se trata de una revisión sistemática (Heaven *et al.*, 2013) basada en el estudio de siete intervenciones realizadas desde hace 50 años aproximadamente para la promoción de los roles sociales tras la jubilación. Se evaluaron 7 tipos de intervenciones basadas en la experiencia del cuerpo de los mayores, el fomento de programas de abuelos, el mantenimiento de ancianos como mentores, los programas intergeneracionales, los programas de jubilados voluntarios, los programas de envejecimiento exitoso y el mantenimiento físico en parques de las ciudades. En estas los adultos estaban entre un rango de edad entre 55 y 70 años y con un estado saludable. En esta revisión demuestra que las personas que entran en esta etapa de jubilación, si se les da un rol social explícito y grupal mejorará la salud y el bienestar.

Por consiguiente, en el ensayo clínico aleatorio de programas de bienestar durante la jubilación (Yen, Shultz, McDonald, Champagne y Edington, 2006) quiere resaltar cómo actúan las personas antes y después de la jubilación a partir de participaciones de programas basados en la comunicación y en la comprensión. Como resultado se obtuvo que los mayores que aún estaban activos laboralmente realizaban los programas en el lugar de trabajo, y los jubilados preferían realizar los programas basados en la comunicación desde casa. La participación basada en la comunicación era mayoritariamente por correo electrónico a través del teléfono, lo que creyeron que sería oportuno modificar la utilización de métodos a unos más tradicionales y que pudiera aumentar la participación social de manera más favorable.

El artículo de aprendizaje y aprendizaje para mayores de 65 años (Goulding, 2012) en señala los resultados de un programa de arte contemporáneo e identidad visual incentivado hacia la mejora del bienestar en las personas mayores, centrándose en los datos relativos del aprendizaje continuo de jubilados mayores de 64 años. Se observaron efectos beneficiosos en la participación de las visitar a las galerías de arte por la estimulación y aumento de la interacción social. El arte se percibe como objeto de debate entre los mayores. Además se valoraban el adquirir conocimiento para pasarlos a sus familiares lo que hacía que la actividad tuviera un mayor significado personal y aumentara el sentimiento de contribuir en la sociedad.

El modelo dinámico de voluntariado (Hank y Erlinghagen, 2009) está basado en las personas mayores de sociedades europeas donde sus resultados son diferentes dependiendo de los factores ambientales, sociopolíticos, los roles sociales y los recursos del medio. Se tuvieron en cuenta dos variables en los voluntariados mayores que

participaron: el bienestar y la cultura familiar. Así se mostraron que muchos de ellos preferían pertenecer a grupos de voluntariado religiosos y otros en organizaciones políticas o sindicatos. Sin embargo, se detectó una función social positiva de las personas que se habían jubilado y ya no están activas laboralmente con el voluntariado pero no causó cambio en estatus personal de ellas. Subrayan la necesidad de mantener programas para promover la salud y la educación de las personas a lo largo de la vida.

La revisión sistemática basada en la intervención de actividades ocupacionales y de la vida diaria durante el envejecimiento (Arbesman y Lieberman, 2012) analizaba 147 artículos en los cuales se relacionaba la ocupación y la salud en búsqueda de evidencia de los efectos de la actividad física, la participación social, la participación religiosa, el trabajo y el voluntariado, el ocio y la actividad cognitiva como indicadores de la salud de las personas mayores. Así, el resultado que las personas que están mayormente involucradas en las redes sociales con el tiempo van a tener menor declive físico y cognitivo y una mejoría en la calidad de vida. Hay una disminución de la mortalidad de las personas que participan en actividades religiosas; y una mejoría cuando se realizaban actividades de la vida diaria en programas sociales en la mejora de la independencia y autonomía, la salud comportamental y social y en el bienestar.

En la revisión sistemática (Stav, Hallenen, Lane y Arbesman, 2012) que analiza la evidencia que existe entre la participación en las actividades ocupacionales se apoyan en la salud de los mayores en la comunidad (envejecimiento productivo). En los artículos revisados se hace cierto énfasis en la situación social de las personas que están fuertemente vinculadas a actividades sociales y a redes sociales obteniendo resultados satisfactorios hacia la mejora de las funciones cognitivas y físicas. Además, las actividades sociales más comunes era la asistencia a programas sociales fuera de casa, la permanencia del cónyuge, tener contacto regular con algún amigo/s y la participación en redes sociales en el entorno. Por lo que la participación social activa demostraba que mejora la calidad de vida y ralentiza la llegada de indicadores de fragilidad.

Por último, el ensayo clínico en el que participaban 683 jubilados (Kaskie, Imhof, Cavanaugh y Culp, 2008) en los que unos participaban como voluntarios, otros no participaban en actividades comunitarias y otros volvieron a tener trabajo a tiempo parcial. En las ciudades de Estados Unidos donde fue el seguimiento se demandaban jubilados en las organizaciones municipales para ayudar a reducir costes de educación, la sanidad y en los programas sociales. Los participantes que volvieron a tener empleo no constaban de una mejora en la calidad de vida comparando al grupo de voluntarios aunque constaran de salario. Las preferencias de tener empleo eran por adquirir beneficios económicos y una cobertura médica, pero sí se obtuvieron mejores resultados en cuanto a las redes sociales en las que se encontraban, y los voluntarios, al participar menos horas en las instituciones municipales, no obtuvieron tanto beneficio en cuanto a la comunicación.

## **Discusión**

Heaven *et al.* (2013) realizó un estudio en el que nos amplía información en lo que respecta a los programas de envejecimiento social en los últimos 40 años. Uno de sus principales objetivos se identifica en mayor medida con el propuesto en nuestro estudio, queriendo analizar la evidencia de las intervenciones en la sociedad de las personas recién jubiladas promoviendo el rol social tras la jubilación, la satisfacción con la nueva etapa y la calidad de vida. Uno de los programas analizados y de los más recientes (2008), se basa en un proyecto hacia los jubilados actúan como mentores para los jóvenes que comienzan en la actividad laboral, realizando una misión de transmisión de conocimientos. Los participantes trabajaron como empleados en una agencia en un tiempo menor de 6 meses, manteniendo algunas sesiones de *biofeedback* durante la intervención. Otro de los estudios analizados se realizó en Tokio (Japón) durante el año 2004. Los mayores interactuaban con los niños compartiendo conocimientos y valores y construyendo la confianza entre generaciones. También se mantenía los roles sociales la participación intelectual con el fin de ayudar a la mejora funcional y psicológica, y el apoyo al aprendizaje permanente. Estos programas se realizaban en las escuelas y jardines de infancia de la ciudad.

Además, las intervenciones que se describen no se deben generalizar ya que dependen en gran parte del contexto social en el que se encuentra. Cinco de las intervenciones fueron realizadas en Estados Unidos donde se le da más valor a la mejora en el bienestar financiero con los Programas de Envejecimiento Exitoso y que reflejan en mayor medida el contexto sociopolítico de la jubilación en Norte América, ya que se ofrece un apoyo social más empobrecido que en Europa. Por otra parte, en Japón se le da más énfasis al papel social de las personas mayores en la familia y el apoyo familiar que estas tienen en cuenta a necesidades. En los Países Bajos, se interviene en mayor medida hacia el envejecimiento exitoso, es decir, se centra en el autodesarrollo fuera del ambiente laboral.

Comparando este estudio con el de Yen *et al.* (2006), algunos de los programas analizados se encuentran muy relacionados ya que son programas propuestos en el empleo. Además, propone ver los beneficios que hay entre los programas de envejecimiento en el mismo lugar de empleo o fuera de este, en estadios más tardíos, es decir, en la

post-jubilación. Este equipo siguió tres etapas para su estudio, en primer lugar examinando las diferencias en la participación entre tres grupos (un grupo de personas antes de la jubilación y dos grupos que acaban de jubilarse y no siguen activas) y la implementación de los programas. En segundo lugar, determinar si los jubilados que participan en el programa antes de la jubilación continúan participando en mayor o menor medida en los programas ofrecidos tras abandonar la vida laboral; y por último evalúan qué programas son más propensos a participar.

Por consiguiente, el estudio realizado por Kaskie *et al.* (2008) se ve relacionado con estos dos últimos ya que emplea el mismo método de seguimiento laboral de las personas jubiladas queriendo encontrar eficacia en cuanto a la continuación de redes sociales en el ambiente de trabajo. Este estudio fue realizado en Estados Unidos, al igual que 5 de los analizados por Heaven *et al.* (2013) donde podemos agruparlos hacia un interés más económico que social o de bienestar. Estos autores también se centraron en valorar cómo actuaba la persona cuando ofrecía un servicio de voluntariado en la sociedad, al igual que el estudio realizado por Karsten *et al.* (2009). Este afirma que según el estado geográfico de los estudios realizados de voluntariado sacaban resultados diferentes, bien debido a la cultura, al estado socio político y económico en el que se encontraban, pero encuentra evidencia de una mejora del rol productivo social de las personas mayores que se adaptaban a ese programa. Teniendo en cuenta que este estudio y el de Kaskie *et al.* (2008) fueron realizados en dos continentes diferentes, uno en Europa y otro en Norte América, es importante contrastar la información detallada dando énfasis a los intereses personales de los habitantes y teniendo en cuenta los servicios ofrecidos a las personas, en este caso, a los jubilados una vez retirados de su empleo.

Desde otra perspectiva, el estudio realizado por Stav *et al.* (2012) hacia la búsqueda de evidencia en cuanto a la participación en las actividades ocupacionales y su apoyo en la salud no fueron tan satisfactorias. Su objetivo era encontrar evidencia desde la Terapia Ocupacional pero no había suficiente información desde nuestra disciplina, obteniendo datos desde la psicología, trabajo social, entre otras. Este artículo hace énfasis en la relación de las personas que realizan actividades ocupacionales en la sociedad y en una red social concreta. Los resultados mostraban que la presencia del cónyuge es de gran importancia para seguir saliendo de casa, la participación de programas con otras parejas, e incluso tener presencia regular de amigos/as de la misma red social. También Arbesman y Lieberman (2012) realizaron una revisión relacionando la ocupación y la salud en búsqueda de evidencia de los efectos de la actividad física, la participación social, la participación religiosa, el trabajo y el voluntariado, entre otras, como indicadores de la salud de las personas mayores, dándonos mucho datos en cuanto a nuestra búsqueda de información sobre sus beneficios. Este estudio agrupaba artículos sobre la ocupación y la salud, las actividades instrumentales de la vida diaria, la gestión de la salud, la prevención de caídas en el hogar y las adaptaciones, siendo estas áreas de intervención desde nuestras competencias en Terapia Ocupacional.

Y por último, el estudio realizado por Goulding (2012) se diferencia de los demás con datos bastante positivos. En este participaban 43 personas, de entre 55 y 80 años de edad y diferenciadas en 9 grupos sociales y por sexo. Sus resultados fueron satisfactorios debido a la estimulación social que realizaban estos autores en su proyecto de aprendizaje y debate y que utilizaban como mediador un medio diferente y estimulador en cuanto a sensaciones y comunicación.

El resultado final de los estudios analizados lleva al mismo desenlace afirmando que los programas de inclusión social son verdaderamente eficaces para el bienestar de las personas en cuanto a la calidad de vida y hacia una mejora en cuanto a las perspectivas sociales en la etapa de jubilación. Incluso existen mejores resultados si estas intervenciones se realizan antes de entrar en la etapa de desempleo evitando el choque en cuanto al abandono del rol productivo.

Desde la Terapia Ocupacional no existen artículos que defiendan nuestra intervención hacia el beneficio social de las personas en edad de jubilación, por lo que tenemos que valorar el trabajo desde la perspectiva de otros ámbitos profesionales tales como la psicología, el trabajo social o la fisioterapia, cuando hablamos de actividad ocupacional, de roles o de actividades de la vida diaria. Pero no hay un número significativo de estudios que planteen programas de intervención con personas jubiladas. Otro de los límites del presente estudio se trata del rango de edad seleccionado de 65 años y más, siendo el resultado de inicio de programas con hasta 50 años. En muchos de los artículos no había una visión desde la edad de jubilación o la jubilación como el núcleo de la desvinculación social. Además, los artículos no se centran en la visión social explícitamente, pero sí las tiene en cuenta pudiendo obtener resultados de estos. Además, el número de artículos encontrados en mi búsqueda fue bajo a pesar de no haber añadido otros motores de búsqueda en los resultados tales como Medes o la Biblioteca Cochrane Plus debido a que no daban resultados.

En último lugar queremos destacar la importancia de abrir nuevas líneas de investigación desde la Terapia Ocupacional como profesión socio-sanitaria, haciendo propuesta en programas de jubilación para evitar la desvinculación social de las personas que van a entrar en esta etapa, analizando cuál son los intereses de las personas

mayores en un futuro, proponiendo programas de envejecimiento activo y programas de participación social en la comunidad, trabajando desde la misma red social laboral hasta su desvinculación. Además, debemos ser conscientes de la situación social de las personas mayores de nuestro país, conocer las políticas y derechos de los mayores, investigar los programas que existen desde los Servicios Municipales y los medios en los que podemos intervenir como profesionales.

### **Conclusiones**

Los programas de participación social producen beneficios en la salud de las personas jubiladas y existe cierta mejora cuando los programas son realizados desde la pre-jubilación, a través del entrenamiento de habilidades y destrezas hacia la llegada de este proceso. Además, favorece el mantenimiento de las redes sociales laborales durante la etapa de transición y se da a conocer nuevos ámbitos sociales y culturales de la comunidad.

La participación social y activa, las nuevas relaciones sociales, el conocer nuevas instituciones o servicios, el mantenimiento de redes sociales, la mejora física y psíquica, el conservar un rol familiar, evitar situaciones de fragilidad, y por supuesto, tener un rol social y satisfactorio, son muchos de los beneficios de importancia hallados en cuanto a la mejora de la calidad de vida de los jubilados en los programas.

### **Referencias**

- Allan, N., Wachholtz, D. y Valdés, A. (2005). Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recién jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* (5).
- Arbesman, M. y Lieberman, D. (2012). Methodology for the Systematic Reviews on Occupation- and Activity-Related Intervention Related to productive Aging. *The American Journal of Occupational Therapy* (66), 271-276.
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Corregidor, A.I. (2010). Terapia Ocupacional y personas mayores. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*.
- Giró, J. (2006). El envejecimiento activo en la Sociedad Española. *Revista de Investigación Universidad de la Rioja*, 15-36.
- Giró, J. (2006). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. *Biblioteca de Investigación Universidad de La Rioja* (47).
- Gomez, S. (2006). Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*.
- Goulding, A. (2012). Lifelong Learning for People Aged 64+ Within the Contemporary Art Gallery Context. *Educational Gerontology* (38), 215-227.
- Hank, K. y Erlinghagen, M. (2009). Dynamics of Volunteering in Older Europeans. *The gerontologist*, 2(50), 170-178.
- Heaven, B., Brown, L., White, M., Errington, L., Mathers, J. y Moffat, S. (2013). Supporting Well-Being in the Retirement through Meaningful Social Roles: Systematic Review of Intervention Studies. *The Milbank Quarterly*, 2(91), 222-287.
- Instituto Nacional de Estadística. (20 de mayo de 2013). Obtenido de INE: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ESyc=INESeccion\\_Cycid=1259926380048yp=1254735110672ypagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ESyc=INESeccion_Cycid=1259926380048yp=1254735110672ypagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- Kaskie, B., Imhof, S., Cavanaugh, J. y Culp, K. (2008). Engagement as a Retirement Role for Aging Americans. *The Gerontologist*, 3(48), 368-377.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional: Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Marín, J.M. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Osorio, P. (2006). Exclusión generacional: La tercera edad. *Revista Mad* (14), 15-36.
- Parapar, C., Fernández, J. L., Rey, J. y Ruiz, M. (2010). *Informe de la I+D+i sobre envejecimiento*. Madrid: Fundación General del CSIC.
- Stav, W., Hallenen, T., Lane, J. y Arbesman, M. (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes among Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy* (66), 301-310.
- Yen, L., Shultz, A., McDonald, T., Champagne, L. y Edington, D. (2006). Participation Employer-Sponsored Wellness Programs Before and after Retirement. *Am J. Health Behav*, 1(30), 27-38.

## CAPÍTULO 2

### Homosexualidad y vejez: interpretación por parte del personal de enfermería y estudiantes de enfermería

M<sup>a</sup> Isabel Ventura Miranda<sup>1</sup>, Jéssica García González<sup>2</sup>, Sandra Sue Torres Giner<sup>2</sup>, Natalia Sáez Donaire<sup>2</sup>, David Navarro Sánchez<sup>3</sup> y Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia (España); <sup>2</sup>Residencia para Personas Mayores Domingo Sastre, Murcia (España); <sup>3</sup>Atención Primaria Lorca (España)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que comprende el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Todo esto se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, pero no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad es una extensión importante en la vida de las personas, que afecta a su bienestar. Y es importante a cualquier edad y en cualquier circunstancia. Pero ésta importante dimensión del ser humano ha sido mermada en nuestra sociedad. Quedando olvidados aspectos importantes de la atención psicológica, tanto desde el punto de vista educativo, como clínico. En los últimos años la sexualidad ha sido la gran olvidada y reglada (Lucas y Cabello, 2007).

Todas las personas tienen impresiones, actitudes y opiniones hacia la sexualidad pero cada individuo la experimenta de forma distinta, ya que viene dada por aspectos totalmente individualizados. Estos aspectos son tanto individuales (experiencias personales y privadas), como públicos y sociales (Master y Jhonson, 1967).

Los seres humanos somos seres sexuales desde el nacimiento hasta la muerte. No es posible despojarse de la sexualidad. La sexualidad en la vejez es un tema poco estudiado, y ausente en otros campos incluso de especialización de la sexualidad humana.

Desde la definición de Tomás de Aquino (1256), hasta la circunscrita de Michel Foucault (1976) que resume un siglo de pensamiento desde la creación del término *homosexual* en 1869 por el médico húngaro Benkert. Tomás de Aquino y otros antiguos escritores religiosos declaraban que la sodomía (término religioso para referirse al acto anal u actos homosexuales), era un pecado que todo el mundo se podía ver tentado a cometer. La postura de Foucault, en sentido opuesto, se sintetiza en un famoso pasaje de la voluntad de saber: la sodomía –la de los antiguos derechos civiles o canónicos- era un tipo de actos prohibidos. Pero a partir de un artículo del psiquiatra alemán Karl Westphal, en 1970, la sodomía encarna en un personaje, el homosexual, que posee un pasado, una historia y una infancia, que tiene un carácter, una forma de vida; también una morfología, con una anatomía indiscreta. Un hermoso y contadísimo párrafo...que es oratoria pura, pues cuando Karl Maria Kertbeny acuñó la palabra homosexual en 1869, ya otros investigadores, notablemente Karl Heinrich Ulrichs, habían publicado monografías sobre el amor entre hombres en donde consideraban a quienes lo practicaban una especie, un tipo humano distinto. El normalismo de Foucault debe olvidar a un buen número de investigadores para hacer nacer al personaje homosexual, con su pasado, su historia y su infancia, a partir del psiquiátrico de la nueva palabra con usos clínicos.

Se ha intentado dar explicación de la homosexualidad según diferenciación cromosómica, nivel de testosterona, diferenciación genética, estructura cerebral...

Un equipo del United States National Cancer Institute encabezado por Dean Hamer publicó en 1993 un estudio realizado en 114 familias de homosexuales varones y encontró que el porcentaje de homosexualidad masculina era más alto en tales familias que en el común de la población.

Tasas incrementadas de orientación al mismo sexo se hallaron en tíos y primos varones maternos de los sujetos de estudio, pero no en sus padres ni en sus parientes paternos. Esto es: un 7.5 por ciento de los tíos y primos maternos de los homosexuales estudiados eran a su vez homosexuales, mientras que la media en población, un 2 por ciento, es la que aparece entre los tíos y primos paternos. Hamer encontró que cinco diferentes secuencias de genes localizados en el cromosoma X, el que se hereda de la madre, era idéntico en muchos hermanos homosexuales. La secuencia se

conoce como Xq28 o regresión q28 del cromosoma X. eso resulta raro porque el cromosoma X de un hijo es una combinación altamente variable de los genes de los dos cromosomas X de la madre, y o por eso la secuencia de genes varía mucho de un hermano a otro. Se dedujo entonces que en esa secuencia se hallaba establecida la conducta homosexual. “Sería el primer ejemplo de conducta de orden superior que se hubiera encontrado ligada a un gen particular”, señaló Richard Pillard, de la Universidad de Boston, a Time cuando este semanario divulgó los hallazgos de Hamer en su número del 26 de Julio de 1993. Pero también es sorprendente que de cuarenta pares de hermanos, siete pares no posean dicha secuencia genética similar y con todo y su falta sean homosexuales.

En resumen: se puede ser gay sin tener esos genes q28 y no ser gay a pesar de tenerlos. Por tanto, no es un gen ni un grupo de genes definitivo. La homosexualidad es entendida como la orientación sexual hacia el mismo sexo. Sin duda alguna, la mejor definición de homosexualidad fue la dada por el Dr. Manuel Gómez-Beneyto en 1976, “*entendiendo por homosexualidad la capacidad para amar al propio sexo. Esta escueta definición constituye una toma de posición valorativa frente al hecho homosexual*”.

El término homosexual ha sido rechazado por parte del activismo y de algunos actores sociales porque implica una designación desde las instancias de poder. Surge como una forma de medicalizar las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo como una perversión, inversión o desviación (Wilton, 2005:32). Para Mira (2002:8), estaríamos ante una palabra creada desde una perspectiva heterosexista, con el afán de nombrar algo, cuando otros muchos rasgos de la personalidad no reciben ni atención ni etiqueta y, de este modo, crear una otredad con la que un *nosotros* rechazaría cualquier identificación. Se nombra la homosexualidad para nombrar la desviación y, como consecuencia, hay que nombrar la norma, que es la heterosexualidad (Pichardo, 2007).

España sigue un proceso de envejecimiento, a 1 de Noviembre de 2011 había 8.116.347 personas mayores (65 y más años), el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916), según los Censos de Población y Viviendas 2011 (INE, 2011).

Dentro de 50 años seremos 2.000 millones de personas mayores en todo el planeta y más o menos 200 millones de ellos serán gays o lesbianas. El 22% de los habitantes del planeta tendrán entonces más de 65 años. (Gimeno, 2011). En ninguno de los informes oficiales financiados por instituciones públicas hacen referencia al tema de la orientación sexual en la vejez, por todo ello surge este estudio.

En la sociedad en la que nos encontramos es un problema ser viejo y doble si eres gay o lesbiana por qué, porque existe una serie de premisas:

- La vejez no existe. Hay miles de inventos para alargar la juventud y no parecer viejos.
- La sexualidad se entiende solo de jóvenes, de gente deseable.
- La homosexualidad se relaciona con sexo, por lo que no es imaginable una persona mayor gay o lesbiana.

Actualmente existe una asociación LGTB (Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales), denominada Fundación 26 de Diciembre que ha creado una iniciativa para la creación de un centro socioeducativo y una residencia en Madrid, los primeros con una atención especializada en mayores LGTB.

## **Objetivos**

Detallar la actitud de los profesionales de enfermería y los alumnos de enfermería hacia las orientaciones sexuales alternativas en la vejez.

Conocer cómo es interpretada la homosexualidad en la vejez por parte del personal sanitario y estudiantes de enfermería.

## **Método**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal mediante cuestionario Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (White, 1982). El estudio se ha realizado a todo el personal que trabaja con personas mayores.

### *Participantes*

La muestra está formada por profesionales que trabajen con Personas Mayores y estudiantes de Enfermería que realizan prácticas en estos centros. Han participado 62 profesionales: Médicos, Enfermeros/as, Auxiliares de Enfermería, Ordenanzas, Cocineros, Educadora Social, Ayudante de Servicios y Subalternos, Pinches. De diferentes centros, los centros que han participado han sido: la Residencia Para Personas Mayores “Domingo Sastre” de Lorca (Murcia). El Hospital Rafael Méndez de Lorca (Murcia), la Residencia Para Personas Mayores El Zapillo (Almería), La Residencia Para Personas Mayores El Cortijo Grande (Almería). Y 62 estudiantes de enfermería de ellos 46 pertenecientes a la Universidad Católica de San Antonio de Murcia (UCAM) y 9 a la Universidad de Almería (UAL)

### *Instrumento*

Se utilizó el cuestionario “*La escala de actitudes sobre sexualidad en la vejez*” (White, 1982), ampliada por López en 1998, y traducida por María Fáveo en 2006. Esta escala consiste en 37 afirmaciones donde el encuestado se posiciona en una escala Likert de siete puntos. Para cada afirmación el encuestado debe de responder según su actitud, siendo: 1 “Muy de desacuerdo”; 2 “Bastante de desacuerdo”; 3 “En desacuerdo”; 4 “Sin definir”; 5 “De acuerdo”; 6 “Bastante de acuerdo” y 7 “Muy de acuerdo”.

Las preguntas que se han analizado son las que están relacionadas con la homosexualidad, relativamente a la estimación puede ir de 7 indicando la actitud más negativa a 1 indicando la actitud más positiva.

#### Procedimiento

Para la recogida de datos se accedió a diferentes centros sanitarios donde residen o están ingresadas las personas mayores y mediante un consentimiento verbal, los profesionales participaron de forma voluntaria.

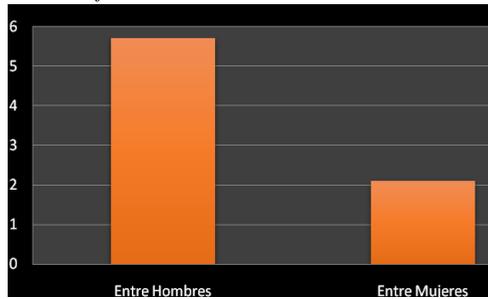
Los cuestionarios han sido pasados a varios profesionales de manera aleatoria.

Cuando entregábamos el cuestionario se les explicaba a los participantes de manera breve los objetivos de la investigación y la confidencialidad del mismo.

### Resultados

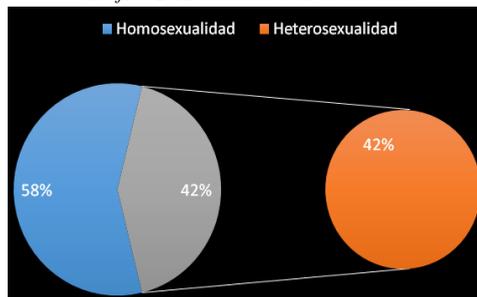
Al analizar la pregunta 25 “*Las relaciones sexuales entre varones viejos homosexuales deben estar prohibidas en las residencias de mayores*” (White, 1982:3), se obtuvo un 5,7 y a la pregunta número 29 “*Las relaciones sexuales entre mujeres viejas homosexuales deben de estar prohibidas en las residencias de mayores*” (White, 1982:3, obtuvimos un de un 2,1. Esto quiere decir que el personal sanitario y los estudiantes de enfermería interpretan de forma bastante negativa la homosexualidad entre varones y la ven menos negativa entre mujeres. Se puede observar de forma gráfica en el siguiente cuadro (Gráfico 1).

Gráfico 1. Actitud hacia la homosexualidad



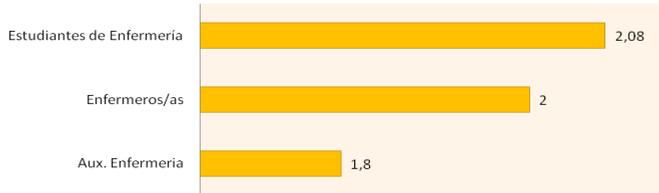
La actitud hacia la homosexualidad en general del personal sanitario y de los estudiantes de enfermería es de un 3,4, o sea, una actitud “normal”, está en el medio ni positiva, ni negativa, pero si lo comparamos con la actitud que tienen hacia las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, que se analiza en la pregunta 36 “*Si dos residentes mayores desean pasar la noche juntos sin ser pareja estable debe prohibirseles*” (White, 1982:4), el resultado obtenido es de un 2,5, una actitud bastante positiva. Se puede contemplar mejor en el siguiente gráfico (Gráfico 2).

Gráfico 2. Actitud hacia la sexualidad



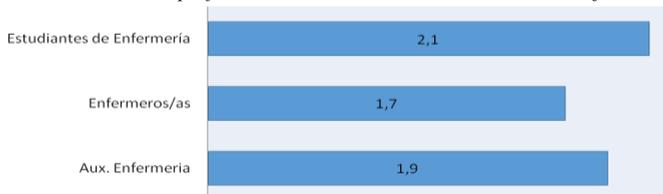
Si consideramos las distintas categorías profesionales encuestadas y su actitud hacia la homosexualidad entre dos varones mayores, observamos que todos (Aux. de Enfermería, Enfermeros/as y Estudiantes de Enfermería), presentan una actitud positiva.

Gráfico 3. Actitud de los profesionales hacia la homosexualidad entre varones mayores



Y si analizamos la actitud de los profesionales hacia la homosexualidad entre mujeres mayores, obtenemos un resultado de un 1,9 en Auxiliares de Enfermería, un 1,7 en Enfermeros/as y un 2,1 entre los Estudiantes de Enfermería dato bastante sorprendente que sea entre este colectivo el que de una actitud más negativa.

Gráfico 4. Actitud de los profesionales hacia la homosexualidad entre mujeres mayores



Al comparar la actitud de los profesionales hacia la sexualidad entre varones mayores con la actitud hacia la homosexualidad entre mujeres mayores, observamos que es más positiva hacia la homosexualidad entre mujeres que entre hombres.

Gráfico 5. Diferencias entre la actitud hacia la homosexualidad entre hombres y entre mujeres



Si hacemos una comparación entre la actitud de los profesionales sanitarios y los estudiantes de enfermería hacia relaciones homosexuales y la actitud hacia relaciones heterosexuales entre las personas que viven en residencias podemos ver como los resultados obtenidos hacia la homosexualidad son más negativos que hacia la heterosexualidad. Observamos que obtenemos un 2,1 en actitud de los encuestados frente a la homosexualidad entre mujeres y un 3,4 hacia las relaciones sexuales de una mujer con un amigo externo, observamos que los resultados son más positivos hacia la homosexualidad entre mujeres que el hecho de que la mujer lleve a la residencia un amigo de fuera y respecto a la homosexualidad entre varones observamos que los encuestados presenta una actitud muy negativa (5,7); frente al hecho de que el varón lleve a una amiga de fuera de la residencia a su habitación (3,359).

Gráfico 6. Relaciones heterosexuales vs. relaciones homosexuales



### Conclusiones

La mayoría de profesionales sanitarios que trabajan con personas mayores y los estudiantes de enfermería que han estado de prácticas en centros con personas mayores presentan una actitud negativa hacia la sexualidad de las personas mayores. Aún hoy es necesaria mayor información y cambio de creencias entre la sociedad para hacerles entender que todos somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos, que en cada etapa de la vida se vive la sexualidad de manera diferente pero no por ello está ausente.

Educar y atender la sexualidad nos tiene que permitir trabajar con todas las sexualidades de todas las personas. Evitando caer en las mismas trampas que queremos evitar: considerar la sexualidad como algo negativo y reducir la sexualidad al coito y a la reproducción. Debido a la estructura social y lo políticamente correcto o lo aceptado como “normal”, los resultados obtenidos en relación a la homosexualidad entre mujeres frente a la homosexualidad en hombres refleja el pensamiento social, son más permisibles para las mujeres, ya que esta mejor visto que dos mujeres compartan cama, estén juntas en una habitación etc. que dos hombres pasen tiempo a solas, es el constructo social, que aún nos queda mucho camino que hacer... Para la sociedad los mayores gays o/ y lesbianas no existen. La orientación sexual no hay que ocultarla. La homosexualidad en la vejez existe y hay que aceptarla no tomarla como dos palabras que no casan en la misma frase.

### Referencias

- Alonso, J.M., Martínez, B., Díaz, M.D. y Calvo, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 14(3) ,150-157.
- Devesa, E., Rodríguez, M.M., Hernández, G. y Dedeu, A (1993). El envejecimiento como problema. *Revista Cubana Salud Pública*, 19(2), 93-9.
- García, J.L. (2005). *La sexualidad y la afectividad en la vejez*. Madrid: Portal Mayores.
- Gimeno, B. (2011). *Vejez y Orientación Sexual*. Madrid: Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales.
- Kottow, M.H. (1995). *Introducción a la bioética* (pp. 51 -76) Santiago de Cuba: Editorial Universitaria.
- Kottow, M.H. (1995). *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lucas, M. y Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier.
- Marín, L.P.P y Anzola, E. (1994). *La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa*. (546), 389 – 95. OPS-OMS. Washington: DC, Publicación científica.
- Master, W. y Jhonson, V. (1967). *La respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Interamericana.
- Orozco, I. y Rodríguez, D.D. *Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez*. Universidad de Guadalajara.
- Orozco, I. y Rodríguez, D.D. (2006). Prejuicios y Actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Distrito Federal de México: Universidad Nacional Autónoma de México*, (8), 3-10.
- Pino, I.A. (1996). *Evaluación integral de la población anciana del Consejo Popular “Los Maceo “*. Santiago de Cuba: ISCM-SC.
- Prieto, S. (2006). *La sexualidad de las personas mayores*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores.
- Purón, I. (1997). *La conducta moral de salud del senescente*. Santiago de Cuba: ISCM.
- Samón, E. (1997). *Accidentes en el Hogar, su repercusión en la calidad de vida de los ancianos*. Consejo Popular “Los Maceo “. Santiago de Cuba: ISCM-SC.

Schramm, F.R. (1997). *Nuevas tendencias en Bioética* (pp. 13-23). En: OPS-OMS: Cuadernos del programa regional de Bioética OPS-OMS.

Yanguas, J. (1995).Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30(1), 77-188.

## CAPÍTULO 3

### ¿Afecta la situación económica actual de nuestro país a los estilos de vida de los ancianos?

Verónica Tortosa Salazar<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel<sup>2</sup> y M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Poniente, El Ejido (España); <sup>2</sup>CIMI El Molino, Almería (España);

<sup>3</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería (España)

Nuestro país se encuentra desde 2009, según el Banco de España, en una situación de recesión económica que está teniendo como repercusión una serie de efectos a corto y largo plazo sobre la salud y el bienestar de la población (Dávila y González, 2009). Este escenario afecta en mayor medida a los grupos vulnerables de nuestra sociedad, como son los ancianos y los niños.

El concepto de vejez ha sido definido por numerosos autores, con diferencias en la edad de inicio, y aunque la vejez tiene una serie de componentes más allá de los aspectos biológicos, para la presente investigación nos regiremos por la que han utilizado la mayoría de los investigadores que han realizado estudios con muestras de personas mayores y que consideran a la población anciana como aquella compuesta por personas de 65 años de edad o más (Barrón, Ojeda y Vera, 2006; Sánchez, 2004).

El proceso de envejecimiento lleva asociados una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales así como cambios importantes en los estilos de vida y esto conlleva repercusiones significativas en la distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida (Botero y Pico, 2007). Como indica Passanante (2005) “aumentar la probabilidad de un envejecimiento saludable, vinculado a la autonomía y a la calidad de vida, es un tema de interés social”. Sin embargo, la situación de crisis actual es un obstáculo para un envejecimiento activo y saludable (Reyes y Castillo, 2011; Won, 2013). Y con políticas que disminuyen el poder adquisitivo de las personas mayores se consigue un deterioro de la calidad de su alimentación, disminuciones de su participación social y actividad física, con consecuencias negativas para su capacidad funcional así como para su salud, con un previsible aumento de la dependencia, aumento de la cronicidad y aparición de nuevas enfermedades, con importancia de las enfermedades mentales (Davila *et al.*, 2009; SESPAS, 2011).

Según datos recogidos VI Informe del ORS (2013) en 2013, existían 8,2 millones de personas mayores de 64 años, de los cuales 2,5 eran personas de gran ancianidad y de continuar con esta tendencia se producirá un crecimiento poblacional negativo a partir de 2020. Del mismo modo, según las proyecciones del INE (2012), en el año 2052 este proceso de envejecimiento se verá agudizado, y se espera que la proporción de personas de más de 64 años sea del 37% sobre el total de la población residente, mientras que el de personas de más de 79 años ascenderá al 15,7% (Cruces, De la Fuente, Martínez y Llopis, 2013). Este progresivo envejecimiento de la sociedad con la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida suponen uno de los principales retos socioeconómicos y políticos de nuestro país, pues se plantea un escenario de nuevas necesidades sociales a las que se debe dar respuesta para asegurar el bienestar de la sociedad con estrategias orientadas a favorecer el bienestar de la población, generando políticas que garanticen la calidad de vida de las personas mayores, ayudando a un envejecimiento saludable, asegurando sus derechos económicos, sanitarios, sociales y culturales.

La situación económica descrita está interfiriendo en la calidad de vida de nuestros ancianos, muchos de ellos sufren un grave impacto psicosocial y emocional por cargas derivadas de la situación económica actual, tales como aumento de demandas por parte de su entorno familiar o pérdidas de poder adquisitivo, afectando todo ello a su salud física y psicológica.

Las personas mayores de 65 años están siendo uno de los principales baluartes para la contención de los efectos de la crisis en las familias, el sistema público de pensiones se está convirtiendo en uno de los sustentos de las familias con bajos ingresos, transformando la economía familiar y esta situación está llevando en muchos casos a una situación de desbordamiento familiar (VI Informe del ORS, 2013).

Tal como indican distintos estudios, los estilos de vida tienen un peso importante en el desarrollo posterior de enfermedades crónicas, y se sigue estudiando la interrelación entre hábitos, procesos de envejecimiento y salud. Los resultados obtenidos por estos trabajos parecen indicar que los estilos de vida saludables, las actitudes y

comportamientos positivos influyen en los niveles de salud percibida por la población anciana (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades y Alvear, 2002; Colli, 1996; Barrón, Ojeda y Vera, 2006; García, Clúa, Ramírez y Prieto, 2000; Ramos, 2001). Por todo ello, Enfermería debe estar preparada para reconocer los posibles factores que pueden actuar perjudicialmente sobre la salud del anciano, cuantificar el efecto de cada una de las variables, su repercusión sobre la calidad de vida, para así continuar otorgando una atención y unos cuidados integrales, generando estrategias de promoción de la salud orientadas a generar nuevos estilos de vida saludables o recuperar aquellos perdidos, en caso necesario, conociendo las causas de los cambios, el grado de afectación y con las herramientas necesarias para hacerle frente.

### **Objetivo**

Conocer si la situación de crisis económica actual que vive nuestro país afecta a los estilos de vida de los ancianos de nuestra provincia, y si es así, en qué medida.

### **Metodología**

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo observacional descriptivo con un total de 100 participantes. La muestra fue seleccionada de forma intencionada, en consonancia con el objetivo del estudio y estaba compuesta por individuos con edades comprendidas entre los 65-80 años. Como criterios de inclusión debían ser individuos que residieran en la provincia de Almería, que pertenecieran a la franja de edad seleccionada, que vivieran de forma independiente y que no presentaran signos de deterioro cognitivo, para ello se realizó a los individuos el Test de Pfeifer (1975) previamente, siendo el deterioro cognitivo un criterio de exclusión. Se tuvieron que excluir 15 sujetos.

Como variables sociodemográficas de la muestra se recogieron la edad, el sexo, el estado civil y la actividad laboral.

El estudio fue llevado a cabo en la provincia de Almería entre los meses de Marzo-Abril del presente año 2014.

Para dar respuesta al objetivo del estudio se diseñó y se aplicó un cuestionario que constaba de 9 preguntas cerradas sobre estilos de vida, haciendo referencia a la alimentación, tiempo de ocio, relaciones sociales y familiares, y estrés, relacionándolas todas ellas con la situación de crisis económica actual y la existencia de posibles cambios. Los individuos participaron de manera voluntaria, previo consentimiento informado, donde quedó patente el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recogida. Los cuestionarios fueron anónimos y autocumplimentados por los participantes. Previamente a la cumplimentación del cuestionario el personal investigador explicó brevemente la finalidad del estudio y las instrucciones para rellenar el cuestionario. Se utilizó un vocabulario claro y sencillo para evitar posibles sesgos de comprensión. Ninguno de los cuestionarios recogidos tuvo que ser invalidado. Para el análisis de los datos se realizó un análisis multivariante para las variables edad, sexo, estado civil y formación académica. Como procedimiento estadístico utilizado para el análisis de los datos se llevó a cabo un análisis de frecuencias para conocer si ha afectado la situación económica actual a los estilos de vida de los ancianos. Los datos fueron tratados mediante el programa estadístico SPSS en su versión 21.

Los resultados obtenidos deben interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones del estudio en cuanto al tamaño muestral reducido, el proceso de muestreo que no garantiza la representatividad de la muestra e impide generalizar los resultados y el hecho de que al tratarse de un cuestionario autoadministrado la calidad de la información depende del deseo de los participantes de proporcionar los datos fidedignamente.

### **Resultados**

A continuación se exponen los resultados obtenidos en la investigación, presentándose en primer lugar los resultados descriptivos de las características de la muestra.

Como se puede observar en la tabla 1, la muestra estaba compuesta por un total de 100 sujetos, siendo la distribución por sexos la siguiente, el 48% de ellos pertenecían al sexo masculino, y un 52% al sexo femenino. La edad media de la muestra fue de 68.69 años con una desviación típica de 3.449. El 28% de los ancianos eran casados/as, el 30% eran divorciados/as, el 23% eran viudos/as, un 14% convivía con su pareja y un 5% eran solteros/as. En cuanto a la actividad laboral, el 71% eran jubilados, frente a un 29% de participantes que trabajaban de manera activa y no había desempleados.

*Tabla 1. Características de la muestra del estudio (N=100)*

	<u>Estado civil:</u>	<u>Actividad laboral</u>
Hombres 48 (48%)	Casado/a 28 (28% muestra)	Jubilado/a 71 (25% muestra)
Mujeres 52 (52%)	Divorciado/a 30 (30% muestra)	Activo/a laboralmente 29 (29% muestra)
Media de edad 68.69 años	Viudo/a 23 (23% muestra)	Desempleado/a 0 (0% muestra)
Rango de edad muestra 65-80 años	En pareja 14 (14% muestra)	
	Soltero/a 5 (5% muestra)	

La cuestión que nos interesaba en la investigación era conocer si afecta la situación económica actual a los estilos de vida de los ancianos.

Los resultados obtenidos, recogidos en la tabla 2, nos muestran la siguiente información acerca de cómo se han visto afectados sus estilos de vida por los cambios socioeconómicos derivados de la actual crisis económica que vive el país. En el Ítem (1) los participantes refieren cambios en sus estilos de vida relacionados con su nueva situación económica, con un porcentaje elevado, un 79% de participantes respondían de manera afirmativa. En el Ítem (2) un 65% refieren que su dieta se ha visto afectada. En el Ítem (3) se recogía la distribución de alimentos más afectados por estas alteraciones en la dieta de los ancianos, con datos tales como que los alimentos que más se han visto modificados han sido las carnes con un 37,9%, seguido del pescado, con un 33,3% y de las verduras con un 15,2%. El resto de grupos de alimentos se vieron afectados con menores porcentajes, no alcanzando ninguno de ellos valores mayores al 6,1%. En el Ítem (4), referente a las actividades de ocio, un 71% de los participantes indicaron que sus actividades de ocio se habían visto reducidas. En el siguiente Ítem (5), dónde se recogía información acerca de las posibles modificaciones en las relaciones familiares asociado con la situación un 61% indicaron haber experimentado un deterioro en sus relaciones familiares, en distinto grado, repartiéndose los porcentajes de manera que un 42% reconocían este deterioro familiar como bajo, un 14% referían que sus relaciones familiares se habían visto perjudicadas moderadamente, y un 5% informaron que sus relaciones familiares se habían visto altamente perjudicadas. El Ítem (6) acerca de si los participantes se han visto en la necesidad de aportar mayor ayuda a su familia obtuvo que un 71% de la muestra respondieron afirmativamente, repartiéndose la ayuda aportada en forma de tiempo (29%), de manera económica (25%) o a través de ambas, ya que un 16% indicaron que ayudaban a su familia con mayor tiempo y de manera económica. Solo un 2% refirieron que su ayuda era de otra manera, no especificada. El Ítem (7) informó que el 82% de los individuos indicaron tener mayores niveles de estrés asociados a la situación de crisis actual, con valores repartidos en, un poco más de estrés (37%), bastante más estrés (31%) y mucho más estrés (14%). Los Ítems (8) y (9) acerca del tiempo del que disponen los ancianos para realizar actividades de ocio y recreo indicaron que el 71% de los participantes informaban tener menor tiempo, a la vez que en un 72% compartían el deseo de contar con mayor tiempo para ellos.

En ninguno de los ítem de la encuesta se obtuvieron resultados de No sabe/ no contesta.

Tabla 2. Cuestionario autoadministrado

	AFIRMATIVO (%)	NEGATIVO (%)	NS/NC (%)
Ítem 1.- ¿Ha sufrido usted cambios en sus estilos de vida que relacione con la situación de crisis económica actual del país?	79%	21%	--
Ítem 2.- ¿Se ha visto empobrecida su alimentación en relación con la situación de crisis económica actual del país?	65%	35%	--
Ítem 3.- En caso positivo en la pregunta anterior, ¿en qué alimentos?		Frutas 1.5% Verduras 15.2% Carnes 37.9% Pescados 33.3% Huevos 4.5% Lácteos 6.1% Otros 1.5%	
Ítem 4.- ¿Ha visto disminuidas sus actividades de ocio relacionado con la situación de crisis económica actual del país?	71%	29%	--
Ítem 5 ¿Se han visto deterioradas en alguna medida sus relaciones familiares relacionado con la situación de crisis económica actual del país?		No 39% Sí, poco 42% Sí, bastante 14% Sí, mucho 5%	
Ítem 6.-Con la situación de crisis actual, ¿se ha visto en la necesidad de ayudar en alguna medida a su familia?		No 29% Sí, con tiempo 29% Sí, con dinero 25% Sí, con ambos 15% Otros 2%	
Ítem 7.- ¿Le genera mayor sensación de estrés la situación de crisis económica actual?		No 18% Sí, un poco 37% Sí, bastante 31% Sí, mucho 14%	

Ítem 8.- ¿Cuenta con menos tiempo para realizar actividades de ocio y recreo con la nueva situación de crisis económica?	71%	29%	--
Ítem 9.- ¿Desearía tener más tiempo para usted?	72%	28%	--

## Discusión/ Conclusiones

El presente estudio consistió en un análisis descriptivo cuyo objetivo era conocer si se habían visto afectados los estilos de vida de los ancianos con la situación de crisis económica actual de nuestro país, y en caso afirmativo, conocer en qué medida.

Debe tenerse en cuenta que se trata de una investigación inicial, que pretende marcar las bases para el desarrollo de estudios posteriores más en profundidad. Del mismo modo, presenta unas limitaciones metodológicas que han sido tenidas en cuenta para la interpretación de los resultados obtenidos, y por tanto, hemos mostrado una postura prudente en el análisis de los resultados en la discusión y en la aportación de las conclusiones relevantes.

Analizando los resultados obtenidos, la situación económica actual de nuestro país parece estar afectando de manera directa a los estilos de vida de nuestros ancianos, que se encuentran con dificultades para mantener sus niveles de bienestar y confort en muchos casos. Tenemos que resaltar los resultados en cuanto a la dieta, dónde se han obtenido cifras alarmantes en el empeoramiento de la alimentación que informan los participantes. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en otros estudios similares (Bernal, Vizmanos y Celis de la Rosa, 2008; Cruces *et al.*, 2013; SESPAS, 2011) donde se recogen los déficits alimentarios que pueden ir asociados a la situación de crisis económica, llegando incluso a casos de desnutrición.

Analizando los resultados recogidos respecto a las relaciones familiares, dónde un 61% de los participantes indicaron que se habían visto empeoradas en distinto grado y que se habían encontrado en la situación de necesitar ayudar a sus familiares (un 71%) ya fuera de manera económica o aportándoles su tiempo, podemos decir que los ancianos parece que están sacrificando parte de su tiempo de ocio y recreo para ayudar a sus familias afectadas seguramente también por la situación de crisis. Estos resultados obtenidos coinciden con recogido por el VI Informe del ORS de Cáritas (2013), donde se indica que se están debilitando los lazos familiares, y que en muchas familias, el pilar económico han pasado a ser personas mayores de 65 años, adquiriendo mayores responsabilidades frente a la familia y ayudando a contener la crisis en las mismas con aportes económicos para el pago de recibos, hipotecas o el cuidado de los nietos.

Otro resultado a analizar es el referente a los niveles de estrés que referían los participantes, que indicaron en un 82% haber experimentado mayores niveles de estrés asociados a la situación de crisis actual. Estos resultados siguen la línea de lo recogido por el Informe SESPAS (2011) o Dávila *et al.* (2009) donde se informa de mayores problemas de salud mental en la tercera edad asociados a la situación económica, tales como mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Los ancianos son un grupo de población vulnerable, y esta situación debe hacernos plantearnos nuevas líneas de trabajo orientadas a vigilar esta situación y analizar las posibles repercusiones a largo plazo, y a su vez buscar estrategias de mejora trabajando en equipo con otros profesionales. La alimentación en el anciano es de suma importancia para una vejez saludable, al igual que la importancia de las relaciones familiares en esta última etapa de la vida o la salud mental, para evitar casos de ansiedad, depresión o verse aceleradas patologías como la demencia (Azpiazu *et al.*, 2002).

Como conclusión final, ante la situación descrita, creemos muy necesaria la construcción de políticas de desarrollo social desde la investigación en más profundidad de las necesidades de los ancianos, para generar recursos y mejorar los soportes sociales de esta población con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la creación de políticas públicas para la protección de los ancianos, generando programas de atención y acciones de intervención. Y así favorecer un envejecimiento saludable y de calidad, garantizando el bienestar y la dignidad de las personas en esta última etapa de la vida.

Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es natural e inevitable, Enfermería debe trabajar activamente para que sea el reflejo de los cuidados recibidos, y alcanzar un envejecimiento pleno, donde los ancianos tengan una percepción de bienestar y puedan disfrutar de esta etapa con calidad, llevando a cabo estilos de vida saludables que favorezcan un envejecimiento activo y sano.

## Referencias

- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrana, J.R., Abanades, J.C., García, N. y Alvear F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*, 76(6), 683-699.
- Barrón, V., Ojeda, G. y Vera, S. (2006). *Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso*. (Tesis). Chile.
- Bernal, M.F., Vizmanos, B. y Celis de la Rosa, A.J. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo*, 16(1), 43-55.
- Botero, B.E y Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: *Una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Cáritas (2013). Observatorio de la Realidad Social. Extraído el 10/05/2014 desde [http://www.caritas.es/publicaciones\\_compra.aspx?Id=4706yIdioma=1yDiocesis=1](http://www.caritas.es/publicaciones_compra.aspx?Id=4706yIdioma=1yDiocesis=1)
- Colli, L. (1996). *Estilo de vida saludable en el anciano y estado de salud percibido*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.
- Cruces, J., De la Fuente, L., Martínez, A. y Llopis, E.S. (2013). *El impacto de la crisis en las condiciones de vida de las personas mayores*. Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- Dávila, C.D y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- Fernández, N., Clúa, A.M., Báez, R.M., Ramírez, M. y Prieto, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16(1), 6-12.
- Passanante, M. (2005). El envejecimiento: un desafío para la sociedad de hoy. *Cuestiones Sociales y Económicas*, 3(6), 7-14.
- Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabenque: Revista Pedagógica*, 16, 83-104.
- Reyes, I. y Castillo, J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 354-359.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis doctoral). Málaga.
- SESPAS. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. 22 Febrero de 2011. Extraído el 14/04/2014 desde <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/280.pdf>
- Won, J. (2013). Desigualdades en salud y Envejecimiento activo ¿Qué pueden hacer los trabajadores sociales? *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 2, 81-86.



## CAPÍTULO 4

### Adicciones y envejecimiento: perfil de pacientes adultos mayores atendidos en una Unidad de Atención de Adicciones

Ana Isabel Sieso Sevil<sup>1</sup>, Ricardo López Bernués<sup>1</sup> y Yolanda Marcén Román<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio Aragonés de Salud (España); <sup>2</sup>Universidad Ciencias de la Salud de Zaragoza (España)

El consumo de sustancias suele relacionarse con personas jóvenes, y es a este grupo de edad donde generalmente se destinan la mayor parte de las iniciativas de salud pública y la atención de los medios de comunicación. Sin embargo, el consumo de alcohol y drogas no tiene límite de edad (EMCDDA, 2008). De hecho, el consumo de alcohol en población mayor es considerada como una “epidemia silente” (Wu y Blazer, 2014).

Además, la población mundial y principalmente Europa y Estados Unidos, están experimentando un acusado envejecimiento de la población. A nivel global, los mayores de 65 años pasarán de 516 millones en 2009 a 1,53 billones en 2050 (Wu y Blazer, 2014). Todo esto implica que el número de personas mayores con problemas de adicciones irá en aumento (Solís, Vélez y Berumen, 2000). De hecho, según el Observatorio Europeo las Drogas y las Toxicomanías, se estima que “entre los años 2001 y 2020 el número de personas mayores con problemas de consumo de sustancias o con necesidad de tratamiento por algún trastorno relacionado se duplicará en Europa” (EMCDDA, 2008).

Los datos actuales de consumo relativos a las personas mayores son escasos, lo que complica la estimación exacta de la magnitud y las implicaciones de este problema (EMCDDA, 2008). Existen dos razones primordiales por las que el cálculo de la prevalencia del abuso de sustancias o conductas adictivas en adultos mayores es difícil: por un lado, los adultos mayores informan con menos frecuencia que la población joven de que padecen un problema de este tipo y por otro lado, el personal sanitario infradiagnostica la adicción en mayores (Wu y Blazer, 2014). Además, los signos y síntomas del abuso de sustancias en población mayor pueden variar respecto a los jóvenes y la presencia de enfermedades comórbidas como el deterioro cognitivo, dificultan el diagnóstico. Por todo ello, a pesar de mantener un contacto regular con los profesionales sanitarios, es habitual que los problemas de abuso de sustancias o conductas adictivas se pasen por alto o se diagnostiquen incorrectamente (Simoni-Wastila y Yang, 2006).

Por otro lado, la investigación sobre el consumo de alcohol, drogas y fármacos con riesgo de abuso y dependencia en población mayor es escasa y proviene de estudios que se han realizado con muestras pequeñas de población y metodológicamente limitados (Kuerbis y Sacco, 2013), siendo destacable que además, la mayor parte de los estudios se han centrado en el abuso de alcohol (Rosen *et al.*, 2013). Un hecho que ilustra el escaso interés que ha suscitado este tema hasta ahora es que menos del 1% de los artículos publicados entre los años 2000 y 2010 en las 10 revistas de gerontología y las 10 revistas de adicciones de mayor factor de impacto en los últimos 5 años estaban dirigidos al trastorno por uso de sustancias en adultos mayores (Rosen *et al.*, 2013).

Y mucho más complicado es averiguar la prevalencia sobre el consumo de drogas ilícitas, cuyos índices de consumo en población mayor muchas veces no son investigados, y cuando lo son, varían mucho según el marco donde se realice la investigación; población general, servicios de urgencia o centros específicos de tratamiento de drogas arrojan cifras distintas (Wu y Blazer, 2014). En España el panorama sobre la investigación y desarrollo de este tema es similar al encontrado a nivel global: la investigación es escasa y centrada principalmente en el consumo de alcohol.

Una estimación de la magnitud del problema nos la da una revisión realizada por Wu y Blazer (2014) a través de las bases de datos de MEDLINE y PsychInfo sobre estudios realizados entre 2005 y 2013 relacionados con el trastorno por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica en adultos mayores y ancianos, donde se observó que el 60% de los adultos mayores de 50 años consumían alcohol, entre el 2-3% drogas ilegales y el 1-2% fármacos sin prescripción médica. El 5% de los varones y el 1,4% de las mujeres mayores de 50 años habían desarrollado una dependencia del alcohol, y dentro de los consumidores de drogas ilícitas, el 10-12% cumplía criterios de dependencia. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes eran la depresión y la ansiedad. Cifras similares a este estudio arroja un informe del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías en 2008, donde se afirma que entre el 2 y el 4% de la población mayor de Estados Unidos cumple criterios de dependencia del alcohol (EMCDDA, 2008).

Otra de las peculiaridades del consumo de alcohol y drogas en ancianos son los cambios fisiológicos y metabólicos asociados al envejecimiento, que aumentan la vulnerabilidad del cerebro al efecto tóxico de estas sustancias que provoca que un nivel más bajo de consumo que en personas jóvenes pueda tener consecuencias igualmente perjudiciales (EMCDDA, 2008).

También hay que ser consciente de que las personas mayores son consumidores frecuentes de medicamentos, ya que en muchas ocasiones se encuentran polimedificados por el padecimiento de una o varias enfermedades crónicas. Un dato que avala esta afirmación es que de nuevo, según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, “las personas mayores de 65 años consumen casi un tercio de todos los medicamentos que se recetan” (EMCDDA, 2008). Por ello, al consumir alcohol y drogas, tienen más riesgo de desarrollar interacciones que comprometan su vida o disminuyan el efecto de la medicación que están tomando. La evidencia sugiere que existe un creciente problema de mal uso y abuso de fármacos prescritos con potencial adictivo. Se estima que como mínimo uno de cada cuatro adultos mayores consumen fármacos psicoactivos con potencial riesgo de abuso. La prescripción y el abuso de este tipo de fármacos se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones y se estima que más del 11% de las mujeres mayores abusan de fármacos prescritos (Simoni-Wastila y Yang, 2006).

Algunos estudios han identificado factores potenciales de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de sustancias en personas mayores, incidiendo en el género, como acabamos de ver, y ciertas situaciones sociales como vivir solo, el aislamiento social, dificultades económicas o la pérdida de un ser querido. Así mismo, problemas médicos como el deterioro cognitivo, demencia, dolor crónico y una historia previa de abuso de sustancias o trastorno mental, así como estar en tratamiento con fármacos psicoactivos son también factores de riesgo (Simoni-Wastila y Yang, 2006).

Igualmente, el abuso de alcohol, benzodiacepinas y el consumo de drogas en personas mayores puede agravar los problemas médicos asociados al envejecimiento. Varios estudios muestran los riesgos que tienen principalmente el consumo de alcohol, las benzodiacepinas y narcóticos en la población mayor, como son: caídas, fracturas, disminución de la movilidad y déficit cognitivo (EMCDDA, 2008). Es relevante señalar que existe muy poca investigación sobre los efectos físicos de las drogas ilícitas en esta población (Wu y Blazer, 2014).

En Aragón, se crearon las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones (U.A.S.A.) con el propósito de atender las demandas de desintoxicación y deshabitación de las drogas de la población mayor de 18 años, prestando además asistencia a las patologías orgánicas y psiquiátricas asociadas y fomentando la rehabilitación comunitaria de estos pacientes. Desde la U.A.S.A. del sector sanitario de Barbastro, quisimos conocer cuáles eran las características específicas de las personas mayores que solicitaban asistencia en este recurso para poder mejorar así la prestación socio sanitaria que se les ofrece y adaptarla a sus necesidades. Consideramos que éste es un problema de importancia creciente debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a las repercusiones en la calidad de vida en este grupo de población.

## **Objetivo**

Conocer las características sociodemográficas y la evolución de los pacientes con una edad igual o mayor de 60 años atendidos en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones desde su apertura en julio de 2009 hasta abril de 2013.

## **Método**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

El ámbito de estudio fue el sector sanitario de Barbastro (Huesca), que cuenta con una población de 130.592 habitantes, de los cuales 67.172 son varones y 63.420 mujeres.

La muestra estaba constituida por todos los pacientes que tenían 60 años o más en el momento de su derivación a la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones (U.A.S.A.) del sector sanitario de Barbastro desde su creación, en julio de 2009 hasta abril de 2013, que cumplían criterios para ser atendidos en la misma. Estos criterios eran:

- Acudir por voluntad propia o como cumplimiento de una medida sustitutiva derivado desde un recurso sanitario (atención primaria, atención especializada, salud mental), servicios sociales y comunitarios, centros de prevención comunitaria o por iniciativa del propio usuario o familiar.
- Firma del consentimiento informado de tratamiento en la unidad.
- Cumplir criterios clínicos de admisión en la Unidad, basados en el DSM-IV o CIE-10 de: abuso de sustancias (DSM-IV) o consumo perjudicial (CIE-10); síndrome de dependencia de sustancias o patología dual (comorbilidad de trastorno psiquiátrico y trastorno por uso de sustancias).

La muestra la conformaron 49 pacientes que cumplían los criterios anteriormente descritos. Se revisaron todas las historias clínicas de la unidad durante los meses de julio de 2009 a abril de 2013, realizándose la recogida de datos de forma retrospectiva en abril de 2014 a partir de la ficha de acogida en la unidad y la evolución clínica contenida en la historia. La ficha de acogida es un documento propio de la U.A.S.A. del sector sanitario de Barbastro, donde se recogen tanto características sociodemográficas del paciente (sexo, edad, tipo de convivencia, nivel de estudios, situación laboral, económica y judicial) como clínicas (historia toxicológica, adicción principal y secundaria actual, antecedentes médicos y psiquiátricos y tratamiento actual) mediante la realización de una entrevista estructurada por parte de la enfermera o trabajadora social al inicio del tratamiento en la unidad. De todos estos datos se seleccionaron los relativos a: sexo, edad, tipo de convivencia, nivel de estudios, sustancia o conducta adictiva principal, sustancia o conducta adictiva secundaria, edad de inicio de consumo de la sustancia o conducta adictiva principal y tratamiento previo de la adicción en esta unidad o en otro dispositivo. Así mismo, de la revisión de la evolución clínica desde el comienzo del seguimiento en la unidad de cada paciente, se recogió si existía un diagnóstico de ansiedad o depresión al inicio del mismo y si se había logrado la abstinencia a la sustancia principal a los 6 meses de iniciado el tratamiento y al año.

Los datos recogidos han sido tabulados en una base de datos construida mediante el programa informático SPSS versión 20. En el análisis estadístico se realizó un estudio descriptivo para todas las variables. Las variables cualitativas han sido descritas con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías y las cuantitativas con media y desviación estándar.

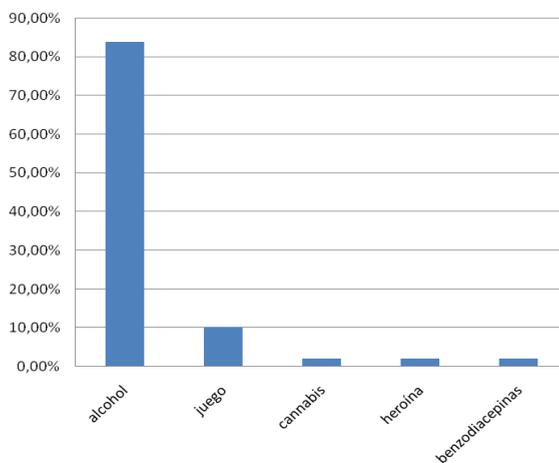
## Resultados

La muestra estaba formada por 49 personas. El 73,5% eran hombres y el 26,5% mujeres. La media de edad fue de 63, 65  $\pm$  4,065 años (63,56  $\pm$  4,23 años para hombres y 63,92  $\pm$  3,707 años para mujeres). Constituían el 6,43% del total de pacientes atendidos en la Unidad en el periodo de tiempo indicado.

La mayoría (57,1%) tenían estudios primarios y en cuanto a la convivencia el 38,8% vivían solos, el 36,7% con pareja e hijos y el 22,4% únicamente con su pareja.

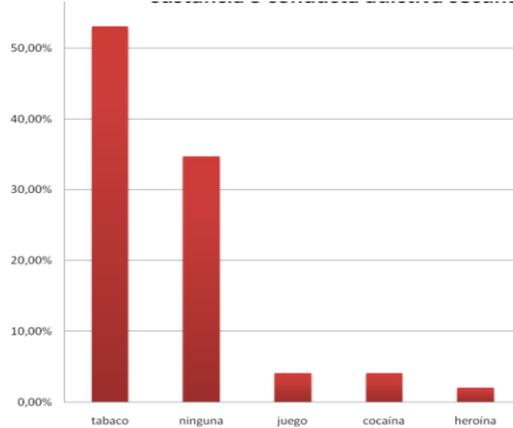
La sustancia principal por la que acudían a tratamiento era el alcohol (el 84% del total de la muestra), seguido muy de lejos por el juego (10%). Este porcentaje era similar para ambos sexos (86% en hombres y 82% en mujeres) (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Sustancia o conducta adictiva principal



En cuanto a la sustancia o conducta adictiva secundaria en importancia, la principal fue el tabaco (52,2%) y el 34% no consumía ninguna otra sustancia o conducta adictiva (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Sustancia o conducta adictiva secundaria



La mayor parte (71,4%) ya se habían puesto en alguna ocasión en tratamiento por su adicción y casi un tercio de la muestra (32,7%) estaba diagnosticado de depresión o ansiedad al inicio del tratamiento.

En cuanto a la evolución de los pacientes en la Unidad, el 44,9% permanecieron abstinentes al consumo de la sustancia principal a los 6 meses y el 30,6% al año. El 22,4% de los pacientes abandonó el tratamiento a los 6 meses y el 38,8% al año.

Por género: el 61,5% de las mujeres y el 38,8% de los hombres permanecieron abstinentes a los 6 meses. Los porcentajes se igualaron al año (30,7% y 30,5% de abstinentes, respectivamente).

### Discusión/ Conclusiones

Nos encontramos con que la población de adultos mayores atendidos en la Unidad de Atención y seguimiento de las Adicciones del sector sanitario de Barbastro hasta el momento es minoritaria. Nos preguntamos si este hecho puede ser debido al infradiagnóstico del abuso o dependencia de sustancias en la población mayor y a la falta de comunicación de este problema por parte de los mayores, tal y como se refleja en la bibliografía consultada, que catalogan el consumo de sustancias en la población mayor como la epidemia silenciosa.

La mayor parte de la población mayor atendida son varones, siendo el alcohol la adicción principal y el tabaco la adicción secundaria. Esto concuerda con otros estudios sobre el tema. Llama la atención que más de un tercio de los pacientes no presentan ninguna adicción secundaria. Consideramos que es posible que este patrón de consumo cambie dentro de unos años, cuando envejezca la población más joven, donde está más presente el policonsumo. Así mismo, el consumo de drogas ilegales es mínimo, lo que coincide de nuevo con la información obtenida en otros estudios. Sin embargo, nos llama la atención que el abuso de medicación prescrita (benzodicepinas) es mínimo, siendo un hallazgo discrepante a lo observado en otros estudios consultados, lo que nos hace especular que quizá es un hecho que se minimiza o incluso no se llega a reflejar tanto por parte del personal sanitario como por los propios pacientes.

Casi un tercio de los pacientes presentaba diagnóstico de depresión o ansiedad al inicio del tratamiento, hecho que resalta la importancia de tener en cuenta la comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes. En una futura investigación, sería interesante valorar si este hecho influye en la consecución de la abstinencia.

Hemos hallado que el mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses de iniciado el tratamiento es más elevado que al año, siendo las mujeres las que más la mantienen en los 6 primeros meses. De todos modos, es un hecho reseñable que menos de un tercio de la muestra mantuviera la abstinencia al año y que casi el 40% abandonó el tratamiento en ese periodo de tiempo.

Así mismo, la mayor parte de ellos ya habían recibido tratamiento por la misma sustancia en nuestra Unidad o en otro dispositivo.

Como limitaciones del estudio cabe destacar la escasez del tamaño de la muestra y la falta de evaluación de otras variables importantes en el caso de población mayor como son la comorbilidad orgánica, si estaban polimedicados y si recibían tratamiento con fármacos con un potencial riesgo de abuso.

Como conclusiones de este estudio podríamos destacar que en un recurso de atención especializada como es Unidades de Atención y Seguimiento de las adicciones del sector sanitario de Barbastro, no es común atender a población adulta mayor, lo que pone el enfoque en la escasa derivación y solicitud de tratamiento de este grupo de población a este tipo de unidades.

El paciente mayoritariamente detectado es un varón, con estudios primarios, que vive acompañado por su familia y que presenta un abuso o dependencia del alcohol. El abuso de drogas ilícitas o de medicamentos con potencial riesgo de abuso es escaso. Casi un tercio presentan ansiedad o depresión al inicio del tratamiento y la mayor parte ha recibido anteriormente tratamiento por la misma sustancia. El porcentaje de abandonos y recaídas al año es muy alto en este grupo de edad.

Consideramos que el conocimiento del perfil de población adulta mayor atendida en nuestra unidad hará posible mejorar la atención a este grupo de población para desarrollar un modelo más adecuado y eficaz de cuidado, prestando especial interés a la presencia de comorbilidad orgánica y psiquiátrica y al desarrollo de estrategias que permitan disminuir el número de recaídas y abandonos.

### Referencias

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). Substance use among older adults: a neglected problem. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html>.

Kuerbis, A. y Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 13-37.

Rosen, D., Engel, R., Hunsaker, A.E., Engel, Y., Detlefsen, E.G. y Reynolds, C.F. (2013). Just say know: an examination of substance use disorders among older adults in gerontological and substance abuse journals. *Social Work in Public Health*, 28 (3-4), 377-87.

Simoni-Wastila, L. y Yang, H.K. (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(4), 380-94.

Solís L., Vélez A. y Berumen, D. (2000). Prevalencia y 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.

Wu, L.T. y Blazer, D.G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 304-17.



## CAPÍTULO 5

### **La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como intervención psicológica en pacientes con dolor crónico: claves y evidencia empírica**

Juana María Mateu Mateu, Rubén Uclés Juárez y Zaida Callejón Ruiz  
*Universidad de Almería (España)*

El dolor es un síntoma que puede verse como una enfermedad cuando éste persiste más de tres-seis meses y su sentido protector inicial desaparece, organizándose toda la vida del paciente en torno a él, surgiendo así “las conductas de dolor” que limitan y modifican la vida personal, social y laboral del paciente (Cerdá y De Andrés, 2006). La prevalencia del dolor crónico en la población adulta española oscila entre el 31 y el 36 por 100 (Bouhassira, Lanteri-Minet, Attal, Laurent y Touboul, 2008; Ramírez, Esteve y López, 2004; Tsang, Korff, Lee, Alonso, Karam, Angermeyer, Borges y cols, 2008). En el dolor crónico, a diferencia del dolor agudo, las causas suelen ser desconocidas y el tratamiento farmacológico no es tan efectivo. Debido a las características del dolor crónico, los tratamientos por excelencia suelen ser de carácter multidisciplinar. La intervención psicológica en muchos casos es clave para el avance del paciente debido a que éste posiblemente por su nueva condición de salud tenga modificaciones y limitaciones en su vida que le lleve a un sufrimiento psicológico. Además, ciertos factores psicológicos como los antecedentes socio-culturales y las creencias acerca del dolor (Turk y Okifuji, 2002) pueden influirle en el curso de la enfermedad.

Una de las terapias psicológicas utilizadas para el tratamiento del dolor crónico es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, siglas en inglés; Wilson y Luciano, 2002). Tanto a nivel experimental como clínico, la ACT está teniendo resultados favorables en las intervenciones con pacientes con dolor crónico, dando lugar por un lado, a un mayor interés entre la comunidad científica por el estudio de su eficacia y por otro lado, que su aplicación en la clínica sea cada vez más común.

Por este motivo, *el objetivo* de este estudio es hacer una revisión teórica exponiendo cuáles son las claves de una intervención contextual-funcional en el ámbito del dolor crónico, analizando los distintos datos que desde el análisis experimental y los estudios clínicos se derivan. Además, se presentarán ejemplos de investigaciones en los que se ha aplicado la ACT con población adulta con dolor crónico.

#### **El dolor crónico desde el Contextualismo-Funcional**

El marco filosófico del Contextualismo-Funcional estudia al organismo como un todo siempre en acción en donde predominan las funciones que controlan el comportamiento (Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001). Este modo de ver el comportamiento humano tiene como objetivos científicos conocer las variables que regulan nuestro comportamiento de tal manera que se pueda tanto predecir como influir en el comportamiento.

Desde esta perspectiva, el dolor sería una actividad del organismo producto de la interrelación entre éste y las variables contextuales. Por esta razón, las variables biológicas no serían las únicas responsables del dolor ya que están sujetas al contexto de la historia de interacciones de la persona (Gutiérrez y Luciano, 2006). Esta visión del dolor puede explicar por qué en los casos de dolor crónico es tan frecuente encontrar tanta variabilidad (intrasujeto e intersujetos) en la manifestación del dolor. Al comprender el dolor como producto de las distintas interacciones del sujeto con su contexto, tanto las reacciones públicas (verbalizaciones, respuestas de evitación...), como las manifestaciones privadas (sensaciones, sentimientos negativos, creencias, pensamientos...) referentes al dolor, se van a ver como conductas más del organismo sujetas a las leyes del comportamiento. El estudio del dolor como un fenómeno conductual permite tanto la predicción como el control de éste.

Desde esta corriente funcional, el objetivo de intervención no es modificar o controlar los eventos privados que tiene la persona sino la función que tienen éstos para ella, es decir, qué hace (p. ej. el paciente con dolor crónico) cuándo tiene un pensamiento catastrófico de incapacidad. Cuando la respuesta que da la persona está centrada en controlar el sufrimiento o malestar que le genera ese pensamiento y dicho control supone caminar en dirección contraria a lo realmente valioso, a largo plazo su vida se verá cada vez más limitada. El control de los eventos privados inicialmente tiene consecuencias reforzantes en tanto que disminuye el malestar pero a largo plazo el

sufrimiento puede ser mayor cuando ese control ha supuesto rechazar algo valioso para el paciente. Un patrón de comportamiento centrado en la evitación del sufrimiento es lo que se denomina Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Wilson y Luciano, 2002).

### La Terapia de Aceptación y Compromiso en Dolor Crónico

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una terapia psicológica enmarcada en las terapias de tercera generación enraizada en el Análisis Funcional de la conducta, así como en las investigaciones sobre la cognición humana dentro de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, siglas en inglés).

Para esta terapia los eventos privados como creencias, recuerdos o emociones, no son otra cosa que conducta (privada), y bajo ningún concepto, son causa de otras conductas. Por ello, su objetivo directo no es cambiar o controlar dichos eventos privados sino incrementar la flexibilidad psicológica (o defusión cognitiva), que se define como la capacidad de actuar de acuerdo a los valores y metas personales en presencia de determinadas emociones o pensamientos negativos, o lo que es lo mismo, mejorar la aceptación enmarcada en valores.

En el caso de los pacientes con dolor crónico, la evitación de los eventos privados dolorosos puede convertirse en un problema añadido. Para algunos, (Phillips, 1988) en dolor crónico las consecuencias derivadas de la evitación son el problema principal. La evitación de la actividad, cuando es dolor agudo, sí resulta adaptativa, pero en dolor crónico no es así, ya que implica determinadas consecuencias negativas, como atención centrada en el dolor, debilitamiento, empeoramiento de las relaciones sociales y familiares, baja autoestima, etc. Entonces, aquí entraría en juego determinadas reglas psicológicas en las que controlar el dolor es una razón de peso (extendida socialmente) que legítima abandonar actividades valiosas y que implica un alivio a corto plazo, pero que al darse las consecuencias negativas de abandonarlas a largo plazo, no supondría una disminución de dicha conducta, generándose así el patrón de Evitación Experiencial Destructiva (TEE). Desde la ACT se enseñaría al paciente a aprender a actuar en dirección a lo realmente valioso para él pese a que los eventos privados puedan estar presentes. Para ello, el terapeuta utilizará en terapia las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (véase, Wilson y Luciano, 2002). Por consiguiente, el objetivo de esta terapia en dolor crónico, no es reducir el dolor sino que *actúen de acuerdo a esos valores* o metas a pesar de los eventos privados aversivos. No obstante, pese a no ser el objetivo podría darse una disminución del mismo o la percepción de éste podría ser menor debido a que la persona ha recuperado aquello que había abandonado tras la nueva condición de salud.

Por lo tanto, la filosofía de la Terapia de Aceptación y Compromiso a diferencia de la filosofía de las terapias psicológicas dominantes, por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual, defiende la aceptación de los eventos privados y no el control de éstos. En la literatura científica podemos encontrar numerosas investigaciones (p. ej., Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987; Cioffi y Holloway, 1993; Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston, 1997) en las que se ha visto un efecto rebote de la frecuencia de dichos eventos aversivos cuando la persona tiene un patrón de control de los mismos. Además, incrementa a largo plazo, las emociones negativas y el dolor (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987). En investigaciones en las que se hacen análogos experimentales de una situación dolorosa a través de descargas eléctricas, también se observan mejores resultados cuando se utiliza una estrategia de afrontamiento del dolor basada en la aceptación frente a una estrategia basada en el control cognitivo de los eventos privados (Gutiérrez, Luciano y Rodríguez, 2004; Páez, Luciano, Gutiérrez, Valdivia, Ortega y Rodríguez, 2007).

En la literatura los beneficios de la ACT para tratar el dolor crónico han sido ampliamente estudiados con buenos resultados (p. ej., Alonso, López, Losada y González, 2013; Dahl, Wilson, Nilsson, 2004; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; McCracken, Sato y Taylor, 2013; McCracken, Vowles y Eccleston, 2005; Vowles y McCracken, 2008; Vowles, Witkiewitz, Swoden y Ashworth, 2014).

A continuación se va a exponer brevemente los resultados de algunas investigaciones que aplicaron ACT en pacientes adultos con dolor crónico.

#### 1) McCracken y Gutiérrez, 2011

En este primer estudio a analizar, como se puede ver en la tabla 1, se aplicó un procedimiento de ACT específico para dolor crónico en una muestra que comprendía pacientes de dolor crónico. Los buenos resultados en flexibilidad psicológica, conciencia plena y acciones dirigidas a valores muestran la efectividad de dicha terapia. Aunque el objetivo de la terapia no es reducir síntomas tales como síntomas depresivos y ansiosos, también se dan mejoras posiblemente por la defusión cognitiva.

Tabla 1. McCracken y Gutiérrez, (2011)

Diseño	n total	Duración tratamiento	Condiciones	Variable dependiente		Resultados Post	Resultados Post 3 meses
				Medida	Constructo		
Ensayo clínico controlado	111	De 3 a 4 sesiones por semana	ACT	CPAQ	Aceptación dolor	+	+
				AAQ-II	Flexibilidad	+	+
				MAAS	Conciencia plena	+	+
				CPVI	Acción a valores en dolor	+	+
				BCMDI	Depresión	+	+
				PASS-20	Ansiedad	+	+
				SIP	Discapacidad	+	+
				Visitas medicas	Visitas médicas	+	+
Intensidad dolor	Dolor	+	+				

Tabla 2. McCracken, Sato et al. (2013)

Diseño	n total	Duración tratamiento	Condiciones	Variable dependiente		Resultados Post	Resultados Post 3 meses
				Medida	Constructo		
Ensayo controlado aleatorizado (piloto)	73	4 sesiones en dos semanas	G.E.: ACT (breve)+Terapia habitual G.C.: Terapia habitual	CPAQ	Aceptación dolor	+	+
				AAQ-II	Flexibilidad	-	-
				RMDQ	Discapacidad	+	+
				PHQ-9	Depresión	+	+
				SF-36-F	FF	-	-
				SF-36-E	FE	+	-
				Intensidad dolor	Dolor	-	-

Nota. SF-36-F (SF-36 físico); SF-36-E (SF-36 emocional); FF (funcionamiento físico); FE (funcionamiento emocional); G.E. (grupo experimental); G.C. (grupo control).

Tabla 3. Alonso, López, Losada y González, 2013

Diseño	n total	Duración tratamiento	Condiciones	Variable dependiente		Resultados pre y post
				Medida	Constructo	
Ensayo clínico controlado	10	10 sesiones (2H), 2 sesiones por semana	G.E.:ACT + SOC	BPI	Interferencia dolor	+
				MHAQ	ADLs	-
				SOC	Adaptación dolor	-
				AAQ-II	Flexibilidad psicológica	+
			G. Control	CPVI	Acción a valores en dolor	+
				GDS-10	Depresión	-
				SWLS	Satisfacción	+
				SOPA	Creencias dolor	+
PCS	Catastrofismo	-				
PGCMS	Eatereotipos	+				

### 2) McCracken, Sato et al., 2013

Este estudio, a diferencia del anterior, tiene asignación aleatoria de los sujetos a cada una de las dos condiciones experimentales. Dichas condiciones son ACT de forma breve junto a la terapia habitual (farmacológica, rehabilitación, etc.), controlando el efecto con la terapia habitual. De esta forma, los resultados muestran inconsistencias, sobre todo, en flexibilidad psicológica, que pueden deberse al carácter preliminar del estudio. Sin embargo, puede que de alguna forma pueda influir la terapia habitual en los resultados de ACT, ya que la misma, por ejemplo, podría estar manteniendo patrones de control del dolor y eventos relacionados que vayan en contra de la labor de la terapia. Por tanto, sería necesario demostrar en un estudio posterior si el tratamiento habitual influye en alguna medida en los resultados de ACT.

### 3) Alonso, López, Losada y González, 2013

En esta investigación, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es aplicada junto a la Terapia de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) a una muestra de 10 personas con edades comprendidas entre los 71 y los 93 años. La comparación de los resultados (ver tabla 3) con respecto al grupo control indicaron resultados significativos tanto a nivel intergrupar como intragrupal para los elementos objeto de trabajo de la ACT.

## Conclusión

El análisis de la literatura refleja cómo una visión funcional del dolor, permite tanto la predicción como el control del fenómeno. En relación a este modo de ver el dolor como una conducta más del organismo, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado ser efectiva para pacientes que muestran un patrón común de evitación de la experiencia dolorosa que implica costes vitales. Los beneficios de ACT en dolor crónico hacen referencia al incremento de la flexibilidad psicológica (en lugar de querer eliminar o controlar los eventos molestos, aceptarlos y actuar en dirección valiosa), que puede derivar en mejoras de los síntomas que no son objeto directo de la terapia. Esta mejora podría ser explicada por el hecho de que las personas tras la intervención con ACT, derivan que al igual que no han de controlar los eventos privados relacionados con el dolor, tampoco deben de hacerlo con el resto de eventos. En consecuencia, en vez de controlar o evitar dichos eventos, los aceptan, lo que implica una disminución de la sintomatología.

Como se ha podido observar existe un número amplio de literatura que valida empíricamente la utilización de ACT como terapia psicológica en pacientes con dolor crónico. Sin embargo, no hay que olvidar que generalmente, las intervenciones suelen ser multidisciplinares por lo que sería conveniente que el resto de profesionales también trabajaran en coherencia con ACT. De esta forma, cuando el paciente en la sesión correspondiente con el profesional mostrara eventos privados dolorosos, se le animaría a aceptarlos y seguir en la tarea que estaba haciendo.

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Alonso, M., López, A., Losada, A. y González, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: a pilot study. *Behavioral Psychology*, 21, 59-79.
- Bouhassira, D., Lanteri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B. y Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136, 380-387.
- Cerdá, G. y De Andrés, J. (2006). *Dolor crónico (Guía de actuación clínica en AP)*. Extraído el 15 de Junio de 2014 desde: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>
- Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- Dahl, J., Wilson, K.G. y Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Dahl, J., Wilson, K.W., Luciano, C. y Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy and Chronic Pain*. Reno, Nevada: Context Press.
- Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior Analysis* (pp.11-26). Reno, NV. Context Press.
- Gutiérrez, O. y Luciano, M.C. (2006). El estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. F. Fordyce a la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 169-188.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C. y Rodríguez, M. (2004). Comparison between an Acceptance-Based and a Cognitive-Control-Based Protocol for Coping with Pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C., y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Luciano, M.C., y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- McCracken, L., Sato, A. y Taylor, G. (2013). A trial of a brief group-based form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain in general. *The Journal of Pain*, 14, 1398-1406.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335-1346.
- Páez, M., Luciano, C., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Rodríguez, M. (2007). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 84-97.
- Phillips, H.C. (1988). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.

Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. (2004). El dolor crónico desde la perspectiva psicológica. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la Salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 435-462). Madrid: Pirámide.

Sullivan, M.J., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive, Therapy and Research*, 21, 555-568. Sullivan, M. J., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive, Therapy and Research*, 21, 555-568.

Tsang, A., Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Lepine, J., Haro, J., Levinson, D., Oakley, M., Posada, J., Seedat, S. y Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *Journal of Pain*, 9, 883-891.

Turk, C. y Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

Vowles, K.E. y McCracken, L.M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 397-407.

Vowles, K., Witkiewitz, K., Sowden, G. y Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *The Journal of Pain*, 15, 101-113.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.



## CAPÍTULO 6

### **Análisis de la relación entre flexibilidad psicológica y calidad de vida en una muestra de personas mayores. Ajuste flexible de metas como elemento clave del envejecimiento con éxito**

Zaida Callejón Ruiz, Juana María Mateu Mateu y Rubén Uclés Juárez  
*Universidad de Almería (España)*

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de mortalidad caracterizan un importante cambio en el envejecimiento de la población, con un crecimiento continuo del grupo de mayor edad (> 80 años). Actualmente, más del 17% de la población de nuestro país tiene > 64 años, y se prevé que aumente al 32% en 2050 (Ferrer, Formiga, Sanz, Monteserrate, Verges y Octabaix, 2014).

El envejecimiento con éxito es un nuevo concepto multidimensional compuesto por un conglomerado de factores biopsicosociales como la salud, un adecuado funcionamiento físico, psicológico y afectivo, y la participación social (Castellano, 2014). Existen numerosas investigaciones que han expuesto las relaciones entre dichos factores y diversas variables sociodemográficas. Con respecto a la variable edad, hay estudios que indican que conforme aumenta la edad cronológica suele haber una percepción negativa hacia la vejez e insatisfacción con la vida (Montorio y Losada, 2004). Con relación a variables como el género y la salud, parece existir una relación entre ambas. Así, las mujeres perciben su vejez de forma más negativa que los hombres, y además expresan más quejas sobre las enfermedades. Otras variables destacables son el estado civil y la convivencia. Se ha demostrado que la viudez va ligada a sentimientos de soledad frente a los casados (Sánchez, Trianes y Blanca, 2009).

El análisis del envejecimiento predominante en los últimos años enfatiza como elemento clave el estado de salud, centrándose en medidas que especifican el nivel de deterioro y patologías (Fernández-Mayoralas, Rojo, Abellán y Rodríguez, 2003). Así pues, es necesario abandonar la visión exclusivamente deficitaria de la última etapa del desarrollo, para realizar un cambio de perspectiva encaminada hacia la consecución del denominado envejecimiento con éxito. Según Meléndez, Tomás y Navarro (2011) el término envejecimiento con éxito “nace como una diferenciación del envejecimiento normal y hace referencia a aquellos sujetos con niveles funcionales elevados”. En esta misma línea, Rowe y Kahn (1997) lo han definido como una “baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida”.

En cualquier caso, el estudio del envejecimiento necesita que se realicen tanto medidas de salud física como psicológica, debido a que ambas influyen claramente en el bienestar y progresión de los ancianos. De entre estas variables la calidad de vida emerge como una de las dimensiones esenciales a evaluar (Meléndez, Tomás y Navarro, 2011).

La calidad de vida como concepto tiene una definición imprecisa, y la mayoría de investigadores que han trabajado en este campo, está de acuerdo en que no existe una teoría única que la defina y explique (Esteban, Jiménez, Gil-De, Díaz-Olalla, Villasevil-Llanos y Fernández-Cordero, 2010). La OMS WHOQOL (1995) define la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) como “la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” El término *calidad de vida* no tiene sentido sino es en relación con un sistema de valores (Sordo, 2007).

El ser humano es un sistema orientado a metas y su implicación activa en ellas es un elemento central en su capacidad de adaptación. Aunque las definiciones de “meta” pueden variar de unos modelos a otros, hay consenso en torno a la idea de que el comportamiento se organiza en torno a éstas, que serían el motor que mueve la conducta humana. La capacidad de las personas para autorregularse llevando a cabo un ajuste flexible de sus metas y aspiraciones es el ingrediente activo de la capacidad de adaptación y un requisito para el envejecimiento con éxito (Márquez-González, Fernández-Fernández, Romero-Moreno y Losada, 2013).

Existen bastantes estudios que aportan evidencia sobre los beneficios psicológicos de la capacidad para ajustar de forma flexible la jerarquía de metas personales. Duke, Leventhal, Brownlee y Leventhal (2002) encontraron que, entre las personas mayores que debido a problemas de salud tuvieron que dejar de realizar ejercicio físico, aquellas que sustituyeron las antiguas actividades por otras nuevas presentaban un nivel mayor de afecto positivo que las que

no lo hicieron. Por su parte, Wrosch, Miller, Scheier y Brun de Pontet (2007) encontraron que la capacidad de desengancharse de metas no alcanzables se asociaba con menores problemas de salud física.

Así, la capacidad para realizar dicho ajuste puede verse profundamente interferida por barreras de tipo psicológico que presentan algunas personas mayores. Concretamente, patrones inflexibles de pensamiento (p.ej. "cualquier tiempo pasado fue mejor..."), o rigidez en la selección e implicación en valores, metas y objetivos. A menudo, esta inflexibilidad psicológica da lugar al desarrollo de patrones de comportamiento poco adaptativos (pasividad, evitación de situaciones, aislamiento) que interfieren y limitan la capacidad funcional de las personas y generan altos niveles de malestar, disminuyendo la satisfacción con la vida y obstaculizando su envejecimiento activo o exitoso (Márquez-González, Fernández-Fernández, Romero-Moreno y Losada, 2013).

Butler y Ciarrochi (2007) encontraron una relación positiva entre la aceptación psicológica (evaluada a través de la Escala de Evitación Experiencial, AAQ) y la salud objetiva, la calidad de vida y el bienestar emocional en personas mayores. Los resultados muestran que las personas mayores más satisfechas con sus vidas son aquellas que tienen una mayor aceptación psicológica ante los cambios derivados del envejecimiento.

Como consecuencia de las investigaciones anteriormente expuestas, el objetivo principal de este trabajo es conocer la relación entre flexibilidad psicológica y calidad de vida en la población mayor. De acuerdo con lo expuesto, como hipótesis de trabajo se plantea la existencia de una relación positiva entre la flexibilidad psicológica, calidad de vida y salud percibida.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 15 personas mayores de 60 años, de las cuales el 46,6% ( $n=7$ ) eran hombres y el 53,3% ( $n=8$ ) restante mujeres, con una edad media de 72,73 años ( $DT=8,04$ ) y rango de edad entre los 60 y los 87 años. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico, accidental en el Centro de Día para Personas Mayores Antonio Sáiz y López. La edad media de las mujeres era de 73 años ( $DT=8,51$ ) y la de los hombres de 72,43 años ( $DT=8,12$ ), los rangos de edad 65-87 años y 60-85, respectivamente. El 33% ( $n=5$ ) estaban casados, el 40% ( $n=6$ ) viudos, el 13,3% ( $n=2$ ) solteros y el 13,3% ( $n=2$ ) divorciados o separados. El 46,7% ( $n=7$ ) viven solos, el 40% ( $n=6$ ) con esposa/o, el 13,3% ( $n=2$ ) con sus hijos. En cuanto al lugar donde viven, el 86,7% ( $n=13$ ) viven en el domicilio propio y el 13,3% ( $n=2$ ) en el domicilio de sus hijos u otros familiares.

### *Diseño e instrumentos*

Se trata de un estudio de carácter descriptivo transversal que explora la relación entre flexibilidad psicológica y calidad de vida en la población mayor. Las variables dependientes son la calidad de vida y la percepción de la salud, medidas a través de la Escala Filadelfia y Láminas de Coop/Wonca, respectivamente. La variable independiente es la flexibilidad psicológica, dividiendo a los sujetos en tres grupos: alta, media, baja (medida mediante el cuestionario de Aceptación y Acción-II). La recogida de datos se llevó a cabo con cada persona en un formato de entrevista estructurada realizada en base a la Escala de Filadelfia adaptada a la población española por Montorio (1994). Está formada por un total de 16 ítems (de respuesta dicotómica) mediante los cuales se obtiene una puntuación total que se correlaciona con el bienestar subjetivo o psicológico. Una puntuación menor de 5 indica baja satisfacción, entre 6-11 regular y mayor de 12 alta satisfacción.

Las Láminas de Medición del Estado Funcional Coop/Wonca de 9 ítems, es una escala general tipo perfil de salud, traducida y validada en castellano. Se puntúa con una escala tipo Likert (de 1-5 puntos) que valora la CVRS en sentido inverso, es decir a más puntuación peor percepción, siendo la mínima puntuación posible 9 puntos y la máxima 45 puntos (Lizán y Reig, 1999).

Por último, el Cuestionario de Aceptación y Acción – II (AAQ-II) traducido al español por Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2012), es una medida de la inflexibilidad psicológica, a mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial.

### *Procedimiento*

Para la recogida de datos, una persona instruida en la implantación de dichos cuestionarios se desplaza al Centro de Día para Personas Mayores Antonio Sáiz y López que previamente había dado su consentimiento. La aplicación de los cuestionarios se realizó en un solo día, en una habitación reservada para tal fin. A continuación, se explicaron de manera general las instrucciones del cuestionario y se especificó el carácter anónimo y confidencial de la información obtenida. Se realiza una transformación de las alternativas de respuesta y se puntúa de forma cuantitativa cada una de las opciones.

### *Análisis de los datos*

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15. Los parámetros descriptivos fueron realizados mediante el análisis de frecuencias. Para la realización de los análisis de puntuaciones medias se aplicó la Prueba *t* para muestras independientes, con el objetivo de observar si hay diferencias significativas en función del género, y la prueba Phi para diferencias en función del estado civil. ANOVA de un factor y las comparaciones múltiples o contrastes *post hoc* (Scheffé y Tukey), para analizar las diferencias entre las medias en satisfacción y grupos de flexibilidad psicológica. Para conocer el tamaño del efecto recurrimos eta cuadrado, para el caso de diferencias entre dos medias. Por último, se aplica correlación de Pearson para medir el grado de relación entre la satisfacción o bienes psicológico, la percepción de la salud y la flexibilidad psicológica.

## Resultados

Los resultados evidencian que hay una relación lineal entre la flexibilidad psicológica, la percepción de la salud y bienestar psicológico (o satisfacción). Existen diferencias significativas muy altas,  $r_{xy} (-0,876)$ ;  $p < ,01$ , de relación inversa entre el bienestar psicológico y la percepción de la salud. También existe una relación significativa muy alta inversa entre la flexibilidad psicológica y el bienestar psicológico. Y una relación significativa muy alta directa entre flexibilidad psicológica y percepción de la salud.

Tabla 1. Correlación de Pearson entre flexibilidad, percepción salud y bienestar psicológico

	BP	PS	FP
BP			
Correlación de Pearson			
Sig. (bilateral)			
PS			
Correlación de Pearson			
Sig. (bilateral)			

Nota. BP: bienestar psicológico; PS: percepción de la salud; FP: flexibilidad psicológica. \*\*  $p < ,01$ .

Ejecutado un ANOVA para el factor flexibilidad psicológica muestra la existencia de diferencias significativas en bienestar psicológico,  $F(11,785)$ ;  $p < ,05$  entre los grupos. Con todo, el tamaño del efecto observado es alto,  $\eta^2 = ,663$  (ver Tabla 3). Los contrastes *post hoc* mediante la prueba Tukey (ver Tabla 4) muestran diferencias significativas entre el bienestar psicológico medio de las personas con alta flexibilidad psicológica con respecto al grupo con baja y media flexibilidad psicológica. Sin embargo, el resultado del segundo contraste indica que las diferencias entre las medias de los grupos de media y baja flexibilidad psicológica no resultan estadísticamente significativas.

Tabla 2. Análisis de varianza para analizar las relaciones entre flexibilidad psicológica y satisfacción

	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2	43,867	11,785	,001
Intra-grupos	12	3,722		

Tabla 3. Tamaño del efecto

	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada
Modelo corregido	,663	,974

Nota. Calculado con alfa = ,05

Tabla 4. Descriptivos y pruebas *post hoc* (Tukey) para el factor flexibilidad psicológica

(I)	(J1)	(I-J1)	(J2)	(I-J2)
Alta FP	Media FP	1,667	Baja FP	5,667*
Media FP	Alta FP	-1,667	Baja FP	4,000*
Baja FP	Alta FP	-5,667*	Media FP	-4,000*

Nota. \*  $p < ,05$

Realizado un ANOVA para el factor flexibilidad psicológica muestra la existencia de diferencias significativas para la percepción de la salud entre los grupos,  $F(6,950)$ ,  $p < ,01$  con un tamaño del efecto alto,  $\eta^2 = 0,537$  (ver Tabla 6). Los contrastes a posteriori, prueba Scheffé y Tukey (ver Tabla 7), revelan diferencias significativas entre la

percepción de la salud media de las personas con alta flexibilidad psicológica con respecto al grupo con baja. Sin embargo, las diferencias entre las medias de los grupos de media y baja flexibilidad psicológica, y media y alta flexibilidad no resultan estadísticamente significativas.

Tabla 5. Análisis de varianza para analizar las relaciones entre flexibilidad psicológica y percepción de la salud

	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2	137,208	6,950	,010
Intra-grupos	12	19,743		

Tabla 6. Tamaño del efecto

	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada
Modelo corregido	,537	,842

Nota. Calculado con alfa = ,05

Tabla 7. Descriptivos y pruebas post hoc (Tukey) para el factor flexibilidad psicológica

(I)	(J)	(I-J)	(J2)	(I-J2)
Alta FP	Media FP	-6,583	Baja FP	-11,083*
Media FP	Alta FP	6,583	Baja FP	-4,500
Baja FP	Alta FP	11,083*	Media FP	4,500

Nota. \*  $p < ,05$

Los resultados evidencian que no hay un efecto significativo,  $t(-0,227)$ ,  $p > ,005$ , entre el género y el bienestar o satisfacción con la vida.

Tabla 8. Prueba T para muestras independientes (género/satisfacción)

	t	Sig. (bilateral)	Diferencias de medias
Satisfacción con la vida	-,227	0,824	-,375

Tampoco existe una relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre el estado civil y el bienestar psicológico, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Tabla 9. Prueba Phi (estado civil y satisfacción)

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,480	,326

## Discusión/ Conclusiones

De acuerdo con los datos presentados en el epígrafe anterior, observamos que los mayores que puntúan bajo en el cuestionario AAQ-II, es decir que muestran una mayor flexibilidad psicológica, están más satisfechos con su vida y tienen una mejor percepción de su salud. Mientras que los sujetos con altas puntuaciones en AAQ-II, es decir muestran inflexibilidad psicológica están más insatisfechos con su vida y tienen una percepción peor sobre su salud. No se encuentran diferencias significativas en los sujetos con puntuaciones medias en AAQ-II. Estos resultados corroboran los datos obtenidos por Butler y Ciarrochi (2007) que encontraron una relación positiva entre la aceptación psicológica (evaluada a través de la Escala de Evitación Experiencial, AAQ) la calidad de vida y el bienestar emocional en personas mayores.

Con respecto la variable género no se encuentran diferencias en la satisfacción. Estos datos son opuestos a los obtenidos por Sánchez, Trianes y Blanca (2009), en los que había una relación entre ambas (las mujeres perciben su vejez de forma más negativa que los hombres, y además expresan más quejas sobre las enfermedades).

Otras variables destacables son el estado civil. Se ha demostrado que la viudez va ligada a sentimientos de soledad frente a los casados. Y esto a su vez repercute en sus actitudes, ya que sus autopercepciones de la salud tienden a ser negativas (Sánchez, Trianes y Blanca, 2009). En este estudio no se encuentran diferencias significativas entre el estado civil y el bienestar psicológico.

Como limitaciones metodológicas de este estudio, en primer lugar, cabe señalar las reticencias que se plantean hacia las escalas morales por su contenido ideológico y en las cuales además es difícil establecer comparaciones entre los resultados obtenidos cuando los sujetos tienen diferencias de edad importantes. Otra limitación la constituye el tamaño de la muestra, su reducido tamaño no posibilita la generalización de los resultados.

Concluyendo, sería conveniente hacer especial hincapié a la relevancia que ostenta la capacidad de las personas para autorregularse llevando a cabo un ajuste flexible de sus metas y aspiraciones, con consecuencias directas en su calidad de vida.

### **Referencias**

Butler, J. y Ciarrochi, J. (2007). Psychological Acceptance and Quality of Life in the Elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.

Castellano, M. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(3), 108-114.

Esteban, M., Jiménez, R., Gil-De, A., Díaz-Olalla, J.M., Villasevil-Llanos, E. y Fernández-Cordero, X. (2010). Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Semergen*, 36(4), 187-195.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Abellán, A. y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 43-46.

Ferrer, A., Formiga, F., Sanz, H., Monteserrate, E., Verges, D. y Octabaix, G. (2014). Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. *Atención primaria*, en prensa.

Lizán, L. y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: La versión española de las viñetas coop/wonca. *Atención Primaria*, 24, 75-82.

Márquez-González, M., Fernández-Fernández, V., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2013). La terapia de aceptación y compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo. *Información psicológica*, 105, 42-49.

Meléndez, J., Tomás, J., Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de psicología*, 27 (1), 164-169.

Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Montorio, I. y Losada, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. Madrid: IMSERSO, Boletín sobre envejecimiento.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.

Sánchez C, Trianes MV, Blanca MJ (2009). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *RevEsp Geriatr Gerontol*, 44:124-9.

Sordo, J.A. (2007). *Evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física*. Tesis doctoral, Universidad Da Coruña, A Coruña, España.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Ciencias Sociales y Medicina*, 41(10), 1.403-1.409.



## CAPÍTULO 7

### “Envejecimiento activo y olé”: Salud y participación social de mujeres mayores a través de las tradiciones locales en Andalucía

Alina Danet Danet, Noelia García Toyos y Joan Carles March Cerdà  
*Escuela Andaluza de Salud Pública (España)*

Este trabajo se realizó en el marco del proyecto europeo YORIE (Young and Old for Regional Identities in Europe), financiado en la convocatoria de Asociaciones para Aprendizaje Grundtvig, dentro del cual la Escuela Andaluza de Salud Pública participa como socio. El objetivo general del proyecto es potenciar la transmisión de conocimiento intergeneracional en relación a las tradiciones locales, a partir de promover el envejecimiento activo, así como de mejorar la situación de personas jóvenes en riesgo de exclusión social. En esta comunicación presentaremos la parte del proyecto que se centró en la población mayor.

Partiendo de la complejidad del concepto de envejecimiento activo, basado en variables como la salud, funcionamiento cognitivo, estados emocionales positivos o participación social (Vega, Buz y Bueno, 2002), el objetivo general de las actividades realizadas con población mayor, fue promover la salud física y psíquico-afectiva, la participación social y habilidades de comunicación e interacción de las personas mayores, a través de la cocina tradicional y los bailes regionales.

Objetivos específicos:

- Conocer las opiniones, expectativas y necesidades de las personas participantes, sus problemas y preocupaciones acerca de su salud física, psíquica y emocional, el rol de las personas mayores en la sociedad actual, su participación social y comunitaria.
- Potenciar la participación social, comunicación interpersonal, mejora de la autoestima y autoconfianza de las personas mayores.
- Formar a las personas participantes en relación a la dieta equilibrada en las personas mayores.
- Concienciar y discutir sobre la importancia de los bailes regionales como forma de realizar actividad física adaptada a las necesidades de las personas mayores y como núcleo de cohesión grupal e identidad socio-cultural local.
- Seleccionar, elaborar, evaluar y discutir recetas de comida tradicional, buscando su máxima adaptación a las necesidades nutricionales de las personas mayores o con problemas de salud específicas de la edad.
- Conocer y practicar 4 bailes regionales de Andalucía, como forma de promover el ejercicio físico: sevillanas, la reja, pasodoble y rumba.
- Favorecer la implicación, participación y visibilización de las mujeres participantes en el marco del proyecto europeo.

#### Metodología

Para la selección de la población participante, los criterios de inclusión fueron:

Ser mujer mayor de 55 años.

Ser residente en municipios rurales o zonas con necesidad de transformación social de la provincia de Granada.

El criterio de exclusión empleado fue el hecho de padecer alguna enfermedad de tipo físico o psíquico que impida o dificulte el desplazamiento y la participación en el proyecto.

La selección de las personas participantes se basó en la técnica de bola nieve y en la colaboración de asociaciones de mujeres del área geográfica de la provincia de Granada. En primer lugar, se seleccionaron las asociaciones de mujeres granadinas con un perfil cultural y de participación social, a partir del listado oficial de asociaciones de la provincia de Granada, disponible en la página web de la Consejería de Igualdad, Salud y Política Social de la Junta de Andalucía. A todas estas asociaciones se les envió, a través del correo electrónico, información acerca del ámbito de estudio, objetivos y metodología del proyecto y la invitación a participar en el proyecto. Las asociaciones contactadas se incluyen en la tabla 1.

Tabla 1. Asociaciones contactadas

Asociación	Localidad
Mujeres Gitanas Romi	Granada
Asociación de Viudas de Granada	Granada
Asociación Mujeres por la Cultura	Granada
Asociación local de mujeres "Mariana Pineda"	Granada
Asociación de mujeres Ana Belén Molina Santiago	Padul
Asociación de mujeres La Casa Grande	Padul
Asociación de mujeres Animavega	Pinos Puente
Asociación de mujeres Coayra	Pinos Puente
Asociación de mujeres Nuestro Señor de la Salud	Santa Fé
Asamblea de mujeres Clara Campoamor	La Zubia
Asociación de mujeres del Pilar	Armillá
Asociación de mujeres La Morera	Churriana de la Vega

A la vez, la selección se realizó a través de la técnica de bola de nieve, entre mujeres residentes en Granada capital, el área metropolitana, la zona del Poniente Granadino y la zona de Guadix y el Marquesado.

En el proceso de selección de las mujeres participantes se tuvieron en cuenta criterios de heterogeneidad de edad (menores de 70 años y mayores de 70 años), ámbito eco-geográfico (zona rural o urbana, tipo de comarca, relieve y clima) y pertenencia a alguna minoría étnica.

La muestra incluyó 18 mujeres: 3 mujeres residentes en Granada capital, con edades comprendidas entre 59 y 70 años; 6 mujeres residentes en la localidad de Armilla (área metropolitana de Granada, zona geográfica de la vega), con rangos de edad de 55 a 65 años; 6 mujeres residentes en la localidad Güéjar Sierra (área metropolitana de Granada, zona geográfica de Sierra Nevada), entre 55 y 75 años de edad y 3 mujeres de Loja (Poniente Granadino), con edades entre 62 y 64 años.

La metodología del proyecto fue cualitativa. Las técnicas llevadas a cabo fueron: grupo focal, grupo nominal, tres talleres formativos y 1 taller participativo, que se llevaron a cabo en la Escuela Andaluza de Salud Pública, entre septiembre 2013 y mayo 2014. Todas las actividades realizadas contaron con el consentimiento informado de las participantes e incluyeron una medición de la satisfacción con los talleres, medida a través de un cuestionario de elaboración propia.

#### *Grupo focal*

El grupo focal duró 3 horas y se grabó en audio. Antes de iniciar la sesión, las mujeres participantes firmaron un consentimiento informado, donde se les garantizaba la confidencialidad de los datos. La información recogida durante el grupo focal fue posteriormente analizada, realizando análisis de contenido de las siguientes variables:

- Rol y funciones de la persona mayor en la sociedad actual.
- La persona mayor como depositaria del conocimiento tradicional local.
- La salud física, psíquica y afectiva de las personas mayores.
- La participación social y comunitaria de las personas mayores en la sociedad actual.

#### *Grupo nominal*

El grupo nominal duró 1,5 horas y abordó los elementos de cocina y folclore tradicional como formas de promover la salud y participación de las personas mayores en el contexto socio-cultural y económico actual. A través de la técnica de lluvia de ideas, se recogieron recetas y bailes regionales, que posteriormente se priorizaron y votaron en varias rondas, hasta conseguir el consenso de todas las participantes.

#### *Talleres formativos de cocina y bailes regionales*

Los dos talleres formativos de cocina (cada uno de 5 horas) se realizaron por una nutricionista especializada en la salud y alimentación de las personas mayores. El primer taller formativo de cocina incluyó contenidos teóricos presentados en formato Power Point y la parte práctica consistió en la elaboración de platos típicos andaluces, a partir de recetas revisadas por parte de la experta nutricionista. En el segundo taller formativo de cocina, las mujeres participantes tuvieron que seleccionar alguna receta tradicional representativa de sus pueblos de origen o residencia y elaborar, de forma grupal o individual, el plato seleccionado, adaptando los ingredientes y técnicas de preparación a los contenidos teóricos repartidos en el primer taller formativo. Todos los platos se compartieron entre las participantes, en un almuerzo grupal y fueron, posteriormente comentados sus propiedades nutricionales, ventajas y posibles puntos débiles.

Las actividades formativas sobre bailes tradicionales (con duración de 3 horas) se llevaron a cabo por parte de una experta en baile y salud. El primer taller se inició con la formación en contenidos teóricos, y, en la parte práctica se realizaron: ejercicios de calentamiento, pasos, ritmos y movimientos de los bailes seleccionados (sevillanas, rumba y pasodoble), estiramientos y relajación. El segundo taller incluyó una serie de videos tutoriales sobre el origen, historia y simbolismo de las sevillanas, pasodoble, rumba y la raje. En la parte práctica, después de unos ejercicios de calentamiento, se enseñaron y practicaron los pasos, ritmos y movimientos de los bailes seleccionados (sevillanas, raje, rumba y pasodoble) y se diseñó de forma consensuada con las participantes una coreografía grupal de la raje. Para finalizar, se realizaron ejercicios de estiramiento y relajación. El tercer taller formativo de bailes regionales, tuvo un enfoque meramente práctico, con el objetivo de preparar una demostración de bailes a representar durante el Encuentro Transnacional del proyecto europeo.

#### *Taller participativo de cocina tradicional y bailes regionales*

En el taller participativo se combinaron cocina tradicional y bailes regionales en una actividad conjunta, que se llevó a cabo el segundo día del Encuentro Transnacional del proyecto, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, con participantes de entidades y organizaciones de Rumanía, Italia, Francia, Turquía, y Portugal.

En esta sesión de 4 horas, las alumnas del proyecto, ataviadas con trajes regionales, prepararon platos típicos de la gastronomía local, ofrecieron una demostración de bailes tradicionales y adoptaron un rol docente, respondiendo a las preguntas y dudas expresadas por los visitantes extranjeros.

## **Resultados**

### *Grupo focal*

El grupo focal se inició con un debate sobre el rol de las personas mayores en la sociedad actual. En primer lugar, las participantes asociaron el rol principal de la persona mayor con los cuidados de otros familiares, especialmente nietos, y expresaron su escasa sensación de reconocimiento social de la persona mayor en la sociedad actual.

Dentro de los problemas de salud de las personas mayores, las participantes mostraron su preocupación por posibles problemas de salud mental como el Alzheimer, y destacaron sus dolencias relacionadas con huesos y articulaciones, niveles de azúcar y de colesterol y problemas oftalmológicos.

En opinión de las participantes, generalmente las mujeres se consideran más fuertes ante la enfermedad, mientras que los hombres tienden a quejarse más, aunque su imagen de masculinidad frena la proyección social de sus problemas de salud, que se restringe al ámbito familiar.

Como formas de promover su salud, las participantes especificaron la importancia de realizar actividad física (natación, andar, baile, yoga, caminar, gimnasia) y de mantener una alimentación saludable, coincidiendo con la dieta mediterránea. Así mismo, asociaron la salud mental y emocional con mantener una actitud positiva ante la vida, realizar actividades en grupo y fomentar la participación social a través de asociacionismo y programas de voluntariado. Sin embargo, subrayaron las dificultades de acceso a este tipo de actividades, el escaso apoyo institucional que existe sobre todo en el medio rural y la incompatibilidad de estos autocuidados con el trabajo reproductivo asociado casi exclusivamente a la población femenina. Este resultado es coherente con las propuestas disponibles en la bibliografía actual, que explica la importancia de crear una sociedad para todas las edades, promoviendo políticas sociales intergeneracionales, desarrollar la solidaridad pública y reconocer el rol social de las mujeres (Rodríguez y Sancho, 2001).

Las tradiciones locales, su conocimiento y transmisión, aparecieron como elementos claves de la participación social y de la promoción de la salud entre las mujeres mayores. Entendida como una continuidad de las tradiciones familiares, la gastronomía tradicional se consideró un concepto complejo, en cuya construcción intervienen elementos de estacionalidad, educación, territorio, clima, agua, tipo de cultivo y conservación de alimentos, trabajo, diversión, economía, entorno, religión, costumbres y fiestas. Las participantes destacaron su rol en la difusión de las tradiciones locales, pero restringido al ámbito doméstico-familiar, con una escasa visibilización social y pública.

Los bailes regionales se consideraron un elemento clave en la protección y promoción de la salud de las personas mayores, no sólo con respecto a la salud física, sino también a la salud psíquica, afectiva y social. En palabras de las propias participantes, bailar “relaja, despeja, rejuvenece, alegra, ilusionan, cosquillea y da vida”... Así mismo, se refirió el papel de los bailes regionales como elemento de cohesión e integración comunitaria y social.

### *Grupo nominal*

Las principales ideas esbozadas por las participantes subrayaron la importancia de conocer, transmitir y preservar las tradiciones locales de cocina y bailes regionales. En este sentido, la persona mayor se consideró como depositaria de estos conocimientos, a la vez que responsable de perpetuar las costumbres locales. Así mismo, fue el ámbito rural

el que en mayor medida se consideró el espacio óptimo y genuino dentro del cual se deben transmitir valores y rituales tradicionales.

A través de la técnica de lluvia de ideas, las recetas tradicionales más destacadas de la gastronomía local granadina seleccionadas por las participantes incluyeron:

Primeros platos: Gazpacho andaluz, Guiso de verduras, Puchero, Espárragos, Gachas, Paella, Porra, Habas con jamón, Sopa de melón, Sopa de ajo, Potaje de habichuelas, Potaje de garbanzos, Ensaladilla de patata, Remojón de papas, Remojón granaíno, Papas ajo-pollo, Olla de San Antón, Puré de verduras, Gazpachuelo, Consomé, Papas con choco, Cazuela.

Segundos platos: Migas, Tortilla de patata, Fritada, Calabaza frita, Choto al ajillo, Cordero, Sobrehusa, Asadura, Rabo de toro, Manita de cerdo, Fritura de pescado, Coscón, Asadura, Pollo al vino, Pollo al ajillo, Pollo al chilindrón, Pisto, Canelones, Plato alpujarreño, Pastel de berenjena, Papas a lo pobre, Bacalao con tomate, Empedrao.

Postres: Potaje de castañas, Arroz con leche, Tocino de cielo, Papijote, Magdalenas, Leche frita, Flan, Natillas, Torrijas, Buñuelos, Trenza, Cañas, Roscos fritos, Pestiños, Tarta de manteca, Tarta de manzana, Galletas rellenas, Pan de calatrava, Tarta de la abuela.

En el proceso de votación, los platos regionales considerados más destacables fueron: Bacalao con tomate (17 votos), Migas (15 votos) Papas a lo pobre (15 votos), Puchero (15 votos), Choto al ajillo (14 votos), Pollo al ajillo (13 votos), Paella (13 votos), Remojón granaíno (12 votos), Roscos fritos (12 votos), Pestiños (11 votos), Salmorejo (11 votos), Gazpacho (11 votos), Ensalada de pimiento (11 votos), Torrijas (9 votos), Tarta de manzana (9 votos) y Leche frita (8 votos).

En el listado de bailes regionales, se recogieron: Reja, Sevillanas, Verdiales, Pasodoble, Paquito el chocolatero, Rumba, Asturias patria querida, Tango, Vals, Fandanguillo, Fandango de Güéjar, Baile de la paloma, Cachucha. Tras la votación, los bailes regionales que se seleccionaron para aprender y practicar fueron: Pasodoble (16 votos), Sevillanas (13 votos), Reja (12 votos) y Rumba (10 votos).

#### *Primer taller formativo de cocina y bailes regionales*

En la parte teórica de la sesión sobre gastronomía, las principales cuestiones que se abordaron fueron: ¿Qué significa alimentación saludable?; ¿Qué es la densidad nutricional?; Ejemplo de productos con alta densidad nutricional; Recomendaciones dietéticas para los problemas de salud más frecuentes en la mujer a partir de los 60 años: problemas de vesícula, pérdida de masa ósea, estreñimiento, hipertensión, diabetes, fibromialgia, colesterol elevado; Cómo hacer las recetas tradicionales andaluzas más saludables.

Durante la parte práctica, las participantes se organizaron por grupos de 3-4 personas y trabajaron conjuntamente en la elaboración de los platos propuestos, bajo la supervisión de la experta nutricionista.

Los platos tradicionales elaborados fueron: salmorejo, ajoblanco y remojón granaíno. Las recetas propuestas en base a ingredientes locales fueron: ensalada de lentejas y trufas de avena. Una vez finalizada la actividad, los platos se evaluaron y degustaron, en un almuerzo grupal.

En la sesión de bailes tradicionales, en parte teórica, las principales cuestiones que se abordaron fueron: importancia de la respiración y de la postura corporal, la coordinación psicomotriz, los distintos grupos musculares ejercitados a través del baile, las técnicas de calentamiento, estiramiento y relajación. Durante la parte práctica, las participantes bailaron por pareja y en grupo, ataviadas con trajes o adornos tradicionales.

#### *Segundo taller formativo de cocina y bailes regionales*

Los platos seleccionados y elaborados por las participantes y que se compartieron en el almuerzo grupal fueron: sobrehusa y cazuela de espárragos (Loja), gachas y ensalada de “remojes” (Güéjar Sierra), ensaladilla de patata, empanada de atún y pastel de berenjena (Armillá), pestiños (Armillá), cuajada de carnaval y bizcocho de zanahoria (Granada).

La degustación de las comidas se compartió en un ambiente relajado y participativo, en compañía de la nutricionista especializada.

Al finalizar la degustación, las mujeres presentaron cada una su plato, destacando: valor como plato tradicional, ámbito en el cual se consume, datos de referencia personal para ese plato (cómo, cuándo, de quién aprendieron a hacerlo) ingredientes, elaboración, tiempo de cocción etc. Así mismo, se comentaron sus Con la ayuda de la nutricionista, se redactaron unas conclusiones y pautas generales sobre la importancia y preparación de cada uno de los platos. Con la ayuda de la nutricionista, las participantes consensuaron las siguientes pautas para la elaboración de las recetas elaboradas:

En relación al aporte nutricional y calórico: Usar ingredientes locales y de temporada, por sus propiedades nutricionales, mayor frescura y compromiso social con los agricultores y productores locales; Usar técnicas de cocción saludables, evitando las frituras; Reducir el consumo de azúcares y grasas animales; Consumir cantidades

reducidas de productos hipercalóricos; Aumentar el consumo de verduras y frutas, ricas en fibra, vitaminas y minerales; Priorizar el consumo de carnes blancas, como pollo y conejo, reduciendo la ingesta de carnes rojas; Incorporar edulcorantes naturales e hipocalóricos, como la stevia; Reducir el consumo de sal.

En relación a la elaboración de los platos: Adaptar los platos a las necesidades y gustos de los comensales, sin miedo a perder la esencia tradicional de las recetas; Compartir la elaboración de las comidas con familiares y amigos que puedan participar/ aprender/ ayudar; Promocionar las recetas tradicionales locales y transmitir las a las nuevas generaciones; Interesarse por nuevas posibilidades, alternativas y tradiciones en relación a la gastronomía local, regional, nacional o internacional.

En la sesión de bailes regionales, en la parte práctica las participantes mostraron un alto grado de motivación e implicación personal. Los bailes se realizaron tanto por parejas como en grupo, lo que facilitó la comunicación y la calidez de las relaciones interpersonales. Las mujeres que conocían previamente los bailes, participaron como líderes informales en la parte formativa. Todas las integrantes del grupo realizaron los cuatro bailes propuestos. Para desarrollar una coreografía grupal para “la reja”, la formadora propuso una serie de composiciones posturales y sucesión de movimientos, que se negociaron con las participantes. El resultado final se practicó en varias ocasiones, hasta conseguir la armonía coreográfica y la máxima compenetración y sincronización grupal.

Como resultado del taller y en base a las preferencias musicales expresadas por las mujeres, se seleccionaron 15 canciones que se grabaron en un CD audio. Todas las participantes recibieron una copia de este CD, con el objetivo de continuar la práctica de los bailes a nivel personal.

#### *Tercer taller formativo de bailes regionales*

Dado el carácter de ensayo previo a la demostración de baile prevista para el Encuentro Transnacional del Proyecto, todas las participantes se ataviaron con trajes regionales. En un ambiente de compañerismo y cohesión grupal, las mujeres que disponían de trajes adicionales, proporcionaron vestimenta a las que no tenían.

Después de unos ejercicios de calentamiento, la sesión se inició con un recordatorio de la coreografía grupal de “la reja”. La composición se estableció en base a los ritmos y letras de la canción. La práctica grupal de “la reja” se ensayó en repetidas ocasiones, hasta que las participantes consideraron haberse alcanzado una sincronización óptima.

Dos de las mujeres con un nivel avanzado en el conocimiento de las sevillanas, se ofrecieron para preparar una demostración de este baile. Con este objetivo, prepararon en pareja su propia coreografía, logrando un máximo grado de compenetración. La sesión finalizó con la práctica de rumbas y pasodobles y se planificó la dinámica de la demostración de bailes para el día del Encuentro Transnacional.

#### *Taller participativo de cocina tradicional y bailes regionales*

Durante el segundo día del Encuentro Europeo celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, las 18 mujeres se incorporaron a las reuniones programadas ataviadas con trajes regionales y participaron en la elaboración y degustación de comida tradicional, teniendo la oportunidad de conocer e interactuar con otras personas beneficiarias del proyecto provenientes de los demás países participantes. Las alumnas ofrecieron una demostración de bailes regionales, a los cuales también se incorporaron los y las participantes del resto de países.

Además de promover la salud física y emocional, la participación social, implicación y visibilización de las mujeres, estas actividades llevadas a cabo dentro del encuentro permitieron ver cómo las tradiciones locales representan una estrategia de encontrar un lenguaje común, capaz de facilitar la comunicación e interacción social, y de conectar y cohesionar personas provenientes de ámbitos geográficos tan dispares.

### **Discusión/ Conclusiones**

Este estudio permitió revelar que la población mayor registra una alta conciencia con respecto a la importancia de promover su salud, realizar actividad física y mantener una alimentación saludable. Sin embargo, existen dificultades específicas de las mujeres mayores para acceder y mantener su salud física y psíquica, así como su participación social. Entre estas limitaciones, destaca cómo los roles tradicionales de género alejan a las mujeres mayores de la participación y visibilización social. Así mismo, las participantes reclaman más apoyo por parte de las instituciones públicas, para que éstas faciliten la compatibilización del trabajo doméstico y de cuidados con las actividades de autocuidados y de promoción de la salud.

En relación al rol de la persona mayor en la sociedad, las mujeres participantes expresaron su escasa sensación de reconocimiento social y demandaron más visibilidad y participación, especialmente en base a su valor como principales depositarias del conocimiento y prácticas tradicionales locales. En el ámbito rural, esta cuestión tiene especial importancia, porque, según recoge una investigación cualitativa reciente, las personas mayores del entorno rural desarrollan un significado especial de la comunidad que demanda específicamente el fortalecimiento de sistemas de participación social (Monreal y Del Valle, 2010).

En el proceso de captación y desarrollo de los talleres formativos, se observó un alto grado de implicación y cohesión de las personas mayores en torno a las actividades propuestas. En todas ellas, el grado de satisfacción (medida a través de cuestionarios de evaluación) fue muy cercano al valor máximo (una media de 9,5 en a escala 0-10) y las participantes expresaron de forma abierta los beneficios de las actividades sobre su salud emocional y afectiva, así como a nivel de adquisición de conocimiento y habilidades prácticas en el ámbito de la cocina y los bailes tradicionales. De esta manera, las actividades formativas se integraron de forma positiva en lo que la literatura de especialidad recomienda en el campo de la intervención social con población mayor: una educación psicosocial, que abra las posibilidades de integración, participación social y calidad de vida de las personas mayores (Moreno, 2004).

En suma, el proyecto demostró el gran potencial social de las mujeres mayores, como nueva fuerza social emergente (Amorós *et al.*, 2006), así como el valor de la persona mayor no sólo como protagonista de su vida (y elemento activo para su auto mejora), sino también como fuente de sabiduría y experiencia para otras generaciones (Gárate y González, 2002).

### **Referencias**

- Amorós, P., Bartolomé, M., Sabariego, M. y de Santos, J. (2006). *Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente*. Madrid: Alianza.
- Gárate, M.C. y González, J. (2002). Aprender con las personas mayores. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 45, 67-76.
- Monreal, P. y Del Valle, A. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athena Digital*, 19, 171-187.
- Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 187-198.
- Rodríguez, P. y Sancho, M. (2001). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. 20 años de historia y una mirada hacia el futuro. *Psychosocial Intervention*, 10, 259-276.
- Vega, J.L., Buz, J. y Bueno, M.B. (2002). Niveles de actividad y participación social en las personas mayores de 60 años. *Revista Universitaria de Formación del Profesorado*, 45, 33-53.

## CAPÍTULO 8

### Sensibilización de la sociedad ante la sexualidad de la tercera edad

Cristina Hernández Guerrero, Alda Aguilera Gázquez y María del Mar Ortiz Escoriza

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el concepto de sexualidad hace referencia a un aspecto del ser humano que es esencial a lo largo de su vida, en el que se abarca los roles de género, el sexo, el vínculo afectivo, el placer, las identidades, la orientación sexual y la reproducción. Todo ello se dan a conocer en nuestra forma de pensar, en los deseos, fantasías, valores, prácticas, creencias, actitudes, roles y relación (Foucault, 2005).

Debemos tener en cuenta que la población no tiene muy asimilado el sexo como algo importante para la calidad de vida, no somos conscientes de lo mucho que afecta e incluso parece que no queremos afrontarlo cuando se trata de las personas de la tercera edad.

En relación al interés sexual de nuestros mayores, tenemos una visión irreal, ya que pensamos que existe un límite de edad para el sexo, y ello le hace que baje su atención hacia el mismo, pero esto es contradictorio, porque el deseo no disminuye, tan solo aumentan sus limitaciones, va más enfocado en formas de caricias, miradas, besos... y no únicamente el coito, por lo cual esto debe estar dirigido al placer, pero por desgracia debido nuestra cultura para las personas mayores todo el tema de sexualidad les frustra o se sienten incómodos al hablar de ello (Montoya, 2004).

Se ha demostrado que el sexo tiene beneficios a nivel psíquico, biológicos, sociocultural de autoafirmación y autoestima, además de potenciar la sensibilidad y la ternura. Lo que nos lleva a que es beneficioso para todos independientemente de la edad teniendo en cuenta que no es importante la cantidad sino la calidad, relación, comunicación y armonía (Murgieri, 2011).

Debemos destacar la importancia que poseen las vivencias sexuales para el ser humano ya que la viven desde su particularidad y forma parte del desarrollo integral del mismo.

Es indispensable conocer, vivir y expresar la sexualidad.

#### **Factores que influyen en la sexualidad del mayor**

Hay varios factores que influyen en la necesidad sexual a nivel biopsicosocial que dificultan la satisfacción de la sexualidad. A continuación se hace un breve resumen de estos, en los que hemos tenido en cuenta además de al paciente con un envejecimiento activo, al paciente con patológicas.

##### *Factores fisiológicos*

Los adultos mayores sea cual sea su estado de salud sufren una serie de cambios en el organismo que son propios del envejecimiento y que no debemos olvidar analizar. En el tema que tratamos como es obvio hay que distinguir entre hombres y mujeres.

El varón sufre cambios degenerativos en los tubos seminíferos, disminución de la capacidad de movimientos de los espermatozoides, interrupción de las células germinales, aplanamiento del epitelio, la próstata produce cambios degenerativos y es más dura, el líquido seminal disminuye y es más escaso en sus calidades funcionales, hay menos producción de testosterona, aumenta el tiempo en eyacular y hay pérdida de erección después de la eyaculación, e incluso en el acto sexual. Prevalce la excitación por caricias en las zonas erógenas del cuerpo y gozan de la sexualidad sin alcanzar el orgasmo (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

En la mujer disminuye el vello púbico y axilar, disminución de la fuerza muscular, redistribución de grasa y modificaciones osteoarticulares, el tejido glandular de la mama es sustituido por tejido graso, por lo cual disminuye su elasticidad, se produce disminución de las mamas y se vuelven planas, la vagina tiene menos capacidad para su fluidificación, disminuye elasticidad en los labios mayores y menores, la mucosa se vuelve más débil y fina y el clitoris tiene más problemas para la erección (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

Cuando nos encontramos con alguna afectación de la salud sea cual sea su origen bio-fisiológico, somos más susceptibles a que disminuyan las ganas de atender a la necesidad sexual y más cuando nos referimos a enfermedades crónicas, incapacitantes y/o graves; debido la repercusión estresante que conlleva. También los signos y síntomas de algunas patologías nos pueden afectar de manera muy directa a la sexualidad, pero no debemos olvidar que atrás quedaron los falsos mitos los cuales decían que por ejemplo cuando se tenía una enfermedad cardiovascular había que cesar la actividad sexual, hoy día exceptuando algunas patologías, está demostrado que se puede seguir llevando a cabo la actividad sexual, simplemente adaptando la actividad a la patología referida (Alonso, 2007).

Las terapias para la curación de la enfermedad también afectan a la sexualidad normalmente haciendo que esta sea carente. Dentro de las terapias no debemos olvidarnos de la farmacología, puesto que hay un gran número de mayores que están polimedicados.

Atendiendo a la farmacología debemos conocer que tanto a hombres como mujeres afectan los mismos fármacos en el aumento o la disminución de la libido. Aumentan la libido los andrógenos, las benzodiazepinas; y la disminuyen un amplio número más como los antihistamínicos, los barbitúricos, la cimetidina, el propanolol, los antidepresivos tricíclicos y los estrógenos entre otros (Herrera, 2003).

Atendiendo al caso de la mujer citar que alteran la fase de excitación y orgasmo los anticolinérgicos, los IMAO y antidepresivos y aumentan el tamaño de la mama los estrógenos y los antidepresivos tricíclicos también (Herrera, 2003).

El hombre se caracteriza porque la gran mayoría de los fármacos les producen impotencia, algunos de estos son lo betabloqueantes, calcio antagonistas, ansiolíticos, diuréticos, antipsicóticos, antidepresivos, hipnóticos, antihistamínicos... Disminuyen la eyaculación los anticolinérgicos, IMAO, antidepresivos tricíclicos; y disminuyen la testosterona, la digoxina, el haloperidol, el litio y los IMAO (Herrera, 2003).

#### *Factores psicológicos*

En el proceso de envejecimiento se sufren una serie de pérdidas como son la jubilación, el cambio de la imagen corporal, la ausencia de familiares y/u amigos por muerte o institucionalización dada la edad, la dependencia si existen patologías, etc. Todas estas pérdidas hacen que el mayor tenga riesgo de sufrir alteraciones psicológicas como baja autoestima y depresión que causan efectos negativos en la sexualidad (Leiva, 2007).

Sentirse atractiva y deseable es un factor clave para vivir una sexualidad plena, pero con la aparición de los signos físicos del envejecimiento, y de la pérdida de el rol laboral (sobre todo en hombres), la pérdida de la autoestima se acentúa llegando a producir falta de autoconfianza y por lo consiguiente falta de iniciativa y confianza en el acto sexual (Leiva, 2007).

Los procesos estresantes, las afectaciones cognitivas, las patológicas psicologías, la dependencia producida por enfermedades físicas, las alteraciones del estado de ánimo y el duelo son factores que crean desinterés e inapetencia (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

#### *Factores socioculturales*

Aun en la actualidad es difícil hablar socialmente de sexo dados los prejuicios y mitos que están alrededor de este tema. Es cierto que a medida que avanza el tiempo la sexualidad se va liberando de sus cadenas pero aún sigue atada a un conjunto de creencias sociales, por falta de conocimientos y arraigo de las culturas y religiones, que ven a la sexualidad en sentido meramente reproductivo y mayoritariamente un tema de hombres. Se percibe erróneamente la sexualidad como algo que se pierde con el paso de los años, algo innecesario, algo obsceno de lo que no se debe hablar y de que los mayores no pueden disfrutar. Todas estas ideas socioculturales priva a la persona de vivir su sexualidad plenamente (Leiva, Arguedas, Hidalgo y Navarro, 2013).

Además las personas mayores son consideradas como personas ya no validas por poblaciones más jóvenes. Lo que implica que además de las personas que necesitan ayuda y suplencia de alguna de sus facultades, los ancianos sanos se cambien de domicilio y acudan a vivir con su familiares o incluso a instituciones perdiéndose así la intimidad y no pudiendo llevar a cabo actos sexuales en solitario o en compañía (Murgieri, 2011).

Perder a la pareja es otro factor que altera la sexualidad ya que parece difícil pensar en placer con una pareja diferente a la suya. Hay una tendencia a ver con normalidad que el hombre viudo vuelva a tener relaciones sentimentales con otra mujer, no siendo de igual modo para la mujer viuda. El hombre se entiende socialmente que necesita sexo para tener una mayor calidad de vida por ello entre otras causas se acepta socialmente que vuelva a tener una pareja, sin embargo no se considera esencial para la mujer el sexo con una nueva pareja y se percibe como inmoral (Montes, 2011).

Las tendencias sexuales son otro tema a tratar en este apartado. Aun no es aceptado culturalmente las relaciones entre dos personas del mismo sexo y parece inconcebible que entre los mayores haya tendencias homosexuales e incluso estos por miedo a la sociedad se inhiban (Berríos, 2014).

### **Mitos y prejuicios**

En el tema de la sexualidad, independientemente del grupo de edad al nos refiramos siempre vamos a encontrar con mitos y prejuicios que los acompañan. En esta ocasión nos centraremos en los que están orientados a personas de la tercera edad.

La disminución de encuentros sexuales de ambos géneros: Debido a la incompreensión familiar, numerosas personas de edad avanzada por vergüenza y culpa, se privan de relaciones sexuales y de pareja, sumiéndose en cuadros de depresión crónica y de soledad traducidos en graves deterioros de su calidad de vida (Murgieri, 2011).

El sentimiento de culpa o vergüenza: nuestros mayores dada su cultura suelen pensar que este hecho ya no se corresponde con su edad y se sienten culpables. Sienten que es inmoral, innatural, aberrante y sucio (Montoya, 2004).

Disminución del apetito sexual: Es una creencia popular la de que en los adultos mayores ha desaparecido la actividad sexual inclusive que no debería desealarla. . Lo único que se ha probado es que la duración de la fase orgásmica en la mujer de 50 a 70 años sufre una disminución paulatina que no tiene mayor importancia (Montes, 2011).

La homosexualidad en la edad adulta: debemos tener en cuenta este sector dentro de la tercera edad, y no olvidarnos de que existen y existirán gays y lesbianas y que como tales viven la sexualidad de manera diferente por su miedo al rechazo (Berríos, 2014).

La sexualidad como tema tabú: hoy en día cada vez se está investigando y fomentado a la sociedad el estudio del sexo, y gracias a las nuevas tecnologías se están difundiendo y ayudando a aprender sobre el tema (Montoya, 2004).

El erotismo y sexualidad solo para hombres: se tiene una idea equivocada de que solo son los hombres los que viven plenamente la sexualidad en la tercera edad, aunque esto va cambiando poco a poco y se sabe que hoy en día las mujeres también viven su sexualidad totalmente, aunque a veces se tachen como ninfómanas (Montes, 2011).

Los mayores como “viejos verdes”: contrarrestando el mito anteriormente citado debemos defender que los hombres mayores no son perversos y depravados (Montes, 2011).

La importancia del sexo en la vejez: tenemos la idea de que no es importante el sexo en la vejez, pero como hemos hablado a lo largo de todo el trabajo es muy importante para la calidad de vida de las personas mayores, ayudando tanto física como psicológicamente (Cerguera, Galvis y Cala, 2012).

La masturbación como conducta desviada: se piensa que aquellos ancianos que se masturban tiene una conducta no acorde con su edad, pero una vez más nos remitimos a que es sexo y ello favorece en su calidad de vida (Montes 2011).

Las personas mayores no son atractivas: ya que actualmente en los medios de comunicación nos tienen acostumbrados a unos cánones de belleza relacionados con la juventud, pensamos que cuando llegamos a la senectud dejamos de ser atractivos, pero esto no debe de ser así, dado que se transmite otra serie de valores como serenidad, inteligencia, sabiduría, activo, alegría... (Montes, 2011).

Las personas enfermas no deben tener sexo: puesto que tenemos la idea de que las personas de la tercera edad están enfermas todas ellas, aunque no se cumpla, también tenemos la idea de que no deben tener sexo, pero esto quiere decir que no pueden no que no deben (Montes, 2011).

### **Como viven nuestros mayores la sexualidad**

La sexualidad se manifiesta a través del complejo ínter juego entre las necesidades de intimidad, afecto, vinculación, autoerotismo, autoimagen, y el contexto del individuo en relación al género, comunidad y etnicidad.

La combinación de la capacidad para disfrutar una relación sexual satisfactoria y la capacidad de expresar los deseos sexuales propios no disminuyen con la edad (Eto y Ontaneda, 2010).

Por todo ello y con testimonios reales de nuestros mayores podemos decir que:

Están influenciados por la época en la historia en la que han vivido, llenas de prohibiciones y restricciones, y esto se ve reflejado en el tema del sexo, sin querer decir que no se practique, solo que no hablan con libertad de ello.

Desde su punto de vista el sexo es algo vital, en una escala de valores, sobre todo los hombres, lo pondrían en primer lugar, la mujer quizás en un valor superior. Aunque siguen pensando que el 80% de él es muy importante para que una pareja está estabilizada.

Las mujeres no se sienten identificadas con el concepto de “viuda alegre” por el contrario, se sienten identificadas incluso con programas o series televisivas en los que el sexo es el tema principal.

Ponen en discusión que en la edad en la que estaban educando a sus progenitores, no tenían demasiado tiempo para el sexo o tenían un día determinado que casi se hacía por costumbre y sin ganas, y que al llegar a la tercera edad pueden disfrutar del todos los días y en cualquier momento, aunque si afirman que de manera diferente, a veces concienciándose psicológicamente de que van a realizar un acto sexual.

Muchas mujeres afirman que han sabido que eran multiorgásmicas en la tercera edad, después de quedar viudas o divorciarse. Y aseguran hablar con sus amigas de ello.

Otra de los temas relacionados con cómo viven el sexo los ancianos, es que muchos de ellos no lo practican por miedo a que les pase algo, ya que como hemos tratado durante todo el trabajo, los cambios físico-psicológicos son evidentes.

La mayoría de ellos afirman que siguen masturbándose por el hecho de estar solos y tener que cubrir esta necesidad. Y que en alguna ocasión han tenido que recurrir a algún medicamento para que su actividad sexual fuera plena o incluso a juguetes sexuales, cremas prolongadoras del placer o lubricantes.

Dados todos estos factores queremos concienciar a todas las personas que piensan que sus abuelos o sus padres no tienen una vida sexual activa, y que empiecen a tomar conciencia de que algún día serán ellos los que estén en su

### **Sexualidad y profesionales**

La sexualidad dentro de las profesiones sanitarias es textualmente considerada una necesidad básica como contemplan los modelos de Virginia Henderson o Gordon, entre otros. Pero siendo así ¿Por qué es la necesidad más olvidada?

En primer lugar, hay que tener en cuenta que en toda valoración sea cual sea la necesidad que estemos valorando debe realizarse una comunicación en la que el emisor y receptor realicen una *feedback*. Ese *feedback*, cuando hablamos de un tema enclaustrado en el medio de numerosos prejuicios y mitos, como es la sexualidad, se puede ver afectado por las creencias, experiencias y /o la formación de alguno de los sujetos, que hace que la valoración no se realice y por lo consiguiente no se ejecuten cuidados integrales y personificados.

En segundo lugar, que sean gerontes dificulta aún más la evaluación, ya que no tenemos la formación adecuada para tratar esta necesidad básica y menos aun cuando se trata de mayores gays, lesbianas, transexuales o diferentes culturas (Berrios). No tener conocimientos, habilidades, aptitud y actitud, unida a nuestros propios prejuicios, hacen que los sanitarios no tengamos en cuenta a la sexualidad si la persona no requiere nuestra atención. Por todo ello los sanitarios deberíamos ser formados también en sexualidad pues estamos muy carentes en ese tipo de formación y solo se da en los master.

Enfermería se encarga del arte de cuidar de manera docente, asistencias, gestora e investigadora y debe dar cuidados individualizados, holístico y de calidad, por ello debemos encargarnos de cuidar la sexualidad de nuestros pacientes ya que es un tema importante que debemos abordar desde la naturalidad y la empatía.

Como docentes debemos dar educación sanitaria a la población. En este caso deberíamos actuar sobre la comunidad antes de que llegue al proceso de envejecimiento e informales de los cambios que se van a producir en sus cuerpos, y eliminar los falsos estereotipos que afectan a que esta necesidad este prácticamente invisible.

A nivel asistencial debemos de analizar las necesidades de la persona siguiendo el proceso de atención de enfermería.

La valoración es el primer paso a seguir donde debemos recoger toda la información referente al patrón sexual anterior y actual (frecuencia, duración, calidad...). Tenemos que conocer las enfermedades que posee, la medicación que toma, los conocimientos y creencias , es decir una valoración que recoja la mayor cantidad de información posible para indicarnos los posibles problemas que puedan surgir o que ya están presentes.

Una vez realizada nuestra valoración pasaremos a la fase de diagnóstico y elaboración del plan de cuidados para corregir los problemas que sean de nuestras competencias.

Hay problemas que no los podemos realizar enfermería por si sola, estos problemas son los problemas interdisciplinares. Aquí enfermería colaborara con el profesional adecuad. Sexólogo, medico, psicólogo; para la resolución del problema.

En la bibliografía se detectan que los mayores problemas en la elaboración de una sexología plena son los factores psicosocioculturales ya mencionados anteriormente. Dentro del anciano activo el problema más frecuente en hombres es la disfunción eréctil y en la mujer la dispareunia. El tratamiento médico ante ambos es etiológico por lo que puede ser tratamiento psicológico, farmacológico, e incluso quirúrgico pero el mejor tratamiento para el sexo en el envejecimiento es continuar realizándolo (Herrera, 2003).

### **Conclusiones**

Después de esta larga revisión bibliográfica hemos llegado a la conclusión de que la mayoría de la población, independientemente de su edad, piensan que cuando los profesionales hablamos de sexualidad nos referimos únicamente al acto del coito, y con este trabajo hemos visto que sobre todo en la gente mayor implica caricias, abrazos, besos... También la mayor parte de la gente joven tiene la idea de que sus padres o abuelos no tienen relaciones sexuales, y por el presente sabemos que esto no es una realidad.

Hemos comprobado que el sexo ayuda de manera holística a la felicidad y la calidad de vida de los pacientes gerontes. La sexualidad es una necesidad básica que debemos atender de manera integral y siempre teniendo en cuenta de que forma parte de los patrones funcionales de enfermería, haciendo hincapié en cada paciente de manera explícita e individualizada, sin restricciones a la hora de trabajar esta necesidad básica.

Debemos tener en cuenta, cuando hablamos de sexualidad, todos los factores que los rodean, tanto los físicos (cambios fisiológicos, patologías y terapias), psicológicos (baja autoestima, depresión y otras patologías psiquiátricas, y procesos estresantes) y socioculturales (prejuicios y mitos, pérdida de cónyuge).

Los mitos y prejuicios que hemos revisado, han sido estudiados en nuestra sociedad actual y es sorprendente observar cómo estamos equivocados en una gran cantidad de parámetros, el mito más sorprendente para nosotras ha sido el de “el viejo verde” ya que siempre lo ligamos a personas con mayor deseo sexual y prevalencia en el mismo.

Nuestros mayores, aunque pensemos que están anclados en su pasado, nos damos cuenta con sus testimonios de que cada día están progresando en estos temas y son capaces de hablar abiertamente del sexo.

Por último y como profesionales sanitarios, queremos hacer hincapié en que el sexo es un tema actual y que debemos abordarlo con total normalidad y tenerlo muy presente en nuestras valoraciones, ya que como hemos dicho a lo largo de todo el trabajo es importante para la calidad de vida, y esta es una de los primeras metas que nos proponemos los expertos.

## Referencias

- Alonso, A. (2007). Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrológica*, 5(1), 22-28.
- Berrios, R. (2014). La homosexualidad desde la ancianidad: Una historia de vida. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 15(1). <http://reps.asppr.net/ojs/index.php/reps/article/wiew132>.
- Ceguera, A.M., Galvis, M.J. y Cala, M.C. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 73-81.
- Eto, G. y Ontaneda, M.C. (2010). Viejas. *Revista Debate Feminista*, 42(32), 2-11.
- Foucault, M. (2005). *Historia sexualidad: El uso de los placeres*. México: Siglo XXI editores S.L.
- Herrera, A. (2003). Sexualidad en la vejez ¿mito o realidad? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 150-162.
- Leiva, J.M. (2007). La expresión de sexual de los ancianos: una sobredosis de falsos mitos. *Index de Enfermería*, 47(2), 124-227.
- Leiva, V., Arguedas, C., Hidalgo, M. y Navarro, Y. (2013). Conocimiento de las personas adultas sobre climaterio, andropausa y la sexualidad. *Revista Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica*, 140(11), 163-173.
- Montes, V. (2011). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez. Mecanismos de afrontamiento y superación. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 73-107.
- Montoya, R. (2004). La sexualidad anciana, del mito a la comprensión. *Index de Enfermería*, 13(46), 70-71.
- Mugieri, M. (2011). Erótica, sexualidad y vejez en una institución geriátrica. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 151-161.
- Wong, L.A., Álvarez, Y., Domínguez, M.C. y González, A. (2010). La sexualidad en la tercera edad: Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médica Electrónica*, 32 (3) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242010000300011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242010000300011&script=sci_arttext).



## CAPÍTULO 9

### Sexualidad en la vejez y su visión de género

Jéssica García González<sup>1</sup>, María Isabel Ventura Miranda<sup>2</sup>, Sandra Sue Torres Giner<sup>1</sup>, Natalia Sáez Donaire<sup>1</sup>, Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández<sup>3</sup> y David Navarro Sánchez<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Residencia para Personas Mayores Domingo Sastre, Murcia (España); <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia (España); <sup>3</sup>Atención Primaria Lorca (España); <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia (España);

A lo largo de la vida de todo ser humano la sexualidad está presente y constituye un elemento esencial y fundamental. Para la formación integral de la persona es fundamental su progreso armónico. La relación humana es su propósito principal y atiende de manera integral todas sus dimensiones; afectivas, comunicativas, de placer y reproductivas. Su formación incluye toda una dimensión biopsicosocial, sin olvidar el papel fundamental que desempeña dentro de ésta la ética (Men, 1993).

La sexualidad es aceptada como una parte inherente al ser humano, que involucra a las personas y nos lleva a contactar con nuestros sentimientos y nuestras emociones. Es una dimensión fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas (Pérez, 2005).

Se acepta, que la sexualidad está íntimamente ligada con la moral y las creencias de la cultura, con su sistema legal y con sus prácticas de educación, al igual que con las actitudes que la gente tiene hacia sí mismo y hacia los demás. Es evidente, o al menos así parecen confirmarlo los datos recientes de numerosas investigaciones sociológicas, que nuestra sociedad española ha experimentado extensos y profundos cambios en estos valores, actitudes y normas (Moraleda, 1994).

Como humanos, somos receptores de la gran cantidad de creencias y mitos, que son transmitidos de generación en generación y que forman parte de nuestro propio desarrollo persona (Ramírez, 2002). El tema es importante, ya que el sexo y la sexualidad forman parte esencial del ciclo vital del ser humano, siendo una necesidad humana básica y es sin duda, de gran relevancia a nivel social.

Para autores como la doctora Cecilia Cardinal de Martín (2006) la “expresión de la sexualidad”, es una manera de relación de la persona consigo mismo y con las demás personas y, si bien tiene bases biológicas comunes, es única, cambiante y relativa, como única, cambiante y relativa es la existencia humana, hace parte de sus sentimientos, afectividad y de su comportamiento cotidiano. Esto es, el modo de estar en el mundo como persona sexuada, que sin duda resulta de la historia individual de la propia sexuación iniciada por el ser humano desde que nace en un contexto dado (ambiente social, cultura, etc.).

La sexualidad en la vejez es un tema poco estudiado, y ausente en otros campos incluso de especialización de la sexualidad humana.

Los ancianos tienden a ver la vejez como un periodo de involución y deterioro, creen que su sexualidad y actividad erótica está mermada. Dicha actividad no sólo se mantiene a lo largo de la vida sino que va sufriendo transformaciones, únicamente desaparece con la muerte. Partimos de la base de que toda expresión de la sexualidad engloba a toda la persona, su expresividad, sus conductas sexuales (besos, caricias, abrazos, ternura, comunicación, etc.) y no únicamente se reduce a la actividad coital, a la genitalidad o lo reproductivo (Sáez, 2010).

A nivel anatomofisiológico, con la edad se producen diversos cambios en los órganos genitales internos y externos, no por ello no son aptos para disfrutar y tener placer. Si se produce una interrupción de la fertilidad aunque no conlleve un cese del deseo, sexualidad o la erótica (López, 1996).

Según Lucas y Cabello (2007), los principales cambios que se producen en hombres y en mujeres con la edad son:

En la mujer:

- La lubricación vaginal se reduce.
- El deseo sexual persiste aunque las contracciones y reacciones producidas por el orgasmo son más lentas y de menor intensidad.
- El aumento vasocongestivo de las mamas puede disminuir.

En el hombre:

- La firmeza de la erección disminuye y tarda más en producirse.
- Se reduce la intensidad de la eyaculación.
- El orgasmo es más corto.

A pesar de los cambios producidos en este periodo, la persona está capacitada para disfrutar de una sexualidad plena, integral y satisfactoria. La mayor parte de las veces los ancianos son los que se sienten “incapacitados” por condicionantes psicosociales o físicos (enfermedades crónicas, fármacos, etc.) (Sáez, 2010).

Se debe entender que nuestro ciclo vital está compuesto de varias fases, entre ellas se encuentra la vejez. Cada una de las fases tienen sus propias características, estas serán cambiantes, con sus ventajas y sus desventajas, que se irán mostrando de manera encadenada y paulatina, en función de diversos factores intrínsecos o extrínsecos, individuales y colectivos y actitudes o experiencias que han envuelto nuestra vida. La erótica en la vejez se puede ver enriquecida por diversas cuestiones: tras la jubilación se dispone de más tiempo libre para disfrutar de nuestros hobbies y de nosotros mismos, no hay riesgo de embarazo, sin obligaciones del cuidado y crianza de los hijos, etc., todas estas ventajas pueden favorecer las relaciones eróticas durante la vejez. Una frase muy acertada afirma que: “*se envejece tal y como se vive*” (Marín, 1999).

Podemos definir el género como las diferencias que la sociedad impone entre hombres y mujeres, son estereotipos o roles sociales atribuidos en función del sexo y pueden ser diferentes en las distintas culturas o comunidades. Además pueden variar según la etnia, raza, religión, edad e incluso pueden cambiar con el paso del tiempo.

Según la OMS, el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

En conclusión, el sexo está delimitado por las diferencias a nivel físico que encontramos entre hombres y mujeres, mientras que el género son las diferencias psicológicas, sociales y culturales, por ejemplo, las niñas tienen que jugar con muñecas y los niños con coches, las mujeres no pueden ser mecánicas o camioneras, ya que eso son trabajos puramente masculinos. Y los hombres no pueden ser secretarios o enfermeros por la misma razón.

## **Objetivos**

Identificar las actitudes de los trabajadores de residencias de personas mayores y estudiantes de enfermería acerca del género.

Determinar cómo explican el género hacia la vejez los trabajadores de residencias de personas mayores y estudiantes de enfermería.

## **Método**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal mediante cuestionario Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (White, 1982). La muestra está compuesta de profesionales que trabajen con Personas Mayores y estudiantes de Enfermería.

El estudio se ha realizado a todo el personal que trabaja con personas mayores. Los cuestionarios han sido pasados a varios profesionales así como a estudiantes de enfermería de manera aleatoria. Al entregar el cuestionario se les explicaba a los participantes de manera breve los objetivos de la investigación y la confidencialidad del mismo.

Han participado 62 profesionales: Médicos, Enfermeros/as, Auxiliares de Enfermería, Ordenanzas, Cocineros, Educadora Social, Ayudante de Servicios y Subalternos, Pinches, de diferentes centros, los centros que han participado han sido: la Residencia Para Personas Mayores “Domingo Sastre” de Lorca (Murcia), el Hospital Rafael Méndez de Lorca (Murcia), la Residencia Para Personas Mayores El Zapillo (Almería), la Residencia para Personas Mayores Cortijo Grande (Almería) y 55 estudiantes de Enfermería de ellos 46 pertenecientes a la Universidad Católica de San Antonio de Murcia (UCAM.) y 9 a la Universidad de Almería (UAL) (N=117).

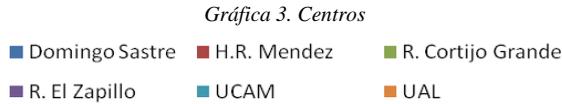
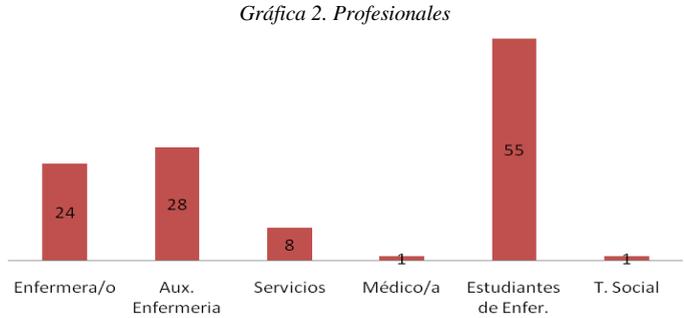
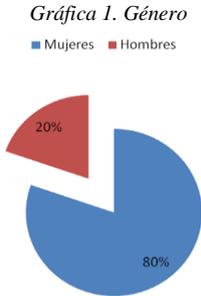
Para la recogida de datos se accedió a los diferentes centros sanitarios donde residen o están ingresadas las personas mayores y mediante un consentimiento verbal, los profesionales han participado de forma voluntaria.

Hemos utilizado *La escala de actitudes sobre sexualidad en la vejez*, creada por White en 1982 y ampliada por López en 1998, y traducida por María Fávero en 2006. Esta escala consiste en 37 afirmaciones donde el encuestado se posiciona en una escala Likert de siete puntos. Para cada afirmación el encuestado debe de responder según su actitud, siendo: 1 “Muy de desacuerdo”; 2 “Bastante en desacuerdo”; 3 “En desacuerdo”; 4 “Sin definir”; 5 “De acuerdo”; 6 “Bastante de acuerdo” y 7 “Muy de acuerdo”. Relativamente a la estimación puede ir de 259 indicando la

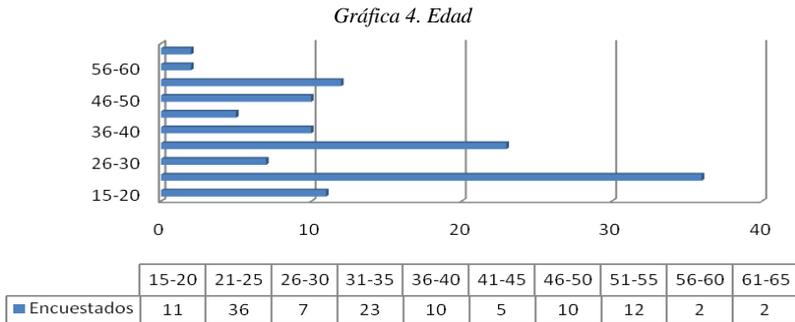
actitud más negativa a 37 indicando la actitud más positiva. En relación a cada pregunta planteada individualmente la actitud más negativa es 7 y la más positiva es 1.

**Resultados**

La mayor participación ha sido de mujeres, esto se debe a que la mayoría de profesionales de enfermería son mujeres. (Gráfica 1).



El mayor rango de edad que ha participado ha sido el comprendido entre los 21-25 años de edad, y el menor rango de edad es el comprendido entre los 56-60 y los 61-65 años. El menor tenía 19 años y el mayor 64 años. (Gráfica 4).



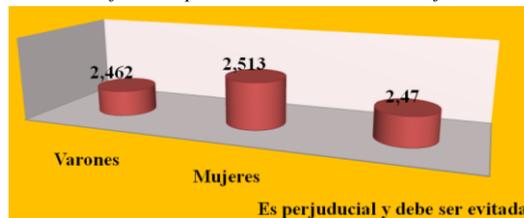
Al analizar si los hombres y mujeres de una residencia deberían estar separados en diferentes pisos o en diferentes alas del edificio, se obtuvo un resultado de 1,342. Esta pregunta hace referencia a cómo se deben de

relacionar las personas dependiendo de su sexo. Con la puntuación obtenida nos indican que hay una actitud bastante positiva de los trabajadores y estudiantes de enfermería hacia el no separar por sexos a los residentes.

La forma de relacionarse dependiendo de si eres hombre o mujer es la pregunta 20 “Las residencias de mayores deberían de ofrecer oportunidades para la interacción social de hombres y mujeres”, el resultado fue de un 2,598, resultado negativo.

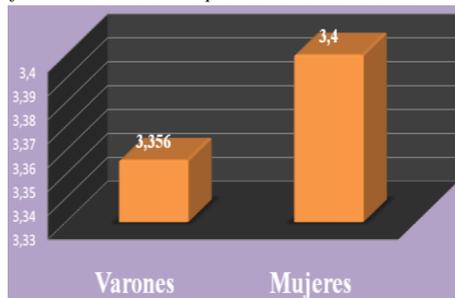
En relación con la masturbación los encuestados tienen una mejor actitud hacia la masturbación de los hombres (2,462), que hacia las de las mujeres (2,513). Y referente a ello, opinan que la masturbación es perjudicial y debe de ser evitada en las personas mayores, con un 2,47 (Gráfica 5).

Gráfica 5. Opinión masturbación en la vejez.



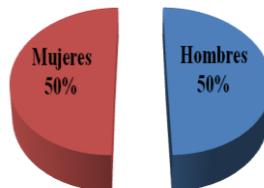
En cuanto a la actitud hacia que los varones mayores o mujeres mayores inviten a una amiga externa a compartir habitación y tener relaciones sexuales, se observan resultados muy similares en hombres y mujeres, aunque en general existe una actitud bastante negativa por parte de los encuestados hacia las relaciones sexuales tanto en hombres como en mujeres mayores.

Gráfica 6. Relaciones con personas externas a la residencia



Respecto a la salida de los residentes hombres y mujeres para visitar a un amigo/a y tener relaciones sexuales se obtuvieron resultado muy similar en ambos grupos aunque con una ligera actitud más negativa en cuanto a las mujeres (2,521) que a los hombres (2,504).

Gráfica 7. Relaciones sexuales externas a la residencia.



## Conclusiones

Habida cuenta de la sociedad en la que nos encontramos, con una historia y una moral Judea Cristiana aún muy arraigados en pensamientos y actitudes de todos los ciudadanos, la actitud de profesionales sanitarios y estudiantes de enfermería hacia el género en las personas mayores es aún hoy día muy parecida a la que tenían nuestros tatarabuelos,

queda un gran camino por recorrer en cambio de actitudes y hay esta la labor de los profesionales como sexólogos en dar educación e información.

Puede estar influyendo en y ser la raíz de este problema la base pobre de conocimientos y la existencia de mitos muy arraigados desde la infancia, debido a que la única fuente de información que han tenido y tienen son los medios sociales (amigos, medios de comunicación...).

Es necesario desmitificar las falsas creencias sobre la sexualidad humana y tratar de conseguir entre las personas una sexualidad plena, integral y satisfactoria.

La sexualidad forma parte de la salud y la salud es un derecho humano. Por ello, todas las personas tienen derecho a la salud y al ejercicio de la sexualidad, en este hecho los profesionales de la salud tienen mucho que aportar.

La solución a este problema sería una prevención, promoción y una educación sexual reglada desde la vida escolar del niño hasta la vejez, en las diferentes instituciones (colegios, IES, centros informativos, asociaciones, residencias, centros de día, hogar del pensionista...).

Las representaciones sociales transforman aquello que no es familiar en familiar, a través del anclaje y la objetivación, que consiste en hacer que lo invisible se torne perceptible. Emergen como producto de valores, ideas y conocimiento que los individuos intentan dar sentido en su ambiente físico y social. Al mismo tiempo, las representaciones sociales son sistemas que producen prácticas.

## Referencias

- Alonso, J.M., Martínez, B., Díaz, M.D. y Calvo, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Rev Mult Gerontol*, 14(3), 150-157.
- Cardinal de Martín, C. (2006). La Educación Sexual como el Proyecto de una visión vital, dialógica y reivindicativa del sentido humano del placer. *Revista anthropos: Huellas del Conocimiento*, 210,197-223.
- Delisle, A. (1997). *Calidad de vida del adulto mayor en el Hogar de Ancianos*. Santiago de Cuba: ISCM –SC.
- Devesa, E., Rodríguez, M.M., Hernández, G., y Dedeu, A. (1993). El envejecimiento como problema. *Rev Cubana Salud Pública*, 19(2), 93-9.
- Fernando, L. (1996). *Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructor biográfico*. Santiago de Chile: Bioética.
- García, J.L. (2005). *La sexualidad y la afectividad en la vejez*. Madrid: Portal Mayores, 41.
- Gastrón, L. (2003). *Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez. A Gender regard in social representations about aging*. Universidad Nacional de Luján, 177.
- Kottow, M.H. (1995). *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lara M.C. y De la Fuente, J.R. (1990). Sobre el consentimiento informado. En: OPS-OMS. *Bol Of Sanit Panam*, 108(5 y 6), 493-44.
- López, F. (1996). *Reajuste sexual y de género en la vejez*. En J. Fernández, (Coord.): Varones y Mujeres. Pirámide. Madrid. pp. 285-304.
- López, L. (1987). *Estudios éticos*. Selección de Lectura I. Facultad de Filosofía e Historia Universidad de La Habana, 13-36.
- Lucas, M., y Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Marín, J.M. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Marín, L.P.P. *Ética*. En: Anzola, E. et al. (1994). *La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa*. OPS - OMS. Washington: DC, 389-95. (Publicación científica nr 546).
- MEN. (1996). *Proyecto de educación sexual nacional*. Universidad de Envisgado.
- Moraleda, M. (1994). Estudio comparativo de las actitudes y conducta sexual de los adolescentes y jóvenes españoles 1977-1992. *Revista complutense de educación*. 5 (2): 199-207.
- Orozco, I. y Rodríguez, D.D. (2006). Prejuicios y Actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencias Social*, 8(1), 3-10.
- Pérez, M. (2005). Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales. *Med-ULA*, 1(3): 101-109.
- Pino, I.A. (1996). *Evaluación integral de la población anciana del Consejo Popular "Los Maceo"*. Santiago de Cuba: ISCM-SC.
- Piwonka de A.M.A., Bustos, D.I., Gaete, Q.E. y Urrutia B.M. (1990). Saber bien para hacer bien. En: OPS-OMS. *Bol Of Sanit Panam* 108, (5 y 6), 426-30.
- Prieto, S. (2006). *La sexualidad de las personas mayores*. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 57.
- Purón, I. (1997). *La conducta moral de salud del senescente*. Santiago de Cuba: ISCM.
- Ramírez, C. (2002) Gestalt, sexualidad y erotismo. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 8(1), 11-17.

Sáez, S. (2010). *Sexo Básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez*. Universidad Camilo José Cela: Madrid.

Samón, E. (1997). *Accidentes en el Hogar, su repercusión en la calidad de vida de los ancianos*. Consejo Popular “Los Maceo “. Santiago de Cuba: ISCM-SC.

Schramm, F.R. (1997). Nuevas tendencias en Bioética. En: OPS-OMS: *Cuadernos del programa regional de Bioética* OPS- OMS, 13-23.

Strassen, K (2001). *Psicología del desarrollo: Adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana

Yanguas, J. (1995). Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 30,177-188.

## CAPÍTULO 10

### Abordaje multidisciplinar en la mujer postmenopáusica con Fibromialgia

Miguel Vázquez de Agredos Núñez de Arenas<sup>1,2</sup>, Laura Sans  
Guerrero<sup>2</sup> y Elvira Gázquez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diplomado Universitario en Enfermería; <sup>2</sup>Diplomado en Fisioterapia

#### Justificación y método

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad que cursa con dolor generalizado en partes blandas del aparato locomotor, especialmente en músculos, de carácter crónico, sin componente inflamatorio y no procedente de otras patologías, de etiología desconocida, afecta principalmente a mujeres de mediana edad (Ayán, 2013), es por eso que enfocamos nuestro trabajo en particular a la mujer con FM tras la menopausia, para conocer tanto los detalles de esta patología, como la forma de trabajar con las afectadas.

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica reciente que aborda la Fibromialgia, centrando nuestra búsqueda en libros y revistas, tanto en ediciones físicas, como digitales.

Para la selección de libros, se ha realizado una búsqueda sistemática en los Fondos Bibliográficos de la Universidad de Castilla-La Mancha, en sus diferentes Campus y también a través de la Biblioteca Virtual de la UCLM, además de en la Biblioteca de Hospital General Universitario de Ciudad Real, con el objetivo de encontrar bibliografía en castellano sobre Fibromialgia, tratando esta de forma específica o a través de manuales de Reumatología.

A nivel de revistas, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos online PubMed, Cochrane, Cuiden, Elsevier Instituciones y la bV@UCLM, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y con una antigüedad inferior a 10 años, tanto en inglés como es castellano, utilizando como palabras clave: Fibromialgia, Síndrome Fibromiálgico, Fibromyalgia y Fibromyalgic Syndrome.

#### Epidemiología

La Fibromialgia es una enfermedad que puede afectar a ambos sexos, además se ha descrito en cualquier rango de edad, incluyendo los niños. El debut de la enfermedad puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de una persona, si bien, de manera más frecuente esta situación suele darse entre los 45 y 55 años (Penacho, 2006). En referencia a los pacientes que la padecen, existe un predominio claro de la Fibromialgia en mujeres comprendidas entre 30 y 55 años (Sociedad Española de Reumatología, 2008), por ello nos resulta interesante la atención a la mujer Fibromialgia con menopausia, ya que ésta suele producirse a partir de los 45 años (Hall, 2011).

La prevalencia de la Fibromialgia, según los últimos datos del año 2013, es del 2,7% de la población mundial (siendo por sexos: 4,1% en mujeres y el 1,4% en hombres), y del 2,5% dentro de la población europea. Por países los datos varían entre el 0,4% de Grecia y el 9,3% de Túnez (Queiroz, 2013). Centrándonos en el caso de España, hay cerca de 700.000 personas mayores de 20 años que cumplen los criterios de Fibromialgia, lo que corresponde a una prevalencia del 2,37% dentro de la población adulta del país, siendo ésta del 4,2% en mujeres y del 0,2% en hombres (Mas, Carmona, Valverde y Rivas, 2008).

Según el estudio EPIFFAC, llevado a cabo por la Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia (2013) a nivel nacional, el 96,6% de los pacientes atendidos en España por Fibromialgia son mujeres, con una media de edad de 51,8 años, lo que hace muy relevante el número de pacientes menopáusicas y postmenopáusicas con Fibromialgia.

#### Mecanismos Fisiopatológicos

Actualmente, no se conocen con exactitud las bases fisiopatológicas de la Fibromialgia, no obstante, se han identificado diferentes factores que se asocian al riesgo de padecerla y/o que se encuentran en estos pacientes, y estos son algunos:

- Alteraciones musculares: como la disminución de la cantidad de colágeno en las fibras musculares de los pacientes con FM (Gronemann *et al.*, 2004), al igual que la presencia de pequeñas zonas necróticas en

- dichas fibras, que podrían ser consecuencia del espasmo muscular mantenido (Yunus, Kalyan-Raman, Masi y Aldag, 1989).
- Agregación familiar y genética: siendo el riesgo de padecer Fibromialgia 8 veces superior entre familiares de primer grado (Ayán, 2013), habiéndose identificado además unos 20 genes implicados en la mayor probabilidad de desarrollar FM (Sociedad Española de Reumatología, 2008).
  - Asociación a trastornos psiquiátricos: aumentando el riesgo de padecer Trastorno Depresivo Mayor, siendo 3 veces mayor, al igual que el de Trastornos de Ansiedad, Obsesivo-compulsivo y Estrés post-traumático que sería 5 veces superior (Raphael, Janal, Nayak, Schwartz y Gallagher, 2006).
  - Actividad inflamatoria: a pesar de que tradicionalmente no se reconocía componente inflamatorio en la enfermedad, recientemente en biopsias en la piel de zonas dolorosas en mujeres con FM, se han detectado niveles de mediadores de la inflamación, como las Interleucinas IL-1b (38%) e IL-6(27%) o el Factor de Necrosis Tumoral Alfa(28%) en comparación con los controles (0%) (García, Cuscó y Poca, 2006).

### **Clínica**

La sintomatología de la Fibromialgia la podemos simplificar basándonos en los síntomas fundamentales que se describen en el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia (Rivera *et al.*, 2006), a los que se añaden una gran diversidad de padecimientos, que difieren mucho entre los diferentes pacientes. Los síntomas fundamentales, que configurarían el cuadro más típico de la enfermedad, son los siguientes:

- Dolor, de tipo funcional, continuo y difuso, produciéndose principalmente en músculos y articulaciones. El 100% de los pacientes con Fibromialgia lo padecen.
- Rigidez matutina o post-reposo, que sufren entre el 76 y 84% de los casos.
- Alteraciones del sueño (en el 56-72% de los afectados), caracterizadas por la dificultad en la conciliación y el mantenimiento de éste.
- Fatiga, sobre todo al despertar, pudiéndose producir además crisis de agotamiento de 1-2 días de duración, que mejoran levemente con el reposo. En el caso de la fatiga, las cifras oscilan entre el 57 y 92% de los enfermos con éste síntoma.
- Parestesias, que describen como adormecimiento u hormigueo y que podrían presentarse desde el inicio de la enfermedad.

En referencia a las mujeres postmenopáusicas, la clínica que presentan es similar al resto de pacientes, si bien, en la franja de edad de mujeres de más de 65años, parece existir un incremento de casos de ansiedad y depresión respecto a las mujeres con Fibromialgia más jóvenes (Peñacoba *et al.*, 2013).

### **Diagnóstico**

En este procedimiento, se comienza por hacer una anamnesis profunda, dirigiendo las preguntas hacia la sintomatología, averiguando las características del dolor, los momentos en los que aparece, si algo lo agrava, etc. También obtendremos información sobre la fatiga y las alteraciones del sueño, recabando todo dato clínico que pueda resultarnos relevante sobre la sintomatología de la persona. A continuación encaminaremos las preguntas al campo emocional, social, familiar y laboral de la persona, para conocer las repercusiones que la enfermedad está teniendo sobre ella y su entorno, para actuar sobre ellas si fuera posible (Gobierno de Aragón, 2006).

Tras esto se lleva a cabo una exploración física, en la que se valora la postura del paciente, la movilidad articular activa y pasiva, y la apariencia de los segmentos corporales del sujeto, descartando signos inflamatorios, que no deberían aparecer en este tipo de pacientes, salvo que sean secundarios a otro cuadro clínico concomitante.

El último paso, una vez realizado el diagnóstico diferencial excluyendo otras patologías, es someter al paciente a los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (Wolfe *et al.*, 1990), en los que se deben cumplir los siguientes requisitos:

Sufrir dolor de forma generalizada, de un mínimo de 3 meses de duración. Este dolor debería afectar al menos a 3 de los 4 cuadrantes resultantes de dividir el cuerpo en lado derecho e izquierdo, y superior e inferior, tomando como referencia una línea que atravesaría la cintura. Además el dolor, debería afectar a alguna región del esqueleto axial (columna vertebral cervical, dorsal, lumbar o a la pared torácica anterior). También se consideraría cumplido el criterio si sólo existiera dolor en 2 de los 4 cuadrantes, pero estos fueran oblicuos.

Sensación dolorosa al realizar presión en un mínimo de 11 de los 18 puntos diagnósticos o Tender Points. Son 9 pares de puntos y se describen a continuación:

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).

- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: distal a 2 cm y lateralmente al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante supero-externo de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

Cumplidos estos criterios, el paciente sería finalmente diagnosticado de Fibromialgia, aunque en la actualidad se están comenzando a aplicar unos nuevos criterios diagnósticos preliminares (Wolfe *et al.*, 2010), que evalúan no sólo el dolor, sino también la fatiga, las alteraciones del sueño, los síntomas cognitivos y los síntomas somáticos, realizándose un diagnóstico mucho más completo, incluyendo a muchos pacientes que quedaban excluidos del diagnóstico con los anteriores requisitos.

### Tratamiento

La Fibromialgia es una enfermedad sobre la que actualmente se está investigando abundantemente, aun así, en la actualidad no se dispone de tratamientos que la puedan resolver, por lo que éstos van dirigidos a tratar la sintomatología de la enfermedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afectados.

El abordaje en este tipo de pacientes se realiza por parte de un equipo multidisciplinar (médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) que plantea un tratamiento personalizado en cada caso, en el cual se asocian diferentes herramientas que se complementan para conseguir los mejores resultados y entre ellas se distinguen los siguientes enfoques terapéuticos llevados a cabo por cada profesional.

#### *Tratamiento farmacológico*

Tras la evaluación del cuadro clínico del paciente, este tratamiento es pautado por el médico, el cual va dirigido a tratar los síntomas derivados de la Fibromialgia, ya que no se conoce cura en la actualidad. Hay que decir además, que no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos con indicación específica para la Fibromialgia, por lo que hemos clasificado en función de la evidencia en este tipo de pacientes los fármacos de la siguiente forma (Dúo, 2012):

- Evidencia Fuerte

En este grupo nos encontramos los Antidepresivos Tricíclicos como la Amitriptilina y la Nortriptilina, que mejoran la sintomatología dolorosa, la fatiga, el sueño y la calidad de vida de la paciente, y la Ciclobenzaprina usada para disminuir el dolor y el espasmo muscular. Los mejores resultados en estudios se han obtenido con la asociación de Amitriptilina y Ciclobenzaprina.

- Evidencia Moderada

En este grupo tenemos como analgésico el Tramadol, asociado o no a Paracetamol, que ha demostrado utilidad en el control del dolor en pacientes con Fibromialgia y un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), la Fluoxetina, usada para tratar el dolor, la fatiga y la sintomatología depresiva secundaria al cuadro clínico.

- Evidencia Limitada

Los fármacos incluidos en este grupo son: otro ISRS, el Citalopram, además del Tropicetrón 5-hidroxitriptófano, el Oxibato Sódico, la Hormona del Crecimiento (GH) y 3 Inhibidores Duales de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IDRSN): la Duloxetina, la Venlafaxina y el Milnacipram.

- Ausencia de evidencia

Sin haber demostrado suficiente utilidad en estudios o careciendo de publicaciones de calidad, tenemos a los AINEs, los Opioides mayores, las Benzodiacepinas, los Corticoides, la Melatonina y el tratamiento con S-adenosilmetionina.

#### *Funciones del personal de Enfermería*

El enfermero es un profesional integrante del equipo sanitario, que ejerce sus funciones en la atención al paciente con Fibromialgia y que de forma activa lleva a cabo las intervenciones sobre los aspectos de la enfermedad en los que puede actuar.

Los programas de Educación para la Salud (EpS) son parte de las competencias de la enfermería, y en el caso de la FM en mujeres postmenopáusicas, resultan especialmente interesantes ya que podemos promover en las pacientes la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para entender y asumir su enfermedad en esta etapa, favorecer la comunicación, adquirir unos hábitos de vida saludables y fomentar el asociacionismo (Rodríguez,

Orta y Amashta, 2010). Gracias a ellos se consiguen rebajar las demandas asistenciales debido a la mejora de la calidad de vida, lo que a su vez conlleva una rebaja de costes económicos (Bosch, Sáenz, Valls y Viñolas, 2003).

En cuanto a las actividades consideradas competencia de la Enfermería, descritas en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras de la Universidad de Iowa (Bulechek, Butcher, McCloskey y Dochterman, 2009), tenemos: Manejo del dolor (NIC 1400), Aplicación de frío/calor (NIC 1380), Terapia de relajación simple (NIC 6040), Musicoterapia (NIC 4400), Fomento del ejercicio (NIC 0200), Afrontamiento (NIC 5230), Asesoramiento (NIC 5240), Apoyo emocional (NIC 5270), Aumento de los sistemas de apoyo (NIC 5440), Terapias en grupo (NIC 5450), Disminución de la Ansiedad (NIC 5820), Modificación de conductas (NIC 4360), Mejorar el sueño (NIC 1850) y Manejo de la energía (NIC 0180).

#### *Tratamiento Fisioterápico*

En colaboración con el equipo multidisciplinar, el fisioterapeuta deberá informar a la paciente sobre su enfermedad, garantizando que dispone de los conocimientos suficientes para disminuir la ansiedad producida por el desconocimiento sobre su patología.

Dentro de las sesiones el fisioterapeuta, deberá incluir ejercicios de corrección postural, trabajo de la respiración, técnicas de contracción-relajación, todo adaptado a las capacidades de la paciente, sin superar las capacidades físicas de la mujer, además se podrían usar de medios físicos como Termoterapia Superficial y Profunda, Magnetoterapia, Corrientes de Media y Baja Frecuencia o medidas como el tratamiento conservador e invasivo de los puntos gatillos miofasciales, con el objetivo principal de reducir la sintomatología dolorosa en función de las necesidades observadas (Conserjería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Murcia, 2010).

El ejercicio también puede ser un arma eficaz para la FM, proporcionándole además de bienestar físico y psicológico, una reducción notable de la sintomatología dolorosa. Por ello se enseñará a la paciente a desarrollar un programa de ejercicios de una intensidad y duración adecuada, explicándole las ventajas del deporte, haciendo que lleve un registro y motivándole a que continúe su práctica. Como pauta para el inicio del ejercicio, se propone pasear durante 20-30' en terreno llano, 3 veces a la semana, para tras un mes, intentar si es posible, llevarlo a cabo de forma diaria (Fernández, Méndez y Sanz, 2007).

#### *Terapia psicológica*

En gran parte de los pacientes que padecen Fibromialgia están presentes problemas psicológicos, más aún en las mujeres después de la menopausia, debido a los cambios físicos y hormonales, por lo que es imprescindible tratar los aspectos emocionales, sociales y conductuales, además de la ansiedad y la depresión, ya que estos agravarían el cuadro clínico del paciente (Dúo, 2012). Por ello la actuación del Psicólogo iría encaminada a mejorar el afrontamiento de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida de la persona y reducir la intensidad de los síntomas por medio de la información y educación del paciente, la Terapia Cognitivo-Conductual y las Técnicas de Relajación.

En referencia a la Terapia Cognitivo-Conductual, se ha comprobado su eficacia en Fibromialgia gracias a la reducción notable del dolor y la incapacidad funcional, debido a los cambios en las cogniciones que estos pacientes tienen de sí mismos y de su entorno, y que logramos modificar con esta terapia, de manera que alterando la percepción, las creencias del paciente hacia su enfermedad y su respuesta ante el dolor, conseguimos reducir el dolor, la fatiga, el estado anímico y psicosocial del sujeto (Arias, 2008).

Las técnicas de relajación por su parte nos ayudan a mejorar el descanso de la afectada, su calidad de vida y la ansiedad en la paciente, ya que esto dificulta la realización de las actividades de la vida diaria de la persona. Por ello consiguiendo lograr el bienestar psíquico y emocional de la persona, disminuirémos las tensiones, que reducirán la sintomatología de la enfermedad, especialmente el dolor. (Arcos, Castro, Matarán, Gutiérrez, Ramos, Moreno, 2011)

### **Conclusiones**

La Fibromialgia continúa siendo una patología predominantemente femenina en la que aún existen muchas incógnitas por conocer, tanto a nivel fisiopatológico y diagnóstico, como terapéutico, por lo que se hace necesario continuar con la investigación para que surjan nuevos enfoques que nos ayuden a afrontar mejor la enfermedad, incluso para conseguir resolverla definitivamente.

En cuanto a la mujer postmenopáusica, basándonos en datos epidemiológicos, todo apunta a que cada vez existirá un mayor número de afectadas, por lo que se hace vital el desarrollo de la atención especializada a este tipo de pacientes, elaborando protocolos que se ajusten a sus necesidades y problemática, de forma que se disminuya la demanda asistencial derivada, ya que los tratamientos son prácticamente idénticos a los de pacientes más jóvenes, ignorándose en gran parte las particularidades de la mujer en este periodo de la vida, por ello con este trabajo queremos hacer notable a este colectivo de mujeres y su importancia desde el punto de vista sanitario.

## Referencias

- Arcos-Carmona, I.M., Castro-Sánchez, A.M., Matarán-Peñarrocha, G.A., Gutiérrez-Rubio, A.B., Ramos-González, E. y Moreno-Lorenzo, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin*, 137(9), 398-401.
- Arias, M. (2008) ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? *Neurología*, 23(9): 593-601.
- Ayán, C. (2013). *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bosch, E, Sáenz, N, Valls, M y Viñolas, S. (2003). Estudio de la calidad de vida en los pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Rev. Aten Primaria*, 31(3), 204-205.
- Bulechek, G.M, Butcher, H.K y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ªed. Barcelona: Elsevier España.
- Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia (2010). *Protocolo de Atención a pacientes con Fibromialgia*. Murcia: Gobierno de Murcia.
- Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón (2006). *Protocolo para el abordaje de la fibromialgia en el ámbito de atención primaria del sistema de Salud de Aragón y criterios de derivación a atención especializada*. Zaragoza: Gobierno de Aragón.
- Dúo, B. (2012). Tratamiento actual de la fibromialgia. *Farmacéuticos Comunitarios*, 4(3), 124-128.
- Fernández, J, Méndez, A y Sanz, D. (2007). Fibromialgia y ejercicio físico. *Rev. Archivos de Medicina del deporte*, 24(118), 121-129.
- Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (2013). *Impacto Familiar, Socio-laboral y Económico de padecer Fibromialgia "Estudi EPIFFAC"*. Barcelona. Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/EstudiEPIFFAC.pdf>
- García, F.J, Cuscó, A.M y Poca, V. (2006). *Abriendo Camino: Principios básicos de Fibromialgia, Fatiga Crónica e Intolerancia Química Múltiple*. 2ªed. Barcelona: Taranna.
- Gronemann, ST, Ribel-Madsen, S, Bartels, EM, Danneskiold, S, Amsøe, B. y Bliddal, H. (2004). Collagen and muscle pathology in fibromyalgia patients. *Rheumatology*, 43, 27-31.
- Hall, J.E. (2011). *Guyton y Hall. Tratado de Fisiología* 12ªed. Madrid: Elsevier Health Sciences.
- Mas, A.J, Carmona, L, Valverde, M y Rivas, B. (2008). EPISER study group. Prevalence and impact of fibromialgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 26, 519-26.
- Penacho, A. (2006). *"Fibromialgia, punto de encuentro"*. 1ªed. Vitoria: Asoc. Vasca de Divulgación de Fibromialgia.
- Peñacoba, C, Velasco, L, Écija, C, Cigarán, M y McKenney K. (2013) Anxiety, Depression and Alexithymia in Fibromyalgia: Are There Any Differences According to Age? *Journal of Women & Aging*, 25(4), 305-320.
- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of Fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 17(8), 356.
- Raphael, K.G, Janal, M.N, Nayak, S, Schwartz, J.E y Gallagher, R.M. (2006) Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124(1-2):117-25.
- Rivera, J, Alegre, C, Ballina, F.J, Carbonell, J, Carmona, L, Castel, B, et al. (2006). Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2(1), 855-67.
- Rodríguez, R.M, Orta, M.A y Amashta, L. (2010). Cuidados de Enfermería a los pacientes con fibromialgia. *Enfermería Global*, 19, 1-16.
- Sociedad Española de Reumatología (2008). *Manual SER de las Enfermedades Reumáticas*. 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Wolfe, F, Smythe, H.A, Yunus, M.B, Bennet, R.M, Bombardier, C, Golden-berg, D.L et al. (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 33(2), 160-72.
- Wolfe, F, Clauw, J, Fitzcharles, M.A, Goldenberg, D.L, Katz, R.S, Mesase, P, et al. (2010). Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-10.
- Yunus, M.B, Kalyan-Raman, U.P, Masi, A.T, Aldag, J.C. (1989). Electron microscopio studies of muscle biopsy in primary fibromyalgia síndrome: a controlled and blinded study. *J Rheumatol*, 16(1), 97-101.



## CAPÍTULO 11

### Atención integral e integrada en el climaterio

Antonio Luna Toro<sup>1</sup>, Ana José Díaz Portillo<sup>2</sup> y María Dolores Revidiego Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España);

<sup>2</sup>Hospital Hospiten Sur, Tenerife (España)

#### Objetivos

- Concienciar al personal al sanitario en la importancia del climaterio para poder desarrollar de forma correcta la parte asistencial como educadores y promotores de la salud.
- Definir las características y el concepto del climaterio y el perfil de la población susceptible de padecerlo.
- Diferenciar la sintomatología relacionada con el climaterio directamente y la que puede coincidir con el mismo, pero no tiene relación causal directa.
- Tener una visión de la mujer climatérica como ser holístico con necesidades propias, y sin tener que relacionarlo a un estado patológico.

#### Desarrollo del tema

Desde el último cuarto del siglo XX, la asistencia sanitaria implantada por el SNS se orienta no solo al diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, sino que se le da mucha importancia a la promoción, prevención y rehabilitación de la enfermedad, impulsada en su momento en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud (Alma-Ata). La propia constitución Española de 1978 establece en su artículo 43 que es responsabilidad de los poderes públicos tanto la protección de la salud como el fomento de la educación sanitaria. Posteriormente para garantizar este derecho se crea la Ley General de Sanidad de 1986.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas adquirir un mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla (Lalonde, 1974). Para ello puede ser necesario el asesoramiento por parte de nosotros, el personal sanitario, y poder así facilitar a las personas vivir con calidad de vida. La OMS define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

La Salud Pública de nuestro país debe encargarse de abastecer y cubrir las necesidades al respecto, dando una correcta educación sanitaria (Sánchez y Gamella, 2002).

Todo lo anteriormente descrito se debe aplicar en el terreno del climaterio, objetivo de este trabajo, obtener los conocimientos necesarios para así poder plasmarlos en la práctica diaria.

#### El climaterio, contexto y concepto

En concreto el climaterio es una etapa en la vida de la mujer que supone el escalón de la vida en el que se separa la edad fértil de la no fértil. La educación sanitaria en este momento es primordial, se deben aportar conocimientos, capacitación y estimular a las mujeres que atraviesan por esta etapa para mantener y aumentar, si es posible, su salud y su calidad de vida.

Hay que destacar que el cáncer ginecológico es uno de los causantes más importantes de muerte en la población femenina y algunos de ellos, tales como el adenocarcinoma de endometrio y el de mama tienen una mayor prevalencia en edades perimenopáusicas.

En España la menopausia se presenta alrededor de los 48 años de media, una de cada tres mujeres se encuentra en el periodo postmenopáusico, con una esperanza de vida mayor a 30 años. Existen entre 6 y 7 millones de mujeres mayores de 50 años de las cuales el 40% padecerán sintomatología que repercutirá de forma negativa sobre su calidad de vida. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, a pesar de ello se puede afirmar que éstas tienen un peor autopercepción de su salud, sobre todo en los años coincidentes con el climaterio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Desde el punto de vista científico, la visión del climaterio desde el modelo tradicional biomédico, repercutió a que se medicalizara en exceso y tuviese connotaciones negativas, además de impedir la participación de las mujeres en un proceso que no todas viven por igual, requisito indispensable para promover o proteger la salud; ya que no solo son importantes los conocimientos del profesional, sino que también es necesario conocer lo que significa para la

mujer el atravesar por este momento, saber cómo son sus vivencias de salud y expectativas ante dicho cambio (Leyva-Moral, 2013).

La menopausia que se traduce por el cese del sangrado menstrual periódico, se reconoce tras 12 meses de amenorrea. Esta palabra deriva de *mens* (mensualmente) y *pausis* (cese). La menopausia, es una fecha en concreto, es un signo más dentro del conjunto de fenómenos que se producen en el climaterio.

Establecer el principio y el final del climaterio y su duración no es tarea sencilla, se estima que puede oscilar entre 10 y 15 años; puede extenderse desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia (premenopausia) hasta 2-6 años después de la misma (postmenopausia).

Existen diferentes conceptos relacionados con la menopausia:

- Menopausia natural: La OMS define la menopausia natural como el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años.
- Menopausia artificial: Ocurre tras la extirpación quirúrgica de los ovarios o por su destrucción secundaria a mecanismos físicos o químicos.
- Menopausia precoz: Sería el caso en el que la menopausia se establece antes de los 40 años.
- Menopausia tardía: La que ocurre después de los 55 años.
- Perimenopausia: Período que transcurre alrededor de la menopausia, ocurren alteraciones endocrinas previas al cese de la menstruación derivadas de la anovulación (2 años antes) y el tiempo inmediatamente posterior a esta (1 año).
- Posmenopausia inmediata: 12 meses desde la última menstruación.
- Posmenopausia establecida: A partir de los 12 meses desde la última menstruación.
- Las formas de presentación de las alteraciones menstruales en el climaterio pueden ser:
  - Polimenorrea: Ciclos menores de 21 días.
  - Hipermenorrea o menorragia: Menstruación con sangrado intenso o prolongado.
  - Metrorragia: Sangrado fuera de la menstruación.
  - Amenorrea: Ausencia de menstruación.

### Fisiología del climaterio

En el climaterio se produce una disminución de respuesta del ovario a los niveles de FSH (disminuyen los estrógenos), por retroalimentación negativa a través de la inhibina folicular, en la hipófisis se produce un aumento de liberación de FSH y LH, pero el ovario no mantiene la producción suficiente de estrógenos, no se produce maduración folicular lo que da lugar a la anovulación y la interrupción de la menstruación.

Los estrógenos a partir de la menopausia disminuyen pero sin llegar a desaparecer, ya que se produce estrona a partir de la grasa y a partir de los andrógenos liberados en las glándulas suprarrenales que por aromatización se convierten en estrógenos.

La amenorrea y la esterilidad son las únicas manifestaciones universales del climaterio.

### EPS en el climaterio

#### *La abstención del tabaco, alcohol y otros hábitos tóxicos*

El tabaco puede adelantar la edad de la menopausia hasta en 2 años, además aumenta el metabolismo de los estrógenos, produciendo aumento de la osteoporosis. Sin embargo el consumo de alcohol se relaciona con una aparición de la menopausia más tardía.

#### *Alimentación*

De forma general el haber mantenido una alimentación equilibrada desde la infancia y la juventud repercutirá en el bienestar de la mujer climaterica.

Una alimentación adecuada en esta etapa puede ayudar a la prevención de problemas como la osteoporosis, los problemas digestivos y el aumento de peso.

El metabolismo disminuye a partir del climaterio, la mayoría de las mujeres experimentan un aumento de peso. La ingestión calórica adecuada para una mujer de esta edad, de complejión media, debe ser entre 1.400 y 2.000 calorías, y distribuidas con los mismos porcentajes que durante la juventud, para que siga siendo de la misma forma equilibrada (carbohidratos 55%, lípidos 30% y proteínas 15%).

La ingestión de agua debe ser de 1,5-2 litros de líquido por día, sino existe contraindicación, siendo el agua la bebida más aconsejada

A partir de esta edad se comienza a perder masa ósea en ambos sexos de forma paralela (0,2-0,5% por año). En concreto la mujer postmenopáusica este porcentaje asciende hasta 2-5% por año, durante los 5-10 años siguientes a la menopausia.

Las necesidades de calcio durante la menopausia, según el National Institute of Health (NIH) son de 1.000 mg/día, hasta la menopausia, y de 1.500 mg, en la posmenopausia.

La principal fuente de calcio son los productos lácteos aunque también se encuentra en productos vegetales, pescados, etc.

Algunos vegetales también tienen un alto contenido en calcio, pero este no es absorbido por el organismo debido a la presencia de ácido oxálico presente en los mismos. Las dietas hiperproteicas producirán una hipercalcemia

Un aporte adecuado de vitamina D favorece la absorción intestinal de calcio.

Por otra parte un exceso en el aporte de fibra produce una disminución de los estrógenos circulantes, pero por otro lado se ha relacionado la ingestión de fibra con cierta protección frente al cáncer de mama. El consenso recomienda que la cantidad de fibra debe ser de 20-35 g/día.

#### *Ejercicio físico*

El ejercicio físico previene o mejora problemas de hipertensión, mejora la circulación venosa de retorno y el bombeo muscular. Las personas que realizan ejercicio físico de forma moderada tienen un riesgo coronario tres veces menor que las sedentarias, también existe mejor relación entre masa muscular y tejido graso. El ejercicio físico se relaciona con el aumento de masa ósea.

Hay que tener precaución con ciertos ejercicios, como pueden ser los de salto y torsiones, ejercicios de flexión de espalda (pueden producir tensión en la columna vertebral). Son recomendables ejercicios de extensión muscular, los estiramientos, natación... (Goberna, 2002).

En relación a todo lo anterior expuesto hay que hacer mención a que la evidencia actual no establece relación directa entre el consumo de tabaco, el IMC o el ejercicio físico y la sintomatología climaterica (trastornos vasomotores, la atrofia genitorinaria...) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

### **Síntomas durante el climaterio y tratamiento**

El déficit de estrógenos se relaciona directamente con cuadros y síntomas como son los bochornos, alteraciones menstruales, atrofia genitorinaria y la osteoporosis. Además de estos, existen otros síntomas los cuales coinciden con esta etapa pero no se ha establecido una relación directa de causalidad con la menopausia, o su relación con la misma es controvertida (pero es cierto que igualmente aparecen en este periodo): incontinencia urinaria, riesgo cardiovascular, alteraciones del estado de ánimo/cognitivas y cambios en la esfera sexual.

No se debe sugerir tratamiento a mujeres posmenopáusicas sin síntomas o con síntomas que ella no considere problemáticos.

La evidencia científica determina a los estrógenos con o sin progestágenos como tratamiento efectivo para los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal. También la tibolona se muestra eficaz para el tratamiento de los síntomas vasomotores. En caso de que existan estos síntomas se podrían beneficiar de dicho tratamiento las mujeres sanas sin factores de riesgo. Habrá que valorar el riesgo-beneficio considerando que el uso de estrógenos solos puede aumentar el riesgo de tromboembolismo, ictus, demencia, y disminuir la capacidad cognitiva.

La terapia hormonal (TH) combinada con estrógenos y progestágenos puede reducir el riesgo de fracturas y cáncer colorectal, pero no tiene efectos beneficiosos sobre la enfermedad coronaria. Asimismo, puede conllevar un aumento del riesgo de cáncer de mama, tromboembolismo venoso, ictus, colecistitis, demencia, y una menor función cognitiva global.

Los antidepresivos como la paroxetina y la venlafaxina, podrían disminuir los sofocos de manera moderada y mejorar la calidad de vida de las mujeres sintomáticas, tanto de las que presentan una menopausia normal, como para las supervivientes de un cáncer de mama.

De forma global; la toma de decisiones en cuanto al tratamiento se verá influenciada por los factores de riesgo individuales así como la decisión y preferencias de cada mujer.

#### *Síntomas vasomotores*

Surgen principalmente en los 2 primeros años de la postmenopausia aunque pueden llegar a persistir hasta 5 años o más; incluso en la premenopausia. Es el síntoma más típico de esta etapa.

Son descritos como periodos intermitentes de enrojecimiento facial, que pueden irradiarse al cuello, hombros y parte superior del tórax, asociados a sudoración y sensación de calor, y a menudo incluso de palpitaciones y sensación de ansiedad.

Cuando estos síntomas son muy intensos se asocian a insomnio, cefaleas y vómitos. Pueden ocurrir como promedio de 5 a 10 episodios al día.

Los sofocos suelen cesar espontáneamente a los pocos años sin precisar de tratamiento, pero en algunos casos persisten durante más tiempo.

No hay evidencia que sustente que el abandono del tabaco o el ejercicio físico puedan mejorar los síntomas vasomotores. Por otra parte la evidencia sobre la efectividad de la relajación para los síntomas vasomotores muestra un efecto beneficioso.

#### *Atrofia genitourinaria*

Al disminuir la concentración de estrógenos, los tejidos de la vagina, uretra y vejiga comienzan a atrofiarse. La mucosa vaginal pierde glándulas secretoras, rugosidad y espesor. Asimismo, se acorta debido a la regresión del cérvix. Algunas quejas habituales son la presencia de dispareunia, prurito y sequedad vaginal.

Se ha constatado que las mujeres sexualmente activas presentan un menor grado de atrofia vaginal que las no activas en la postmenopausia.

A nivel urinario son comunes la disuria, polaquiuria, incontinencia y uretritis/cistitis no bacterianas. El meato uretral se atrofia y queda expuesto al exterior a consecuencia de la atrofia de los labios.

La disminución en los niveles de estrógenos produce una pérdida de elasticidad de los tejidos del suelo pélvico lo que puede acabar en prolapso genital (histerocele, cistocele, enterocele, rectocele) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Alonso *et al.*, 2007).

#### *Alteraciones del estado de ánimo/cognitivas*

Actualmente se reconoce la aparición en la perimenopausia de alteraciones del ánimo, irritabilidad, insomnio, ansiedad, disminución de la libido, cefaleas y otras somatizaciones, y síntomas depresivos.

Los trastornos del estado de ánimo aparecen con frecuencia a esta edad, pero son varios los estudios que no han encontrado relación entre éstos y el déficit estrogénico.

Probablemente estos trastornos se relacionan con personalidades inestables, enfermedades mentales y problemas económicos y socioculturales. También influye la forma de percepción que tenga la mujer hacia la llegada de la menopausia, pueden vivirla como un proceso de deterioro, pérdida de roles y funciones... y es en todos estos aspectos donde debemos desarrollar nuestra labor asistencial de educación sanitaria. Algunas mujeres manifiestan una sensación de pérdida en cuanto a su condición de "ser mujer" al llegar a la menopausia, porque conlleva el cese de la fertilidad.

Sin embargo habrá mujeres que experimenten esta etapa como alivio o mejora ya que desaparece el temor a quedar embarazada y lo que implica para muchas la liberación en la esfera sexual, aunque no significa que haya un aumento de la apetencia, ya que este deseo suele disminuir por lo general (Leyva-Moral, 2013).

#### *Osteoporosis*

Alrededor de los 40 años comienza se produce en ambos sexos, un proceso de pérdida de hueso. El climaterio se suele asociar a la aparición de síntomas osteomusculares, como dolor, cansancio y agotamiento muscular, pero su relación no está claramente explicada. Si está claro que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. A los 80 años de edad las mujeres habrán perdido hasta un 33% de su máxima masa ósea y en el caso del hombre sería un 25%. A esta diferencia hay que añadir que en las mujeres el pico máximo de masa ósea que consiguen en la juventud es menor que en el hombre.

Hay factores de riesgo de presentar osteoporosis más severa como pueden ser: la talla baja, delgadez, cafeína, tabaco, alcohol, menopausia precoz, nuliparidad, sedentarismo, antecedentes familiares.

La osteoporosis no acompañada de fracturas u osteomalacia no produce dolor.

Las fracturas más frecuentes asociadas a la osteoporosis afectan a las vértebras, la muñeca y la cadera; pero son las de cadera las que causan una mayor morbimortalidad.

Hay que tener en cuenta que existen otros factores que influyen en la producción de fracturas independientes al climaterio tales como la disminución de la agudeza visual, ingesta de medicamentos, enfermedades crónicas, deterioros sensitivo-motores, antecedentes de caídas y los obstáculos en el hogar; por lo tanto hay que considerar la osteoporosis como un factor de riesgo más de padecer fracturas.

Sería adecuado realizar una densitometría ósea a mujeres mayores de 65 años y con factores de riesgo de tener una fractura. En cuanto al tratamiento, se considera que las mujeres menores de 65 años y con factores de riesgo de fractura o mujeres mayores de 65 años, tengan o no factores de riesgo de fractura, deben ser tratadas con suplementos de calcio y vitamina D. En mayores de 65 años, con factores de riesgo de fractura se podría asociar a este suplemento el tratamiento con bisfosfonatos o ranelato de estroncio.

El tratamiento hormonal proporciona un efecto protector con respecto a las fracturas pero el balance riesgo-beneficio no permite que se utilice como primera línea para el tratamiento de la osteoporosis (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Alonso *et al.*, 2007).

#### *Riesgo cardiovascular*

Tradicionalmente se ha sostenido que la menopausia implica un incremento de riesgo cardiovascular, debido a que la pérdida de la función ovárica se asocia a cambios a nivel metabólico y vascular, con el consiguiente aumento en la incidencia de la enfermedad cardiovascular. No obstante, numerosos autores afirman que la menopausia no implica un factor de riesgo, sino que más bien se asocia a la edad y otros factores como el tabaquismo, el colesterol, sedentarismo, ... (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

#### **Conclusión**

Analizando los posibles problemas que se asocian al climaterio, debemos de tener en cuenta las peculiaridades de cada mujer, sus deseos y aspiraciones, para así acompañarla y aconsejarle desde nuestro cuerpo de saberes de la mejor forma posible, haciendo distinción de lo que es fisiológico y lo que es patológico incluso diferenciando la relación que puede tener con el climaterio o la asociación a otros factores independientes al mismo.

Debemos de aplicar una promoción de salud y una EpS de forma personalizada y no de una forma sistemática.

#### **Referencias**

- Alonso, M.N., Gutiérrez, M.A., Gómez, A., Hurtado, R., Barata, T., Iglesias, J.M., Galván, J.M., Ramírez, R. y Guillén, V. (2007) *Climaterio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Goberna, J. (2002). Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Profesión*, 8(3), 4-12.
- Leyva-Moral, J.M. (2013). El climaterio y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros. *Index de Enfermería*, 22(4), 204-208.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Efectividad y uso adecuado de las intervenciones en el manejo de los problemas que aparecen en el climaterio*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Sánchez, J. y Gamella, C. (2002). Educación sanitaria. En A. Pérez (Ed.), *Enfermería geriátrica* (pp. 459-476). Madrid: Síntesis.



**INSTITUCIONALIZACIÓN, FISOTERAPIA  
Y ALIMENTACIÓN EN ENVEJECIMIENTO**



## CAPÍTULO 12

### Influencia de la calidad ambiental en la satisfacción en mayores institucionalizados

M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, Francisco J. Soler Flores, M<sup>a</sup> del Carmen  
Pérez-Fuentes y José Jesús Gázquez Linares  
*Universidad de Almería (España)*

Una de las principales dificultades que afronta el colectivo de mayores, y que además puede suponer un detrimento en su calidad de vida, guarda relación con el cambio en su experiencia social y, a la vez, con la ruptura de su espacio físico habitual (Rioux y Werner, 2011). Así, términos como la calidad ambiental cobran especial relevancia, a la hora de intervenir en la satisfacción con un nuevo entorno (Vargas y Gallego, 2005), donde el mayor comienza a desenvolverse, en este caso, hacemos referencia a los centros residenciales para personas mayores (IMSERSO, 2012).

La percepción del entorno es uno de los elementos que conforman la experiencia de envejecer (Taira y Carlson, 2014). El envejecimiento va más allá del cambio psicológico, donde los cambios relacionados con la edad se van a manifestar en todas las dimensiones de la vida (Pérez-Fuentes, Gázquez y Molero, 2011). Por tanto, si alguna de estas dimensiones se viera comprometida o afectada gravemente, podría desembocar en un declive de las demás. Al considerar el ambiente como “*el complejo de estimulación socio-física*”, es fácil caer en la cuenta de que éste ejercerá también un papel importante, como marco contextualizado de la satisfacción de necesidades en la población mayor (Makai, Brouwer, Koopmanschap y Nieboer, 2012). Tenemos por tanto, el ambiente como fuente de estímulos, por un lado, y por otro, como condicionante de la forma de envejecer. De hecho, en términos generales, la conducta y el funcionamiento de una persona pueden ser mejor entendidos, si tenemos en cuenta el contexto en que la persona se desenvuelve (Fernández-Ballesteros, 2000; Rose, 2013).

En cuanto a la relación medio ambiente y vejez, Fernández-Ballesteros y Corraliza (2000), indican que la simbiosis persona-ambiente, debe ser analizada como un complejo entramado de transacciones. Es decir, que la persona se ve guiada por planes específicos de acción en su interacción con el ambiente. Una de las propuestas para analizar este proceso, se basa en el *análisis de la compatibilidad*. Se puede decir entonces que, cuando se reconoce coincidencia entre las personas (sus necesidades, sus intenciones) y el ambiente (sus oportunidades sus demandas de acción), estaríamos ante una relación de compatibilidad. Por el contrario, la incompatibilidad puede tener su origen tanto en un funcionamiento inadecuado del ambiente (capacidad restrictiva del mismo, pobreza informativa del mismo, repetitividad, etc.), como en disposiciones inadecuadas por parte de las personas (conflictos internos, falta de interés, falta de recursos personales para planear u organizar su propia acción, etc.).

Izal y Fernández-Ballesteros (2000), presentan una serie de modelos (modelo de congruencia, modelo de competencia, modelo socio-ecológico y modelo ecológico-conductual), en los que se cuestionan cuál sería el nivel óptimo de estimulación ambiental para las personas mayores; ofreciendo, a la par, recursos diversos para impulsar el desarrollo de investigaciones empíricas sobre ambiente y vejez. Partiendo de este enfoque, la unidad de análisis será la persona mayor, que establece transacciones con el ambiente físico y social, en el que se desenvuelve. Lo que se extrae de estas líneas es el rol bidireccional del ambiente: como determinante y como producto de la actividad humana.

Así, cuando hablamos de calidad de vida en la vejez no podemos obviar el peso específico con el que actúa el nivel de calidad ambiental, en relación al resto de dimensiones que la integran (Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, García y García, 2011). Llegados a este punto, cabe preguntarse ¿cuáles son las condiciones que debe poseer un ambiente satisfactorio para las personas mayores? Ahora bien, para dar respuesta a tales cuestiones, se ha de atender a las características personales de la población mayor, así como del escenario considerado (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008), en el presente trabajo: el entorno residencial. Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996), evaluaron una serie de aspectos relacionados con la calidad de vida en los mayores, en distintos contextos relevantes para esta población: la residencia geriátrica, tanto pública como privada, y el propio domicilio. Los resultados relacionados con la calidad ambiental, indicaron un mayor grado de satisfacción con el entorno físico en el grupo de mayores que habitaban en residencias, que los que vivían en la comunidad.

Resultados como los que preceden estas líneas, nos sugieren que, aún en una situación de ruptura con el medio natural como la que deben enfrentar algunas personas con la llegada de la vejez (Bernarás, Garaigordobil y de las Cuevas, 2011); la adecuación de determinadas características físicas en el entorno residencial, puede paliar la posibilidad de un declive en otras dimensiones de su calidad de vida (Jansen, 2013). Esto, puede estar directamente relacionadas con el grado de satisfacción de los residentes y, en consecuencia, con los deseos de permanencia y adaptación al nuevo entorno residencial (Bernaldo, Crespo, Gómez y Hornillos, 2012; Blanca, Linares y Grande, 2011; Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003). El objetivo del presente trabajo es analizar el papel de la calidad ambiental percibida en un grupo de mayores institucionalizados, y conocer qué influencia tiene sobre su nivel de satisfacción general.

## **Método**

Con objeto de analizar la influencia de los factores determinantes de la calidad de vida, entre ellos la calidad ambiental, en mayores de 65 años institucionalizados; se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre el tema en un contexto residencial. Como parte de este trabajo más amplio, subyace el contenido del presente estudio, atendiendo de forma más específica, al ambiente como factor de influencia cardinal en el bienestar y la calidad de vida de los mayores institucionalizados.

### *Participantes*

El total de la muestra utilizada para el presente estudio fue de 50 sujetos mayores de 65 años, todos ellos usuarios de una Residencia de Ancianos de carácter público. Con una media de edad de 81.26 años ( $DT=5.88$ ). Siendo la edad mínima de los participantes de 72 años, y la máxima de 94 años. Por otra parte, los sujetos menores de 80 años, representan el 36% ( $N=18$ ) de la muestra, y el grupo con edades de 80 años en adelante, representan un porcentaje mayoritario del 64% ( $N=32$ ). Del total de la muestra, el 54% son hombres y el 46% mujeres, con una media de edad de 80.78 ( $DT=5.86$ ) y 81.83 ( $DT=5.99$ ) años, respectivamente. En cuanto al estado civil, el 20% ( $N=10$ ) son solteros, el 14% ( $N=7$ ) casados, el 60% ( $N=30$ ) viudos y el 6% ( $N=3$ ) separados o divorciados.

Con el objetivo de completar el perfil de los participantes, se recabó información sobre el motivo de ingreso en residencia. Para ello, se incluye un ítem inicial en el cuestionario, con el que se pretende sondear esta cuestión. Las alternativas de respuesta que se plantean al respecto son: por decisión propia del usuario (48%;  $N=24$ ), por decisión de los familiares (38%;  $N=19$ ), por la administración (4%;  $N=2$ ), y otros motivos (10%;  $N=5$ ).

### *Instrumentos*

El instrumento utilizado fue el *Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial, CECAVIR* (Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez y Mercader, 2012). Destinado a mayores de 65 años, este instrumento tiene como objetivo la evaluación de la calidad de vida en población mayor institucionalizada. El cuestionario está formado por un total de 56 ítems, organizados en 7 hojas de aplicación. Del total de ítems que componen el cuestionario, 7 están destinados a la recogida de datos sociodemográficos y los 48 restantes a la evaluación de las diferentes dimensiones de la calidad de vida en mayores institucionalizados (Salud, Relaciones Sociales y Familia, Actividad y Ocio, Calidad Ambiental, Capacidad Funcional y Satisfacción con la Vida). El modo de aplicación responde a la modalidad de entrevista estructurada, con formato de respuesta cerrada mediante escala tipo Likert 5 puntos y con un tiempo de aplicación de entre 20-25 minutos. El CECAVIR presenta, en su validación inicial, un coeficiente alfa de Cronbach de .86 para el cuestionario completo, y de .91 para la escala Calidad Ambiental.

En este caso, se utiliza la escala *Calidad Ambiental* (12 ítems). Además, se pide una valoración global por parte del sujeto, acerca de su nivel de satisfacción general, en el momento de la aplicación (1 ítem).

### *Procedimiento*

Antes de proceder a la implementación del cuestionario, se solicitaron los permisos pertinentes a la Dirección de la Residencia, donde se informaba del carácter anónimo en el tratamiento de los datos, así como de la finalidad de la investigación. Para la aplicación del cuestionario fueron instruidas dos personas que se desplazaron a la Residencia de Ancianos, situada a las afueras del casco urbano de Almería. La implementación del cuestionario se realizó de manera individual, mediante entrevista personal. A cada participante se le brindó una breve explicación del estudio y se le proporcionó una hoja de consentimiento informado, donde se garantizó la confidencialidad y el uso de la información para el estudio. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS .19.

## Resultados

### Percepción y valoración del entorno residencial

En primer lugar, en relación al sentimiento de seguridad experimentado por los residentes con respecto al entorno, un 64% ( $N=32$ ) de los entrevistados se sienten seguros *siempre*, el 30% ( $N=15$ ), y el 6% ( $N=3$ ), solo *a veces*. En cuanto a la adecuación de los espacios destinados a la actividad y el ocio, un 42% ( $N=21$ ) de los sujetos responde “*siempre*”, el 44% ( $N=22$ ) *bastantes veces*, y el 14% ( $N=7$ ), solo en algunas ocasiones.

Por otro lado, a la hora de evaluar la calidad en las instalaciones de la residencia, en general, se obtienen puntuaciones positivas con un 46% ( $N=23$ ) de los residentes que las considera como *buenas*, y otro 30% ( $N=15$ ) como *muy buenas*. Con cifras similares, ante la valoración de la calidad, en este caso, en los servicios ofertados por la residencia, se obtienen altos porcentajes de sujetos otorgan una valoración positiva al respecto: un 50% ( $N=25$ ), *bueno* y un 34% ( $N=17$ ) *muy buena*.

Otra de las cuestiones planteadas fue si los servicios que oferta la residencia eran considerados suficientes para los propios sujetos. De ahí, se derivan datos como: un 48% ( $N=24$ ) de sujetos que opinaban que los servicios eran suficientes para ellos *bastantes veces*, y un 26% ( $N=13$ ) con la opinión de que los servicios *siempre* eran suficientes.

En lo que se refiere a la cobertura de necesidades de los residentes, los sujetos que sienten que con mayor frecuencia tienen sus necesidades personales cubiertas representan el 36% ( $N=18$ ) los que responden *bastantes veces* y el 38% ( $N=40$ ) *siempre*.

Por último, ante la valoración general del ambiente residencial, los sujetos decían “sentirse como en casa”, un 26% ( $N=13$ ) *bastantes veces* y el 38% ( $N=19$ ), *siempre*.

### Calidad ambiental, género, edad y motivo de ingreso

Al tener en consideración el género de los sujetos a estudio, tal y como queda reflejado en la tabla 1, no se encuentran diferencias significativas en la dimensión Calidad Ambiental. No obstante, tras el análisis de las medias, se observa cómo las mujeres tienden a valorar más positivamente el entorno residencial, aunque son los varones los que, con mayor frecuencia, declaran sentirse como en casa.

Tabla 1. Calidad ambiental y género. Descriptivos y prueba t para la igualdad de medias

Calidad Ambiental	Género						t	Sig.
	Hombres			Mujeres				
	N	Media	DT	N	Media	DT		
El nivel de ruido es el adecuado	27	3.56	1.15	23	3.30	.92	.83	.406
La temperatura en el interior del recinto es	27	4.04	.75	23	3.74	.96	1.22	.227
Me siento seguro/a	27	4.70	.60	23	4.43	.59	1.57	.121
La decoración en los dormitorios me parece	27	3.81	1.17	23	3.91	1.34	-.27	.784
La decoración en los espacios comunes me parece	27	4.04	.85	23	3.87	.69	.75	.456
Los lugares habilitados para el descanso cumplen su función	27	4.07	.91	23	4.17	.77	-.41	.683
Los lugares habilitados para realización de actividad cumplen su función	27	4.26	.71	23	4.30	.70	-.22	.823
Pienso que los servicios que ofrece la residencia son suficientes para mí	27	3.85	.94	23	4.09	.59	-1.06	.293
Siento que mis necesidades personales están siendo cubiertas	27	4.11	.80	23	4.22	.79	-.46	.641
La calidad de los servicios que ofrecen es	27	4.04	.64	23	4.35	.71	-1.61	.114
La calidad de las instalaciones es	27	3.89	.84	23	4.17	.77	-1.23	.224
En algún momento, he llegado a sentirme como en casa	27	3.81	1.52	23	3.35	1.49	1.09	.281

Atendiendo a la edad de los sujetos, tal y como se observa en la tabla 2, es en el ítem “*Me siento seguro/a*” donde los sujetos  $\geq 80$  años presentan puntuaciones significativamente más elevadas en su seguridad percibida ( $t=-2.23$ ;  $p<.05$ ;  $d=.09$ ). En cuanto al resto de los ítems de Calidad ambiental, no se dieron diferencias significativas entre los grupos etarios, presentando puntuaciones muy similares.

Tabla 2. Calidad ambiental y edad. Descriptivos y prueba t para la igualdad de medias

Calidad Ambiental	Edad						t	Sig.
	<80 años			$\geq 80$ años				
	N	Media	DT	N	Media	DT		
El nivel de ruido es el adecuado	18	3.61	.97	32	3.34	1.09	.86	.394
La temperatura en el interior del recinto es	18	4.06	.72	32	3.81	.93	.95	.344
Me siento seguro/a	18	4.33	.59	32	4.72	.58	-2.23*	.030
La decoración en los dormitorios me parece	18	3.94	1.21	32	3.81	1.28	.35	.723
La decoración en los espacios comunes me parece	18	4.22	.87	32	3.81	.69	1.82	.075

Los lugares habilitados para el descanso cumplen su función	18	4.11	.96	32	4.13	.79	-.05	.956
Los lugares habilitados para realización de actividad cumplen su función	18	4.33	.76	32	4.25	.67	.40	.691
Pienso que los servicios que ofrece la residencia son suficientes para mí	18	3.89	.75	32	4.00	.84	-.46	.645
Siento que mis necesidades personales están siendo cubiertas	18	4.22	.73	32	4.13	.83	.41	.681
La calidad de los servicios que ofrecen es	18	4.17	.70	32	4.19	.69	-.10	.920
La calidad de las instalaciones es	18	4.06	.80	32	4.00	.84	.22	.821
En algún momento, he llegado a sentirme como en casa	18	3.72	1.67	32	3.53	1.43	.42	.673

\* $p < .05$

Los resultados que se presentan en la tabla 3, muestran que los residentes con ingreso por decisión propia, tienen una valoración significativamente más positiva hacia los diferentes aspectos de la calidad ambiental analizados: nivel de ruido ( $t=3.44$ ;  $p < .01$ ;  $d=.21$ ), seguridad ( $t=2.19$ ;  $p < .05$ ;  $d=.13$ ), decoración de dormitorios ( $t=4.15$ ;  $p < .001$ ;  $d=.25$ ) y zonas comunes ( $t=4.45$ ;  $p < .001$ ;  $d=.27$ ), zonas de descanso ( $t=2.94$ ;  $p < .01$ ;  $d=.18$ ) y actividad ( $t=5.11$ ;  $p < .001$ ;  $d=.31$ ), servicios suficientes ( $t=5.26$ ;  $p < .001$ ;  $d=.32$ ), cobertura de necesidades ( $t=5.65$ ;  $p < .033$ ;  $d=.34$ ), calidad de los servicios ( $t=4.89$ ;  $p < .001$ ;  $d=.30$ ) e instalaciones ( $t=3.84$ ;  $p < .001$ ;  $d=.24$ ), y la sensación de sentirse como en casa ( $t=4.87$ ;  $p < .001$ ;  $d=.29$ ), en comparación con los residentes que ingresaron por decisión de familiares/administración.

Tabla 3. Calidad ambiental y motivo de ingreso. Descriptivos y prueba t para la igualdad de medias

Calidad Ambiental	Motivo de ingreso						t	Sig.
	Decisión propia			Decisión otros				
	N	Media	DT	N	Media	DT		
El nivel de ruido es el adecuado	24	3.83	.76	24	2.92	1.06	3.44**	.001
La temperatura en el interior del recinto es	24	4.04	.99	24	3.67	.63	1.55	.128
Me siento seguro/a	24	4.75	.44	24	4.38	.71	2.19*	.034
La decoración en los dormitorios me parece	24	4.46	.72	24	3.17	1.34	4.15***	.000
La decoración en los espacios comunes me parece	24	4.33	.63	24	3.50	.65	4.45***	.000
Los lugares habilitados para el descanso cumplen su función	24	4.42	.65	24	3.75	.89	2.94**	.005
Los lugares habilitados para realización de actividad cumplen su función	24	4.67	.48	24	3.83	.63	5.11***	.000
Pienso que los servicios que ofrece la residencia son suficientes para mí	24	4.46	.50	24	3.46	.77	5.26***	.000
Siento que mis necesidades personales están siendo cubiertas	24	4.63	.49	24	3.63	.71	5.65***	.000
La calidad de los servicios que ofrecen es	24	4.54	.50	24	3.75	.60	4.89***	.000
La calidad de las instalaciones es	24	4.38	.64	24	3.58	.77	3.84***	.000
En algún momento, he llegado a sentirme como en casa	24	4.42	.83	24	2.67	1.55	4.87***	.000

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Finalmente, en la tabla 4, se muestra el análisis de medias para el total de la escala Calidad Ambiental, en función del grado de Satisfacción (“Actualmente, en general me va bien, me siento bien”). Al respecto, se observan diferencias significativas ( $t=3.24$ ;  $p < .01$ ;  $d=.22$ ), entre los sujetos que declaran encontrarse satisfechos en general con su vida y los que, por el contrario, no lo están. De manera que, el grupo de sujetos que se muestran satisfechos son los que obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en Calidad Ambiental.

Tabla 4. Total Calidad Ambiental y Satisfacción. Descriptivos y prueba t para la igualdad de medias

	Actualmente, en general me va bien, me siento bien						t	Sig.
	Sí			No				
	N	Media	DT	N	Media	DT		
Total Calidad Ambiental	43	4.11	.603	7	3.32	.580	3.247**	.002

\*\* $p < .01$

### Discusión y conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, en general, se observan altos porcentajes de sujetos que valoran positivamente la mayor parte de los aspectos relacionados con la calidad ambiental (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1996), como son la calidad de las instalaciones y los servicios ofertados en residencia, la suficiencia de los servicios ofertados, o la óptima cobertura de las necesidades, entre los residentes.

Uno de los ítems clave a la hora de valorar, de forma más global, el sentimiento de pertenencia e integración al entorno residencial, hace referencia al hecho de *sentirse como en casa*. En este caso, era de esperar que aquellos residentes que afirman que con mayor frecuencia se han sentido como en casa, sean también los más satisfechos (Fernández-Ballesteros, 2000; Makai *et al.*, 2012; Rose, 2013).

Del mismo modo, la valoración de aspectos más específicos del ambiente físico, como el ruido, la temperatura o la decoración en dormitorios y zonas comunes, pueden contribuir, de forma más específica, a la percepción de un entorno residencial más positivo y/o compatible (Fernández-Ballesteros y Corraliza, 2000).

La calidad ambiental, como determinante del bienestar general del individuo, requiere de especial atención en una población mayor, con características propias y, por tanto, unas necesidades específicas a las que se habrá de dar cobertura (Pérez-Fuentes *et al.*, 2011). Tanto así, que con la llegada del envejecimiento, el individuo tendrá que afrontar una serie de cambios determinantes en todas las dimensiones de su desarrollo personal (Bernarás *et al.*, 2011). Uno de estos cambios a los que la persona mayor tendrá que hacer frente está relacionado directamente con el entorno en el que se desenvuelve; ya sea permaneciendo en el domicilio propio, o trasladándose a una residencia. En este caso, cuando el mayor se encuentra institucionalizado, la calidad ambiental percibida se convierte en una cuestión de evaluación necesaria, sobre todo durante el período de adaptación que sigue al ingreso (Bernaldo *et al.*, 2012; Blanca *et al.*, 2011; Villar *et al.*, 2003).

La calidad de vida es un constructo multidimensional, en el que la mayoría de los casos se hace necesario “desmigajar” sus componentes para su evaluación (Molero *et al.*, 2011). Si bien es cierto, que indicadores como el ambiente cobrarán protagonismo en situaciones específicas como la que aquí se plantea: mayores institucionalizados (Taira y Carlson, 2014). Pongamos el caso de una persona mayor que valore de forma negativa el entorno residencial en el que vive... ¿estaría dispuesto a participar de manera activa en las actividades de ocio que se llevan a cabo dentro de ese mismo entorno?

Según nos indican los resultados expuestos anteriormente, los mayores que habitan en residencia y tienen una percepción positiva de diversos aspectos relacionados con este entorno, suelen manifestar mayores niveles de satisfacción general. Se puede decir, por tanto, que la calidad ambiental funciona como una variable de influencia sobre la satisfacción y, en definitiva, sobre la calidad de vida de los mayores institucionalizados. Así, nos encontramos ante un campo de estudio, en el que aspectos objetivos y subjetivos del ambiente, pueden llegar a facilitar o entorpecer el desarrollo del individuo, en otras dimensiones que componen su calidad de vida. Todo ello, sugiere la necesidad de evaluar para conocer qué ingredientes debe tener un ambiente residencial óptimo para las personas mayores, e intervenir de manera efectiva para su mejora.

## Referencias

- Bernaldo, M., Crespo, M., Gómez, M.M. y Hornillos, C. (2012). La calidad del cuidado asistencial en residencias de ancianos: una revisión de la literatura. *Informaciones Psiquiátricas*, 207(1), 17-38.
- Bernarás, E., Garaigordobil, M. y de las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, 103, 75-88.
- Blanca, J.J., Linares, M. y Grande, M.L. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*, 8(36), 11-17.
- Delgado, A.M. (2004). Calidad de vida de las personas mayores: el internamiento. *Portularia*, 4, 209-218.
- Fernández-Ballesteros, R. y Corraliza, J.A. (2000). Ambiente y Vejez. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (cap. 10). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2009). *Informe 2008. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo 1*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2012). *Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España*. Diciembre de 2010. Madrid: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.
- Izal, M. y Montorio, I. (2001). Psicología del Envejecimiento. Estabilidad y cambio. En A. Moreno (Coord.), *Psicología del desarrollo II. Adolescencia, madurez y vejez*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Jansen, S.J. (2013). Why is housing always satisfactory? A study into the impact of preference and experience on housing appreciation. *Social Indicators Research*, 113(3), 785-805.
- Makai, P., Brouwer, W.B., Koopmanschap, M.A. y Nieboer, A.P. (2012). Capabilities and quality of life in Dutch psycho-geriatric nursing homes: an exploratory study using a proxy version of the ICECAP-O. *Quality Of Life Research*, 21(5), 801-812.

Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. García, C. y García, M.M. (2011). ¿Cómo valoramos la Calidad de Vida? En M.C. Pérez-Fuentes y J.J. Gázquez (Comps.), *Envejecimiento y Demencia. Un enfoque Multidisciplinar* (pp. 341-347). Granada: Editorial GEU.

Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. y Mercader, I. (2012). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(2), 53-65.

Navarro, E., Meléndez, J.C. y Tomás, J.M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19(2), 63-67.

Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. y Molero, M.M. (2011). *Desarrollo psicológico en la Aduldez y senectud*. Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.

Rioux, L. y Werner, C. (2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 31(2), 158-169.

Rose, A.M. (2013). *Human behavior and social processes: An interactionist approach*. Oxford: Routledge.

Taira, E.D. y Carlson, J. (2014). *Aging in place: designing, adapting, and enhancing the home environment*. Oxford: Routledge.

Vargas, F. y Gallego, I. (2005). Calidad ambiental interior: bienestar, confort y salud. *Revista Española de Salud Pública*, 79(2), 243-251.

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), 152-62.

## CAPÍTULO 13

### Estudio de la relación de los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en ancianos institucionalizados

Leonor Jiménez Muñoz<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Luisa Quesada Gallego<sup>2</sup> y Francisco José Martínez Pastor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Rute, Córdoba (España); <sup>2</sup>Hospital de Poniente El Ejido, Almería (España);

<sup>3</sup>Residencia Virgen de La Esperanza, Almería (España)

El envejecimiento ha sido enfocado por las distintas civilizaciones desde una doble perspectiva. Hay culturas que consideran a la ancianidad como una etapa idealizada, de sublimación y culminación donde la persona tiene la sabiduría, es capaz de aportar soluciones a los problemas y tiene el poder que da la experiencia, se considera al anciano como al sabio del grupo, es una visión positiva de la ancianidad. En contraposición está la visión negativa, siendo la que más impera en nuestro medio, que considera al envejecimiento como un proceso de involución, deterioro y pérdida de las estructuras y funciones de la persona.

Es un concepto difícil de definir, no es solo el cambio que se produce en el tiempo, difícilmente dos individuos van a envejecer a la misma velocidad y con las mismas características, entre las definiciones más acertadas cabe reseñar la propuesta por Miller en 1994: “El envejecimiento es un proceso que convierte al adulto sano en frágil, a través de una disminución de las reservas en la mayoría de los sistemas fisiológicos y de un aumento exponencial de la vulnerabilidad frente a la mayoría de las enfermedades y de la muerte”, por lo tanto el envejecimiento es un proceso biológico general y no es la suma de todas las enfermedades propias de la vejez, a la vez, hay un aumento de la vulnerabilidad frente a otras patologías (Fortin *et al.*, 2004).

La población anciana tiene unas características en el hecho de enfermar, es necesario tener en cuenta estas realidades para poder realizar una actuación correcta:

En la ancianidad, aumenta la incidencia y la prevalencia de muchas enfermedades, se eleva el porcentaje de patologías múltiples y crónicas, el cuidado se puede complicar de varias maneras, así los síntomas pueden ser el resultado de varios de ellos interactuando, un proceso puede enmascarar la presentación de otro, el tratamiento de un proceso puede exacerbar a otro, todas las actuaciones pueden tener efecto sobre la capacidad funcional del anciano (Espejo *et al.*, 1997)

Alta prevalencia de problemas incapacitantes destacando los déficit sensoriales, la demencia, la incontinencia, la inestabilidad y las caídas, la inmovilidad, la malnutrición, la iatrogenia, el aislamiento y la depresión, es lo que se ha considerado en llamar Grandes Síndromes Geriátricos, estas clasificaciones nos permiten abandonar el concepto de patología que aplicamos en el adulto, para realizar un acercamiento sobre la funcionalidad y la autonomía del paciente, tenga las patologías que tenga.

La atención prestada a los ancianos desde los servicios sanitarios centra cada vez más sus objetivos en la “calidad de vida”. La medición de la calidad de vida se enmarca en el modelo biopsicosocial característico de la Atención Primaria y en la perspectiva integral de las personas (Higginson y Carr, 2001) Se trata de un concepto difícil que, no obstante, pasa a tener cada vez más población, los mayores de 65 años, en los que la vida ya no cuenta tanto en longitud como en contenido. El comité de expertos de la OMS para el envejecimiento define claramente que la atención al anciano afecta a “ramificaciones” sociales, culturales y económicas (Casado *et al.*, 2001).

El objetivo de nuestro trabajo es identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en ancianos institucionalizados.

#### Material y método

Se trata de un estudio observacional, de prevalencia. El trabajo se realizó en dos residencias geriátricas de la provincia de Almería una en la capital y la otra perteneciente a un pueblo. Se determinó una muestra de 130 sujetos. Utilizamos un muestreo aleatorio polietápico: en una primera fase estratificamos por cada una de las residencias en función del tamaño de la población; y en una segunda fase, un muestreo sistemático con arranque aleatorio, reclutando a las personas que cumplieran los criterios de inclusión de entre el total de ancianos que residían actualmente en ambas residencias.

Se incluyeron ancianos de ambos sexos de edad igual o mayor a 70 años que permanecían en residencia durante un año y que dieron su consentimiento informado para participar.

Se excluyeron las personas que no cumplían los criterios de inclusión, los enfermos terminales con esperanza de vida menor de 6 meses, los pacientes con enfermedades psiquiátricas o deterioro cognitivo grave, y aquellos que declinasen participar.

Los datos se obtuvieron mediante acceso al historial clínico de cada residente previo consentimiento informado de cada persona y de la dirección de cada residencia. El período de estudio fue desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. Se accedió a historial clínico de los participantes en el estudio y se midieron variables sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nivel de estudios.

La medición de la CVRS puede ser muy útil dentro de la práctica clínica diaria y en la planificación de la atención sanitaria a los ancianos. Se utilizó un instrumento que además de ser fiable y válido, es fácil de administrar, el cuestionario EuroQol-5D: instrumento genérico de medición de la CVRS que se utiliza tanto en individuos relativamente sanos y enfermos.

Formado por dos partes: un sistema descriptivo que permite medir estados o problemas de salud en 5 dimensiones (EQ1: movilidad, EQ2: cuidado personal, EQ3: actividades cotidianas, EQ4: dolor/malestar, y EQ5: ansiedad/depresión).

Dentro de cada dimensión se distinguen 3 niveles de afectación: no hay problemas, algunos o moderados problemas, y muchos problemas. La segunda parte es una escala visual analógica (EVA) donde los pacientes puntúan su propio estado de salud entre 0 y 100, correspondiendo el 0 al peor estado de salud imaginable y el 100 al mejor estado de salud. El EQ-5D además permite asignar valores a todos los estados de salud, obteniéndose un índice para cada uno de los 243 estados de salud posibles. El resultado es un sistema de ponderación obtenido a partir de la valoración por una muestra representativa de la población general de los estados de salud, mediante el método EVA (Coast, Peters, Richards y Gunnell, 1998).

Se utiliza una técnica de valoración llamada *time trade-off* a través de los resultados obtenidos al pasar a los pacientes el EQ-5D. El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte. De esta manera, se cuenta con un índice que puede utilizarse directamente o combinarse con los años de vida para calcular AVAC (años de vida ajustados por calidad).

La tercera parte es el Índice EQ-5D: el cual convierte el resultado de las 5 dimensiones anteriores (sistema descriptivo) en un índice agregado del estado de salud. Así, este Índice puede ser considerado como una valoración social del estado de la salud del encuestado, en contraste a la auto-evaluación de su estado de salud realizado a través del EQ-VAS (Hulme, Long, Kneafsey y Reid, 2004).

Forma de administración del EuroQol-5D: puede ser autoadministrado en un cuestionario siendo el propio paciente el que lee, e interpreta las respuestas y marca los ítems valorados en dicho cuestionario, pero actualmente también se realiza a través de entrevistas telefónicas y personalizadas con los propios pacientes, se ha verificado que el resultado difiere muy poco en ambos modelos (autoadministrado y entrevista).

Modo de análisis de datos del EuroQol-5D: dependerá del instrumento elegido (bien sistema descriptivo, escala EVA o Índice). Así en el sistema descriptivo se llevará a cabo la descripción por dimensiones mediante proporciones de individuos con problemas, bien en porcentajes de los niveles de gravedad para cada dimensión o bien agregando los niveles 2 y 3 y se darán dos categorías de pacientes (los que tienen problemas y los que no (Herdman, Badia y Berra, 2001).

Si analizamos, teniendo en cuenta la escala EVA, se comparan medias o medianas entre grupos y cambios en el tiempo siempre que el valor otorgado al estado de salud global sea una medida cuantitativa.

Para hacer un cálculo de los AVAC podemos utilizar los resultados obtenidos con el índice del EQ-5D solos (valorados como estados de salud) o combinarlos con datos de supervivencia de los pacientes.

#### *Análisis estadístico*

Para el análisis estadístico empleamos el programa SPSS versión 18.0 y consistió en el estudio descriptivo, seguido de un análisis bivariado para comprobar la existencia de asociación entre las variables sociodemográficas y las cinco dimensiones del EQ-5D, el estado de salud (EVA). Se establecieron intervalos de confianza del 95% y nivel de significación de  $p < 0.05$ .

## **Resultados**

La media de edad de los ancianos que participaron en el estudio fue de 88,2 +/- 1.7 años, siendo mujeres el 65,4%. Se hallaron diferencias en las características estudiadas según el sexo; así, se observa como las mujeres presentan una media de edad superior a la de los hombres, hay mayor porcentaje de viudas que de viudos. Con respecto a la frecuencia de problemas declarados mediante el sistema descriptivo de cinco dimensiones los problemas detectados fueron: movilidad (31.8%), cuidado personal (9.4%), actividades cotidianas (22.4%) dolor/malestar, presente en el 45.9% y ansiedad/depresión (el 43.5%). La puntuación media en la Escala Visual Analógica del EuroQol-5D fue 64 puntos por lo que la percepción de salud de los ancianos fue buena. Las personas de mayor edad y las mujeres presentan peor CVRS; otros factores, como el tener menor nivel educativo (64,4% sin estudios o estudios básicos), están independientemente asociados con algunas de las dimensiones del EuroQol-5D, como los problemas de movilidad o la realización de actividades cotidianas (Kind, Dolan, Gudex y Williams, 1998).

## **Conclusiones**

En nuestro estudio las mujeres, al igual que los participantes de mayor edad, presentan peor CVRS en casi todas las dimensiones del EQ-5D y en los indicadores globales. Otro factor sociodemográfico como el tener menor nivel educativo, están independientemente asociados con algunas de las dimensiones del Euro-Qold-5D. El estado civil, sin embargo, no parece ser una característica que permita distinguir aquellos ancianos con mala o buena CVRS (Espallargues, Valderas y Alonso, 2000).

Por otra parte, el que las mujeres presenten peor CVRS podría explicarse en parte por el hecho de que éstas mostraban un perfil sociodemográfico más desfavorable comparado con los hombres ya que eran de mayor edad que los hombres, más de la mitad eran viudas y presentaban un nivel de estudios inferior. Todos estos factores se han visto asociados en estudios previos a un deteriorado nivel de CVRS, además las mujeres padecen generalmente más enfermedades crónicas que los hombres, sobre todo de problemas de salud que producen dolor o malestar, lo cual les confiere peor percepción de su salud. Con el trascurso de los años las personas tienden a sufrir enfermedades y limitaciones en sus actividades habituales que terminan afectando a su calidad de vida. Por este motivo parece lógico que la edad se haya identificado como factor independientemente asociado al deterioro de la CVRS en este estudio. Así en las edades más avanzadas las enfermedades que van apareciendo son muy invalidantes e incapacitantes, lo cual conduciría a mayor nivel de estrés emocional (y consecuentemente de alteraciones emocionales como el sentirse deprimido o ansioso), pero no de dolor o malestar físico.

En nuestro estudio, la dimensión de la CVRS que aparece en todos los grupos de edad como la más frecuentemente afectada es la de dolor o malestar, lo cual no es de extrañar puesto que se trata de una población en donde la patología más prevalente suele ser la reumatológica. Seguidamente, los problemas con mayor frecuencia encontrados son los de movilidad, ansiedad/depresión, limitaciones en las actividades cotidianas, y por último, en el cuidado personal.

Aunque en este estudio hemos analizado el papel de muchos de los factores sociodemográficos asociados a la CVRS, no hemos valorado la red social de los participantes ni su posición socioeconómica, el grado de contactos sociales es un componente de la calidad de vida al que los ancianos le dan tanta importancia como al nivel de salud, siendo un factor determinante con su CVRS. La medición de la CVRS puede ser muy útil dentro de la práctica clínica, al identificar potenciales problemas, ya sean psicológicos o físicos, y ayudar a priorizarlos en función de su importancia. Además, podría ayudar a fortalecer la relación entre médico y paciente, al facilitar la discusión sobre los aspectos menos objetivables, como el funcionamiento social, y haciendo que el médico sea consciente del impacto sobre la calidad de vida de sus pacientes. Por ello, la valoración de nivel de CVRS de los ancianos es esencial en la práctica clínica cotidiana y debe ser introducida como un elemento más de la historia clínica de nuestros centros sanitarios.

Una de las aplicaciones de los estudios de CVRS es la planificación de la atención sanitaria, ya que se ha visto que su utilización en la práctica predice y mejora el uso de recursos sanitarios, así los esfuerzos deben ir encaminados en las primeras etapas de la ancianidad a disminuir el sufrimiento producido por enfermedades que generan dolor o malestar, mientras que en los más mayores debemos centrarnos más en disminuir las deletéreas consecuencias que sobre la funcionalidad y la esfera psicológica provocan las enfermedades incapacitantes.

## **Referencias**

- Águila, J.M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. y Gómez-Calcerrada, R.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Revista de Atención Primaria*, 28, 167-73.
- Coast, J., Peters, T.J., Richards, S.H. y Gunnell, D.J. (1998). Use of EuroQol among elderly acute care patients. *Quality of Life Research*, 7, 1-10.
- Espallargues, M., Valderas, J.M. y Alonso, J. (2000). Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Medical Care Journal*, 38, 174-86.
- Espejo, J., Martínez, J., Aranda, J.M., Rubio, V., Enciso, I., Zunzunegui, M.V., et al. (1997). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados. *Revista Atención Primaria*, 20, 3-11.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A.L. y Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 51-67.
- Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 28(6), 425-30.
- Higginson, I.J. y Carr, A.J. (2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal of Medicine*, 322, 1297-300.
- Hulme, C., Long, A.F., Kneafsey, R. y Reid, G. (2004). Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal of Medicine*, 322, 1300-301.
- Kind, P., Dolan, P., Gudex, C. y Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal of Medicine*, 316, 736-41.

## CAPÍTULO 14

### **Influencia que tiene sobre la calidad de vida de ancianos institucionalizados, la implantación de unas Guías de Prácticas Correctas de Higiene**

Marina Villalón Mir

*Universidad de Granada (España)*

Las Guías de Prácticas Correctas de Higiene (GPCH) son documentos escritos que recogen las prácticas y las condiciones necesarias antes y a lo largo de la implantación del Sistema de APPCC y que son esenciales para la seguridad alimentaria, de acuerdo con lo que se describe en los principios generales de higiene alimentaria y otros códigos de prácticas de la Comisión del Codex Alimentarius.

Estas prácticas proporcionan el entorno básico y las condiciones operacionales necesarias para la producción de alimentos seguros y engloban aspectos como: la limpieza y la desinfección de locales, utillajes, instalaciones y equipos; la prevención y el control de plagas; las prácticas de manipulación del personal ; los conocimientos sobre seguridad alimentaria; la identificación y la localización de los productos producidos y/o comercializados y la homologación de proveedores, entre otras.

No existen unas GPCH universales, sino que cada sector alimentario elaborará las suyas propias, en base a las necesidades de cada empresa y serán el pilar sobre el que poder trabajar cumpliendo unos requisitos mínimos de higiene y seguridad alimentaria

#### **Necesidad de contemplar adecuadas normas de higiene en restauración geriátrica**

El aumento de la esperanza de vida es una realidad cada vez más notable en el mundo desarrollado. Actualmente, en España, vivimos en una sociedad regresiva, puesto que cada vez hay más personas mayores y menos nacimientos. Si bien es cierto que la población cada vez es más longeva, también lo es que su calidad de vida empeora con los años. Como consecuencia nos vemos con una población de ancianos que sigue aumentando en número y por ello los ingresos en centros geriátricos crecen continuamente.

Los ancianos son considerados un grupo de riesgo ya que tienen un sistema inmune más deteriorado en la mayoría de los casos, y por tanto resulta de vital importancia establecer adecuadas medidas higiénico-sanitarias en cualquier centro geriátrico con cocina y comedor, a fin de prevenir la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria las cuales pueden poner en peligro la salud e incluso la propia vida de los ancianos.

Para evitar la contaminación de los alimentos y que estos puedan ser un foco de toxiinfección, dichos centros han de disponer de unos sistemas APPCC (análisis de peligros y puntos críticos de control) en la zona de cocina, entendiéndose por cocina un recinto aislado y separado del resto de dependencias.

La aplicación de procedimientos basados en los principios del APPCC es un requisito legal en todos los niveles de la cadena alimentaria y entre las ventajas de su aplicación, además del objetivo primordial de la seguridad de los alimentos, se encuentran el favorecer un uso más efectivo de los recursos de una empresa, disminuir gastos al evitar producciones inseguras y permitir a la empresa actuar de forma rápida y efectiva frente a problemas de seguridad alimentaria, aumentando la confianza de sus clientes y autoridades sanitarias (Mortimore y Wallace, 2001).

Los APPCC están basados en las Guías de Prácticas Correctas de Higiene y en los Planes Generales de Higiene (prerrequisitos). El objetivo es detectar los puntos críticos de control y modificarlos para que no sean fuente de peligro. Esto es de vital importancia, sobre todo en los grupos de población de riesgo y, por tanto, en los centros geriátricos ya que un foco de intoxicación alimentaria puede conllevar problemas muy graves en la salud de sus usuarios.

Las toxiinfecciones alimentarias se producen al ingerir alimentos contaminados por bacterias y/o sus toxinas, virus, parásitos ,hongos y mohos o sus micotoxinas, provocando enfermedades que suelen cursar con problemas digestivos (vómitos, diarreas, fiebre,..) y que en los ancianos pueden llevar a serios cuadros de deshidratación. Estas contaminaciones suelen surgir la mayoría de las veces por manipulaciones, preparación o conservación inadecuadas de los alimentos o porque los alimentos ya estén contaminados en el momento de la compra y recepción de mercancías. Unas buenas prácticas higiénicas antes, durante y tras la preparación de los alimentos y un buen plan de proveedores, pueden reducir las posibilidades de sufrir una intoxicación.

Los APPCC son documentos indispensables en los centros geriátricos. El correcto cumplimiento de estos sistemas permite reducir la probabilidad de crear focos de toxoinfección alimentaria y de provocar problemas derivados de la comida a los ancianos. Para la correcta aplicación de este sistema es necesario tener en cuenta numerosos factores relativos no solo a la planificación de los menús y número de cocineros, pinches de cocina, ayudantes, personal auxiliar, sino también a las instalaciones con las que cuenta el centro geriátrico tales como cocinas, cámaras refrigeradoras/congeladoras, abatidores de temperatura, armarios y/o mesas calientes, cuarto de verduras, economatos, sistemas de almacenamiento de alimentos frescos y procesados, material auxiliar (mesas, poyetes, fregaderos, estanterías,...). También hay que tener en cuenta si el centro dispone de cocina propia o catering, días de trabajo de la cocina y sistema de cocinado practicado (cocinado y servicio inmediato, cocinado a vacío, cocinado-refrigeración, cocinado-congelación), de la frecuencia con la que se realiza la compra de mercancías, tipos de proveedores y homologación de los mismos, condiciones de los lugares de almacenamiento de estas mercancías,... Todas estas variables complican en ocasiones la aplicación de un correcto APPCC, pero no por ello debe dejar de ser contemplado si se quiere evitar intoxicaciones alimentarias que puedan poner en peligro la salud e incluso la vida de los ancianos que viven y realizan sus comidas en estos centros.

Una forma de simplificar la implantación de unas normas que permitan una mayor garantía en la salubridad e inocuidad de los platos servidos en los comedores de estos centros geriátricos es la elaboración de unas correctas GPCH enfocadas principalmente hacia tres puntos cruciales del proceso implicado en el cocinado de los alimentos: la adecuada formación de los manipuladores, un buen plan de homologación de proveedores y unas adecuadas prácticas en la recepción y almacenamiento de mercancías.

### **Guías de prácticas correctas de higiene en restauración geriátrica**

Estas Guías se van a convertir en una herramienta de formación e instrucción para dar a conocer: 1. Las normas correctas de higiene personal que debe cumplir un manipulador de alimentos; 2. Las causas de contaminación de los alimentos; 3. Las correctas prácticas de manipulación de los alimentos; 4. Las medidas de prevención frente a las intoxicaciones alimentarias; 5. Los requisitos para la homologación de proveedores.

La correcta puesta en práctica de estas guías en un centro geriátrico con cocina y comedor propio tiene como principales ventajas:

GPCH EN RESTAURACION GERIATRICA	
VENTAJAS	Evitar la aparición de peligros asociados a los alimentos
	Aplicar correctas prácticas de manipulación, conservación y cocinado de los alimentos con el fin de mantener unos óptimos niveles nutricionales, higiénicos y organolépticos.
	Establecer las especificaciones de compra para proveedores que garanticen la inocuidad de los alimentos en origen
	Estandarizar las normas de higiene a seguir en la recepción de mercancías.

### *Los manipuladores como fuente de contaminación*

Desde la publicación del RD 109/2010, de 5 de febrero por el que se modifican diversos reales decretos en materia de manipuladores de alimentos, se ha llegado a la conclusión de que las medidas realmente eficaces son unas prácticas y hábitos higiénicos adecuados por parte de todos los implicados en el sector y ello incluye la educación de los manipuladores para prevenir enfermedades de transmisión alimentaria, siendo las empresas del sector alimentario las responsables de formar a sus manipuladores y para ello, deberán desarrollar programas de formación en cuestiones de higiene de los alimentos.

Dos son las vías por las cuales los manipuladores pueden contaminar los alimentos:

Vía directa: a través de sus manos, saliva,..

Vía indirecta: a partir de alimentos contaminados, actuando como medio de transporte a los gérmenes desde alimentos contaminados a los no contaminados.

En relación a los peligros que pueden transmitir/generar estos manipuladores en restauración colectiva, podemos distinguir:

Objetos físicos. Pueden producir peligros tales como atragantamientos. Estos objetos pueden provenir:

- Del propio manipulador, como pendientes, anillos, pulseras,
- Del alimento por una mala manipulación de este, como astillas de huesos, pepitas de frutas, cascara de huevo, etc.
- De la propia cocina, como cristales, trozos de metal, de plástico, etc.

Peligros químicos .Se pueden adicionar elementos químicos de forma involuntaria o accidental como detergentes, insecticidas, empleo abusivo o ilegal de aditivos, sustancias formadas durante la elaboración o

almacenamiento (hidrocarburos aromáticos policíclicos, benzopirenos, acrilamidas, compuestos polares de frituras excesivas, alquitranes y otros compuestos del humo, aminas aromáticas heterocíclicas,...), laca de uñas,...

Peligros biológicos. En el cuerpo del manipulador hay gran cantidad de gérmenes que pueden contaminar los alimentos, que se acumulan especialmente en las manos, la boca, la nariz, los oídos y el tracto digestivo. Algunos de ellos son patógenos, pero si la persona tiene alguna infección, el número de gérmenes patógenos es mayor. Es el caso, por ejemplo de *Salmonella* o *Escherichia Coli cepa O157:H7* (presente en el intestino de hombre y animales); *Staphylococcus aureus* (muy abundante en nariz, boca, garganta, piel del hombre) o *Shigela*, que contamina cuando el manipulador no se lava las manos correctamente y tiene contacto con alimentos o útiles infectados por esta bacteria. Ya que con las manos tocamos todas las partes de nuestro cuerpo, éstas pueden ser vehículo de contaminación de los alimentos.

¿Cómo y cuándo deben lavarse las manos? Las manos deben lavarse al principio de cada jornada de trabajo y muy especialmente después de realizar operaciones consideradas de alto riesgo como: *Después de manipular alimentos crudos y antes de manipular alimentos cocinados; Después de utilizar los servicios higiénicos; Después de comer, fumar, etc.; Tras haber tocado objetos como dinero, teléfono,.. ; Tras la manipulación de residuos o desperdicios; Siempre que se ausente del puesto de trabajo.*

Tras estas operaciones las manos deberán lavarse correctamente. Para ello se comenzará mojado las manos y los antebrazos con agua templada (alrededor de 37°C) para pasar después a enjabonarlas con un jabón neutro al mismo tiempo que se cepillan las uñas. Es importante que cada trabajador disponga de un cepillo personalizado. La operación de lavado terminará con un aclarado con abundante agua corriente y un posterior secado con papel desechable o aire caliente. Nunca se deberán utilizar toallas de tela o paño de uso común. (Documento Técnico de Salud Pública, nº116, 2007).

#### *Normas correctas de higiene personal que deberán contemplar todos los manipuladores*

En general no se deben llevar pendientes, anillos, pulseras ni otros objetos personales que pudieran caer en los alimentos. Esta medida deberá ser observada de forma muy escrupulosa en restauración geriátrica ya que los ancianos son especialmente vulnerables a la presencia de objetos físicos extraños en los alimentos que les pueden provocar atragantamientos con consecuencias perjudiciales imprevisibles. Por la misma razón, al manipular los alimentos se evitará en lo posible la producción de astillas de hueso o espinas de pescado, procurando realizar cortes limpios.

Al desmontar maquinaria para su limpieza o reparación se pondrá cuidado en la manipulación de las piezas pequeñas, aunque esto no se debería realizar nunca en presencia de alimentos. De igual manera en el montaje se cuidará no dejar piezas sueltas. Cuidar no dejar restos de huesos, cáscaras, espinas de pescado, etc.

En relación a los productos de limpieza y plaguicidas, se mantendrán siempre en sus envases originales. En los casos en que para su uso se deban diluir o mezclar se utilizarán envases apropiados para ello, no trasvasándose en ningún caso a recipientes que hayan contenido alimentos, por el riesgo a que se confundan y nunca se manejarán productos químicos como detergentes, insecticidas, etc. en la proximidad de los alimentos.

Es obligatorio que todo el personal de cocina use gorros limpios que cubran totalmente el pelo, no solo por el peligro de que caigan pelos, sino también por la gran cantidad de microorganismos que pueden caer junto con un pelo, una escama de caspa, etc. y deberán mantener un escrupuloso aseo personal. No obstante, no deberán usar maquillaje, perfumes ni lociones que puedan pasar al alimento y de igual manera no deben usar productos como repelentes de insectos o medicamentos de uso tópico.

Estará prohibido realizar en la zona de cocina actividades tales como comer, fumar, hurgarse la nariz o tocarse el pelo. También está desaconsejado usar trapos de tela. Lo correcto sería utilizar paños de papel desechable y en caso contrario, los paños de tela deberán limpiarse y desinfectarse con la frecuencia adecuada que garantice en cada momento la higiene de los mismos.

La ropa de trabajo y el calzado serán exclusivos de esta actividad. Si presentan heridas, deberán quedar convenientemente tapadas y asegurarse que no entran en contacto directo con los alimentos

#### *Correctas prácticas de manipulación de los alimentos*

Los alimentos deberán permanecer el menor tiempo posible en la llamada “zona de riesgo” ya sean alimentos crudos o elaborados. Esta zona comprende un rango de temperaturas entre 10 y 65°C donde los microorganismos alcanzan su máximo nivel de crecimiento y reproducción. Por eso es importante asegurar que se evita esta zona y para ello los alimentos nunca se deberán dejar enfriar a temperatura ambiente, ya que si los enfriamientos tras el cocinado son lentos, o se mantienen a temperatura ambiente tras su cocción mucho tiempo, pueden sobrevivir las esporas que producen algunos microorganismos, y posteriormente germinar. En restauración geriátrica, si el alimento se elabora en caliente pero se consume en frío (ensaladilla de patatas, ensaladas de mariscos, sopas frías,...) o si se cocina mediante el sistema de “línea fría” deberá ser sometido a abatimiento de temperatura de forma que se alcance

los 10°C en un tiempo máximo de 2 horas tras su cocinado. A continuación se procederá a su almacenamiento en refrigeración (por debajo de 4°-5°C) o en congelación a -18°C. Por la misma razón, hay que cocinar los alimentos de manera adecuada y asegurarse mediante un termómetro de penetración o sonda que en el centro del alimento se alcanza como mínimo los 70°C, una vez cocinados (De las Cuevas, 2006).

En alimentos gruesos el termómetro debe introducirse verticalmente en la comida o con un ángulo de aproximadamente 5 cm, en la parte más gruesa sin tocar hueso o grasa. La temperatura se registrará en aproximadamente 20 segundos. En alimentos de poco espesor, como las hamburguesas, las pechugas de pollo o las costillas de cerdo, puede que sea necesario introducir el termómetro en el costado, sin tocar hueso o grasa. Para otros alimentos de pequeño tamaño (albóndigas, croquetas, empanadillas, salsas, sopas,...) se deben introducir aproximadamente entre 1-2 cms verticalmente en el centro de la parte más gruesa de la comida. La temperatura demorará aproximadamente 5 segundos en registrarse. Habrá que verificar la temperatura en varios lugares cuando los alimentos tienen una forma irregular, ej.: pollo asado y en platos combinados.

A la hora de recalentar los alimentos, se deberán alcanzar en el centro de los mismos los 70°C, en un tiempo máximo de una hora. Para ello el centro deberá disponer de adecuados regeneradores de temperatura (hornos de convección o aire o baño maría). Está prohibido volver a enfriar los alimentos que han sido recalentados, para lo cual solo se deberán recalentar las cantidades justas de alimento que se precisen. En el sistema “de línea caliente” se dispondrán de aparatos para el mantenimiento de alimentos calientes a temperaturas por encima de 70°C (mesas calientes, carros calientes, armarios calientes, baños maría,...) y el tiempo que deberán permanecer en los mismos será como máximo de dos horas. De esta forma los alimentos se mantendrán calientes a temperaturas que garanticen la calidad higiénica de los mismos hasta su consumo. Pasado este tiempo si el alimento no es consumido deberá ser desechado. Llevar a cabo correctas prácticas de descongelación. No descongelar a temperatura ambiente, sino en cámara de refrigeración siendo necesario descongelar completamente el alimento para evitar zonas que aún estén congeladas a la hora de cocinarlos lo que dificultaría la llegada adecuada de calor al centro del alimento. Para acelerar el proceso de descongelación, la congelación deberá realizarse en pequeñas porciones de no más de 5-6 cms de grosor y en materiales de envasado de alta barrera.

Hay que renovar con la periodicidad adecuada el aceite o grasa utilizado para freír, a fin de evitar la aparición de compuestos polares tóxicos provocados por las reacciones de polimerización y oxidación que tienen lugar durante el proceso de fritura, especialmente cuando las temperaturas sobrepasan los 180°C. La temperatura de fritura no deberá sobrepasar los 200°C y se recomienda un recipiente inalterable (acero inoxidable) y un volumen de aceite proporcional a la cantidad de alimento.

Será necesario filtrar al menos una vez al día el aceite, y para ello se aconseja utilizar freidoras industriales con sistema de filtrado continuo, semicontinuo o con filtros en línea. Una vez filtrado, habrá que reponer el aceite consumido para evitar altas concentraciones de compuestos de alteración y guardarlo tapado (protegido de la luz y del oxígeno). Es conveniente establecer un sencillo programa por escrito, en el que se prevea los momentos del día en los que se realizará el filtrado de aceite y la reposición con aceite nuevo.

#### *Medidas de prevención frente a las intoxicaciones alimentarias*

La prevención pasará por la aplicación de una serie de controles que se realizarán en un punto o una fase del proceso de cocinado a fin de eliminar o reducir a niveles aceptables un riesgo o peligro relacionado con la seguridad o inocuidad del alimento. Estos controles se realizarán de forma rutinaria y con una frecuencia continua y están basados en observaciones visuales y determinaciones fisicoquímicas rápidas y de fácil aplicación por parte del personal de cocina. (Documento Técnico de Salud Pública, nº79, 2003). En la tabla 1 se recogen algunos de los controles a realizar.

#### *Requisitos para la homologación de proveedores*

El centro geriátrico debe garantizar el origen y la seguridad sanitaria de todas las materias primas, ingredientes y materiales en contacto con los alimentos, así como de los productos de limpieza y desinfección que adquiera a través de proveedores que deberán estar homologados.

A la hora de hacer la selección de proveedores, hay que tener en cuenta una serie de:

A) *Requisitos mínimos*. Deberá constar los siguientes datos de los proveedores:

- El nombre o razón social de la empresa y la Dirección completa
- El nº de Registro General Sanitario de Alimentos en vigor.
- Documentación relativa al sistema APPCC implantado.

Tabla 1. Sistemas de control para prevenir riesgos en una cocina (Fuente: elaboración propia)

CONTROLES VISUALES / frecuencia diaria	CONTROLES FISICO-QUIMICOS
Adecuado comportamiento y aspecto higiénico de los manipuladores.	Comprobación de la Tª interna del alimento cocinado mediante termómetro sonda
Correcto estado de conservación, mantenimiento e higiene de los aparatos, equipos y utensilios.	Calibración periódica de los termómetros de los equipos utilizados tanto en el cocinado como en el mantenimiento en caliente.
Correctas Tª de cocción en los termómetros externos de los equipos de cocinado y mantenimiento en caliente.	Calibración periódica de los termómetros de las cámaras refrigeradoras y congeladoras
No reutilización de sobras de las comidas.	Test colorimétrico para evaluación de compuestos polares en aceites de fritura
Correctas Tª de los aparatos refrigeradores y congeladores.	Test de proteínas o mediciones bioluminiscentes de ATP mediante detección de residuos de alimentos en superficies(control de limpieza)
Observación del aceite de fritura: humo en exceso, colores oscuros, formación de espuma.	

B) *Requisitos complementarios.* Se les podrá exigir complementariamente:

- La documentación de las medidas de DDD que se aplican (Registro de establecimientos y servicios plaguicidas para hacer tratamientos de desinsectación y desratización).
- ATP del vehículo de transporte: Vehículo frigorífico clase A: Entre 12 y 0° C. Control de la Marca de identificación: FNA. Se indicará debajo de la marca o marcas de identificación la fecha de expiración de la validez del certificado expedido para el vehículo (mes y año). El Real Decreto 237/2000 establece la reglamentación básica para la construcción, control y ensayo de vehículos para el transporte terrestre de productos alimentarios a temperatura regulada
- Documentación sobre composición de los materiales de envasado y embalaje utilizados, etc.
- Certificaciones de interés, siendo el caso de las certificaciones de calidad, como por ejemplo las basadas en las normas ISO 9001, ISO 22000, IFS o BRC.

Es recomendable la solicitud, a los proveedores, de certificados analíticos de los lotes recibidos con el fin de asegurar que se están cumpliendo las especificaciones de suministro. Comprenderán determinaciones analíticas tanto microbiológicas (microorganismos aerobios psicrófilos, enterobacterias,...) y fisicoquímicas (metales pesados, residuos de antibióticos, dioxinas, micotoxinas,...) como nutricionales y sobre un muestreo de productos. La frecuencia será al inicio de contratar a un proveedor y luego, por ejemplo, anual. Estos resultados deberán quedar registrados en el centro geriátrico.

## Conclusiones

Las GPCH, son documentos escritos que dan a conocer los peligros asociados a la manipulación de los alimentos y ayudan a evitar o disminuir el riesgo de aparición de toxiinfecciones alimentarias resultando imprescindibles en cualquier centro de restauración y en especial en los centros geriátricos.

Unas buenas GPCH específicas para el centro geriátrico enfocadas hacia el plan de formación de manipuladores y el de homologación de proveedores pueden disminuir considerablemente la probabilidad de crear focos de toxiinfección de una forma sencilla y conseguir que los ancianos tengan una mejor calidad de vida.

## Referencias

De las Cuevas, I. (2006). *APPCC Aplicado a la restauración colectiva. Guía Básica de Aplicación a Comedores*. Editorial Ideaspropias.

Documento técnico de Salud Pública nº 79. (2003). *Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerrequisitos en las empresas alimentarias, requisitos básicos en la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública (ed.). Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Documento Técnico de Salud Pública, nº116. (2007). *Guía para el diseño, implantación y mantenimiento de un sistema APPCC y prácticas correctas de higiene en las empresas alimentarias*. Edita: Dirección General de Salud pública y Alimentación. Comunidad Madrid.

Mortimore, S. y Wallace, C. (2001). *HACCP enfoque práctico (2ª ed.)*. Zaragoza: Editorial Acribia.

Real Decreto 109/2010, de 5 de Febrero por el que se modifican diversos reales decretos en materia sanitaria para su adaptación a la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE, núm.44.



## CAPÍTULO 15

### Úlceras por presión en ancianos institucionalizados

Laura Sans Guerrero<sup>1</sup>, Elvira Gázquez Fernández<sup>1</sup> y Miguel Vázquez  
De Agredos Núñez De Arenas<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Diplomado Universitario en Enfermería; <sup>2</sup>Diplomado en Fisioterapia

#### Objetivos

El objetivo principal del artículo es mejorar la calidad de los cuidados para úlceras por presión enseñar al profesional sanitario y al lector sobre úlceras por presión en ancianos.

#### Justificación y método

Se trata de una complicación muy frecuente, que aparece especialmente en personas de edad avanzada y que tienen problemas de movilidad. Es muy importante prevenirlas, ya que alargan el ingreso del paciente, y aumentan los costes sanitarios, entre otros. Además, se calcula que diariamente en España 80.000 personas son atendidas por este problema y tienen una mortalidad de 600 pacientes anuales. Es por ello que hemos querido reflejar en este artículo todo lo que se debe de saber sobre las úlceras por presión y cómo prevenirlas y tratarlas.

En cuanto al método, es un estudio bibliográfico de abordaje cuanti-cualitativo. Se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de referencias bibliográficas a través de bases de datos electrónicas, de artículos de revistas de enfermería y de libros de texto sobre UPP, todo ello en la Biblioteca "Nicolás Salmerón", de la Universidad de Almería. Como criterio de inclusión para la búsqueda de documentación hemos optado por artículos originales científicos relacionados con las úlceras por presión y libros de texto donde se encuentre documentada dicha complicación, publicados a nivel nacional e internacional.

#### Úlceras por presión: epidemia bajo las sábanas

##### *Prevalencia y demografía*

Las UPP son un problema de salud frecuente en pacientes de alto riesgo. Su incidencia se sitúa en un rango de 0,4%-38% en procesos agudos, 2,2 %-23,9% en crónicos terminales y 0%-17% en el domicilio (Reddy, Gill y Rochon, 2006).

El primer estudio a nivel nacional sobre la prevalencia de las úlceras por presión fue del 8.34% en atención a domicilio, del 8.81% en hospitales y del 7.6% en residencias. Sin embargo, los datos en 2005 ascendieron a 9.11% en atención a domicilio, del 8.91% en hospitales y del 10.9% en residencias (Rueda, Torra i Bou, Martínez, Soldevilla, López y Verdú, 2001).

Soldevilla y Torra i Bou (1999) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en el que la prevalencia de las úlceras por presión fue del 0.26% en centros de salud (en ancianos), del 12.26% en hospitales y del 12.84% en residencias.

En las personas mayores de 65 años, aparecen el 45.8% de las UPP, presentando además una gran variabilidad según el servicio de hospitalización (Ortí y Alba, 2007).

Se estima que el coste anual del tratamiento de las UPP en nuestro país alcanza la cifra de 435 millones de euros y que diariamente en España 80.000 personas son atendidas por este problema y tienen una mortalidad de 600 pacientes anuales (López, García, Lacida y Pérez, 2005).

##### *Definición*

Almendáriz definió en 1999 la úlcera por presión como una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.

Existen múltiples motivos por los que puede aparecer esta complicación, pero según Ortí y Alba (2001), estos son los más destacables:

1. Por una mala circulación de la sangre en ciertas partes del cuerpo, por estar sobre todo en cama durante tiempos prolongados.

2. Por motivos fisiopatológicos, como son las lesiones cutáneas, los trastornos en el transporte de oxígeno, alteraciones inmunológicas y de la conciencia y deficiencias nutricionales.

3. El uso de algunas técnicas diagnósticas y tratamientos ortopédicos, como aparatos fijadores esqueléticos que provocan inmovilidad.

4. Por factores dependientes de los cuidados recibidos como la higiene, la ausencia o defecto de cambios posturales, la fijación inadecuada de sondas o la falta de educación sanitaria, entre otros.

#### *Clasificación de las UPP*

Según el GNEAUPP (2003) podemos diferenciar los siguientes estadios:

Estadio I: Aparece una alteración observable en la piel íntegra, manifestada por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. La temperatura de la piel puede estar caliente o fría.

Estadio II: Se observa una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III: Hay una pérdida total del grosor de la piel, donde hay lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

Estadio IV: Aparece una pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructura de sostén. Puede haber trayectos sinuosos y socavados.

### **Cómo prevenir las úlceras por presión**

La prevención de las UPP permite mejorar los resultados de la atención sanitaria junto con la seguridad del paciente, además, aumenta los niveles de calidad de la asistencia y nos permite ahorrar recursos y costes sanitarios y sociales (Posnett y Torra i Bou, 2003).

1. Valorar el riesgo existente en todos los pacientes: La valoración para diagnosticar la presencia o riesgo de aparición de úlceras por presión, debe de realizarse de manera integral, por eso, debemos de incluir la historia clínica con examen físico completo, valoración nutricional con un instrumento validado y una valoración sobre aspectos psicosociales, donde se debe de identificar al cuidador principal. Se deben de usar escalas de valoración validadas, como la escala EMINA.

2. Cuidados de la piel: Hay que valorar el estado de la piel diariamente para poder identificar de forma precoz los signos de lesión (coincidiendo con el aseo), poniendo especial atención en las prominencias óseas (López, García, Lacida y Pérez, 2005). Mantener higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con PH neutro y secado por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales. Nunca usar alcoholes sobre la piel. Aplicar crema hidratante excepto en los pliegues cutáneos, acompañando con un pequeño masaje (no en prominencias óseas). Mantener la ropa de cama siempre limpia, seca y sin arrugas. Además es importante no usar apósitos adhesivos para prevenir (Ortí y Alba, 2001).

#### 2. Control de la presión:

Movilización: Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del anciano, manteniendo en la medida de lo posible la deambulación y proporcionando dispositivos de ayuda como las barandillas, andaderas etc. (Ortí y Alba, 2001).

Cambios posturales: Si no hay contraindicación, según Ortí y Alba (2001), realizarlos cada 2-3 horas y siguiendo una rotación programada, evitando siempre el contacto entre prominencias óseas y evitando la fricción. No incorporar la cama más de 30° de inclinación.

Manejo de la presión: Usar superficies especiales para ello, como colchones antiescaras. Éstas, incrementan el confort del paciente reduciendo y aliviando la presión

Es recomendable usar superficies estáticas para pacientes con riesgo bajo, y superficies dinámicas para pacientes con riesgo medio-alto. Estas superficies no sustituyen a la movilización ni otros cuidados.

Protección local ante la presión: Se deben de usar unos apósitos de poliuretano en prominencias óseas para prevenir las UPP y las llamadas taloneras, evitando siempre la caída del pie (López, García, Lacida y Pérez, 2005).

3. Control de la humedad: Hay situaciones que pueden conllevar a un exceso de humedad en el paciente, como es la incontinencia, la presencia de drenajes, la sudoración profusa y el exudado de heridas. Por tanto, hay que tomar medidas para evitar este exceso como por ejemplo mantener la siempre limpia y seca, evitar maceraciones, secar siempre los pliegues cutáneos etc. (Ortí y Alba, 2001).

4. Vigilancia de la nutrición: Nutrición y alimentación son puntos claves para prevenir y cicatrizar las UPP y para evitar las complicaciones cuando ya han aparecido..

Se ha de aportar al paciente una correcta ingesta dietética para prevenir la malnutrición, respetando siempre los gustos alimentarios de cada paciente y teniendo en cuenta sus condiciones de salud. Ortí y Alba (2001) en sus estudios, afirman que los pacientes de alto riesgo y con lesiones necesitarán una dieta hiperprotéica e hipercalórica.

### **Cuidados generales de las UPP**

1. Valoración de la lesión: Se debe de llevar a cabo como mínimo una vez a la semana y siempre que haya cambios en el estado de salud del anciano. Para valorarla, hemos de tener en cuenta a los siguientes puntos:

- Ubicar la lesión y determinar en qué estadio se encuentra y que dimensiones tiene.
- Averiguar la antigüedad de la lesión.
- Evaluar qué tipo de tejido existe en el lecho, es decir, si es granulado, esfacelado, necrótico seco o necrótico húmedo.
- Determinar la existencia o no de tunelizaciones, fístulas y el grado de exudación de la misma.
- Valorar la presencia de signos clínicos de infección y la presencia y/o ausencia de dolor.
- Inspeccionar el estado de la piel perilesional.

2. Limpieza: Toma gran importancia en el procedimiento del cuidado de las heridas.

Los objetivos de la limpieza de la lesión es retirar restos orgánicos e inorgánicos presentes, exudados y desechos metabólicos, rehidratar la superficie de la herida, preservar la piel perilesional y disminuir el riesgo de infección (GNEAUPP, 2004).

Según López, García, Lacida y Pérez (2005), hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Como norma general se han de limpiar las heridas con suero fisiológico o agua destilada.
- Se ha de aplicar una lesión de lavado que garantice el arrastre de restos orgánicos e inorgánicos sin lesionar el tejido sano o dañar aún más la lesión.
- Evitar usar de manera rutinaria los antisépticos para limpiar heridas crónicas, ya que es un producto que puede retrasar la cicatrización.

3. Desbridamiento: La existencia de tejido necrótico o de una escara negra de carácter seco o húmedo, actúa como medio idóneo para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

El objetivo del desbridamiento es minimizar la contaminación y mejorar la curación, ya que eliminan niveles altos de bacterias que se encuentran presentes en el tejido necrosado. Tipos de desbridamiento:

- Quirúrgico: Retirada completa y en una sola sesión de tejido necrótico en una sala quirúrgica y bajo anestesia.
- Cortante: Es el realizado a pie de cama retirando de forma selectiva y en diferentes sesiones.
- Enzimático: Aplicación local de enzimas exógenas que actúan degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. Como ejemplos se encuentra la colagenasa.
- Autolítico: Aplicación de apósitos que se usan en curas de ambiente húmedo. Se pueden destacar los hidrogeles e hidrocoloides.

4. Manejo de la carga bacteriana: Es muy efectivo asociar la limpieza, desbridamiento y apósitos de plata para controlar la carga bacteriana de lesiones contaminadas. Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando la infección se ha diseminado.

5. Curas en ambiente húmedo: manejar la cantidad y el tipo de exudado, elección del apósito y los cuidados de la piel perilesional.

6. Seguimiento del paciente: El seguimiento de las lesiones y la frecuencia con la que se realizan las curas van determinadas por la situación del paciente y sus objetivos terapéuticos, por el tipo de lesión y por el producto seleccionado para la cura de la úlcera.

7. Toma de muestras: Si la infección perdura en el tiempo y persisten los signos bacteriológicos con exudado purulento se procederá a la recogida de muestras mediante aspiración percutánea, frotis de la lesión o biopsia tisular (López, García, Lacida y Pérez, 2005).

#### *Elección del apósito según el tipo de herida*

Según una publicación editada por Hall, Murillo y Quesada (2001), hemos de tener en cuenta que tipo de lesión existe para así aplicar un tipo de apósito u otro:

1. Heridas infectadas: Apósitos que retengan la humedad y absorban los exudados. Opcionalmente se pueden añadir apósitos que absorban malos olores y tengan propiedades antibacterianas.

2. Heridas limpias con exudados abundantes: Apósitos que retengan la humedad y absorban los exudados. Opcionalmente se pueden añadir apósitos que tengan propiedades antibacterianas.

3. Heridas secas con poco exudado: Apósitos que retengan la humedad, disminuyan adherencias al lecho y sean aislantes térmicos.

4. Herida seca y necrótica: Apósito que retenga la humedad.

#### *Tipos de apósitos y funciones*

Ácidos grasos hiperoxigenados: Prevención y tratamiento de las UPP en estadio I y II. Mejora la resistencia de la piel, favoreciendo la renovación de las células epidérmicas y favorece la cicatrización.

**Hidrocoloide:** Se usan en UPP de estadio I, II y III que no tengan signos de infección. Sirven como desbridante autolítico. Favorece la granulación y epitelización.

**Apósito hidrocelular:** Se usa en todos los estadios en prominencias óseas. Reduce la presión estática y dinámica.

**Apósito hidropolimérico:** Posibilita una rápida absorción del exudado en la fase de limpieza y de granulación, en la que el nivel de exudado es elevado.

**Hidrocoloide hidrorregulador:** Se usa en lesiones con bajo exudado y para la cicatrización de éstas. No usar en úlceras cavitadas, si el exudado es elevado o si hay infección.

**Poliuretano:** Apósito con lámina transparente que se usa para UPP en fase de epitelización y previene contra la aparición de las mismas.

**Colágeno:** Se usa cuando las lesiones están estancadas en la fase de granulación. Absorbe gran cantidad de exudado y produce una rápida hemostasia.

**Hidrogeles:** Se utilizan en todos los estadios de las UPP. Sirven para heridas infectadas y como desbridante autolítico. Favorece la granulación y epitelización de heridas. Sirven para rellenar las úlceras cavitadas. Exudado mínimo o moderado

**Alginato cálcico:** UPP muy exudativas e infectadas. Tienen función desbridante. No adecuados para lesiones secas, con poco exudado o que tengan cicatriz.

**Hidrofibra de hidrocoloides:** Úlceras muy exudativas e infectadas. Tiene una alta capacidad absorbente proporcionando un medio húmedo con un riesgo mínimo de maceración. promueve el desbridamiento autolítico.

**Apósitos de carbón:** Favorecer la cicatrización de la herida mediante la absorción de los microorganismos que la contaminan. Lesiones muy exudativas, infectadas y malolientes

**Apósitos de plata:** Se usan en la profilaxis y tratamiento de la infección de heridas (Hall, Murillo y Quesada, 2001).

### **Cuidados generales y tratamiento en cada estadio de las lesiones**

En todas los estadios de las UPP se han de llevar los siguientes cuidados generales (López, García, Lacida y Pérez, 2005):

- Limpieza de la úlcera con suero fisiológico.
- Aplicar povidona yodada en la piel circundante, dejando secar.
- Aplicar apósito sin recortar.
- Siempre que haya infección, tendencias al sangrado y no existan necrosis secas hemos de colocar alginatos combinados con plata.
- Poliuretanos hidrocelulares e hidropoliméricos, son placas adhesivas o no de espumas que sirven para evitar la presión en la herida.
- Usar colágeno siempre y cuando las lesiones estén estancadas en la fase de granulación.

Es de especial importancia en esta revisión bibliográfica destacar que cuidados se han de llevar a cabo en casa estadio de las UPP:

**Estadio preúlcerica:** Ácidos grasos hiperoxigenados, apósito hidrocoloide hidrorregulador, hidrocelular o hidropolimérico. Todo ello contribuye a la prevención.

**Estadio I:** Apósito hidrocoloide (transparente-extrafino o semitransparente), hidrocoloide-hidrorregulador, hidrocelular, hidropolimérico o apósito transparente de poliuretano. Ácidos grasos hiperoxigenados.

En talones usar un apósito hidrocelular y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Carballo, Clemente, Martín y López, 2010).

**Estadio II:** Apósito hidrocoloide, hidropolimérico, hidrocelular, gel de poliuretano, colágeno en polvo, alginato cálcico y poliuretano con hidrogel. Si existe ampolla, perforarla y seguir con cuidados generales (López, García, Lacida y Pérez, 2005).

**Estadio III y IV:** Según GNEAUPP (2003) en estas dos fases los cuidados a seguir básicos son los siguientes:

Si existe tejido necrótico hemos de cortar placa necrótica y llevar a cabo un desbridamiento enzimático con colagenasa. Si el desbridamiento enzimático no es eficaz proceder a desbridamiento quirúrgico.

Limpieza correcta de la lesión.

Prevención y tratamiento de la infección bacteriana .

Elección de un producto que mantenga siempre el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal. Algunos de los productos que se pueden usar son los destacados por Domínguez, Trujillo y González (2006):

Fase de desbridamiento con necrosis seca: Hidrogel con o sin alginato

Fase de desbridamiento con necrosis húmeda y/o esfacelos: Hidrogel, alginato cálcico sin/con hidrocoloide, apósito de carbón y/o plata, hidrofibra de hidrocoloide o suero salino en gel.

Fase de granulación: Apósito hidrocoloide, hidropolimérico, hidrocélular, hidrogel sin/con alginato cálcico, alginato cálcico con/sin hidrocoloide, colágeno en polvo, suero salino en gel, espuma de poliuretano e hidrogel, hidrofibra de hidrocoloide.

Lesiones cavitadas: Alginato cálcico, alginato cálcico con hidrocoloide con mecha (si infección), apósito hidrocélular, gel de poliuretano, hidrogel sin alginato, hidrocoloide en pasta, hidrofibra de hidrocoloide.

Lesiones infectadas sin mal olor: Alginato cálcico, alginato cálcico con hidrocoloide, hidrofibra con plata, hidropolimérico con plata, apósitos de carbón y plata

Lesiones infectadas con mal olor: Alginato cálcico, carbón activo o carbón activo con plata.

## Conclusión

Como primera conclusión, tras valorar y analizar la bibliografía consultada, queda en evidencia que nos encontramos ante un gran problema sociosanitario y mundial. Millones de personas padecen esta complicación, por lo que se necesitan una gran cantidad de cuidados específicos por parte del personal de enfermería.

Como ya sabemos, las úlceras por presión conllevan a un pronóstico bastante negativo, mayor mortalidad en quienes las padecen, pérdida de funciones, ascenso en el riesgo de sepsis e independencia.

A raíz de estas complicaciones, cuando un paciente tiene úlceras se incrementa el trabajo de enfermería en un 50%, incrementándose además el tiempo de estancia en las diferentes instituciones sanitarias y aumento los costes relacionados con la atención.

Este aumento del coste es difícil de asumir ya que tenemos que tener en cuenta que un 95% de las UPP que aparecen son totalmente evitables.

Como segunda conclusión, se deduce que la prevención en esta problemática resulta esencial, ya que es menos costosa tanto para el sistema sanitario como para el paciente y resulta más eficaz que el tratamiento. La primera medida de prevención a tomar ha de ser la identificación adecuada a los pacientes de mayor riesgo y aplicar todas las medidas preventivas necesarias con los recursos que dispongamos.

El incremento de la importancia en prevención ha propiciado que en los últimos años se produzcan continuos cambios dentro de las instituciones sanitarias, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial para pacientes con UPP (SNS, 2006).

Tras analizar todas las medidas de prevención presentes en los diferentes recursos bibliográficos, llegamos a la conclusión de que las intervenciones preventivas más eficaces se encuentran son el uso de superficies de apoyo adecuadas, cambios posturales y una nutrición óptima e hidratación de la piel, sobre todo en zona sacra.

En la presente revisión se ha destacar además, que los productos usados con más frecuencia en las úlceras es el carbón activo y la plata, los apósitos usados para disminuir la presión y los hidrogeles.

La última consideración, es que para conseguir los objetivos se ha de contar con un equipo de profesionales. Gracias a este equipo multidisciplinar, la situación del paciente tendrá mejor futuro y pronóstico.

## Referencias

Alba C. y Ortí R. (2007). *Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Valencia.

Armendáriz M.J. (1999). *Úlceras por presión en Heridas crónicas y agudas*. Madrid: EDIMSA.

Carballo J.M., Clemente W., Martín C., López K. (2010). *Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general Virgen del Rocío*. Sevilla: Hospital Universitario de Sevilla.

Domínguez, M.C., Trujillo, J.M. y González, T. (2006). *Úlceras por presión, ¿... y ahora, qué apósito utilizo?* *Nure Investigación*, 22.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (2003). *Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Logroño: GNEAUPP.

Hall, V., Murillo, N. y Quesada M., (2001). *Apósitos Hidrocoloides, su papel en la curación de heridas*. Centro de información de medicamentos. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

López, S.R., García R., Lacida M., Pérez R.M. (2005). *Guía práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Editado por Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Agencia de Calidad del SNS.

Posnett, J. y Torra i Bou, J.E. (2003). *El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España. Mesa de Debate. Las UPP un reto para el sistema de salud y la sociedad*. Barcelona y Madrid.

Reddy, M., Gill, S. y Rochon, A. (2006). Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. *JAMA*; 296, 974-84.

Rueda J., Torra i bou J., Martínez F., Verdú J. y Soldevilla J.J. (2003). *Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España epidemiología y variables defintorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos; 14(1): 37-47.*

Soldevilla JJ. (1994). *Cómo valorar y describir una úlcera cutánea. Gerokomos, 5(10): 3-11.*

Soldevilla, JJ. y Torra i Bou, JE (1999). *Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos, 10(2), 75-86.*

## CAPÍTULO 16

### La caída en el anciano institucionalizado: valoración y prevención

Sandra Sue Torres Giner<sup>1</sup>, Natalia Sáez Donaire<sup>1</sup>, Jéssica García González<sup>1</sup>, Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández<sup>2</sup> y María Isabel Ventura Miranda<sup>3</sup>  
*Residencia Domingo Sastre de Lorca (España); Atención Primaria de Lorca (España);  
Hospital Universitario Reina Sofía (España)*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada. El anciano tiene una predisposición para caer y son múltiples las causas que pueden contribuir a ello.

Según la OMS los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, el riesgo de caídas aumenta con la edad. Las caídas ostentan el primer puesto en cuanto a causa de accidente, enfermedad y mortalidad en la vejez; 5 de cada 10.000 personas mayores de 65 años mueren por sus consecuencias, 15 por cada 10.000 en edades superiores a 75 años y entre 52 a 55 al rebasar la edad de 85, en un ascenso realmente vertiginoso. Un 10% de los que caen volverán a sufrir caídas en un plazo no mayor a seis meses, sin certeza medica en cuanto a la causa real. Ciertamente, la posibilidad de repetir el incidente ocasiona miedo a caerse de nuevo y el anciano puede sentir ansiedad, inseguridad, y tendencia a tomar excesivas medidas de precaución; esto inmoviliza al anciano y afecta a la deambulación.

Según el Instituto Gerontológico la tercera parte de los mayores de 65 años caen al menos una vez al año y en los mayores de 85 años asciende al 50%. Se producen fracturas en aproximadamente un 6% de las caídas pero en los mayores de 75 años la cifra se dispara al 25%.

El aumento de las enfermedades crónicas y la esperanza de vida, así como el acortamiento de las estancias hospitalarias ha provocado un aumento en la incidencia de caídas en el anciano

Los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de muerte de ancianos. Las caídas, que son la causa principal de accidentes en ancianos, con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero sí afectan la salud y la calidad de vida de la persona. Las consecuencias normales y patológicas del envejecimiento que contribuyen al aumento del número de caídas, abarcan cambios visuales, como la disminución de la percepción de la profundidad, la susceptibilidad al deslumbramiento, la disminución de la agudeza visual, y las dificultades en la acomodación a la luz; cambios neurológicos como la pérdida del equilibrio y de la propiocepción, así como aumento en el tiempo de reacción; modificaciones cardiovasculares, que originan hipoxia cerebral e hipotensión postural, cambios intelectuales, entre estos los de confusión, pérdida del juicio, conducta impulsiva y modificaciones músculo-esqueléticas, que abarcan posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular (Smeltzer y Bare, 1994).

Rocabruno y Prieto (1992) en su publicación plantean que las disminuciones sensorperceptivas provocan una evidente pérdida de la velocidad de reacción, transmisión y respuesta del sistema nervioso central (SNC) y una disminución en la capacidad de coordinación neuromuscular, por tanto, ante las tareas difíciles, fatigosas y mantenidas mostrarán cansancio, agotamiento e incapacidad.

Como se ha demostrado en el estudio ICARE (1995) (Investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico), las caídas en los ancianos con buen estado de salud y que envejecen con éxito son mucho más violentas en comparación con las sufridas por los ancianos frágiles.

Dentro de los factores de riesgo de caídas podemos distinguir los Factores intrínsecos que son aquellos dependientes del individuo, por el propio proceso de envejecimiento o por enfermedades de base y los Factores Extrínsecos que son los que dependen del medio ambiente que rodea a dicho individuo. En la caída pueden influir uno o varios de éstos factores.

#### *Causas intrínsecas*

- Edad.
- Reducción de la movilidad.
- Antecedentes de caídas.
- Afecciones médicas: Parkinson, incontinencia, demencia, artritis, alzhéimer,...

- Afecciones músculo-esqueléticas/ neuromusculares.
- Disminución de la fuerza en extremidades y de presión.
- Problemas en pies. Callos, deformidades.
- Alteraciones en la visión.
- Disminución de la percepción.
- Anomalías en la marcha o el equilibrio.
- Psicológicas/cognitivas.
- Medicación. Psicotropos, sedantes, analgésicos, narcóticos, hipotensores, diuréticos; que pueden producir en el anciano: disminución del estado de alerta, fatiga, mareo, hipotensión postural.

*Causas extrínsecas*

- Iluminación insuficiente.
- Suelos deslizantes, mojados o irregulares.
- Mal diseño de escaleras.
- Suelos con desperfectos causados por el terremoto de 2011.
- Tipo de calzado.

Conocer los factores potenciales de caídas y su identificación precoz puede evitar o reducir su número.

Como medidas preventivas realizamos estudios sobre cuáles de los residentes tienen mayor riesgo de padecer caídas, al ingreso del paciente se elabora una historia clínica lo más completa posible con la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en las caídas.

Se aconsejan realizar ejercicio y actividad física diaria para fortalecer los músculos y aumentar la resistencia con esto se mantiene la higiene postural, movilidad normal de las articulaciones y los reflejos, mejora el estado de alerta.

La disminución o ausencia de la actividad puede reducir el número de caídas a corto plazo al reducir la exposición, pero si se mantiene en el tiempo sólo puede aumentar el riesgo, a causa de la falta de autoconfianza y pérdida de condiciones físicas. Los ejercicios de coordinación y propiocepción ayudan a mantener el equilibrio y la marcha. Tratamos los deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales, como el cuidado de la visión.

La dieta también juega un papel importante ya que si el residente padece obesidad el riesgo de padecer una caída aumenta. La información al residente sobre adoptar prácticas seguras y ayudarlo a reconocer los peligros

Como hemos dicho antes la farmacología es un factor predisponente, para minimizar al máximo los riesgos se toman medidas preventivas como por ejemplo, se utilizan fármacos con menos efectos secundarios potenciales, se utiliza la menor dosis efectiva, se utiliza el fármaco el menor tiempo posible, se usan dispositivos de seguridad como inmovilizadores o barandillas laterales en camas para personas con riesgo de caerse.

Los andadores, bastones o muletas son de gran ayuda cuando el residente tiene problemas en la deambulación o para mantener la bipedestación.

El uso de ropa y calzado adecuado, zapatos de tamaño adecuado, sin tacón, suela antideslizante y talón cubierto. Ropa cómoda holgada y largo adecuado. Si es demasiado larga, podría tropezarse y caerse.

Se colocan asideros de manos en baños y barandillas en escaleras y pasillos. El suelo debe estar limpio, sin obstáculos, seco, sin irregularidades.

La iluminación debe de ser buena en todas las estancias por las que circulan los residentes, incluidos pasillos y zonas comunes. El entorno debe de estar ordenado, para que no haya obstáculos con los que puedan tropezar.

Los muebles deben de estar colocados de forma que nos entorpezcan el paso.

Dejar al alcance de la mano todo lo que el residente pueda necesitar, sobre todo si se encuentra encamado: pañuelos, agua, timbre,...

Se enseña y refuerza al residente sobre el uso del timbre de llamada.

Para los pacientes que usan silla de ruedas hay que enseñarles a dejarlas frenadas al detenerse.

Durante la realización de procedimientos de la vida diaria como la higiene, la transferencia de cama a silla de ruedas, movilizaciones,... No dejar nunca solo al residente para evitar caídas.

Es fundamental que todo el equipo multidisciplinar que cuida del residente sea consciente del riesgo que sufre cada paciente y de qué medidas pueden adoptar para la prevención de la caída.

En algunas ocasiones a pesar de aplicar las medidas de prevención anteriormente citadas se produce una caída, en éstos casos se debe actuar lo más rápido posible y disminuir el tiempo de espera en el suelo ya que éste aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.

*¿Cómo actuar ante una caída?*

Lo más importante es valorar el estado del residente y si la caída ha producido consecuencias y si éstas son graves o leves. Acto seguido se avisará al médico o servicio de urgencias si es necesario.

No se aconseja incorporar o movilizar al residente si se sospecha que pueda presentar una fractura, en caso de movilizarlo hacerlo entre varias personas y en bloque, ayudados por una sábana o una camilla de palas. Trasladarlo a la cama o camilla.

Realizar cura de la herida en caso de haberse producido o vendaje en caso de contusión. Aplicar hielo en caso de inflamación o hematoma. Realizar tratamiento o mantener en observación en función de la lesión que se haya producido.

Anotar la caída y sus consecuencias en la historia del residente, así como el sitio donde se ha producido la caída y los factores de riesgo que se han presentado. También sería interesante registrar la hora, si había luz,... para después poder realizar un estudio de los mismos. Y por último, cumplimentar el registro preciso.

Con este estudio pretendemos aumentar la calidad de vida de nuestros senescentes dando "vida a los años" que la vida años nos da (Leiva, 1995; Bayarre, Pérez y Menéndez, 2008).

### **Objetivos**

1. Analizar el índice de caídas de los ancianos de la Residencia de Personas Mayores Domingo Sastre.
2. Evaluar las consecuencias de las caídas en el anciano institucionalizado.
3. Identificar los factores causales de las caídas producidas para así intentar prevenirlas.
4. Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por caídas accidentales.

### **Material y métodos**

Realizamos un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de enfermería sobre el índice de caídas en la residencia de personas mayores Domingo Sastre de Lorca durante el año 2013 y de enero hasta mayo del año 2014.

Los datos se obtienen del registro de enfermería del centro.

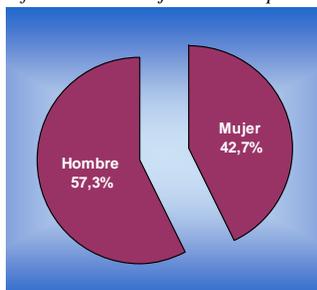
La residencia consta de 104 personas mayores, que presentan edades comprendidas entre 60 y 100 años de edad, de éstos el 64% deambulan por sí mismos o ayudados de andadores o bastones de apoyo. El otro 36% corresponde a ancianos que permanecen encamados o en silla de ruedas debido a la imposibilidad de la deambulación por sí mismos. Del total de caídas presentadas en el tiempo de estudio es de 89, de las cuales 51 pertenecen al sexo masculino y 38 al sexo femenino.

El índice de caídas se analiza durante el año 2013 y desde enero a mayo del año 2014.

### **Resultados**

La residencia consta de 104 personas mayores que tienen edades comprendidas entre 60 y 100 años, entre los principales resultados obtenidos se encuentran un predominio de caídas en el sexo masculino con un porcentaje del 57,3% mientras que en el sexo femenino es del 42,70%.

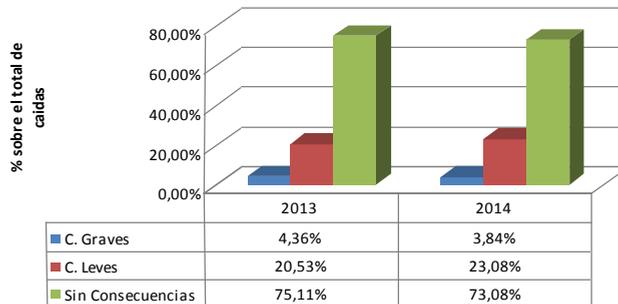
*Gráfico 1. Porcentaje de caídas por sexo*



En 2013 se registran 63 caídas por los residentes, de éstas el 76.19% no tiene consecuencias asociadas, el 20.63% tiene consecuencias leves (heridas, hematomas, contusiones,...), 4.76% tiene consecuencias graves (fracturas, fisuras,...).

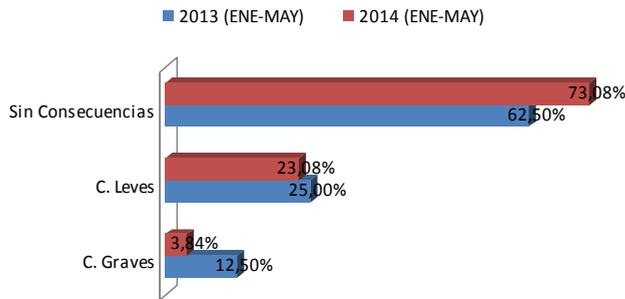
De Enero a Mayo de 2014 se registran 26 caídas por los residentes, de éstas el 73.07% no tiene consecuencias asociadas, el 23.07% tiene consecuencias leves (heridas, hematomas, contusiones,...), 3.84% tiene consecuencias graves (fracturas, fisuras,...).

Grafica 2. Caídas según consecuencias año 2013 y de Enero a Mayo de 2014



Se realiza un estudio comparativo por años sobre las consecuencias que tuvieron las caídas. Las dividimos en tres categorías principales: graves, leves y sin consecuencias. Comparamos los meses desde Enero a Mayo de 2013 y desde Enero a Mayo de 2014 observando un mayor porcentaje de caídas sin consecuencias en ambos años, pero sobre todo en el periodo estudiado de 2014 con un 73,08% mientras que en 2013 resultó un 62,50%.

Gráfica 3. Comparación de caídas según consecuencias



Durante el período de estudio (Enero-Diciembre de 2013 y Enero-Mayo de 2014) se realiza estudio de la frecuencia con que los ancianos sufren caídas. En el mayor de los casos sufren caídas una sola vez siendo el porcentaje de un 53,49%, seguido de dos caídas con un 20,93%, el 13,95% sufre 4 o más caídas y finalmente el 11,63% sufre 3 caídas.

Tabla 1. Frecuencia con que sufrieron caídas los ancianos durante el período de estudio

NÚMERO DE CAÍDAS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJES
1	23	53,49%
2	9	20,93%
3	5	11,63%
4 o más	6	13,95%
Total	43	100%

### Conclusión

Los datos recogidos muestran en general una incidencia baja en las consecuencias en las caídas tanto en el período de estudio llevado a cabo durante el 2013 (75,11%) y los primeros meses de 2014 (73,08%), con un ligero predominio del sexo masculino (57,3%) frente a sexo femenino (42,70%).

La mayoría de los casos (53,49%) sufrieron una caída y el resto, sufrió de 2 a 4 caídas durante el período del estudio. Como líneas de mejora sería útil emplear la escala Downton, Test de Mini Mental, Escala de Katz, Escala de Lawton, Escala de Tinetti con el fin de valorar el riesgo de caída de cada paciente con el fin de prevenirlas.

También un estudio de porcentajes de caídas por enfermedades crónicas y sus estadios (Alzheimer, Parkinson,...). Con el fin de prevenir las caídas pretendemos desarrollar una cultura de seguridad, donde el personal enfermero apoya a la persona de la tercera edad institucionalizada, instruyéndoles en la gestión de riesgos, enseñando y compartiendo lecciones de seguridad e implantando soluciones para la prevención de las mismas.

## **Referencias**

- Delisle, A. (1997). *Calidad de vida del adulto mayor en el Hogar de Ancianos*. Santiago de Cuba: ISCM-SC.
- Devesa, E., Rodríguez, M.M., Hernández, G. y Dedeu, A. (1993). El envejecimiento como problema. *Rev. Cubana Salud Pública*, 19(2), 93-9.
- Díaz, D., Barrera, A.C. y Pacheco, A. (1999). Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Rev. Cubana Enfermer*, 15(1), 34-8.
- Marín, J.M. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Marín, L.P.P. (1994). Ética. En E. Anzola et al. (Eds.), *La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa* (pp.389-395). Washington: DC: OPS-OMS.
- Purón, I. (1997). *La conducta moral de salud del senescente*. Santiago de Cuba: ISCM.
- Rigol, O. (1998). *Medicina general integral*. La Habana: Ciencias Médica.
- Rocabruno, J.C. y Prieto, O. (1992). *Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Smeltzer, S.C. y Bare, B.G. (1994). *Enfermería médico quirúrgico de Brunner y Sudharth*. México, DF: Interamericana, Mc GrawHill.
- Vellas, B., Faisant, C., Lauque, S., Sedeuilh, M., Baumgartner, R., Andrieux, J.M., Allard, M., Garry, P.J. y Albarede, J.L. (1995). Estudio ICARE: investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico. En B. Vellas, C. Lafont, M. Allard y J.L. Albarede (Eds.), *Trastornos de la postura y riesgos de caída. Del envejecimiento satisfactorio a la pérdida de autonomía* (pp. 15-28). Barcelona: Glosa.
- Yanguas, J. (1995). Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 30,177-188.



## CAPÍTULO 17

### Valoración de la influencia del ejercicio físico en la prevención de caídas y fracturas en mujeres postmenopáusicas

Carmen García Gomariz  
*Universidad de Valencia (España)*

La Organización Mundial de la Salud ha definido la osteoporosis como una enfermedad caracterizada por "baja densidad ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo con el consiguiente aumento de la fragilidad del hueso y la susceptibilidad a la fractura" (Totosty, Giangregorio y Craven, 2009). En la conferencia de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad el Instituto Nacional de la Salud de EEUU define osteoporosis como enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una resistencia ósea comprometida que predispone el aumento de riesgo de fracturas (Hawkins y Jodar, 1999). Por consiguiente, es una enfermedad caracterizada por el desarrollo de fracturas espontáneas y ante traumatismos desproporcionadamente pequeños como consecuencia de una disminución de la masa ósea, que implica un adelgazamiento de las trabéculas (con posible desaparición de las mismas) de la cortical o de ambas (Farreras, 1996).

Entre los factores de riesgo de sufrir osteoporosis más evidentes se encuentran: la menopausia precoz, el consumo de alcohol y tabaco, la amenorrea, el uso prolongado de corticosteroides, los procesos que bloquean la absorción intestinal de calcio, la dieta pobre en calcio durante la adolescencia y juventud, la edad, el sexo, la raza, las condiciones médicas, el estilo de vida y el sedentarismo (Martín y Alonso, 2006; Dontas y Yianakopoulos, 2007).

Mendoza *et al.*, (2014) nombran como factores de riesgo: el sexo femenino, posmenopausia, envejecimiento, ascendencia caucásica o asiática, antecedente familiar, uso prolongado de ciertos medicamentos, ingesta elevada de sodio y proteínas, exceso de cafeína, tabaquismo, malabsorción intestinal, consumo excesivo de alcohol, ingesta escasa de calcio o defectos en su absorción, estilo de vida sedentario, inmovilización prolongada y delgadez extrema.

La osteoporosis es un problema de salud pública en todo el mundo. Aunque existen tratamientos eficaces, la prevención primaria, en su mayoría basados en los cambios de estilo de vida, sigue siendo un objetivo esencial para prevenir tanto la osteoporosis y su consecuencia más grave, las fracturas por fragilidad. Cambios en la dieta incluyen mantener un bajo consumo de alcohol, la abstinencia de fumar, mantener cantidades adecuadas de calcio, vitamina D, y la ingesta de proteínas y, por último pero no menos importante, el aumento de la actividad física (Saraví y Sayegh, 2013).

El ejercicio físico es una de las mejores maneras no farmacológicas para mejorar la masa ósea durante toda la vida, así como para evitar el riesgo de caídas y fracturas (Gómez *et al.*, 2012). Aunque existen muchas controversias en evaluar qué tipo de ejercicio es el más adecuado para ello.

El objetivo de este estudio fue valorar, en un grupo de mujeres postmenopáusicas, si la realización de ejercicio físico específico y caminar tiene más capacidad de prevenir las caídas y fracturas frente que las que solamente caminan.

#### Método

Los participantes del estudio fueron 36 mujeres postmenopáusicas, con edades comprendidas entre 50 y 77 años, todas con tratamiento farmacológico para la osteoporosis (Calcio y vitamina D).

Todas las mujeres firmaron el consentimiento informado, una vez se les explicó oralmente y por escrito en que iba a consistir el estudio. Los criterios de inclusión fueron estar dentro de uno de los dos grupos de ejercicios con anterioridad, llevar tratamiento farmacológico, la menopausia y haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron pacientes que no realizan el ejercicio pautado durante el periodo del estudio, pacientes que abandonaron el tratamiento farmacológico y pacientes con enfermedad física que no pudieron realizar el tratamiento pautado.

Para la realización del estudio se utilizaron los siguientes materiales:

El nuevo test de riesgo de osteoporosis (NTRO) (Anexo), como recomendación de la fundación internacional de osteoporosis y la asociación española de osteoporosis, para valorar los factores de riesgo de osteoporosis y

adaptándolo personalmente a la pregunta 4 y 5 del mismo (Osteoporosis en la Comunidad Europea: Plan de Acción, 2003).

Podómetro Kalenji Key Maze 700, para valorar la distancia de recorrido caminando.

Material de gimnasio: pesas, balones, vendas elásticas, espalderas y colchonetas.

Soporte informático: Microsoft® Word® XP, Microsoft® Excel® XP, Microsoft® Paint version 5.1 y SPSS para Windows, versión 15.0. y versión 19.0.

Se realizó un estudio longitudinal, realizado en el centro de salud de Enguera Don Rafael Romeu perteneciente al Departamento 14 de salud de Valencia, con una población aproximada de 5.500 habitantes.

El estudio formado por 36 mujeres se dividió en 2 grupos: Para la elección del primer grupo se escogió a 18 mujeres ( $n=18$ ) que realizaban ejercicios específicos dentro de un programa de osteoporosis (Guía sobre la Osteoporosis, 2007) 2 veces a la semana y caminaba 1 hora al día 6 Km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana. El segundo grupo ( $n=18$ ) solamente caminaba 1 hora diaria 6 Km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana. Todas ellas reclutadas al azar dentro de un programa de ejercicios (específicos y/o caminar) realizado por la matrona del centro con anterioridad.

La duración total fue de dos años, los 2 grupos debían continuar con la realización del ejercicio durante todo el periodo que duró el estudio, a los 2 años se les pasó NTRO, anotando si se caían con frecuencia (más de una vez durante el último año) y si se habían quebrado algún hueso (últimos 5 años). Se valoraron si existían diferencias significativas a nivel de caídas y de fracturas en función de si realizaban un determinado tipo de ejercicio u otro. Para el análisis estadístico se realizó la prueba del chi-cuadrado (y la prueba estadística de precisión de Monte Carlo) mediante el paquete informático SPSS para Windows, versión 15.0 y 19.0.

## Resultados

No existían diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de sufrir caídas entre el grupo que realizaban ejercicios específicos dentro de un programa de osteoporosis 2 veces a la semana y caminaba 1 hora al día 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana y el grupo que solamente caminaba 1 hora diaria 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana.  $p>0,05$ ;  $p=0,110$ , y la medida de la fuerza de la asociación es de 0,354, en este caso una asociación moderada (Cohen, 1988, 1992). Entre valores que oscilan de 0 a 1.

Si existían diferencias significativas a nivel de fracturas, el grupo que caminaba solamente tuvo más fracturas que los que realizaban ejercicio físico específico y caminaban.  $p<0,05$ ;  $p=0,045$  y la medida de la fuerza de la asociación es de 0,401 en este caso una asociación moderada (Cohen, 1988, 1992) y mayor que en caídas. Entre valores que oscilan de 0 a 1.

El tanto por cien de riesgo de caídas es un 11% del total. Un 22% del grupo que camina solamente, frente al 88,9% que no teme caerse y pertenece al grupo de los que realizan ejercicio físico y caminan (Tabla 1).

Tabla 1

	Tipo de ejercicio que realizan		Total
	EJ. ESPECÍFICO Y Ca	CAMINAR Y Ca	EJ. ESPECÍFICO Y Ca
¿Se cae con frecuencia?	Sí	0%	22,2%
	No	100,0%	77,8%
			11,1%
			88,9%

El tanto por cien de fracturas es un 22% del total. Un 5,6% del grupo que realiza ejercicios y camina frente al 38,9% que solamente camina (Tabla 2).

Tabla 2

	Tipo de ejercicio que realizan		Total
	EJ. ESPECÍFICO Y Ca	CAMINAR Y Ca	EJ. ESPECÍFICO Y Ca
Fractura en los últimos 5 años	Sí	5,6%	38,9%
	No	94,4%	61,1%
			22,2%
			77,8%

## Conclusión

La realización de ejercicios específicos dentro de un programa de osteoporosis 2 veces a la semana y caminar 1 hora al día 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana no es más efectivo para prevenir las caídas que caminar 1 hora diaria 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana.

La realización de ejercicios específicos dentro de un programa de osteoporosis 2 veces a la semana y caminar 1 hora al día 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana sí que es más efectivo a la hora de evitar fracturas que

caminar 1 hora diaria 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana. Pues los que solo caminaban tuvieron más fracturas durante el estudio que los que realizaban ejercicio específico y caminaban.

El riesgo de caídas por el hecho de realizar ejercicio es del 11% del total y no existen diferencias entre un grupo y otro, por lo que la realización de ejercicio físico evitará el riesgo de sufrir caídas.

El riesgo de fracturas es de un 22% del total, por lo que la realización de ejercicio puede evitar las fracturas, aunque es más recomendable la realización de un ejercicio físico específico y caminar que caminar solamente.

## Discusión

Como hemos podido valorar en nuestro estudio, la realización de un determinado ejercicio específico dentro de un programa de osteoporosis 2 veces a la semana y caminar 1 hora al día 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana no va a evitar más caídas que caminar 1 hora diaria 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana. No habrán diferencias entre los dos grupos, pero tanto la realización de uno como de otro será buena para evitarlas, pues el riesgo de caídas es de un 11%. Por lo que los dos ejercicios serán recomendables para mantenerse ágil y fuerte para no caerse.

También hemos podido demostrar que la realización de un determinado ejercicio específico dentro de un programa de osteoporosis 2 veces a la semana y caminar 1 hora al día 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 días por semana evitará más fracturas que caminar 1 hora diaria 6 km a un ritmo intenso, de 3 a 5 veces por semana. Será más recomendable la realización de ejercicio físico específico y caminar que caminar solamente a la hora de evitar fracturas.

Conseguir reducir el número de caídas y sus complicaciones no deja de ser un reto difícil. Se han descrito una serie de intervenciones que han demostrado ser beneficiosas en su prevención. Como situaciones beneficiosas especiales, merecedoras de mención son el tratamiento con vitamina D, en caso de déficit. En el apartado de ejercicio, respecto a la prevención de caídas, es importante hablar sobre aquellos que aportan más evidencia, en dicha prevención, como son el ejercicio aerobio, los ejercicios de potenciación, los estiramientos y la reeducación del equilibrio y la marcha (Duaso *et al.*, 2011).

Gillespie *et al.*, en 2009, realizaron una revisión en la que se incluyeron 62 ensayos con un total de 21.668 personas, donde describieron una serie de intervenciones para prevenir caídas y fracturas, dichas intervenciones se agruparon dos, aquellas posiblemente beneficiosas como programas de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, indicado, individualmente en el hogar, por un profesional de la salud capacitado; evaluación y modificación de los riesgos en el hogar, prescritos profesionalmente, para personas de la tercera edad con antecedentes de caídas y en los casos de déficit visual severo o intervención de 15 semanas de ejercicios de Tai Chi. Otro grupo lo constituyen aquellas intervenciones, de efectividad desconocida como ejercicios grupales (grupos no homogéneos y/o ejercicios no prescritos profesionalmente), entrenamiento para el fortalecimiento de las extremidades inferiores, administración de suplementación nutricional o administración generalizada de suplementos de vitamina D con o sin calcio entre otros.

Howe *et al.*, (2011) concluyeron en su revisión sistemática que el ejercicio disminuirá ligeramente las posibilidades de tener una fractura y que mejorará ligeramente la densidad mineral ósea.

Más recientemente Maeda y Lazaretti (2014), argumentan que los programas de ejercicios físicos, incluyendo ejercicios de impacto, el entrenamiento de fuerza específica, el entrenamiento del equilibrio y la coordinación pueden mantener o aumentar la densidad mineral ósea de la columna y cadera, así como disminuir la frecuencia de caídas entre los pacientes con osteoporosis y osteopenia.

La mayoría de estudios se centran en el aumento de la densidad de masa ósea (DMO) como efectividad dentro de un tratamiento para la osteoporosis, en función de si se realiza un ejercicio u otro. Martín y Alonso (2006) muestran que existen estudios que indican que el mejor y mayor estímulo para remodelar el hueso es el ejercicio con carga, éste aumenta en mujeres mayores de 50 años la DMO de la zona lumbar entre un 9.2% y 35% más que en mujeres que no hacen ejercicio. Saucedo *et al.* (2008) concluyeron que un programa de ejercicio de intensidad alta es eficaz para prevenir los efectos negativos de la menopausia. Liu *et al.*, 2011, observó la relación entre el ejercicio aeróbico y la DMO en 16 artículos. En dicha revisión se mostraron estudios comparativos entre los casos que realizaban un determinado tipo de ejercicio y los controles, así como los que realizaban un ejercicio físico comparado con otro de mayor intensidad. En todos ellos se demostró que existían diferencias y éstas podían ser significativas en aquellos grupos que realizaban ejercicio

Además de valorar el aumento de la DMO debemos valorar si ese aumento de DMO se ve traducido en una disminución de fracturas. Pues el tratamiento farmacológico está demostrado que mejora la DMO, ya que la mayoría las estrategias para el tratamiento de la pérdida de hueso se han centrado en las intervenciones dietéticas y

farmacológicas (Hamdy, 2010). Sin embargo, los tratamientos con fármacos pueden tener efectos adversos y mala adherencia a largo plazo, a pesar de su efectividad (Lai *et al.*, 2013). De hecho, un estudio reciente de la universidad de Navarra alerta que el uso de bisfosfonatos se asoció con un mayor riesgo de fracturas subtrocantéreas o diafisaria en mujeres de edad en una población de bajo riesgo de fractura, con un mayor riesgo entre los usuarios de bisfosfonatos a largo plazo.

Entre las limitaciones del estudio destacar que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, aunque existen artículos similares con parecido o menor número de sujetos (Pedreño, 2004; Liu *et al.*, 2011). En próximos estudios se debería tener en cuenta este punto para asumir así que las variables analizadas se distribuirán normalmente.

Para la valoración de caídas y fracturas se ha utilizado el NTRO, se deberían tener en cuenta otras encuestas y tests como el Equilibrio de Tinetti y prueba de la marcha; Up and Go Test, entre otras (Mancini y Horak, 2010).

Las pacientes del estudio han sido reclutadas al azar dentro de un programa de ejercicios que ya realizaban. Deberían de haber sido elegidas pero sin pertenecer estrictamente a uno de los grupos, es decir, que la elección del grupo también debería haber sido al azar.

En futuras líneas de investigación deberíamos valorar si existe relación entre la ganancia en DMO y el uso de fármacos así como la ganancia en DMO y el tipo de ejercicio que realiza y que es más efectivo para prevenir fracturas y caídas.

## Referencias

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences*. 2ª edición. Academic Press: Nueva York.
- Cohen, J. (1992). "A power primer". *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dontas, I.A. y Yianakopoulos, C.K. (2007). Risk factors and prevention of osteoporosis-related fractures. *J. Musculoskeletal Neuronal Interact*, 7(3), 268-72.
- Duaso, E, Casas, A., Formiga, F., Lázaro del Nogal, M., Salvà, A., Marcellán, T. y Navarro, C. (2011). Caídas y fracturas osteoporóticas unidades de prevención: propuesta para la osteoporosis, caídas y fracturas del grupo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46(5), 268-74.
- Erviti, J., Alonso, A., Oliva, B., Gorricho, J., López, A., Timoner, J., Huerta, C., Gil, M. y De Abajo, F. (2013). Oral bisphosphonates are associated with increased risk of subtrochanteric and diaphyseal fractures in elderly women: a nested case-control study. *BMJ Open*, 3(1).
- Farreras, R. (1996). *Medicina Interna*. 13ª ed. Ed. Mosby/ Doyma. Libros S.A.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G., et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Gómez, A., Ara, I., González, A., Casajús, J.A. y Vicente, G. (2012). Effects of Training on Bone Mass in Older Adults. A Systematic Review. *Sports Med*, 42(4), 301-25.
- Instituto de Salud Pública (2007). *Guía sobre la osteoporosis*. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad.
- Hamdy, R.C., Baim, S., Broy, S.B., Lewiecki, E.M., Morgan, S.L., Tanner, S.B. y Williamson, H.F. (2010). Algorithm for the management of osteoporosis. *South Med J*, 103(10), 1009-15.
- Hawkins, F. y Jodar, E. (1999). Osteoporosis postmenopáusica: Aspectos nutricionales. *Nutrición y Obesidad*, 2, 305-15.
- Howe TE, Shea B, Dawson LJ, Downie F, Murray A, Ross C, Harbour RT, Caldwell LM, Creed G. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.
- International Osteoporosis Foundation (2003). *Osteoporosis en la Comunidad Europea: Plan de acción. Informe sobre los próximos pasos clave para conseguir una Europa sin fracturas por fragilidad*. International Osteoporosis Foundation.
- Lai CL, Tseng SY, Chen CN, Liao WC, Wang CH, Lee MC, Hsu PS (2013). Effect of 6 months of whole body vibration on lumbar spine bone density in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*; 8: 1603-1609.
- Liu, P.Y., Brumel-Smith, K. y Ilich, J.Z. (2011). Aerobic exercise and Whole -Body vibration offsetting bone loss in older adults. *J. Aging Res*. 379674.
- Maeda, S.S. y Lazaretti, M. (2014). An overview on the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 58(2), 162-71.
- Mancini, M. y Horak, F.B. (2010). The relevance of clinical balance assessment tools to differentiate balance deficits. *Eur J Phys Rehabil Med*, 46(2), 239-48.
- Martín, J.A. y Alonso, N. (2006). Prevención y tratamiento de la osteoporosis con la actividad física y el deporte. *Fisioterapia*, 28(6), 323-31.

Mendoza, M.A., Ramírez, M.C., Velasco, J.F., Rivera, J.G., de Jesús, R.N. y Valdez, L.A. (2014). Paridad y la menarquia como factores de riesgo para la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. *Ginecol Obstet Mex*, 82(2), 75-82.

Pedreño, R. (2004). La densitometría como marcador de éxito en el ejercicio físico y tratamiento fisioterápico en mujeres. *Fisioterapia y Calidad de Vida*, 7(1), 15-31.

Saraví, F. y Sayegh, F. (2013). Bone Mineral Density and Body Composition of Adult Premenopausal Women with Three Levels of Physical Activity. *Journal of Osteoporosis*, vol. 2013, Article ID 953271.

Saucedo, P., Abellán, J., Gómez, P., Leal, M., Ortega, E., Colado, J.C. y Sainz, P. (2008). Efectos de un programa de ejercicio de fuerza/ resistencia sobre los factores de riesgo cardiovascular en mujeres postmenopáusicas de bajo riesgo cardiovascular. Estudio CLIDERICA. *Aten Primaria*, 40(7), 351-6.

Totosy de Zepetnek, J.O., Giangregorio, L.M. y Craven, B.C. (2009). Whole-body vibration as potential intervention for people with low bone mineral density and osteoporosis: a review. *J Rehabil Res Dev*, 46(4), 529-542.

## ANEXO

### El NUEVO Test de Riesgo de Osteoporosis de Un Minuto

#### 19 preguntas sencillas para ayudarlo a comprender el estado de su salud ósea

##### Aquellos que usted no puede cambiar: sus antecedentes familiares

1. ¿A alguno de sus padres le diagnosticaron osteoporosis o alguno de ellos se quebró un hueso después de una caída leve (una caída desde la altura de parado o menor)?

sí  no

2. ¿Alguno de sus padres tiene "joroba"?

sí  no

##### Sus factores clínicos personales

Se trata de factores de riesgo fijos, con los que se nace o que no se pueden modificar. Pero no significa que se los deba ignorar. Es importante ser consciente de los riesgos fijos, de manera de poder tomar medidas para reducir la pérdida de mineral óseo.

3. ¿Tiene 40 años de edad o más?

sí  no

4. ¿Alguna vez, durante su edad adulta, se quebró un hueso después de una caída leve?

sí  no

5. ¿Se cae con frecuencia (más de una vez durante el último año) o teme caerse por ser frágil?

sí  no

6. Después de los 40 años, ¿perdió más de 3 cm de altura (por encima de una pulgada)?

sí  no

7. ¿Presenta usted bajo peso (es su Índice de Masa Corporal, IMC, inferior a 19 kg/m<sup>2</sup>)? (Véase "Cómo calcular su IMC")

sí  no

8. ¿Alguna vez tomó corticoides (cortisona, prednisona, etc.) durante más de 3 meses consecutivos (los corticoides suelen indicarse en caso de enfermedades, como por ejemplo, asma, artritis reumatoidea y algunas enfermedades inflamatorias)?

sí  no

9. ¿Alguna vez le diagnosticaron artritis reumatoidea?

sí  no

10. ¿Alguna vez le diagnosticaron hipertiroidismo o hiperparatiroidismo?

sí  no

##### Para las mujeres

11. Para las mujeres mayores de 45 años: ¿Su menopausia se produjo antes de los 45 años?

sí  no

12. ¿Sus menstruaciones alguna vez se interrumpieron durante 12 meses consecutivos o más (por razones ajenas a embarazo, menopausia o histerectomía)?

sí  no

13. ¿Le extirparon los ovarios antes de los 50 años, sin que usted realizara Tratamiento de Reemplazo Hormonal?

sí  no

##### Para los hombres

14. ¿Alguna vez sufrió de impotencia, falta de libido u otros síntomas relacionados con bajos niveles de testosterona?

sí  no

##### Aquellos que usted puede cambiar:

##### sus factores relacionados con el estilo de vida

Factores de riesgo que pueden modificarse y que surgen, principalmente, por elecciones en la dieta o el estilo de vida.

15. ¿Bebe alcohol en exceso periódicamente (más de 2 unidades por día)? (Véase: "Cómo calcular su consumo de alcohol")

sí  no

16. ¿Fuma o ha fumado cigarrillos alguna vez?

sí  no

17. ¿Es su nivel diario de actividad física inferior a 30 minutos por día (quehaceres domésticos, jardinería, caminata, carrera, etc.)?

sí  no

18. ¿Evita usted consumir leche o productos lácteos, o es alérgico a ellos, y no toma suplementos de calcio?

sí  no

19. ¿Pasa usted menos de diez minutos por día al aire libre (con parte de su cuerpo expuesto al sol), y no toma suplementos de vitamina D?

sí  no

##### Interpretación de sus respuestas:

Si respondió "sí" a alguna de estas preguntas, no quiere decir que usted tiene osteoporosis. Las respuestas afirmativas significan, simplemente, que usted presenta factores de riesgo probados clínicamente, que pueden conducir a osteoporosis y fracturas.

Por favor, muéstrele esta prueba de riesgo a su médico o profesional de la salud, que probablemente le aconsejará realizar un estudio de densidad mineral ósea (DMO), y que lo asesorará, en caso de ser necesario, acerca del tratamiento recomendado.

Si usted presenta pocos o ningún factor de riesgo, debe, de todos modos, conversar con el médico sobre su salud ósea y controlar sus riesgos a futuro. También debe conversar sobre la osteoporosis con su familia y amigos, y alentarlos a realizar esta prueba.

Puede obtener mayor información (y calcular su IMC), y también, contactar a la sociedad de osteoporosis local, visitando:

[www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org)

Y no olvide darle este NUEVO Test de Riesgo de Osteoporosis de Un Minuto, a sus familiares y amigos.

Fuente: Osteoporosis en la Comunidad Europea: Plan de acción, 2003 ([www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org))



## CAPÍTULO 18

### Relación entre los niveles de fuerza y equilibrio en personas mayores y la expresión genética de ACTN3

Cristina Romero Blanco  
*Universidad de Castilla-La Mancha (España)*

La población española ha aumentado considerablemente su esperanza de vida en las últimas décadas. El incremento en la edad de la población, sin embargo, ha traído consigo una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas que ocasiona pérdida en la calidad de vida de las personas mayores y un aumento del gasto sanitario (Garatachea, 2013). Esto ha provocado que algunas investigaciones se centren en descubrir los procesos moleculares que provocan la pérdida de capacidades funcionales que ocasionan la enfermedad.

Además, esta población española presenta cada vez más sobrepeso y obesidad, debido entre otros factores a los cambios en los hábitos de vida (Houston, 2009). El 84% de los mayores de 65 años presentan sobrepeso u obesidad según el índice de masa corporal y existe una relación entre la medida de grasa corporal y el sedentarismo (Gomez-Cabello, 2011).

El cuerpo pierde masa muscular a lo largo de su vida. Durante la juventud ésta va aumentando hasta los 25-30 años que alcanza su mayor valor para posteriormente comenzar a decrecer. Alrededor de los 80 años un individuo ha perdido en torno al 40% del total. Este deterioro se ve acelerado a partir de los 50 años (Saini, 2009).

Se define como sarcopenia o envejecimiento muscular a la pérdida de masa de músculo esquelético y funcionalidad relacionada con la edad avanzada. Esto produce una reducción de la capacidad de contracción rápida que contribuye a un mayor riesgo de caídas y de pérdida de independencia (Taaffe, 2000).

Por otro lado, el riesgo de caídas está relacionado con la pérdida de fuerza y potencia. Todo esto conlleva un empeoramiento en la calidad de vida de quien lo sufre (McCauley, 2010).

No obstante, existe evidencia científica de que la biología humana es muy influyente y condiciona el estado físico en que llegamos a edades avanzadas. Hay una regulación genética que nos predispone a desarrollar mayor o menor tolerancia al ejercicio físico, así como a tener la musculatura en mejores o peores condiciones. Existe una larga lista de genes que se han estudiado que parecen estar implicados en el fenotipo muscular; entre ellos algunos se han relacionado además con la edad de la población estudiada como es el caso de  $\alpha$ -actinina-3 (ACTN3).

ACTN3 es una proteína estructural que es el componente predominante de las zonas Z del sarcómero. Se ha identificado un polimorfismo muy común en ACTN3 en humanos en el exón 16 en la posición 1747 que hace que una arginina se convierta en un codón stop (R577X); esto es por el cambio de una citosina por una timina (North KN, 1996). La frecuencia de este alelo 577X es diferente según el tipo de población, siendo de 0,16 en población africana, 0,52 en americanos asiáticos y 0,42 en caucásicos. Aquellos que son homocigóticos son incapaces de producir la proteína ACTN3 en el músculo y se estima que se da en aproximadamente un 18% de la población.

ACTN3 se expresa casi exclusivamente en las fibras tipo II de contracción rápida (Mills, 2001). La deficiencia de  $\alpha$ -actinina-3 se asocia en la población en general con una disminución de la masa y la fuerza muscular con la edad (Garton, 2014). Pero los datos que relacionan ACTN3 con la edad siguen aún discutiéndose. Algunos estudios no muestran ningún tipo de relación entre la población envejecida caucásica, tanto en hombres como en mujeres, mientras que otros sí encuentran una asociación sobre todo en mujeres pero no coinciden en cuál sería el alelo favorable (Garatachea, 2012).

El propósito de este estudio es valorar el estado físico en cuanto a fuerza y equilibrio de personas mayores no institucionalizadas y relacionarlo con los distintos genotipos del gen ACTN3.

#### Material y método

##### *Sujetos*

La población objeto de este estudio fue seleccionada de las comunidades de Castilla-La Mancha y Aragón del proyecto Multi-céntrico EXERNET (Red de investigación de ejercicio físico y salud para poblaciones especiales) (Gómez-Cabello, 2011, 2012). Previo al comienzo del reclutamiento de donantes, el documento de consentimiento informado fue aprobado por el comité de ética correspondiente (Universidad de Castilla-La Mancha). Para la

recogida de cada muestra se informó oralmente a los participantes de las pruebas a realizar, así como los posibles riesgos y beneficios de las mismas, antes de la firma del consentimiento informado.

La muestra estuvo compuesta por un total de 348 participantes (52 hombres y 296 mujeres) con una edad media de  $71,67 \pm 5,4$  años. Los donantes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes requisitos: ser mayor de 65 años, no estar institucionalizados, pertenecer a un grupo de actividad física programada en su municipio y haber firmado el consentimiento informado.

#### *Pruebas físicas evaluadas*

Para evaluar la condición física se realizaron diferentes test adaptados de la batería Senior Fitness test (Morales, 2013): Equilibrio: test de Flamingo; Fuerza en extremidades inferiores: Chair Stand Test; Fuerza en extremidades superiores: Arm Curl Test.

Test de Flamingo: los participantes comienzan en bipedestación. Durante sesenta segundos se les pide que mantengan la verticalidad sobre un solo pie. Se realizaron dos intentos sobre cada pierna y se anotó el mejor resultado de los cuatro.

Chair Stand test: desde sedestación con brazos cruzados y apoyando las manos sobre los hombros se solicita al participante que se ponga de pie. Se contabiliza el número de veces que lo realiza en 30 segundos. Este test se realizó una sola vez.

Arm Curl test: desde sedestación y sosteniendo una mancuerna de 2,5 kg, se solicita al participante el mayor número de flexoextensiones de codo en 30 segundos. Este test se realizó con ambos brazos.

#### *Determinación del genotipo*

Obtención de ADN: El ADN genómico se obtuvo de la mucosa bucal de los participantes mediante un procedimiento estandarizado de extracción con fenol/cloroformo y posterior precipitación en alcohol en presencia de sales.

Amplificación de ADN: Se amplificó mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) un fragmento del gen de la actinina 3 en el que estaba contenido el sitio polimórfico R577X. Los siguientes cebadores fueron utilizados para amplificar un fragmento de 303 pares de bases (bp): ACTN3-F 5'-CTG TTG CCT GTG GTA AGT GGG y ACTN3-R 5'-TGG TCA CAG TAT GCA GGA GGG (Lucia A, 2006). La amplificación por PCR se hizo con 35 ciclos y una temperatura de anillamiento de 60°C.

Identificación del polimorfismo: La detección del polimorfismo R577X se hizo mediante digestión enzimática de los amplicones generados por PCR con Dde I. El cambio de R577X produce la aparición de un nuevo sitio de restricción del que resultan tres fragmentos de 108, 97 y 86 bp, frente a los fragmentos de 205 y 86 pb que aparecen en las muestras con el alelo normal. El genotipado se realizó mediante electroforesis en geles de acrilamida 8% no desnaturalizantes.

#### *Análisis estadístico*

Los datos obtenidos del presente estudio han sido analizados con el paquete estadístico SPSS (versión 20.0). Se realizaron pruebas de normalidad, estudio de simetría y kurtosis de las variables del estudio comprobando que no se alejan significativamente del comportamiento normal. Posteriormente se corroboró este mismo análisis con las pruebas de Shapiro-Wilks y Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis de los datos se aplicó estadística cuantitativa.

Se realizaron análisis descriptivos con valores de media y desviación estándar de las variables estudiadas. Posteriormente se estudiaron correlaciones de Pearson entre las variables de condición física y los distintos genotipos de ACTN3 así como el análisis de la varianza (ANOVA). Estas pruebas se realizaron valorando el grupo en su conjunto y por sexos. El nivel de significación se fijó en  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

Se analizaron un total de 348 muestras de mucosa oral obteniendo un ADN óptimo para su amplificación. Sin embargo, en tres de los casos no se pudo completar el estudio de las pruebas físicas por lo que el número de casos incluidos en el estudio se redujo hasta los 345. La distribución genotípica de ACTN3 por sexos aparece expresada en la tabla I.

El genotipo de los participantes presenta una distribución según el equilibrio de Hardy-Weinberg;  $RR=113$  (33%),  $RX=160$ (46%),  $XX=72$  (21%) ( $\chi^2=1,20$ ;  $p=0,27$ ).

*Tabla I. Distribución genotípica de ACTN3 por sexos*

		XX	RR	RX	Total
SEXO	Hombre	9	22	21	52
	Mujer	64	93	139	296

Total	73	115	160	348
-------	----	-----	-----	-----

En la tabla II se presentan los resultados de las pruebas físicas realizadas divididas en los distintos genotipos de ACTN3, expresando la media y la desviación típica.

Tabla II. Características descriptivas distribuidas por genotipo

	ACTN3 XX			ACTN3 RR			ACTN3 RX		
	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N
Edad	71,13	5,49	72	72,11	5,67	113	71,28	5,15	160
Fuerza pierna	14,49	2,93	69	15,10	3,53	113	14,80	3,09	157
Fuerza brazo izq.	17,78	3,60	67	17,51	3,75	110	17,79	3,51	156
Fuerza brazo dcho.	16,99	3,67	68	17,17	3,71	112	17,41	3,35	154
Equilibrio	34,08	23,29	70	27,62	20,31	112	31,58	21,06	157

La tabla III establece la relación entre la edad y las variables de fuerza y equilibrio. Se ha dividido la muestra por genotipos y aparecen señaladas las relaciones estadísticamente significativas.

Tabla III. Correlaciones entre las variables físicas y genotípicas con la edad

		Fuerza pierna				Fuerza brazo izq.				Fuerza brazo dcho.				Equilibrio				
XX	Edad	Pearson	-0,249*				-0,233				-0,209				-0,404**			
		N	69				67				68				70			
RR	Edad	Pearson	-0,054				-0,249**				-0,201*				-0,410**			
		N	112				109				111				111			
RX	Edad	Pearson	-0,174*				-0,164*				-0,117				-0,284**			
		N	157				156				154				157			

\*La correlación se considera significativa al nivel 0,05.

\*\*La correlación se considera significativa al nivel 0,01.

El análisis separado por sexo de la muestra no aporta ningún resultado significativo por esto se muestran los resultados sin distinguir este parámetro.

En cuanto al equilibrio, no se observan diferencias significativas entre los tres genotipos. Todos los genotipos de ACTN3 muestran relación significativa con la edad y por eso, no podemos concluir que haya relación vinculante con ninguno de ellos.

Respecto a la fuerza sí se observan diferencias significativas. La fuerza en las piernas parece estar relacionada con la presencia del alelo X, incrementando su efecto con la carga alélica (el genotipo XX presenta más pérdida de fuerza que el RX).

La pérdida de fuerza en brazos está más asociada a la forma alélica R, siendo más acusada para el brazo izquierdo, con una significación mayor en el caso de los individuos homocigotos RR.

Al realizar el análisis de la varianza con los datos no se obtienen resultados significativos con ninguna de las variables estudiadas (Tabla IV).

Tabla IV. Análisis de la varianza

	ANOVA	
	F	p
EQUILIBRIO	2,181	0,115
FUERZA PIERNA	0,779	0,47
FUERZA BRAZO DCHO	0,373	0,689
FUERZA BRAZO IZQ	0,215	0,807

El ANOVA por sexo sólo obtiene una significación para el caso de los hombres en el equilibrio.

Tabla V. Análisis de la varianza por sexo

ANOVA	HOMBRES		MUJERES	
	F	p	F	p
EQUILIBRIO	8,552	0,001	2,232	0,099
FUERZA PIERNA	0,578	0,565	0,309	0,734
FUERZA BRAZO DCHO	1,334	0,273	1,116	0,329
FUERZA BRAZO IZQ	1,631	0,206	1,347	0,262

## Discusión

La distribución del genotipo de ACTN3 encontrada en la muestra no difiere mucho de otras poblaciones estudiadas en el mismo ámbito geográfico y con similares rangos de edad (Garatachea, 2012).

Se ha realizado el análisis de las correlaciones tanto en la población en su conjunto como distinguiendo por sexos ya que algunos autores obtienen resultados significativos cuando se separa la muestra por sexo. Yang encuentra diferencias entre mujeres y hombres que se dedican al atletismo, dice que ACTN3 afecta de forma diferente al rendimiento deportivo en hombres y mujeres (Yang, 2003). Sin embargo, no encuentra diferencias en cuanto al sexo en su grupo control y el colectivo estudiado tiene una edad inferior; además estudia variables no incluidas en este estudio: velocidad y resistencia.

El equilibrio parece ser ACTN3 independiente a la vista de los resultados obtenidos en cuanto a las correlaciones. Aunque sí se ha encontrado un resultado significativo al realizar el ANOVA por sexo no podemos dar por concluyente este valor dado que el valor en el caso de las mujeres es también muy próximo a la significación y el número de hombres con respecto a mujeres es mucho mayor. Alfred en su meta-análisis nos muestra cinco estudios realizados en personas mayores en los que se valora el equilibrio y no encuentra relación con ACTN3 (Alfred, 2011). En cuatro de los estudios analizados se realiza la prueba de elevación de la silla y tampoco relaciona la fuerza de piernas con el genotipo. En nuestro caso se ha obtenido una relación del alelo X con la fuerza de piernas, no siendo más fuerte en el caso homocigoto como cabría esperar. Sí se ha visto un efecto mayor en la fuerza de brazo izquierdo donde el genotipo RR tiene una significación estadística más alta que el de RX.

Este estudio pretende analizar el equilibrio y la fuerza entendiendo que está relacionado con la calidad de vida de las personas mayores. El mantener unos óptimos niveles de estos valores permite disminuir el riesgo de caídas y por tanto las posibilidades de llevar una vida independiente de mayor calidad son mayores. Judson (2011), realiza un estudio relacionando las caídas en mujeres postmenopáusicas y ACTN3 obteniendo resultados significativos en cuanto a la presencia del alelo X (una o dos copias) y un mayor riesgo. (Judson, 2011). En nuestro caso, a pesar de haber encontrado relaciones significativas entre los distintos genotipos y las variables estudiadas, no podemos evidenciar que exista una relación entre alelos y dicho riesgo.

Los resultados de ACTN3 obtenidos en población joven en otros estudios difieren cuando la población estudiada tiene 60 años o más. En estos trabajos que analizan población de edad avanzada no se obtiene asociación entre el genotipo y la fuerza muscular (McCauley, 2010; SanJuan, 2006; Bustamante-Ara, 2010). Delmonico (2007), sin embargo, sí obtiene relación pero sólo en el caso de las mujeres XX y la fuerza de pierna (Delmonico, 2007). En nuestro caso, también encontramos la relación del alelo X con la fuerza de pierna pero los datos más significativos encontrados son los que relacionan el alelo R con la fuerza de brazo izquierdo, no habiéndose encontrado esta relación anteriormente en la bibliografía consultada para este tipo de población.

Algunos trabajos han relacionado ACTN3 con el gen ACE y han dividido la muestra asumiendo que hay una posible asociación entre los genotipos de ambos categorizando en “power” frente a “non power”, donde la fusión de los genotipos RR y RX sería más ventajosa en cuanto a rendimiento físico. (Garatachea, 2012; Pereira, 2013). En futuras investigaciones se podría plantear incluir el gen ACE y realizar el análisis siguiendo esta distinción además de incluir otras variables como la velocidad y la resistencia.

## Referencias

- Alfred, T. (2011). ACTN3 genotype, athletic status, and life course physical capability: meta-analysis of the published literature and findings from nine studies. *Hum Mutat*, 32(9), 1008-18.
- Bustamante-Ara, N. (2010). ACE and ACTN3 genes and muscle phenotypes in nonagenarians. *Int J Sports Med*, 31, 1-4.
- Delmonico, M.J. (2007). Alpha-Actinin-3 (ACTN3) R577X Polymorphism Influences Knee Extensor Peak Power Response to Strength Training in Older Men and Women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(2), 206-12.
- Garatachea, N. (2012). Single and combined influence of ACE and ACTN3 genotypes on muscle phenotypes in octogenarians. *Eur J Appl Physiol*, 2409-2420.
- Garatachea, N. (2013). Genes and the ageing muscle: a review on genetic association studies. *Age*, 35(1), 207-33.
- Garton, F.C. (2014).  $\alpha$ -Actinin-3 deficiency alters muscle adaptation in response to denervation and immobilization. *Hum Mol Genet*, 1, 23(7), 1879-93.
- Gomez-Cabello, A. (2011). Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the elderly EXERNET multi-centre study. *Obes Rev*, 12(8), 583-92.
- Gómez-Cabello, A. (2012). Harmonization process and reliability assessment of anthropometric measurements in the elderly EXERNET multi-centre study. *PLoS One*, 7(7), 417-52.

- Houston, D.K. (2009). Weighty concerns: the growing prevalence of obesity among older adults. *J Am Diet Assoc*, 109, 1886-1895.
- Judson, R.N. (2011). The functional ACTN3 577X variant increases the risk of falling in older females: results from two large independent cohort studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 66(1), 130-5.
- Lucia, A. (2006). ACTN3 genotype in professional endurance cyclists. *Int J Sports Med*, 27, 880-884.
- McCauley, T. (2010). ACE I/D and ACTN3 R/X polymorphisms and muscle function and muscularity of older Caucasian men. *Eur J Appl Physiol*, 109(2), 269-77.
- Mills, M. (2001). Differential expression of the actin-binding proteins, alpha-actinin-2 and -3, in different species: implications for the evolution of functional redundancy. *Hum Mol Genet*, 10(13), 1335-1346.
- Morales, S. (2013). Sedentarismo y condición física en mujeres postmenopáusicas. *Nutr Hosp*, 28(4), 1053-9.
- North, K.N. (1996). Deficiency of a skeletal muscle isoform of alpha-actinin (alpha-actinin-3) in merosin-positive congenital muscular dystrophy. *Neuromuscul Disord*, 6, 229-235.
- Pereira, A. (2013). The influence of ACE ID and ACTN3 R577X polymorphisms on lower-extremity function in older women in response to high-speed power training. *BMC Geriatr*, 6(13), 131.
- Saini, A. (2009). Powerful signals for weak muscles. *Ageing Res Rev*, 8(4), 251-267.
- SanJuan, A.F. (2006). Does complete deficiency of muscle an actinin 3 alter functional capacity in elderly women? A preliminary report. *Br J Sports Med*, 40(1).
- Taaffe, D.R. (2000). Musculoskeletal health and the older adult. *J Rehabil Res Dev*, 37(2), 245-254.
- Yang, N. (2003). ACTN3 genotype is associated with human elite athletic performance. *Am J Hum Genet*, 73(3), 627-631.



## CAPÍTULO 19

### Parque Biosaludable: ciudadanos y fisioterapeutas, una alianza segura

Rafael Velasco Velasco<sup>1,2</sup> y Pilar Jiménez Tamurejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, SESCAM (España); <sup>2</sup>Fisioterapeuta

La detección en las consultas de fisioterapia de nuestro área de lesiones secundarias al mal uso del mobiliario de los Parques Biosaludables de esta ciudad por parte de los adultos mayores, junto con la oportunidad de difundir la promoción de hábitos saludables como el ejercicio a este sector de la población, incentiva a la unidad de Fisioterapia de AP a plantear y llevar a cabo este proyecto. El Parque Biosaludable se define como el espacio al aire libre compuesto de mobiliario especialmente diseñado para la práctica de la actividad física en el adulto mayor. Son estructuras accesibles por tanto a toda la población y su uso puede adaptarse también a situaciones especiales (Afamour, 2007).

La experiencia previa en nuestro área con la Red de Ciudadanos Expertos en Seguridad del Paciente, creada por iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conjuntamente con esta comunidad autónoma y compuesta de ciudadanos formados a su vez por otros ciudadanos y sanitarios motivó que pensáramos nuevamente en su colaboración que permite reforzar a la vez el empoderamiento de estos pacientes garantizando la continuidad y sostenibilidad de nuestro programa. Esta Red está compuesta de ciudadanos formados a su vez por otros ciudadanos y sanitarios, iniciativa ésta que tuvo lugar entre Ministerio de Sanidad y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en nuestra Área Sanitaria. Son ciudadanos expertos en Seguridad del Paciente. La participación ciudadana es uno de los leitmotiv de este proyecto puesto que basándonos en la comentada Red de ciudadanos expertos damos forma a una de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud. De hecho, el planteamiento es que los fisioterapeutas se vayan retirando conforme avancen las ediciones y lideren los ciudadanos expertos y se consolide en todos los Parques Biosaludables de la ciudad del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

#### Objetivos

##### *Objetivo principal:*

Potenciar el uso adecuado del material de los Parques Biosaludables promoviendo la actividad física en los adultos mayores.

##### *Objetivos específicos:*

1. Formar pacientes expertos que lideren nuevos grupos impulsando la participación ciudadana en salud comunitaria
2. Capacitar en las destrezas y habilidades necesarias para el uso óptimo del material biosaludable
3. Mejorar y mantener las capacidades físicas
4. Promover las relaciones sociales del individuo
5. Prevenir lesiones por el uso incorrecto del material de los Parques Biosaludables.

#### Método

##### *Contexto y población diana*

La formación de los pacientes expertos corresponde a una de las estrategias de prevención y promoción de la OMS. La implicación y el protagonismo de éstos es una realidad en este proyecto de Parques Biosaludables bajo la coordinación continuada de los Fisioterapeutas de Atención Primaria. Se realizó un curso de formación en seguridad del paciente y planificación de la actividad física en Parques Biosaludables para estos ciudadanos expertos (Aparicio, 2009).

Experiencia en la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina en colaboración con el Ayuntamiento de la ciudad, en concreto con la Concejalía de Servicios Sociales. De forma colaborativa, los servicios sociales del Ayuntamiento y la Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Atención Primaria seleccionan a los usuarios, que provienen de Centros de Día, Centros Sociales, Asociaciones y Centros de Salud, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Mayores que realizan ejercicio físico de forma habitual (mínima frecuencia de dos veces por semana) en las diferentes modalidades que oferta el Ayuntamiento.

- Líderes en sus respectivos grupos (con una visión estratégica de ser futuros ciudadanos expertos).
- Con especial motivación para participar en nuestro proyecto.

Los mayores de 60 años son nuestro público objetivo, ya que es sobre todo a partir de esta edad cuando la persona mayor pierde masa muscular y amplitud en la movilidad articular y se alteran la coordinación, el equilibrio, la destreza en los movimientos, la marcha, etc.

#### *Procedimiento*

Tras 5 sesiones con las Concejalías de Servicios Sociales, Sanidad y Medio Ambiente del Ayuntamiento, se pactó la colaboración interinstitucional en el desarrollo de este proyecto y de otras actividades de educación para la salud con el colectivo de mayores. Se firmó un convenio específico entre la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina y el Ayuntamiento de la ciudad.

Se realizó un curso de formación en seguridad del paciente y planificación de la actividad física en los Parques Biosaludables para estos ciudadanos expertos con los objetivos:

- Conocer los parques biosaludables y el funcionamiento del mobiliario principal.
- Aprendizaje de sesión tipo (calentamiento, capacidad a trabajar y enfriamiento) y manejo de las herramientas de evaluación.
- Manejo de otras sesiones alternativas al uso de los Parques Biosaludables (inclemencias del tiempo u otras incidencias).
- Consejos sobre hidratación, alimentación, vestuario, etc.

Se realizan fichas para cada uno de los aparatos del parque. Estas fichas sirven para mostrar a los ciudadanos expertos las indicaciones, contraindicaciones, y si se debe realizar el ejercicio físico por tiempos o por repeticiones. Durante la actividad formativa se incluye una o dos sesiones prácticas en el Parque. Los ciudadanos expertos practican con cada uno de los aparatos y complementan la potenciación de la musculatura antagonista gracias a bandas elásticas de diferentes resistencias. Una vez concluido el curso, se seleccionaron los ciudadanos expertos que debían colaborar en el proyecto. Se reclutaron los usuarios participantes mediante una entrevista clínica, descartando patología contraindicada con el ejercicio a realizar en el Parque Biosaludable, y derivándose a su Médico de Atención Primaria (MAP) en caso de ser necesaria su valoración. La herramienta utilizada fue el Test Par-Q (Shephard, 1995).

Se captaron personas sanas y también con patología diagnosticada y sin ninguna contraindicación médica para la realización de esta actividad física. Se crean dos grupos de 20 usuarios cada uno dirigidos por dos fisioterapeutas y dos ciudadanos expertos. La periodicidad es de dos sesiones semanales y la duración es de un semestre, de enero a junio.

Se realiza evaluación al inicio, a la mitad y al final de la actividad mediante el test Senior Fitness (Rikli, 2001) para la valoración de la condición física en las personas mayores. Se citó a los pacientes expresamente en el Centro de Salud, realizándose un calentamiento previo a las pruebas físicas. Los examinadores fueron los mismos para todos los usuarios y con las mismas herramientas en las tres valoraciones físicas que se realizan a lo largo del programa.

Además de la perspectiva sanitaria se ha querido enfocar el programa desde otras perspectivas teóricas y disciplinares (psicología y sociología) que estudian el proceso de envejecimiento humano y los mecanismos que rigen el desarrollo y el aprendizaje. Así desde la perspectiva de una intervención psicosocial, se complementó el trabajo por parte de una trabajadora del Área sanitaria mediante el manual GTO-04 (Chinman, 2004) que fue específicamente diseñado para ayudar a cualquier agencia, escuela o coalición de la comunidad que esté interesada en mejorar la calidad de sus programas. El texto del manual (Chinman, 2004) y las hojas de trabajo organizadas en forma de diez preguntas por responder se refieren a: -1- identificación de necesidades y recursos; -2- objetivos y metas; -3- elección de programas con las mejores prácticas; -4- cómo garantizar que el programa “es adecuado”; evaluación de -5- la capacidad, -6- la planeación, -7- el proceso y -8- los resultados; -9- un mejoramiento continuo de calidad, y -10- sostenibilidad.

#### *Evaluación*

Indicadores:

1. Usuarios seleccionados en función de la entrevista clínica según instrumento Par-Q.

2. Valoración física inicial, a mitad y final del proyecto por parte de los fisioterapeutas y con la colaboración de los pacientes expertos (Índice de Masa Corporal, Test Senior Fitness).

Cuantificación de la actividad física realizada fuera del programa: Se distribuyó al inicio del programa una planilla para anotar toda la actividad física del usuario, además de la asistencia a los Parques Biosaludables (Gimnasia de mantenimiento, piscina, pasear,...).

Valoración de la intervención psicosocial por parte del Educador Social mediante el manual GTO-04.

**Resultados**

*Usuarios seleccionados en función de la entrevista clínica según instrumento Par-Q*

Se convocaron 44 usuarios de los cuales fueron seleccionados 42. Fueron excluidos dos usuarios debido a la presentación en el momento de la entrevista de una cardiopatía descompensada. 6 de ellos requerían adaptación al ejercicio con el mobiliario: 4 por padecer espondiloartrosis en fase subaguda y 2 por portar prótesis de rodilla.

Análisis descriptivo de las características de los usuarios incluidos:

Figura 1. Histograma de la distribución de edades

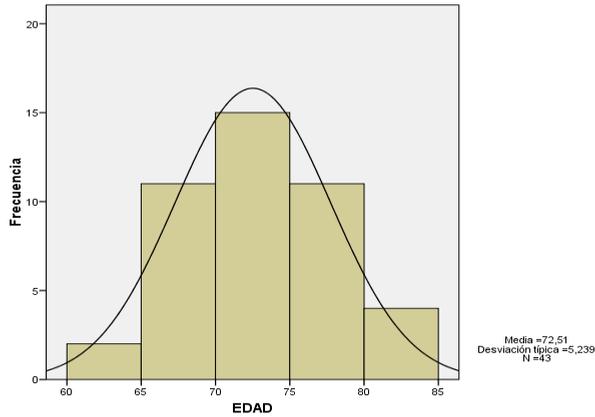


Figura 2. Diagrama de cajas de la edad en el grupo 1

Figura 3. Diagrama de cajas de la edad en el grupo 2

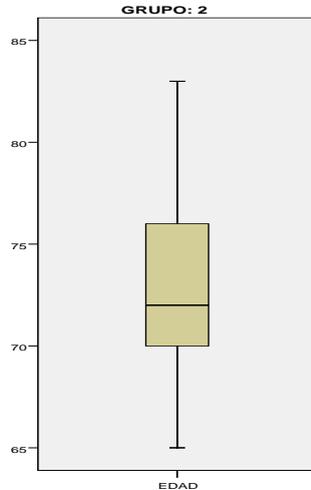
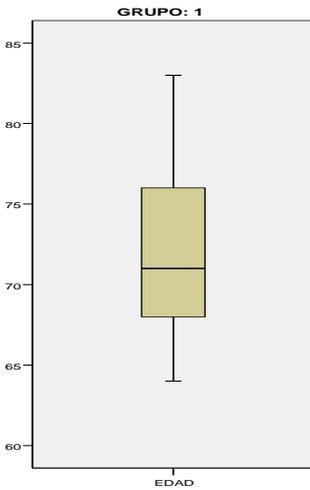


Tabla 1. Comparativa de edades en ambos grupos

VARIABLE	N	MEDIA	IC95%	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
Grupo 1	21	72,38	69,64-75,12	71	64	83
Grupo 2	22	72,64	70,64-74,64	72	65	83
Total	43	72,51	70,90-74,12	72	64	83

Valoración física inicial, a mitad y final del proyecto por parte de los fisioterapeutas y con la colaboración de los pacientes expertos (Índice de Masa Corporal, Test Senior Fitness).

Tabla 2. Estadística descriptiva de los valores obtenidos en los test realizados

VARIABLE	N	MEDIA	IC95%	MEDIANA	MÍN	MÁX
IMC (febrero)	39	29,20	27,44-30,97	28	23	39
IMC (abril)	39	29,24	27,41-31,08	28,4	23	39,7
IMC (junio)	36	28,95	27,26-30,64	28	23,5	39
SILLA (febrero)	36	10,48	9,71-11,25	11	7	15
SILLA (abril)	39	14,08	13,02-15,13	14	11	20
SILLA (junio)	37	16,56	15,27-17,85	16	11	26
FLEX BRAZO (febrero)	36	15,76	14,69-16,82	16	10	22
FLEX BRAZO (abril)	39	22,76	21,32-24,20	24	15	30
FLEX BRAZO (junio)	37	28,60	26,66-30,54	28	19	40
MARCHA (febrero)	36	68,12	62,40-73,83	65	42	100
MARCHA (abril)	39	81,60	74,97-88,22	80	55	130
MARCHA (junio)	37	91,60	86,06-97,14	93	70	127
FLEXIB MMII (febrero)	36	-1,6	(-5,02)-(-1,82)	0	-26	13
FLEXIB MMII (abril)	39	1	(-1,66)-(-3,66)	0	-22	10
FLEXIB MMII (junio)	36	2,08	(-1,50)-(-5,68)	2	-22	18
FLEXIB MMSS (febrero)	36	-8,36	(-12,54)-(-4,18)	-6	-26	10
FLEXIB MMSS (abril)	39	-4,08	(-7,36)-(-0,80)	-1	-20	7
FLEXIB MMSS (junio)	36	-2,36	(-5,85)-(-1,13)	-1	-16	12
AGILIDAD (febrero)	36	5,37	4,72-6,01	5,09	3,58	11,33
AGILIDAD (abril)	39	5,50	4,92-6,09	5,15	3,83	11,28
AGILIDAD (junio)	37	5,39	4,85-5,93	5,18	3,67	11,42

Figura 4. Distribución del índice de masa corporal por grupos y mes de evaluación

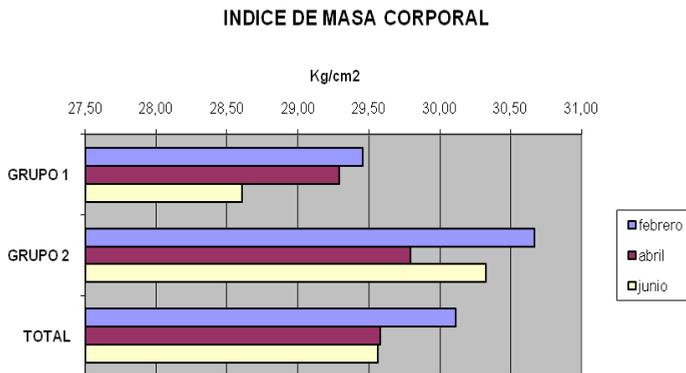


Figura 5. Resultados de la prueba de la silla por grupos y mes de evaluación

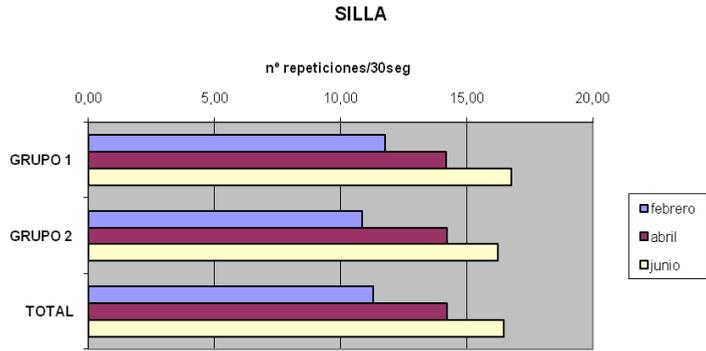


Figura 6. Resultados de la prueba de flexiones del brazo por grupos y mes de evaluación

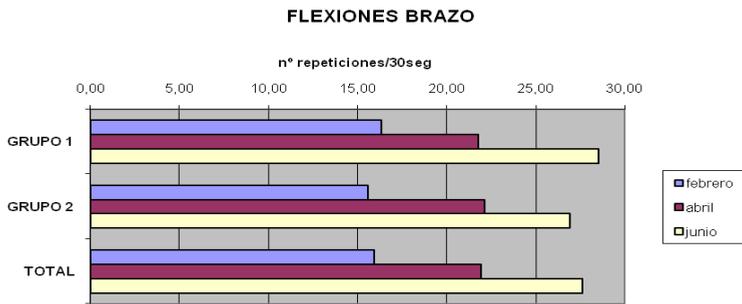


Figura 7. Resultados de la prueba de la marcha por grupos y mes de evaluación

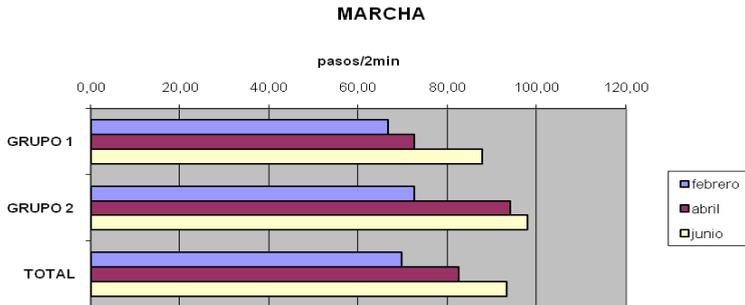


Figura 8. Resultados de la prueba de flexibilidad de mmii por grupos y mes de evaluación

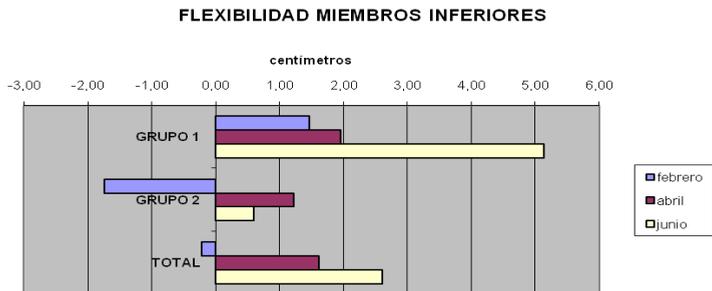


Figura 9. Resultados de la prueba de flexibilidad de MMSS por grupos y mes de evaluación

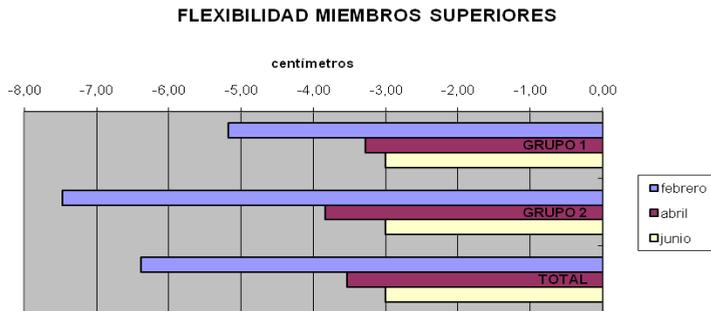
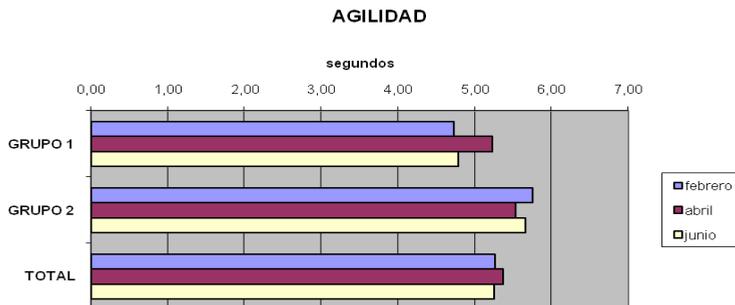


Figura 10. Resultados de la prueba de agilidad por grupos y mes de evaluación



Durante todo el desarrollo del programa, no se detectó ninguna lesión causada por el mal uso del mobiliario del Parque Biosaludable en ninguno de los usuarios participantes.

Cuantificación de la actividad física realizada fuera del programa:

No ha sido posible la explotación de los datos relativos a la cuantificación de otro tipo de actividad física, como gimnasia de mantenimiento o piscina, por incidencias surgidas con el registro por parte de los usuarios que, con frecuencia, olvidaban la cumplimentación de la planilla elaborada al efecto.

Valoración de la intervención psicosocial por parte del Educador Social mediante el manual GTO-04. Gracias a la aplicación del manual GTO se ha dado más importancia a los conceptos de aprendizaje y educación permanente en la vejez, ya que esto implica ver a los adultos mayores desde un paradigma que no los considere como objetos carentes y necesitados de protección, sino, por el contrario, como ciudadanos a empoderar (Castillo, 2013).

Los resultados de este proyecto tras la aplicación de los test correspondientes son:

- Aumento de las capacidades físicas, en un 20% según test Senior Fitness.
- Observación del manejo seguro del mobiliario en más de un 80% tras la intervención

Por cada grupo se ha formalizado la solicitud de 4 usuarias por grupo como futuros ciudadanos expertos que dirigirán a su vez a otros grupos para extender el proyecto por el resto de Parques Biosaludables de la ciudad. Fisioterapeutas y actuales ciudadanos expertos han colaborado en la motivación de estas solicitudes.

La correcta formación en la utilización de Parques Biosaludables ha recibido una aceptación muy favorable por parte de la ciudadanía contribuyendo eficazmente al empoderamiento de ésta. Desde el principio ha quedado claro para los usuarios que este era un proyecto para ellos pero con ellos, se pretende alcanzar la supervisión mínima por parte de los sanitarios y que la ciudadanía haga uso de estos Parques de una forma óptima evitando lesiones y fortaleciendo la Red de Ciudadanos expertos como actores fundamentales en la dirección de otros grupos.

La extensión a todos los Parques Biosaludables de la ciudad se está concretando en la captación efectiva de nuevos ciudadanos expertos que están dirigiendo sus propios grupos a partir de este año. La participación de la Red de Ciudadanos Expertos ha sido activa y desinteresada y, junto con la cooperación interinstitucional, se ha facilitado una actuación comunitaria dirigida a conseguir una práctica segura y a mejorar las capacidades físicas y psicosociales de los mayores.

La población atendida también ha mostrado mayor interés por temas concernientes con su salud. Fruto de este interés se realizó también con Servicios Sociales del Ayuntamiento varios grupos de EPS dirigido al colectivo en general de mayores. La temática de estos grupos fueron “Escuela de Espalda” y “Vivir con Artrosis” y se están estudiando otros tantos.

### Recomendaciones

A la finalización de esta intervención Ayuntamiento y Servicio de Salud han detectado la conveniencia de elaborar paneles informativos (Afamour, 2007) adecuados a la intemperie para cada Parque Biosaludable de la ciudad y para cada material con la dirección de contacto, las indicaciones y precauciones que los Fisioterapeutas de Atención Primaria y los ciudadanos participantes elaboren a tal efecto, además de un díptico resumen de todo el mobiliario del Parque con sus precauciones, programa de cinesiterapia de estiramiento previo y posterior al uso de éste, y principales indicaciones y contraindicaciones en el uso de estos circuitos de Parques Biosaludables. Para futuras ediciones también se podría considerar oportuno la difusión en los medios de comunicación respecto a la captación de población que ya realice ejercicio físico y la extensión de la actividad a otras Zonas Básicas de Salud fuera de la ciudad de Talavera de la Reina, en concreto de su Área Sanitaria.

### Referencias

- Afamour, I. (2007). Diseño de Mobiliario para la Tercera Edad y Parques Infantiles. *Instalaciones Deportivas*, 21(150), 24-27.
- Aparicio, E.H. (2009). Estudio de los circuitos biosaludables para la tercera edad en España. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 9(33), 25-38.
- Castillo, T.E., Buades, J. y Jiménez, C. (2013). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. Migraciones*. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, 34.
- Chinman, M., Imm, P. y Wandersman, A. (2004). *Getting To Outcomes™ 2004*. Rand Corporation.
- Rikli, R. y Jones, C. (2001). *Senior fitness test manual*. Estados Unidos de América: Human Kinetics.
- Shephard, R.J. (1995). Current status of the step test in field evaluation of aerobic fitness: The Canadian home fitness test and its analogues. *Research in Sports Medicine: An International Journal*, 6(1), 29-41.



## CAPÍTULO 20

### Características específicas de la fisioterapia en personas mayores tras ictus. Evidencia científica de revisiones sistemáticas

M. Luz Sánchez-Sánchez y M. Arántzazu Ruescas-Nicolau  
*Universitat de València (España)*

El envejecimiento de la población y el aumento drástico de la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) en la tercera edad hace que, en la actualidad, adquiera una gran relevancia entender las diferencias relacionadas con la edad en la presentación del ictus y la resolución funcional de sus secuelas tras la rehabilitación (Quinn *et al.*, 2009).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el objetivo de la rehabilitación es maximizar la función y minimizar la limitación de la actividad y la restricción de la participación consecuencia de una deficiencia o enfermedad subyacente. Esta definición enfatiza la naturaleza holística del enfoque y la necesidad de focalizar en los factores ambientales y personales. Sin embargo, no es práctica habitual una rehabilitación diseñada específicamente para los pacientes de edad avanzada que aborde los aspectos específicos del envejecimiento (Bachmann *et al.*, 2010). De tal forma que si la rehabilitación tiene como objetivo guiar al individuo hacia una vida en la que pueda participar en la sociedad tanto como desee, parece lógico pensar que los pacientes con secuelas de ictus más jóvenes pueden tener objetivos de rehabilitación que difieran de los de los pacientes más mayores (Quinn *et al.*, 2009).

Por tanto, la recuperación tras el ACV es compleja y por ello, se han desarrollado muchas intervenciones para conseguir la recuperación cognitiva y motora, asimismo, cada vez existe un número más elevado de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas. Sin embargo, la mayoría de estas intervenciones no se dirigen de manera específica a un grupo de edad sino que frecuentemente se evalúan usando una variedad muy amplia de grupos de pacientes y de medidas de resultado (Pinter y Brainin, 2012). Así, determinar la fisioterapia específica más efectiva para las personas mayores con secuelas motoras de ictus es relevante. Además, en la rehabilitación clínica práctica se asume a menudo que el paciente adulto joven tras ictus tiende a mejorar más rápido y más que los pacientes ancianos. Pero, ¿es esto cierto? En realidad, pocos equipos de rehabilitación tratan un gran número de adultos jóvenes con secuelas de ictus; sólo el 2,36% de ictus por año en Europa ocurre en adultos menores de 45 años (Truelsen *et al.*, 2006) y sólo el 31% en personas menores de 65 años (Giroud, Jacquin y Béjot, 2014).

Así, el objetivo de este estudio ha sido compilar la evidencia de revisiones sistemáticas sobre la fisioterapia en el ictus en las personas de edad avanzada ( $\geq 60$  años) para conocer la respuesta a estas preguntas y reflexionar sobre las particularidades de esta intervención en este grupo poblacional.

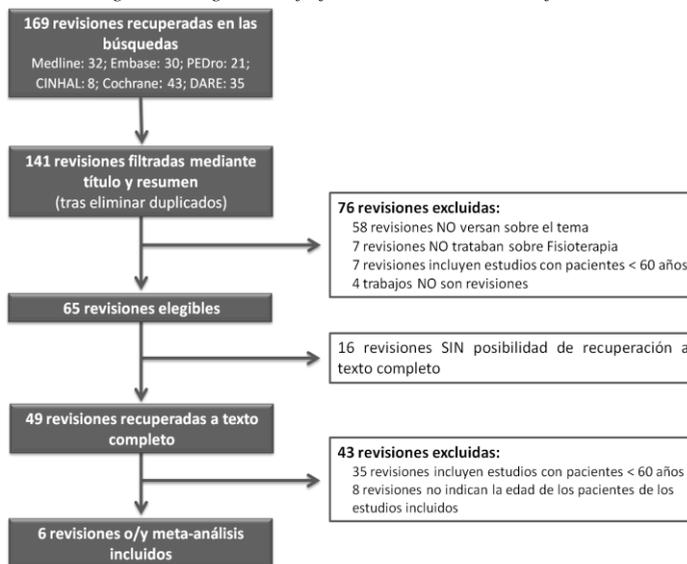
#### Desarrollo del tema

Para realizar esta revisión bibliográfica se utilizó la siguiente metodología: Dos fisioterapeutas con experiencia investigadora realizaron una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: MEDLINE, Embase, Cochrane Plus, CINAHL, PEDro y DARE. Los términos de búsqueda utilizados se definieron mediante el tesauro MESH, de forma que, mediante los operadores booleanos *OR* y *AND*, se combinaron los siguientes descriptores: *physicaltherapy/ physiotherapy, stroke, elderly*. Las búsquedas se limitaron a revisiones sistemáticas y meta-análisis, publicadas en los últimos diez años (2004-2014) en inglés o castellano. Además, se filtraron los resultados a estudios realizados en personas mayores de 65 años y en humanos. Para que una publicación fuera incluida en este trabajo debía cumplir los siguientes criterios: tratarse de una revisión sistemática y/o meta-análisis; los sujetos incluidos en los estudios de las revisiones debían presentar una edad media igual o mayor a 60 años; y debía versar sobre fisioterapia en el ictus o sobre fisioterapia en la persona mayor, pero en este caso contemplar un grupo específico de pacientes con secuelas de ictus.

A partir del título de la publicación y, cuando hubo dudas, de la lectura del resumen, se identificaron los artículos elegibles en cada búsqueda. Tras conseguir y leer el texto completo, fueron excluidas todas aquellas publicaciones que no cumplieron los criterios de inclusión. En la figura 1 se muestra el proceso seguido para la selección de artículos. Finalmente, en esta investigación se han incluido un total de 6 revisiones. Tras la lectura completa de las mismas, se procedió a la extracción de datos (tabla 1). En base a esta información, se presenta en este estudio una

valoración crítica de la investigación recuperada y una reflexión sobre las particularidades de la Fisioterapia en el ictus de personas de edad avanzada. Los principales resultados se clasifican en tres apartados:

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de trabajos



### Relación entre edad y estado funcional al alta hospitalaria tras ictus

La razón del mal pronóstico a corto plazo en las personas mayores tras ictus parece ser la dependencia preictus y la severidad del mismo en lugar de sólo la edad avanzada *per se* (Kammersgaard *et al.*, 2004). De tal forma que para aquellos pacientes que presentan un deterioro funcional severo al ingreso hospitalario tras ictus, la edad avanzada se correlaciona con una menor mejora en los resultados funcionales, mientras que para los pacientes con un nivel funcional alto al ingreso, la edad no influye en el grado de mejora alcanzado (Black-Schaffer y Winston, 2004). Es decir, los predictores de resultado favorable en la rehabilitación del ictus geriátrico son similares a los de la población más joven (Wells *et al.* 2003) por tanto, los peores resultados obtenidos en la rehabilitación en personas mayores tras ictus se asocian a la fragilidad y otras comorbilidades relacionadas con la edad. Además, la edad muy avanzada se asocia con ictus más severos y discapacidad preexistente, por lo que el nivel funcional en el momento de admisión tras ictus tiende a ser inferior en las personas mayores (Kammersgaard *et al.*, 2004; Black-Schaffer y Winston, 2004), lo que influye negativamente ya que la severidad del ictus y el estado premórbido son fuertes predictores del pronóstico de rehabilitación (Quinn *et al.*, 2009). Por último, indicar que la edad muy avanzada (> 85 años) predice la mortalidad a corto plazo y el alta a residencia o mortalidad en el hospital (Kammersgaard *et al.*, 2004) y que existe mayor probabilidad en los sujetos de edad avanzada tras ictus de requerir un cuidador contratado y de ingresar en una residencia tras el alta hospitalaria (Wells *et al.* 2003).

### Relevancia de la fisioterapia en la persona mayor tras ictus

La evidencia actual apoya la eficacia de proveer fisioterapia tras ictus y la recomendación es no excluir a ningún paciente por su edad en las unidades de atención de ACV. De hecho, los pacientes de mayor edad obtienen el mayor beneficio (Quinn *et al.*, 2009). Sin embargo, hay que hacer hincapié en la relevancia de una fisioterapia específicamente diseñada para pacientes geriátricos e incluida en programas de rehabilitación en concordancia con la definición de la OMS y el marco de los principios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud que tiene en cuenta no sólo la disfunción médica o biológica sino también los aspectos sociales de la discapacidad (Bachmann *et al.*, 2010). Estos programas deben incluir una valoración geriátrica multidimensional, una asignación estricta de las terapias, reuniones regulares con todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado del paciente, objetivos adaptados a cada paciente de forma individual, intervenciones

adaptadas a las necesidades del paciente y evaluaciones regulares del tratamiento con el equipo sanitario y el paciente. Bajo esta premisa, se ha demostrado el potencial de la rehabilitación geriátrica para mejorar la función, las tasas de admisión a residencias tras el alta hospitalaria y las de mortalidad, aunque sigue sin estar claro el subgrupo de pacientes que más se beneficiarían de este tipo de programas, la eficacia de las características de las intervenciones individuales y el impacto en la atención de salud de este tipo de programas: costo-beneficio y tasas de readmisión (Bachmann *et al.*, 2010).

Por último, puesto que la edad muy avanzada predice la admisión en residencia al alta hospitalaria tras ictus, cabe destacar que Crocker *et al.* (2013) concluyeron en una revisión sistemática de Cochrane que la fisioterapia en gente mayor que vive en residencia es segura y efectiva, aumentando el estado físico y posiblemente mental.

### **Técnicas fisioterápicas más específicas para la persona mayor tras ictus**

La terapia por restricción del lado sano ha demostrado ser la más efectiva para la recuperación de la función en las extremidades superiores siempre que el sujeto presente extensión activa de muñeca y dedos (Pinter y Brainin, 2012). Por tanto, conseguir esta extensión es importante para recuperar la destreza, así Meilink *et al.* (2008) realizaron una revisión sistemática para conocer si el uso de estimulación eléctrica neuromuscular desencadenada por electromiografía mejoraba dicha extensión concluyendo que esta técnica no es más beneficiosa en comparación con la fisioterapia habitual. Otras técnicas que han demostrado efectos beneficiosos para la recuperación funcional del miembro superior parético han sido la imaginación motora (IM) y el biofeedback electromiográfico. Respecto a la IM, la revisión sistemática llevada a cabo por Zimmermann-Schlatter *et al.* (2008) indica que existe modesta evidencia del beneficio adicional de la IM en comparación con sólo la fisioterapia convencional tras ictus. Por otro lado, el entrenamiento bilateral simultáneo de extremidades superiores, la electroestimulación funcional y el entrenamiento en tareas repetitivas presentan un efecto pequeño. Por último, el uso de aparatos robóticos no favorece significativamente las actividades de la vida diaria (AVD), aunque existe evidencia respecto a la mejora de la función motora y la fuerza de la extremidad superior, justificada por la alta intensidad y repetitividad de la tarea, pero parece que las personas mayores tienen menor probabilidad de beneficiarse de estos aparatos (Pinter y Brainin, 2012).

En relación a la recuperación de la función motora en extremidades inferiores, Pinter y Brainin (2012) señalan que las personas de edad avanzada tras ictus presentan un control postural alterado y una alta incidencia de caídas, por tanto, la recuperación de la estabilidad postural es esencial y, en las personas mayores, las intervenciones para recuperar el equilibrio en sedestación o bipedestación se deben ajustar a sus necesidades individuales y su comorbilidad. Respecto a las técnicas de fisioterapia más adecuadas cabe indicar que el entrenamiento específico de la tarea mejora el paso de sedestación a bipedestación y el equilibrio en bipedestación (Pinter y Brainin, 2012). El *biofeedback* con plataformas de fuerza o con plataformas móviles mejora la simetría en bipedestación (Zijlstra *et al.*, 2010; Pinter y Brainin, 2012), pero no parece mejorar el equilibrio durante las actividades funcionales ni la independencia del sujeto (Pinter y Brainin, 2012), aunque Zijlstra *et al.* (2010) describieron mejoras significativas con el entrenamiento de la transferencia de sedestación a bipedestación con *biofeedback* auditivo o visual en la simetría en la distribución del peso corporal, asimismo, describieron una mejora en la anchura y longitud del paso a favor del entrenamiento de la marcha con *biofeedback* visual y auditivo.

Diversas intervenciones parecen aumentar la velocidad de marcha: fisioterapia de alta intensidad, entrenamiento en tareas repetitivas, entrenamiento en salud física cardiorrespiratoria y entrenamiento en salud incorporando una mezcla de entrenamiento cardiorrespiratorio. De ellas, sólo los ensayos clínicos de entrenamiento en salud física cardiorrespiratoria proveen una robusta evidencia de sus beneficios, especialmente en los pacientes de mayor edad (Pinter y Brainin, 2012). Por otro lado, el entrenamiento de la marcha en cinta rodante con o sin soporte parcial de peso tiende a resultar en más sujetos con marcha independiente y más precozmente gracias al entrenamiento intensivo que admite esta intervención. Del mismo modo, el uso de aparatos de entrenamiento de la marcha con asistencia electromecánica junto con fisioterapia aumenta la posibilidad de conseguir marcha independiente tras ictus, y estos sistemas disminuyen el esfuerzo que los fisioterapeutas deben realizar en la cinta de marcha para estabilizar y colocar los miembros paréticos y controlar la distribución de la carga en los en las distintas fases de la marcha, sin embargo, no consiguen mejoras en la velocidad o en la capacidad de marcha. En relación a la realidad virtual, la evidencia actual sugiere que es un enfoque prometedor en la recuperación de las secuelas de ictus, sin embargo, el número de estudios y muestras empleadas son demasiado pequeños como para sacar conclusiones en firme, sobre todo para pacientes ancianos (Pinter y Brainin, 2012).

Por otro lado, hay limitada evidencia sobre el tratamiento más apropiado para aquellos pacientes con discapacidades más severas, de tal forma que aunque las guías de práctica clínica han recomendado el uso de

movimientos pasivos para prevenir contracturas dolorosas o úlceras por presión en estos pacientes, la intervención activa puede disminuir las tasas de admisión en residencia de estos pacientes (Quinn *et al.*, 2009).

Por último, es importante la fisioterapia en la negligencia unilateral (NU) ya que es un trastorno común después del ACV, que se asocia con la edad avanzada sobre todo después de lesiones del hemisferio derecho, además, la presencia de NU ha sido fuertemente relacionada con un mayor riesgo de lesión, como las caídas y con un peor pronóstico funcional. Respecto a su tratamiento existe evidencia moderada de la eficacia de entrenamiento en escaneo y señalización espacio-temporal hacia el lado de la negligencia (Vahlberg y Hellström, 2008).

Tabla 1. Características y resultados de las revisiones incluidas

Revisión	Población	Intervenciones	Intervenciones de comparación	Resultados para los cuales se describieron datos	Limitaciones de la revisión
Pinter MM y Brainin M, 2012 (7)	Ictus Edad avanzada	CIMT BFB-EMG IM RT ET bilateral simultáneo de MMSS EEF ET en tareas repetitivas BFB con plataformas de fuerza o con plataformas móviles FT de alta intensidad ET físico cardiorrespiratorio MCRSPP RV	GCIA	<i>Recuperación función MMSS:</i> CIMT: más efectiva (necesario ext. activa de muñeca y dedos aunque no utilice m.s. en las AVD). RT: permite alta intensidad, especificidad en la tarea y repetitividad, pero NO mejoras significativas en las AVD (dudoso beneficio en personas mayores ) IM y BFB-EMG: efectos beneficiosos en la recuperación motora. ET bilateral simultáneo de MMSS, la EEF y el ET en tareas repetitivas: pequeño efecto  <i>Recuperación función motora MMII:</i> ET específico de la tarea: mejora transferencia SED a BIP y equilibrio en BIP. BFB con plataformas de fuerza /móviles: mejora la simetría en BIP, (no efecto en equilibrio durante actividades funcionales ni independencia). ET físico cardiorrespiratorio: Mejora de la marcha (evidencia robusta- importancia en personas mayores). MCRSPP: más personas con marcha independiente y precozmente tras el ictus (justificado por la cantidad de entrenamiento que admite). ET de la marcha con asistencia electromecánica (el esfuerzo de los Ft) + FT: mayor posibilidad de conseguir marcha independiente tras ictus (mayor beneficio en fase aguda). RV: no común en la práctica clínica.	No se ha evaluado si los resultados beneficiosos de la CIMT se mantienen a largo plazo.  Existe escasa evidencia respecto a las intervenciones para mejorar la función de la mano.  Aunque la RV parece un enfoque prometedor, el bajo número de estudios y el tamaño de las muestras es demasiado pequeño para extraer conclusiones firmes, especialmente para las personas mayores.
Wells J y cols., 2003 (11)	Ictus Edad >65	TTO en unidad de ictus.	GCIA  Ningún TTO.	Los predictores de resultado favorable en la RHB del ictus geriátrico son similares a los de la población más joven. Los peores resultados obtenidos en la RHB en personas mayores tras ictus se asocian a la fragilidad y otras CMB relacionadas con la edad.  Existe mayor probabilidad en los sujetos de edad avanzada tras ictus respecto a los sujetos jóvenes de requerir un cuidador contratado y de ingresar en una residencia tras el alta hospitalaria.	Se necesita más investigación sobre la detección de pacientes con más probabilidades de beneficiarse de la RHB geriátrica.  La investigación de los resultados también ayudará a identificar qué resultados se pueden lograr y mantener.
Zijlstra A y col., 2010 (12)	Ictus Edad >60 Sin CMB Sin visión o cognición alterada.	Sesiones repetidas de BFB para el ET de equilibrio y/o tareas de movilidad.	GCIA	<i>Factibilidad:</i> PT disfrutaron el TTO porque sabían exactamente qué debían lograr y podían juzgar sus resultados. Dos estudios realizados por el mismo autor indicaron que los pacientes se	No hay indicios claros en cuanto a la viabilidad de la aplicación debido a la falta de evaluaciones de los aspectos de factibilidad (sujetos que se perdían en la intervención, las tasas de

Revisión	Población	Intervenciones	Intervenciones de comparación	Resultados para los cuales se describieron datos	Limitaciones de la revisión
				<p>centraron más en la retroalimentación que en la actividad a realizar (ej. señal auditiva vs levantarse).</p> <p><i>Eficacia:</i>                      ET equilibrio con BFB visual: no diferencias en la oscilación postural durante la BIP estática. Diferencias en la distribución de pesos a favor del BFB.                      ET marcha con BFB visual + auditivo: mejoras significativas en el aspecto entrenado (ej. anchura y longitud paso).                      ET transferencias de SED a BIP con BFB auditivo o visual: mejora en distribución de pesos (plataforma de fuerza) inmediata y a los 6 meses.</p>	<p>participación y la aparición de eventos adversos).</p> <p>Los sujetos con CMB fueron excluidos. Por lo tanto, no hay pruebas suficientes para saber si los métodos de BFB pueden aplicarse con éxito en adultos mayores con condiciones de discapacidad.</p>
Vahlberg B y Hellström K, 2008 (10)	Ictus Edad>60 Negligencia	SET Dispositivo Bon Saint Come Gafas con aviso sonoro (si no mueve ojos a la izquierda en 15'') Prismas de Fresnel 15 dioptrías RHB cognitiva ET exploración visual Rotación de tronco Vibraciones musculares de cuello repetidas Programa de ET ampliado IM ET con video feedback Adaptación prismas	GCIA	<p>Evidencia moderada de la eficacia de ET en escaneo y SET hacia el lado de la negligencia. Estas técnicas pueden combinarse con rotación de tronco y otras estrategias de RHB (CIMT, IM, video feedback, adaptación de prismas).</p> <p>Destacan 5 escalas para el cribado de la negligencia tras ictus: <i>Test de Comb y Razor, Line Bisection, Alberts Test, Versión corta del RBIT, NIH</i>.</p> <p>Se obtienen 3 escalas para la evaluación en profundidad: <i>RPAB, RBIT, Catherine Bergego Scale</i>.</p>	No se ha podido observar el efecto de los tratamientos en la marcha o las transferencias ya que los resultados se evaluaron con diferentes test neuropsicológicos o escalas de AVD, pero no se determinó ninguna evaluación de la función motora.
Meilink A y col., 2008 (6)	Ictus Edad>60	EMG-NMES de los extensores de muñeca y dedos de la mano parética con electrodos de superficie.	GCIA.	<p>No resultados significativos de superioridad de esta técnica respecto a la fisioterapia habitual evaluada con:                      FMAS                      ARAT                      B&amp;B                      Reaction time                      Sustained contraction</p>	Calidad metodológica pobre de la mayoría de los ECAs incluidos (no descripción de la dosis exacta y las características). No se ha podido realizar el análisis de sensibilidad para conocer si la capacidad inicial de control motor voluntario de muñeca y dedos es fundamental para encontrar efectos en términos de destreza.
Zimmermann-Schlatter A y col., 2008 (13)	Primer ictus Edad>60	IM combinada con FT o TO vs sólo FT o TO.	GCIA	<p>Evidencia modesta sobre el beneficio de añadir IM al TTO convencional a corto plazo en los resultados funcionales.</p> <p>Valorado con ARAT y FMAS : Tres estudios probaron efectos positivos y 2 estudios encontraron puntuaciones de cambio promedio más altas que la diferencia mínima clínicamente relevante</p> <p>Un estudio declaró efectos significativos en los resultados relacionados con la tarea.</p>	Debido a la variabilidad del tiempo transcurrido desde el ictus en las diferentes muestras de pacientes no se puede conocer el mejor momento para la intervención con IM, ni la duración óptima o la frecuencia de la intervención o la aparición de fatiga en pacientes con ictus. Dado que ninguno de los estudios incluidos evaluó cómo los pacientes hicieron frente al tratamiento, no se puede concluir el efecto de la motivación de los pacientes sobre la eficacia de la IM.

CIMT: Terapia de restricción del lado sano; BFB-EMG, Biofeedback electromiográfico; IM, imaginaria motora; RT, dispositivos robóticos; ET, Entrenamiento; MMSS, miembros superiores; EEF: electroestimulación funcional; BFB, biofeedback; FT, fisioterapia; MCRSP, Marcha en cinta rodante con sujeción parcial del peso; RV, Realidad virtual; GCIA, Grupos control de intervenciones alternativas; ext, extensión; m.s., miembro superior parético; AVD: Actividades vida diaria; MMII, miembros inferiores; SED, sedestación; BIP, bipedestación; ↓, disminuye; Ft, fisioterapeutas; TTO, tratamiento; RHB, rehabilitación; CMB, comorbilidad; PT, pacientes; SET, Señalización espaciotemporal; RBIT, *Rivermead Behavioural Inattention Test*; NIH, *National Institute of health Scale*; RPAB, *Rivermead Perceptual Assessment Battery*; EMG-NMES: estimulación eléctrica neuromuscular desencadenada por

electromiografía; FMAS, Fugl-Meyer Motor Assessment Scale of the upper extremity; ARAT, Action Research Arm Test; B&B, Box & Block timed manipulation test; ECAs: ensayos clínicos aleatorios; TO, terapia ocupacional.

## Conclusiones

La fisioterapia después de ictus en las personas mayores es una disciplina clínica e investigadora en continuo crecimiento. Teniendo en cuenta la condición del envejecimiento cerebral y del espectro de comorbilidades, muchas intervenciones cuya efectividad ha sido probada en ensayos clínicos controlados tienen que ser adaptadas a las necesidades individuales de las pacientes ancianos. Nuevas técnicas, incluyendo la terapia por restricción del lado sano, los aparatos para restablecer el equilibrio y la marcha, la realidad virtual y la telerrehabilitación proporcionan grandes retos para la investigación clínica futura.

## Referencias

- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A.E. y Clough-Gorr, K.M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 340, c1718.
- Black-Schaffer, R.M. y Winston, C. (2004) Age and Functional Outcome after Stroke. *Top Stroke Rehabil*, 11(2), 23-32.
- Crocker, T., Forster, A., Young, J., Brown, L., Ozer, S., Smith, J., Green, J., Hardy, J., Burns, E., Glidewell, E. y Greenwood, D.C. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*, 28, 2, CD004294.
- Giroud, M., Jacquin, A. y Béjot, Y. (2014). The worldwide landscape of stroke in the 21st century. *The Lancet*, 383(9913), 195-197.
- Kammersgaard, L.P., Jørgensen, H.S., Reith, J., Nakayama, H., Pedersen, P.M. y Olsen, T.S.; Copenhagen Stroke Study. (2004). Short- and long-term prognosis for very old stroke patients. The Copenhagen Stroke Study. *Age Ageing*, 33(2), 149-54.
- Meilink, A., Hemmen, B., Seelen H., y Kwakkel G. (2008). Impact of EMG-triggered neuromuscular stimulation of the wrist and finger extensors of the paretic hand after stroke: a systematic review of the literature. *Clin Rehabil*, 22, 291.
- Pinter, M.M. y Brainin, M. (2012). Rehabilitation after stroke in older people. *Maturitas*, 71, 104-8.
- Quinn, T.J., Paolucci, S., Sunnerhagen, K.S., Sivenius, J., Walker, M.F., Toni, D. y Lees, K.R. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. (2009). Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the European stroke organization (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischemic attack 2008. *J RehabilMed*, 41(2), 99-111.
- Truelsen, T., Piechowski-Jówiak, B., Bonita, R., Mathers, C., Bogousslavsky, J. y Boysen, G. (2006). Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *European Journal of Neurology*, 13, 581-598.
- Vahlberg, B. y Hellström, K. (2008). Treatment and assessment of neglect after stroke - from a physiotherapy perspective: A systematic review. *Advances in Physiotherapy*, 10(4), 178-187.
- Wells, J.L., Seabrook, J.A., Stolee, P., Borrie, M.J. y Knoefel, F. (2003). State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(6), 898-903.
- Zijlstra, A., Mancini, M., Chiari, L. y Zijlstra, W. (2010). Biofeedback for training balance and mobility tasks in older populations: a systematic review. *J Neuroeng Rehabil*, 9(7), 58.
- Zimmermann-Schlatter, A., Schuster, C., Puhan, M.A., Siekierka, E., y Steurer, J. (2008). Efficacy of motor imagery in post-stroke rehabilitation: a systematic review. *J Neuroeng Rehabil*, 5, 8.

## CAPÍTULO 21

### Personas de edad avanzada y nutrición

Ana José Díaz Portillo<sup>1</sup>, Antonio Luna Toro<sup>2</sup> y María Dolores Revidiego Pérez<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospiten Sur, Tenerife (España); <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España)

#### Objetivos

- Conocer cuáles son los factores influyentes en las personas de edad avanzada y que condicionan carencias en el estado nutricional.
- Conocer cuáles son los requerimientos nutricionales de las personas mayores.
- Medidas a adoptar y a tener en cuenta en el adulto mayor para que facilite una nutrición óptima.
- Educar a la población a alimentarse correctamente.

#### Desarrollo del tema

Se ha producido un incremento en el número de personas de edad avanzada en nuestra sociedad, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacer y una disminución de las tasas de mortalidad, debido a los avances en la salud pública y la medicina. Sin embargo, no es suficiente con vivir más años, sino que hay que vivirlos con calidad, conservando la funcionalidad física y mental, la independencia y la autonomía (Cuadrado, Moeiras y Varela, 2007).

Aunque la genética juega un importante papel, las personas de edad avanzada presentan mayor riesgo de sufrir carencias nutricionales que conducen a una mayor probabilidad de padecer enfermedades, debido a la pérdida de apetito, a la disminución de la ingesta de alimentos, a problemas para masticar y deglutir, cambios fisiológicos a nivel gastrointestinal, uso de medicamentos, depresión, enfermedades crónicas y falta de actividad física (Shanthi, 2010). Cuando se habla de estado nutricional nos referimos a la utilización de la energía y nutrientes que contienen los alimentos y que son necesarios para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas; las anomalías de este (Cuadrado *et al.*, 2007) se asocian a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad: aumentan las tasas de infección, úlceras por presión, anemia, deterioro cognitivo, alteración en el metabolismo de los fármacos, aumento del número de caídas y fracturas, sarcopenia, síndrome del eutiroides enfermo, descenso de la máxima capacidad respiratoria (Silva *et al.*, 2009) aumenta el tiempo de las estancias hospitalarias, empeoran las enfermedades agudas y se produce un deterioro general de la calidad de vida (Mila, Formiga, Duran y Abellano, 2012).

#### Factores que influyen en el estado nutricional del adulto mayor

Factores culturales: malos hábitos alimentarios.

Factores sociales y psicológicos: pobreza, viudedad, incapacidad para ir de compras, ancianos que viven solos y preparan su propia comida, minusvalía, alcoholismo, tabaquismo, demencia, depresión, ansiedad, apatía, limitación de recursos económicos, ingreso en instituciones.

Factores patológicos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, EPOC, neoplasias, fármacos, arterioesclerosis, cardiopatías, diabetes mellitus, diverticulitis, artritis, osteoporosis, enfermedad periodontal, cataratas, entre otros (Cuadrado *et al.*, 2007).

Factores fisiológicos:

*Variaciones de peso y talla:* la talla disminuye 1 cm por década a partir de la edad adulta que se relaciona con la curvatura de la columna (lordosis o cifosis) y con el aplanamiento de las vértebras; y el peso corporal aumenta entre los 40-50 años para estabilizarse después, y a partir de los 70 años disminuye paulatinamente.

*Cambios en la composición corporal:* disminuye el contenido de agua corporal total, disminuye la masa corporal magra (disminución de proteínas del músculo, de sensibilidad de insulina, ejercicio físico), aumento de la masa corporal (se acumula tejido adiposo en la región abdominal, reduciendo la masa subcutánea) disminución de la masa ósea (cambios en el metabolismo óseo, alteraciones endocrinas, déficit de ingesta de calcio).

*Disminución de la percepción de la sensación de la sed:* lo que provoca deshidratación del anciano.

*Cambios en el aparato digestivo:*

*Región orofacial:* disminución de la secreción salival y alteración en la composición de la saliva siendo está más viscosa y espesa, alteración del sistema neuromuscular de la cavidad bucal (descoordinación muscular, mejillas flácidas y protusión mandibular), atrofia de papilas gustativas (cambios en la sensibilidad para sabores dulces y salados), alteraciones de olfato, alteraciones labiales e inflamación de las comisuras, atrofia y adelgazamiento del tejido óseo maxilar y mandibular.

*Esófago:* Disminución de ondas peristálticas que provoca entolecimiento en el descenso de la comida, dilatación y modificación del esfínter esofágico inferior, aumento de la tendencia de reflujo gastroesofágico.

*Estómago:* aumento del tiempo de vaciado para los líquidos, gastritis atrófica e hipoclorhidria, saciedad precoz, hemorragias y riesgo de anemia, reducción de la secreción de mucosa.

*Intestino delgado:* Aumento del crecimiento de bacterias intestinales (mala absorción de vitamina B12 y calcio), alteraciones en el metabolismo de vitamina D (por ingesta insuficiente y baja exposición solar), disminución de la motilidad intestinal (falta de líquido y fibra, sedentarismo).

*Páncreas:* disminuye el peso y aumento de la fibrosis del parénquima, aumenta la resistencia a la insulina con riesgo de diabetes y disminuye la síntesis de enzimas pancreáticas (lisina, amilasa, quimotripsina).

*Flujo esplénico:* disminuye el flujo sanguíneo hepático y aumenta la susceptibilidad a hipoxia e hipovolemia

*Intestino grueso:* Reducción de la motilidad y elasticidad, debilidad de músculos abdominales y pélvicos, tránsito intestinal más lento, deformidad de la pared del colon, incremento del número de divertículos, gases abdominales y flatulencia.

*Cambios en el sistema cardiovascular:* pérdida de elasticidad de las paredes arteriales y aumento de la resistencia periférica total con la consiguiente elevación de la presión arterial.

*Cambios en el aparato respiratorio:* aumento de la rigidez de la pared torácica y disminución de la elasticidad pulmonar, lo que da lugar al déficit de intercambio de gases, el reflejo tusígeno está disminuido.

*Cambios en el sistema nervioso:* disminuye el número de células por lo que disminuye la coordinación neuromuscular, temblor senil, cambios de memoria, disminución de la visión, por lo que hay una alteración de la alimentación- nutrición.

*Cambios en la función renal:* disminuye el filtrado glomerular, el aclaramiento de creatinina y la capacidad de concentración de la orina (Genua, 2001).

### **Requerimientos nutricionales en el adulto mayor**

Los requerimientos nutricionales de un individuo viene definido por la cantidad de minerales, vitaminas, calorías y principios inmediatos necesarios para un buen funcionamiento y desarrollo normal del cuerpo. Estos varían con la edad, sexo y la actividad física. Para la estimación de los requerimientos energéticos diarios se recomienda la ecuación de Harris-Benedict que estima la Tasa de Metabolismo Basal que en el caso de las personas de edad avanzada oscila entre 1500-1600 kcal/día. Dependiendo de la situación en la que se encuentre, se ha de aplicar una serie de factores correctores: si son activas, se ha de multiplicar las 1500-1600 kcal de la dieta por 1.5, y por 1.2, en personas encamadas, estrés quirúrgico e infección urinaria.

#### *Necesidades de proteínas*

Se recomienda una ingesta de 0.8 g/kg/día, aunque algunos estudios indican que ingestas de 1 g/kg/día favorecen un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular (las necesidades de proteínas están relacionadas con las necesidades de nitrógeno). Las personas con úlceras por presión, lesiones por caídas, la realización de las actividades de la vida diaria o en caso de pérdida de peso, pueden necesitar más cantidad de proteínas, recomendándose 1,5 g/kg/día.

En las personas de edad avanzada que padecen alteraciones renales se debe evitar un aporte proteico excesivo debido al riesgo de sobrecarga renal ya que podría dar lugar a una hipertrofia renal por hiperfiltración e hiperfusión, contribuyendo a un deterioro del riñón envejecido. También podría aumentar la excreción urinaria de calcio y dar lugar al desarrollo de osteoporosis, aunque si se aumenta la ingesta de fósforo, el efecto podría quedar minimizado.

La carne es una buena fuente de proteína aunque para algunas personas mayores puede ser difícil de comer y también quizás de comprar. Otras fuentes de proteína son las lácteas, pescados, huevos, frutos secos o legumbres.

#### *Necesidades de hidratos de carbono*

Se recomienda que sea el 50-60% de calorías. El azúcar debe ser reducido al 10%, sobre todo en alimentos dulces y bebidas azucaradas ingeridas entre comidas. Para una ingesta media de energía de 2200 kcal serán necesarios unos 275-330 g/día de hidratos de carbono. Se encuentran en cereales, pan, productos de bollería, pastas, fruta, leche y derivados, legumbres y tubérculos.

#### *Necesidades de fibra*

La ingestión de fibras será de 25-30 g/día. Se encuentran en legumbres, cereales enteros, verduras y frutas. Un mayor aporte puede ocasionar flatulencia y malestar digestivo y quizás también comprometer la absorción de algunos micronutrientes.

#### *Necesidades de grasa*

Se recomienda que no supere el 30% de la ingesta recomendada, repartiéndose un 10% en grasas saturadas, 10% en grasas monoinsaturada y 10% en grasas poliinsaturadas. Se ha de limitar el colesterol a 300 mg/día (Villarino, 2002)

#### *Necesidades de vitaminas y nutrientes*

Las personas de edad avanzada, en especial las que viven en asilos y hospitales, que presentan un deterioro funcional, que usan varios medicamentos a la vez e ingieren alcohol, presentan con mayor frecuencia deficiencias de vitaminas y nutrientes. Las que padecen con mayor frecuencia son las de ácido fólico, hierro, vitaminas C, B1, B6, B12, D y E, zinc, entre otros. Para quienes padecen dichas deficiencias, además de una alimentación variada sería útil en determinados casos utilizar un complemento vitamínico.

**Calcio:** Necesitan un aporte de 800 mg/día a 1000 mg/día, necesario para la prevención de la osteoporosis especialmente en mujeres. Se encuentran en las almendras, verduras de hoja verde, en la leche, en los quesos, en el yogur, el salmón y las sardinas. El alcohol y la cafeína inhiben su absorción.

**La vitamina D:** El consumo de esta vitamina debe ser de 10-15 microgramos/día. Su deficiencia puede ocasionar osteomalacia, osteoporosis, deformidades óseas y menor resistencia a infecciones. Se sintetiza en la piel y se obtiene de la yema de huevo, el hígado de pescado y vaca, el salmón, el atún y los arenques, y de la luz solar.

**Hierro:** Se recomienda que la dieta contenga unos 10 mg/día, y al menos, un 25% debe ser hierro de origen animal. Se encuentra en la carne, el hígado, las lentejas y la yema de huevo.

**Vitamina B12:** Existen mayores necesidades como consecuencia de la atrofia gástrica relacionada con la edad y la disminución de la secreción ácida. Se recomienda 3.0 µg/día aunque pueden ser cantidades bajas para aquellas personas mayores que sufran de gastritis atrófica. Se encuentra de forma natural exclusivamente en los alimentos de origen animal (hígado, carnes, pescados, huevos y leche). Su deficiencia origina neuropatía periférica, ataxia y alteraciones cognitivas.

**Vitamina B6:** Se recomienda 1.4 mg/día para hombres y 1.2 mg/día para mujeres. Puesto que la vitamina B6 es un cofactor de numerosas enzimas relacionadas con el metabolismo proteico, se recomienda que en la dieta el cociente vitamina B6 (mg) / proteína (g) sea mayor de 0.02. Se encuentra en carnes, pescados, huevos y cereales y su deficiencia se relaciona con alteraciones en el metabolismo proteico, función cognitiva e inmune.

**Vitamina E:** Se recomienda de 8 a 12 mg/día. Es antioxidante y protege a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, mantienen la estructura de las membranas celulares y protegen frente al envejecimiento. Su deficiencia está relacionada con alteraciones de la función inmune, demencia, Alzheimer y fracturas de cadera. Se encuentra en aceites vegetales, nueces, almendras, maní, avellanas, espinacas, brócolis, cereales, jugos de frutas, margarinas.

**Sodio:** Las necesidades máximas de sodio son de 2.500 mg/día, se encuentran en alimentos de origen animal y procesado, y en la sal.

**Selenio:** Las ingestas recomendadas se estiman en 70 µg/día en hombres y 55 µg/día en las mujeres. Es uno de los antioxidantes del organismo. Su deficiencia puede aumentar el riesgo de padecer enfermedad coronaria y algunos tipos de cáncer y también se ha relacionado con depresión del sistema inmunitario. Se encuentra en alimentos ricos en proteínas como carnes, pescados y cereales. El contenido de selenio en los alimentos de origen vegetal varía según la concentración de este mineral en el suelo.

**Potasio:** Se requiere una ingesta de 1600-2000 mg/día que puede obtenerse fácilmente de frutas y verduras. Las alteraciones renales y diversos medicamentos (diuréticos, laxantes, entre otros) pueden alterar los niveles de potasio.

**Ácido fólico:** Se recomiendan ingestas inferiores a 400 microgramos/día. Una baja ingesta de ácido fólico también se ha asociado con demencia, confusión leve, irritabilidad, depresión, apatía y alteraciones de la memoria. Se encuentra en las verduras de hoja verde (espinacas, acelgas), hígado y leguminosas. Hay que tener en cuenta que se destruye fácilmente por el calor y el oxígeno del aire.

**Tiamina:** Las ingestas recomendadas son de 1.2 mg/día para hombres y 1.1 mg/día para mujeres. Se encuentra en la carne de cerdo, cereales, huevos, leguminosas, frutas y verduras.

**Vitamina B2:** Se recomienda 1.3 mg/día para hombres y 1.2 mg/día para mujeres. Se encuentra en lácteos, hígado, carnes, huevos y frutos secos.

**Vitamina B3:** Se recomienda 16 mg/día para hombres y 15 mg/día para las mujeres. Se obtiene en carnes, pescados, patatas, pan, cereales, frutos secos

**Vitamina C:** Se recomienda 100 mg/día en ambos sexos. Por sus propiedades antioxidantes juega un importante papel en la prevención de las cataratas, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades degenerativas. Se encuentra en frutas y hortalizas, especialmente en cítricos, fresas, tomates, pimientos y patatas. Es muy sensible y lábil a la acción del oxígeno, luz o calor, por lo que las pérdidas en los procesos culinarios son importantes.

**Zinc:** Se recomienda 15 mg/día en hombres y 12 mg/día en mujeres. Juega un importante papel en el mantenimiento de la piel, pelo, del sentido del gusto, en la correcta cicatrización de las heridas y en la función inmune. Se encuentra presente en carnes rojas, los pescados, la leche y las leguminosas. La fibra y los fitatos de los cereales pueden limitar su absorción (Arbonés *et al.*, 2003).

#### *Necesidades hídricas*

Los requerimientos hídricos son de 30-35 ml/kg/día con un mínimo de 1500 ml/día-2000 ml/día y con las modificaciones correspondientes según posibles situaciones como fiebre, estrés, actividad y ejercicio físico, aumento de la temperatura ambiental, pérdidas de líquidos por vómitos y/o diarreas, entre otros, en las cuáles, se incrementará el consumo de líquidos a 45 ml/kg/día. Los problemas hidroelectrolíticos debido a la pérdida de apetito, la deshidratación, la disminución de la capacidad renal para concentrar la orina, las dietas hiposódicas y la disminución de reabsorción del sodio, son frecuentes y difíciles de prevenir (Iglesias *et al.*, 2011).

### **Pautas para promover una buena nutrición e hidratación en los sujetos de edad avanzada**

Las personas cuando se van haciendo mayores, tienden a comer menos lo que conlleva a dietas inadecuadas y de bajo contenido en calorías que pueden ser suficientes para sobrevivir, pero no para el desarrollo de actividades. Una alimentación adecuada permite afrontar con mayor éxito los trastornos y patologías asociadas al envejecimiento. A continuación vamos a citar una serie de pautas que pueden ser de utilidad a las personas mayores, familiares, amigos o cuidadores:

- La dieta ha de ser variada, moderada y equilibrada.
- Alimentos que ha de incluir:

Cereales, pan, arroz, patatas y pasta (En cada comida que realice el adulto mayor).

Verduras y hortalizas (Presentes en el almuerzo y cena).

Frutas (Se recomienda fruta fresca y entera y a ser posible con la piel de aquellas frutas en la que la piel sea comestible y el anciano las pueda masticar. Ha de estar presente preferiblemente en el desayuno y la merienda evitando después de las comidas y unas tres o cuatro piezas al día).

Leche y derivados (En el desayuno, almuerzo y cena).

Legumbres, carne, pescado, huevos y frutos secos (la carne que se recomienda es la magra y unas tres veces por semana; el pescado se recomienda dos o tres veces por semana; las legumbres se recomiendan unos 50 gr/día; el huevo siempre que no haya problemas con el colesterol, dos o tres a la semana; los frutos secos como las almendras, avellanas, anacardos se han de consumir con moderación. Evitar pates, embutidos y salazones).

Grasas, aceites y dulces (Se recomienda 15 ml al día. Los dulces debido al alto contenido en calorías, grasas y azúcares no se recomiendan en las personas mayores) (Cruz, 2010).

La dieta mediterránea es una dieta prudente y saludable; es sana, nutritiva y de buen agrado para el paladar y ayuda a prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (Burgess y Glasauer, 2006).

- Ingerir pequeñas cantidades de comida y con frecuencia. Las personas mayores se sienten cansados cuando comen una gran cantidad de comida y se satisfacen muy rápidamente.
- Se ha de tener en cuenta los gustos de las personas mayores, los alimentos que rechazan, sus necesidades específicas, sus limitaciones, y en función de esto, realizar una dieta lo más variada posible.
- Considerar factores personales, como desconocer el tema de nutrición, prejuicios alimentarios o psicosocioeconómicos, como falta de dinero, anorexia o limitaciones en los medios de cocinar.
- Si la anorexia dificulta la alimentación, mejor dar un almuerzo a media mañana o a media tarde con alimentos de fácil digestión.
- La incorporación del adulto mayor en reuniones familiares mediante la preparación de un menú adecuado que agrade tanto a ellos como a los adultos jóvenes.
- Evitar el estrés a la hora de la comida. Cuando hay tensiones durante la comida las personas pierden el apetito o experimentan desórdenes gástricos.
- Evitar el tabaco.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Moderar consumo de café y bebidas excitantes.

- Beber abundantes líquidos entre las comidas ya que la ingesta excesiva de líquidos justo ante de las comidas o en ellas llenan el estómago, dando lugar a la sensación de saciedad e ingirieren menor cantidad de alimentos.
- Reducir el consumo de sal en casos de hipertensión.
- Masticar bien los alimentos, comer y beber despacio.
- Evitar trozos pequeños de alimentos en personas con poca sensibilidad, pues aumenta el riesgo de ahogo.
- Realizar ejercicio físico ya que ayuda a aumentar el apetito, a mantener a las personas mayores más saludables y felices y evita el sobrepeso y la obesidad.

### Conclusión

Las personas mayores corren un gran riesgo de sufrir problemas nutricionales por lo que nosotros como personal sanitario que somos, jugamos un importante papel, debemos de identificar y prevenir las enfermedades provocadas por una mala nutrición, haciendo partícipe de ello a familiares, amigos, cuidadores y a la propia persona, para así darles la oportunidad de que cuando lleguen a esta etapa, tengan los suficientes recursos para afrontar el envejecimiento de la forma más autónoma posible disminuyendo el riesgo de morbimortalidad.

### Referencias

Arbonés, G., Carbajal, A., González-Gross, M., Joyanes, M., Maques-Lopes, I., Martín, M.L., Martínez, A., Montero, P., Núñez, C., Puigdueta, I., Quer, J., Rivero, M., Roset, M.A., Sánchez-Muniz, F.J. y Vaquero, M.P. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición Hospitalaria*, 18(3), 113-141. Recuperado el 30 de Abril de 2014 de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n3/revision.pdf>

Burgess, A. y Glasauer, P. (2006). La alimentación de los hombres y los adultos mayores. En *Guía de nutrición de la familia* (pág. 94). Recuperado el 30 de junio de 2014 de <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5740s/y5740s13.pdf>

Cruz, M. (2010). Aparato digestivo en el anciano. Patologías y cuidados. En L. Martínez, *El auxiliar de enfermería en geriatría* (págs. 222-254). Jaén: Logoss.

Cuadrado, C., Moeiras, O. y Varela, G. (2007). *Guía de orientación nutricional para personas mayores*. Recuperado el 30 de abril de 2014 de <http://www.fen.org.es/imgPublicaciones/10120084629.pdf>

Genua, M.I. (2001). *Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano*. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de [http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/matia-nutricion\\_y\\_valoracion.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/matia-nutricion_y_valoracion.pdf)

Iglesias, C., Villarino, A.L., Martínez, J.A., Cabrerizo, L., Gargallo, M., Lorenzo, H., Quiles, J., Planas, M., Polanco, I., Romero de Ávila, D., Russolillo, J., Farré, R., Moreno, J.M., Riobó, P., Salas-Salvadó, J., en representación de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) (2011). Importancia del agua en la hidratación de la población española: documento FESNAD 2010. *Nutrición Hospitalaria*, 26(1), 27-36.

Mila, R., Formiga, F., Duran, P. y Abellano, R. (2012). *Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática* (págs. 502-508). Barcelona: Med Clin.

Shanthi, J. (2010). Nutrition in aging. En H.F. Brocklehursts, *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (págs. 678-689). Philadelphia: Saunders.

Silva, L., Piña, D., Fernández, N., Bueno, C., Caballero, A., Torres, J., Rico, M.A., Gómez, D., Ania, J.M., Fernández, V., Utrilla, A., Muñoz, D., Cardeñosa, M.J., Perea-Milla, E., Vilches, A., Rodríguez, J., Delgado, M., Bernet, J., García, M.J., Junquera, C.R., Guerra, M.D., Morillo, R.M., Castilla, M.C., Gassó, T. y Bullesjos, M.T., (2009). *Alimentación y nutrición. Dieta equilibrada. Principios dietéticos nutricionales en las diferentes etapas de la vida. Requerimientos nutricionales en el anciano*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): MAD, S.L.

Villarino, A. (2002). Nutrición y envejecimiento. En A. Pérez (Ed.), *Enfermería geriátrica* (pág. 116-118). Madrid: Síntesis.



## CAPÍTULO 22

### Vulnerabilidad del anciano ante la nutrición

María del Mar Ortiz Escoriza, Alda Aguilera Gázquez y Cristina Hernández Guerrero

En la definición del proceso progresivo natural de las personas, que cada una lo hace de manera e intensidad diferente, llegamos así a experimentar el envejecimiento. En esta etapa se sufren cambios físicos, psíquicos y sociales que vienen dados por los propios cambios biológicos de la edad, que nos condicionan en las actividades de la vida diaria, como por ejemplo el simple hecho de “el beber diariamente”. Dado que algunas veces no se pueden erradicar estos problemas totalmente, podemos hacer que se disminuyan haciendo que el anciano lleve una mejor calidad de vida.

La alimentación tiene una determinada calidad dependiendo del tipo de alimentos que ingerimos, su proporcionalidad, que hace referencia a la ingesta equilibrada de hidratos de carbono y grasas, la cantidad de energía que obtenemos de estos, la necesidad de ingerir una cantidad u otra para que exista equilibrio, sin olvidarnos de los minerales, como el calcio que debemos aumentar su ingesta y prestar especial atención a las vitaminas por si fuera necesario algún complemento como por ejemplo la vitamina D si no existe exposición solar, la moderación, que se define como la necesidad de disminuir ciertos alimentos como sodio, azúcares refinados (sacarosa) o grasas que aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas, o como por ejemplo ser conscientes de que la cantidad de fibra en exceso provoca una mala absorción intestinal y por defecto causa estreñimiento crónico, y por último la diversidad dietaria que es el número de diferentes alimentos consumidos bajo un periodo de tiempo dado y es imprescindible para saber la calidad de la dieta (Foz-Sala, 2010).

No es necesario que se cambie la dieta de las personas mayores que llegan en buenas condiciones físicas, psíquicas y sociales a esta edad, y que no le alteran los cambios fisiológicos a su vida diaria ni a su salud. La alimentación aconsejada será igual que la de un adulto sano con una actividad normal, sin olvidar el sentido común, apetito y costumbres (Foz-Sala, 2010).

Sin embargo, cuando nos apartamos de la normalidad de las situaciones y aparecen trastornos es importante reconocer los requerimientos nutricionales recomendables para esta población.

#### Factores de riesgo que afectan a la nutrición

##### *Cambios fisiológicos*

Para un buen entendimiento de la vulnerabilidad de este grupo de población debemos contemplar los cambios inertes al envejecimiento que implican al sistema digestivo, al músculo esquelético y a los órganos de los sentidos (Domínguez, 2010; Cuesta y Matía, 2011).

Hay una disminución de las terminaciones nerviosas de las papilas gustativas que crean una atrofia papilar y pérdida de la capacidad para saborear los alimentos dulces y salados, que junto a la alteración del olfato, de la vista y del tacto; hacen menos apetecible los alimentos.

En la boca hay un adelgazamiento de la mucosa oral lo que hace a la primera porción del tracto digestivo más sensible ante cualquier agresión. La formación del bolo alimenticio se hace más difícil debido a la xerostomía y a la pérdida de piezas dentales y/o mal estado de éstas.

Hay un decrecimiento de las contracciones esofágicas. Se segrega menos ácido clorhídrico y pepsina y se retrasa el vaciamiento gástrico. Se produce cambios en PH del intestino favoreciendo el sobrecrecimiento de la microflora intestinal, disminuyéndose así la absorción de algunos minerales, vitaminas, proteínas y de otros elementos esenciales como el hierro y creándose una sensación de saciedad precoz.

La vesícula biliar sufre también un enlentecimiento del vaciado y aumento del espesamiento de la bilis. El páncreas sufre una disminución de segregación de bicarbonato y enzimas que dan lugar a algunas de las intolerancias y problemas digestivos como por ejemplo a la diabetes por disminución de la secreción de insulina.

El hígado disminuye de tamaño y el flujo sanguíneo también es más escaso, disminuyendo así el metabolismo de algunos alimentos y fármacos. La motilidad está reducida, como consecuencia de la debilidad en la contracción del músculo liso al igual que en el estómago, colon, en intestino delgado.

En cuanto al sistema musculoesquelético, disminuye el metabolismo basal, la reserva proteica y energética del organismo y la masa magra. La masa magra se convierte en masa grasa pudiendo dar lugar a obesidad.

#### *Causas psicosociales*

Los factores psicosociales son muy olvidados y sin lugar a duda son de vital importancia ya que pueden llegar a afectar a una buena nutrición de manera extrema (Velázquez, 2011).

En primer lugar hay que tener en cuenta que en nuestro país aún se conserva, aunque cada vez menos, el hábito de comer en un contexto social. Muchos de nuestros mayores viven solos y eso les crea una pérdida de interés ante la correcta nutrición y por lo consiguiente a sufrir un problema de malnutrición. Estos además se enfrentan a un desconocimiento sobre hábitos nutritivos y suelen ser más complejos en la modificación de las conductas y hábitos perjudiciales adquiridos en el tiempo.

El aislamiento social y la falta de apoyo familiar y extra familiar son también factores de riesgo para la alimentación pues aunque no se encuentren solos en cuanto a presencia el sentimiento de soledad y falta de apoyo llevan a estados de ánimo muy bajos y a pérdida de apetito. También en estas edades comienzan las pérdidas del cónyuge, hermanos, amigos etc., por lo que son susceptibles a estar en un proceso de duelo que les cree pérdida de interés por la comida. Todo esto lleva consigo en caso en los que los estados de ánimo se salen fuera de lo normal a depresión y ansiedad que son factores muy a tener en cuenta en la nutrición del anciano porque tanto por defecto y en ocasiones por exceso (algunas ansiedades) dan lugar a problemas realmente serios. En los últimos estudios se ha encontrado que afectan al estado de ánimo los hidratos de carbono, la vitamina B12, el ácido fólico, la tiamina y el hierro.

La jubilación además de ser un proceso estresante para las personas y factor de riesgo en depresión también genera ingresos escasos que hacen que económicamente nutrirse sea más complicado. Las pagas en beneficio de la viudedad y discapacidad también son escasas y no debemos olvidar que en el momento de crisis que estamos atravesando el factor económico hay que tenerlo muy en cuenta en todas las áreas que investiguemos.

El consumo de alcohol y tabaco en este grupo poblacional aún sigue siendo un aspecto a tener en cuenta pues ambos hábitos, socialmente aceptados, suelen ser sustitutos de la alimentación.

La dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria a pueden comprometer a alguna de las fases de la alimentación desde la adquisición de los alimentos, hasta su preparación. Si la dependencia es para alimentarse por sí mismo las complicaciones son mayores ya que necesitan que alguien los supla o los ayude en el propio proceso de comer. Ambas producen sentimiento de frustración en el mayor que lo lleva a alimentarse menos y si además tiene pérdidas sensoriales hace que alimentarse no sea nada apetecible.

En cuanto a los alimentos pueden no ser apetecibles para el paciente aunque conserve todos sus sentidos ya que la monotonía en la preparación de la comida en las instituciones, y la falta de preferencias tanto en estas como cuando los cuidadores son en el domicilio crea pérdida de interés

#### *Procesos patológicos*

Los procesos patológicos además de ser procesos estresantes, alteran necesidades básicas del individuo y su entorno sea cual sea su edad (Cuesta y Matía, 2011).

Como es obvio las enfermedades gastrointestinales afectan de manera directa a la necesidad de alimentarse pero no solo estas producen la alteración de esta necesidad. Algunas patologías respiratorias, cardiacas, infecciosas, endocrinas, psiquiátricas, neurodegenerativas y por supuesto crónicas; son propensas a producir problemas en el perfil nutricional que como veremos más adelante repercuten directamente en la recuperación y/o alivio de su sintomatología

Los signos y síntomas que acarrear los procesos patológicos tanto leves –como graves deben tenerse en cuenta. Además de las alteraciones del estado de ánimo debidas a una enfermedad, esta lleva una sintomatología asociada que no es muy beneficiosa a la hora de nutrirse entre ellas las náuseas, los vómitos, las diarreas y el dolor.

Cuando se requiere la hospitalización, nos encontramos ante un paciente al que se le altera por completo su vida. Pasa a estar en un lugar “ajeno” a su domicilio actual, en el que está por algún problema de salud relevante, y normalmente alterándoles la vida

También a sus familiares. Se sienten apáticos y una carga para sus cuidadores, estos sentimientos como hemos visto en el apartado anterior crean un inapetencia y más aún si las dietas del hospital son monótonas, y poco llamativas para el paciente.

### *Polifarmacia*

La polifarmacia es otro síndrome geriátrico, que aunque es un tema en el que habría que profundizar por sí solo, aquí trataremos solo en lo que afecta a la alimentación (López y López, 2011; García y Villalobos, 2012).

Los fármacos afectan a la nutrición de varias maneras dependiendo de las características de cada fármaco.

En relación al apetito hay fármacos que lo aumentan, otros que lo disminuyen y otros que pueden aumentarlo o disminuirlo dependiendo de cómo reaccione el paciente ante el mismo. Los que aumentan el apetito son los psicótrpos, corticoides, la insulina y el litio. Disminuye el apetito los AINES, la digoxina, la levodopa, los antiácidos, el salbutamol, el haloperidol, la carbamazepina, la furosemida, la hidralazina y el hierro. Actúan de manera indistinta las benzodiazepinas, los antihistamínicos y los antipsicóticos. Los anticolinérgicos y simpaticomiméticos causan sensación de saciedad precoz.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina inducen la anorexia a nivel central.

Algunos fármacos interaccionan con algunos nutrientes disminuyendo la absorción de estos como los AINES en la absorción del hierro, o algunos anticonvulsivos en la absorción de fósforo y vitamina D , que producen problemas en la regulación del fósforo y el calcio , pudiendo dar lugar a osteoporosis u osteomalacia. Los laxantes, si son de aceites minerales forman una película impidiendo también la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E Y K). La tiroxina y efedrina inducen a un hipermetabolismo.

En cuanto a síntomas que producen los fármacos que influyen en la alimentación, tenemos las náuseas y vómitos producidos principalmente por los citotóxicos y en segundo lugar por algunos antibióticos, opiáceos, digoxina y teofilina. Los antibióticos también pueden producir diarreas al igual que los laxantes, y el extremo contrario los opiáceos el hierro y los diuréticos pueden producir estreñimiento.

Puede aparecer esofagitis secundaria a fármacos como la doxiciclina, tetraciclina y sulfato ferropotásico. Hipogeusias por metformina, metronidazol e inhibidores IECAS; y disfagia por AINES, bifosfatos y prednisona.

La capacidad para alimentarse se puede llegar a ver afectada por sedantes, opiáceos y psicótrpicos.

### **Valoración estado nutricional en el anciano**

La valoración nutricional geriátrica es una parte de la valoración geriátrica global, que consiste en medir si el balance de ingesta y el gasto energético están en concordancia o si existe alguna anomalía y por lo tanto un riesgo o un problema de malnutrición, ya sea por exceso o por defecto. Esta valoración debe de realizarse desde un enfoque multidimensional y contando con un equipo multidisciplinar (Martínez, Villar y Rodríguez, 2012; García y Ruipérez, 2007). Debe tener a su vez un estudio de los parámetros antropométricos, una exploración física, una historia clínica y pruebas de laboratorio. Existen escalas para valorar el estado nutricional que se usan como complemento de lo citado anteriormente.

Medidas antropométricas: Se valorara peso, talla y juntando ambas el IMC también llamado índice de Quetelet, pliegues cutáneos y perímetros.

Exploración física: Como puede ser la valoración del estado de la piel, de la funcionalidad.

Historia clínica dietética: Que implica un estudio de cuáles son sus hábitos culinarios, sus preferencias, sus costumbres a la hora de comer.

Pruebas de laboratorio: Hemograma (hemoglobina y hematocrito y factores inmunológicos), bioquímica (albúmina, perfil lipídico, glucemia...).

Escalas: La Evaluación Mínima del Estado de Nutrición en Ancianos (MNA).

### **Problemas malnutrición**

La malnutrición es el estado de deficiencia o exceso de uno o más nutrientes o calorías. De ella se derivan los problemas nutricionales como la obesidad, la desnutrición y la anorexia de las que hablaremos a continuación. Estos problemas afectan a aproximadamente el 35-40% de la población mayor (Chávez, 2011).

#### *Malnutrición por defecto: anorexia y desnutrición*

En el envejecimiento normal ,hay una disminución gradual de la ingesta de alimentos y menor actividad física debida a los cambios que sufre el organismo y a las consecuencias psicosociales inevitables que conlleva este proceso, es lo que llamamos anorexia del envejecimiento. Cuando la anorexia se deja de ser fisiológica y se convierte en un problema patológico causa una serie de problemas a nivel neuro-endocrino y da lugar a desnutrición (Chávez, 2011).

La desnutrición es la causa más frecuente de malnutrición en la tercera edad hasta el punto de ser un síndrome geriátrico. Es un proceso patológico que consiste en una alteración del balance nutritivo por defecto de uno o varios nutrientes debidos a anorexia, poca variedad en la alimentación o mala absorción por parte del organismo. Es un

problema social de gran envergadura pues es muy común y sus consecuencias afectan a la salud del mayor. Los pacientes desnutridos, tienen retrasos en la cicatrización de heridas, deterioro en la función muscular, disminución en la masa ósea, anemias, son más frágiles, aumentan los riesgos de padecer úlceras por presión e infecciones nosocomiales, afectan al estado cognitivo y aumentan el riesgo de mortalidad (Cuesta y Matía, 2011). Todos estos factores hacen que aumenten las consultas en atención primaria, las estancias hospitalarias y las institucionalizaciones, no solo retrasando la recuperación en estados patológicos sino también alterando la calidad de vida y con la repercusión económica que todo esto conlleva (Drey y Kaiser, 2011).

Por todo esto es importante prevenir la desnutrición y diagnosticarla tempranamente, realizando una correcta valoración (Drey y Kaiser, 2011).

En el tratamiento de la desnutrición, la intervención comienza con el cálculo de los requerimientos calórico-proteicos de cada paciente, asesoramiento dietético, estimulación del apetito, suplementos nutricionales orales; como las bebidas con alto contenido calórico, o alimentación a través de una sonda enteral o nutrición parenteral y por último el tratamiento farmacológico, en el cual se ha comprobado que el acetato de megestrol es un agente progestacional que aumenta el apetito, aunque el peso ganado es desproporcionadamente en grasa. También es aconsejable hacer ejercicio físico debido a que normalmente la pérdida de peso da como resultado pérdida de la masa muscular (García y Villalobos, 2012; Drey y Kaiser, 2011).

#### *Malnutrición por exceso: obesidad*

La obesidad es el estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Como ya conocemos la obesidad es el principal factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares, agrava todas las enfermedades, es un síntoma de fragilidad del anciano, y causa dependencia física (García y Villalobos, 2012).

Cuando hay una disminución importante de masa muscular pero aumenta la grasa corporal hablamos de obesidad sarcopénica que es causa de dependencia física y discapacidad (Derick y Guelle, 2014).

En la actualidad el diagnóstico se realiza utilizando varios parámetros como IMC, circunferencia de la cadera, índice entre cintura/talla y el diámetro sagital del tronco. El más utilizado en nuestro país es el IMC pero no es el más fiable puesto que con la edad hay cambios en cuanto a disminución de la estatura, y aumento de masa muscular por la masa grasa que hace que este índice no sea del todo fiable. El sobrepeso se define como: IMC de 25 kg/m<sup>2</sup>, obesidad clase I de 30 a 34.9 kg/m<sup>2</sup>; obesidad clase II de 35 a 39.9 kg/m<sup>2</sup> y obesidad extrema o clase III mayor o igual 40 kg/m<sup>2</sup> (García y Villalobos, 2012).

Para su tratamiento es necesario que el tratamiento sea multidisciplinario e personal. Debe haber una pérdida de peso gradual y controlado que no suponga el riesgo de que se pierda demasiado y entremos en una desnutrición. Para ellos debe combinarse ejercicio físico y hábitos dietéticos saludables y una dieta que se ajuste a los requerimientos del paciente. El tratamiento farmacológico se puede utilizar fármacos para la disminución del apetito y otros para aumento de la saciedad, hoy día el único aprobado es el Orlistat (Derick y Guelle, 2014).

### **Conclusión**

En esta revisión bibliográfica hemos llegado a una serie de conclusiones que expondremos a continuación. En primer lugar cabe destacar que no se debe de cambiar radicalmente la alimentación en un anciano, sin saber si nos referimos a un anciano frágil, activo o patológico por el simple hecho de pertenecer al grupo de la tercera de edad.

A grandes rasgos podemos decir que sería suficiente en todos los ancianos aumentarle la ingesta de calcio, ya que el problema más común en todos ellos es la fragilidad ósea.

Los ancianos que tienen alguna patología, sabemos que no solo es una enfermedad sino que les conlleva a ser pacientes pluripatológicos, lo que hace difícil poner una dieta que se ajuste a todos estos problemas, por lo que no hay dietas estandarizadas, y el equipo interdisciplinario es el que debe actuar haciéndose cargo de manera holística e individualizada.

Todo las personas envejecemos, pero no todas envejecemos igual, ya que los cambios fisiológicos nos afectan de manera diferente, pudiendo acentuarse en algunos pacientes y en otros no ser tan relevantes.

Desde el punto de vista profesional, no se tiene una visión global de la alimentación relacionada con la psicología y con el entorno social, y queremos resaltar que este es un aspecto al que debemos prestar especial atención, ya que tiene un papel fundamental en problemas de malnutrición y no estamos muy familiarizados con este tema debido a la escasa información.

El sentirse solo, los malos hábitos y la apatía ante el arte culinario, entre otros, hacen que afecte a la alimentación y que esta sea todo un reto.

Las personas mayores tienen hábitos alimentarios muy arraigados e ellos mismos, lo que hacen que tengan un desconocimiento de una buena alimentación y esto da lugar a que sea muy complicado la corrección de ellos

Aunque no debemos de cambiar todos los hábitos alimentarios, debemos centrarnos en los que no son los adecuados.

En la situación actual en la que vivimos no nos podemos olvidar de la gran crisis económica que nos acompaña, y de cómo afecta a nuestros mayores. Haciendo especial hincapié en los pocos recursos económicos que intervienen en su alimentación, sin poder adquirir los alimentos adecuados por su elevado coste, y todo ello afecta a problemas nutricionales.

Es obvio pensar que síntomas como los vómitos o diarreas, afectan a al estado nutricional, y no nos damos cuenta de que el dolor es uno más de ellos, que influyen en todo el proceso alimentario.

Cuando hablamos de la farmacología, al ser pacientes que toman muchos medicamentos, alguno o algunos de ellos van a afectar en la nutrición, ya sea por pérdida de apetito, mala absorción, interacción con otros nutrientes...

Tanto en residencias como en hospitales nos encontramos con dietas monótonas, poco atractivas y apetecibles para el anciano ante sus cinco sentidos y este es un factor que hace que disminuya las ganas de comer.

Los problemas nutricionales tanto por exceso como por defecto alteran la morbimortalidad, los procesos quirúrgicos, la cicatrización de heridas, aumenta el riesgo de infección, acentúa las enfermedades crónicas, en definitiva influye en la recuperación del paciente y en la calidad de vida del mismo.

## Referencias

- Cuesta, FM y Matía, P. (2011). Detección y evaluación del anciano con desnutrición o en riesgo. *Nutrición Hospitalaria*, 4(3), 15-27.
- Chávez, D. (2011). Anorexia y desnutrición en el adulto mayor. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 24(11), 71-79.
- Derrick, C y Gaele, BA. (2014). Obesity in the elderly: more than you think. *Cleveland clinic Journal of medicine*, 81(1), 51-61.
- Domínguez, S. (2010). Factores que influyen en la desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Reduca*, 2(1), 581-592.
- Drey, M y Kaiser, MJ. (2011). Malnutrition in elderly. *Deutsch medizinische wochenschrift*, 136(5), 176-178.
- Foz-Sala, M. (2010). Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la edad avanzada. En M, Serrano; P, Cervera; C, López; JM, Ribera y A, Sastre, *Guía de alimentación para personas mayores* (pp.25-40). Madrid: Ergon.
- García, A y Ruipérez, I. (2007). *Valoración nutricional en el anciano*. Madrid: Novartis.
- García, T y Villalobos, JA. (2012). Malnutrición en el anciano. Parte I: Desnutrición, el viejo enemigo. *Medicina interna México*, 28(1), 57-64.
- García, T y Villalobos, JA. (2012). Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad la nueva pandemia. *Medicina interna México*, 28(2), 154-161.
- López, R y López, JA. (2011). La polimedición como factor de riesgo para desnutrición en el anciano. En J, Aranceta; J, Benitez; JL, Caballero; I, Artaza; T, Barrallo; J, Casto, Et al, *Manual atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud* (pp. 77-87). Madrid: Ergon.
- Maestre, E y Zaplana, I. (2013). Alimentación y envejecimiento. *Revista rol de enfermería*, 36(6), 400-407.
- Martínez, MA; Villar, R; Rodríguez, MJ y Bellido, D. (2012). Valoración nutricional. En D, Bellido y PP, García, *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (pp.69-73). Madrid: Diez de santos.
- Varela, L. (2013). Nutrición en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 24, 183-185.
- Velázquez, MC. (2011). Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. *Revista salud pública y nutrición*, 12(2).



## CAPÍTULO 23

### Revisión teórica: Alimentación y nutrición en el anciano

M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez<sup>2</sup> y Verónica Tortosa Salazar<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>CIMI “El Molino” (España); <sup>2</sup>Hospital Torrecárdenas (España); <sup>3</sup>Hospital de Poniente (España)

La alimentación se define como la acción mediante la cual consumimos los alimentos que nos proporcionan los nutrientes para poder vivir. Es un proceso voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales y religiosos, entre otros. Durante el envejecimiento, además, se producen cambios que inciden en la alimentación, Restrepo *et al.* (2006) los clasificaron de la siguiente manera:

- Factores físicos: problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial o hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos: disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos-nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Por otro lado, la nutrición es el proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento de las funciones vitales. Las necesidades nutricionales marcan la cantidad de cada nutriente que debe ingerir una persona en unas condiciones determinadas (actividad física, estado fisiológico, edad,...) para mantener una buena salud.

El objetivo de este trabajo es identificar los principales problemas que pueden surgir durante la alimentación y nutrición del anciano así como las soluciones propuestas por varios autores así como definir cuáles son las pautas nutricionales correctas, para ello llevamos a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas de Ciencias de la Salud (Cuiden, Google Académico, Medline, Cochrane).

Los principales problemas relacionados con la nutrición que nos encontramos en el anciano están directamente relacionados con el proceso de envejecimiento como cambios en la composición corporal, mala salud bucodental, anorexia, dificultades económicas, enfermedades, deterioro sensorial y minusvalías. Pasamos a continuación a definir cada uno de ellos de forma más detenida.

#### Cambios en la composición corporal:

Cuando realizamos la estimación de la ingesta calórica recomendada para el anciano tenemos que tener en cuenta por un lado el nivel de actividad y por otro que el metabolismo basal está disminuido (un 1% por cada año a partir de los 30 años) debido a la pérdida de masa corporal y al aumento del tejido graso. Con estos datos realizaremos una valoración individualizada que se ajuste a cada uno de nuestros pacientes y nos permita aconsejar y elaborar una recomendación dietética única. A nivel general Pérez Ríos y Ruano Raviña (2003) recomiendan unas 2100Kcal/día.

#### Anorexia:

El estado emocional influye de forma directa en la ingesta de alimentos y por ende en el estado nutricional del anciano. A esto se le une la falta de apetito y pérdida de interés por la comida que hacen que el aporte nutritivo esté disminuido. En estos casos debemos ofrecer al anciano comidas atractivas que le motiven a comer así como conceder el tiempo necesario al proceso de alimentarse. Hemos de ser flexibles con los menús y los horarios haciendo todas las concesiones que sean necesarias. Villaplana I Batalla (2010) propone además la elaboración de comidas hipercalóricas para mantener o recuperar la masa magra. Puesto que la ingesta puede estar disminuida estas comidas hipercalóricas ayudan a mantener una ingesta calórica adecuada mediante un número de comidas menores al día. Veamos a continuación algunos ejemplos:

- Sopas, consomés, cremas y purés: podemos añadirles queso rallado, leche entera y/o en polvo, nata o crema de leche, aceites vegetales, margarina o mantequilla, pan frito, legumbres, arroz, carne picada, embutidos troceados, huevo batido y huevo duro troceado.
- Verduras y ensaladas: podemos añadirles queso, huevo duro, mayonesa, atún, frutos secos, pasas, aceitunas o aguacate.
- Saltear las verduras y usar sofritos, bechamel, salsa tártara o rosa.
- Elaborar ensaladas con legumbres frías.

- En caso de inapetencia realizar platos únicos completos, por ejemplo lentejas con pequeñas albóndigas de carne.
- Enriquecer las bebidas o hacer batidos concentrados: helado con frutos secos, leche con cacao y yema de huevo, yogur y queso fresco batido.
- Cuidar la presentación de los platos para que le resulten atractivos al anciano.

Debemos tener en cuenta la coexistencia de patologías que hagan que la dieta tenga que ser adaptada como diabetes, dislipemias,...

#### *Descenso de los ingresos*

La disminución de los recursos económicos está directamente relacionada con la capacidad del anciano para acceder a los distintos grupos de alimentos lo que puede dar lugar a una nutrición desequilibrada y/o insuficiente (Restrepo *et al.*, 2006). Unos ingresos escasos limitan la capacidad del anciano para acceder a los alimentos más caros como pueden ser carnes y pescados frescos. En este punto las redes de apoyo son principales ya que son las únicas que pueden asegurar un correcto acceso a los alimentos allí donde la pobreza se hace más visible.

#### *Procesos patológicos*

En las personas mayores existe una mayor incidencia de enfermedades algunas de las cuales pueden alterar la absorción, el metabolismo y el uso de los nutrientes, pudiendo llegar incluso a modificar las necesidades de algunos de ellos.

Muchas de estas enfermedades requieren, además, de fármacos que pueden dar lugar no solo a interacciones fármaco-fármaco sino también fármaco-nutriente, fármaco-alimento y fármaco-estado nutricional (Arbonés *et al.*, 2002). Debemos, por tanto, prestar especial atención a aquellos pacientes polimedicados y en sobre todo a los que reciben tratamiento con sales de hierro, levodopa, anticoagulantes orales, propranolol, teofilinas, laxantes, anticonvulsivos, paracetamol, antiácidos, digoxina, diuréticos, colestiramina, tetraciclinas, cefalosporina, gentamicina, salicilatos, metrotexato, aspirina y/o tranquilizantes.

#### *Deterioro sensorial*

Con la edad los sentidos de la vista, gusto y olfato se pueden ver disminuidos lo cual favorece la pérdida de interés del anciano por la comida. En este punto todos los autores coinciden en recomendar platos sencillos y con presentación vistosa condimentados con hierbas aromáticas que refuercen el sabor de los alimentos.

#### *Discapacidad física*

Pueden existir discapacidades físicas en el anciano propias del proceso de envejecimiento y otras que son manifestaciones de enfermedades subyacentes o efectos secundarios de medicamentos como el temblor, la falta de agudeza visual o incluso incapacidad para andar. Aquí vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de una red de apoyo que facilite el acceso a las comidas y si es necesario ayude a su ingesta.

#### *Cambios fisiológicos*

Con el envejecimiento se producen cambios en los sistemas y aparatos que pueden afectar en cómo se asimilan los nutrientes o en la necesidad de ellos que tienen los ancianos (Restrepo *et al.*, 2006). Pasamos a nombrarlos a continuación:

- Mayor resistencia periférica a la utilización de glucosa.
- Pérdida de elasticidad vasos sanguíneos que causa un aumento de las resistencias periféricas que finalmente dan lugar a HTA.
- Disminución de la velocidad de filtración glomerular que dificulta el desecho de productos catabólicos protéicos.
- Cambios en la función motora del estómago, disminución de la secreción salival, biliar, digestiva y pancreática y disminución de las hormonas gastrointestinales y las enzimas. Causa disminución en los procesos de síntesis de algunas sustancias y en consecuencia déficit de nutrientes.

### **Alteraciones en la masticación y la deglución**

Según Pérez Ríos *et al.* (2003) las dentaduras en mal estado se pueden convertir en un problema principal para la alimentación puesto que la falta de piezas dentales dificulta la masticación y por tanto la ingestión de algunos alimentos de alto valor nutricional como por ejemplo la carne. A esto tenemos que sumarle la disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación que se produce con el envejecimiento (Restrepo *et al.*, 2006).

García-Luna *et al.* (2002) sitúa las alteraciones en la deglución entre el 10-15% en pacientes hospitalizados por enfermedad aguda, el 20-50% en pacientes neurológicos y sobre el 30-40% en ancianos institucionalizados. Estos autores proponen la denominada "alimentación básica adaptada" la cual definen como "la modificación de los

alimentos para que puedan ser ingeridos por personas con dificultades en la masticación o la deglución, y que reúnan unas condiciones nutricionales adecuadas para adultos y ancianos”. Además añaden una serie de condiciones que debe de cumplir:

- Nutrir adecuadamente al adulto/anciano en sus necesidades específicas.
- Conservar el placer de comer frente a la alternativa de los productos de nutrición clínica.
- Facilitar la preparación del alimento para personas con discapacidades o que viven solas.

Para definir las necesidades nutricionales de los ancianos hemos cogido como referencia los artículos de Pérez *et al.* (2003) “La nutrición en el anciano”, Arbonés *et al.* (2003) “Revisión. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN)” y Gómez-Álvarez (2002) “Alimentación especial para ancianos. Nutrición completa”. Analizando los datos de estos estudios, hemos elaborado las siguientes tablas, que nos muestran la composición cuantitativa y cualitativa de cada uno de los nutrientes básicos que debe tener la dieta del anciano.

#### Energía

Gómez-Álvarez (2002) recomienda una cantidad menor de energía que en el adulto sano debido a la disminución del metabolismo basal y del ejercicio físico aunque no concreta la cantidad de Kcal diarias que debe ingerir un anciano. Por el contrario Arbonés *et al.* (2003) establece una media de 30 kcal/kg de peso corporal.

#### Proteínas

Las proteínas tienen principalmente función estructural, defensiva y de transporte. Su déficit puede dar lugar a la pérdida de masa corporal, alteración en la función inmune y mala cicatrización de heridas.

Tabla 1. Cantidad diaria recomendada de proteínas en el anciano

	Pérez Ríos <i>et al.</i> (2003)	Arbonés <i>et al.</i> (2003)	Gómez-Álvarez (2002)
Kg peso/día	0.9 g por kg de peso-día	0.8 g por kg de peso-día	= que el adulto sano
% Kcal/día		10-15%	
Notas	Origen animal: 50%	(Pt origen animal + Pt leguminosas)/Pt totales =>0.7	Alto valor biológico

En el caso de ancianos con disminución del apetito debemos aumentar la ingesta de proteínas de alto valor biológico para asegurar un aporte suficiente de este nutriente.

#### Lípidos

Las grasas constituyen la reserva energética más importante del cuerpo. Igualmente nos aportan ácidos grasos esenciales y son vehículo de las vitaminas liposolubles. La cantidad y calidad de lípidos que debe ingerir el anciano es muy importante y de ahí la información detallada que nos ofrecen Arbonés *et al.* (2003). Así mismo recomiendan una valoración individualizada de los pros y contras a la hora de reducir la cantidad de grasas de la dieta. Por otro lado Pérez Ríos *et al.* (2003) nos recuerda los beneficios de las grasas insaturadas frente a las saturadas sin diferenciar la ingesta de cada una de ellas.

Tabla 2. Cantidad diaria recomendada de lípidos en el anciano

	Pérez Ríos <i>et al.</i> (2003)	Arbonés <i>et al.</i> (2003)	Gómez-Álvarez (2002)
Kg peso/día		0.8 g por kg de peso-día	
% Kcal/día	35%	AGS < 7-10%	<30%
	30% en ancianos sedentarios	AGP < 10%	AGS 10%
		AGM >13%	AGP 10%
	50% de origen animal	(AGP+AGM)/AGS >2	AGM 10%
Notas		Colesterol <300mg/día	
		Ácidos grasos n-3	
		0.2-2 g/día	
		Ácidos grasos trans	
		< 6g/día	

AGS: Ácidos grasos saturados; AGP: Ácidos grasos poliinsaturados; AGM: Ácidos grasos monoinsaturados

#### Hidratos de carbono (HC)

Estos nutrientes son fuente de energía rápida, sobre todo en el caso de personas con disminución de apetito, participando también en el metabolismo de los centros nerviosos. Arbonés *et al.* (2003) recomiendan la obtención de estos nutrientes de los cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas ya que contienen hidratos de

carbono complejos aunque recuerda que los hidratos de carbono monoinsaturados presentes en algunas frutas, verduras y lácteos son imprescindibles ya que funcionan como vehículos de minerales y vitaminas.

Tabla 3. Cantidad diaria recomendada de hidratos de carbono en el anciano

	Pérez Ríos <i>et al.</i> (2003)	Arbonés <i>et al.</i> (2003)	Gómez-Álvarez (2002)
% Kcal/día	55-60%	55-75%	50-60%
Notas	Disminuir los azúcares simples ya que estimulan excesivamente el apetito.	Hidratos de carbono sencillos <10% de las Kcal totales diarias	Aumentar la ingesta de HC complejos y disminuir los azúcares sencillos

#### Vitaminas

En este punto existen artículos dedicados exclusivamente a esclarecer la cantidad de vitaminas que debe ingerir el anciano pero dado la limitación de este estudio nombraremos aquellas mencionadas por los autores los cuales hemos referenciado anteriormente.

Tabla 4. Cantidad diaria recomendada de vitaminas en el anciano

	Pérez Ríos <i>et al.</i> (2003)	Arbonés <i>et al.</i> (2003)	Gómez-Álvarez (2002)
Vit A	600-700 µg/día	1000 µg/día (H) 800 µg/día (M)	
Vit B	2.5 µg/día	B12 3 µg/día B6 1.4 µg/día (H); 1.2 µg/día(M)	Sin mención
Vit C	60-70 mg/día	100 mg/día	
Vit D	10-15 µg/día	10-15 µg/día	
Vit E	100-400 IU/día	12-15 mg/día (H); 11-15mg/día (M)	
Vit K	60-90 mg/día	65 mcg/día (H); 80 mcg/día (M)	

#### Minerales

Su función es principalmente reguladora y plástica. Pérez Ríos *et al.* (2003) los divide en macrominerales, necesarios en cantidades elevadas (calcio, fósforo, magnesio, potasio y cloro); y microminerales o elementos traza, necesarios en cantidades menores (hierro, flúor, cinc, yodo, manganeso, selenio, cobalto, cromo y cobre).

Tabla 5. Cantidad diaria recomendada de minerales en el anciano

	Pérez Ríos <i>et al.</i> (2003)	Arbonés <i>et al.</i> (2003)	Gómez-Álvarez (2002)
Calcio	800-1200 mg/día	1000 mg/día	
Cinc	Sin mención/detalle	10 mg/día (H); 7mg/día (M)	
Hierro	10 mg/día	10 mg/día	
Selenio	50-70 µg/día	55 µg/día	Sin mención/detalle
Potasio	Sin mención/detalle	1600-2000 mg/día	
Cobre	1.3-1.5 mg/día		
Cromo	50 µg/día	Sin mención/detalle	
Magnesio	225-280 mg/día		
Sodio	< 2000-3000 mg/día	2500 mg/día (<5000mg/día)	< adulto sano

#### Conclusiones

El proceso de envejecimiento es un proceso natural para el cual tenemos que estar preparados los profesionales de enfermería. Durante este proceso no sólo nos van a necesitar los ancianos sino que, en muchos casos, sus cuidados se van a hacer extensibles a otros miembros de la familia pues serán los que en la mayoría de las ocasiones asuman la cobertura de sus necesidades básicas.

La alimentación en el anciano puede ser un proceso difícil puesto que son muchas las complicaciones presentes a la hora de alimentarse. Muchas de ellas son fisiológicas y otras muchas causadas por patologías asociadas e incluso efectos secundarios de algunos medicamentos. Si realizamos una valoración completa del anciano podremos detectar la mayoría de estos problemas y por lo tanto establecer objetivos e intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente. No es difícil encontrar alternativas nutricionales pero siempre debemos intentar que aquellas que son invasivas (SNG, gastrostomía, yeyunostomía,...) sean nuestro último recurso. Debemos procurar siempre que la alimentación sea lo más natural posible, que el anciano siga comiendo esas comidas que tanto le gustan pero de forma adaptada a sus necesidades y dificultades individuales.

Mediante este trabajo hemos querido poner de manifiesto cuáles son los problemas principales que pueden dificultar la alimentación del anciano de forma que los profesionales de enfermería seamos conscientes de ellos y tengamos herramientas y soluciones que ofrecer a nuestros pacientes y su entorno más cercano.

Pensando ahora en el aspecto nutricional del alimento los enfermeros debemos dar un paso más y realizar valoraciones individualizadas del paciente en función de sus patologías, tratamientos farmacológicos y necesidades especiales de forma que luego podamos elaborar una dieta que se ajuste a sus necesidades y les permita, por lo tanto, alcanzar un nivel óptimo de salud y rendimiento. Es un hecho que una nutrición adecuada puede mejorar muchas patologías e incluso retrasar otras muchas.

Debemos vigilar muy de cerca la composición de los alimentos que ingieren nuestros mayores con el fin de evitar la malnutrición proteicoenergética o el déficit de proteínas y micronutrientes. Ortega *et al.* (1992) determinó la relación directa que existe entre la nutrición y la capacidad funcional del anciano y sugirió en su artículo evitar el déficit de nutrientes y aumentar la actividad física con el fin de lograr ese objetivo.

Aquí presentamos un gran reto a los profesionales de enfermería aunque somos conscientes de las limitaciones que existen en cuanto a los tiempos de consulta o visitas domiciliarias en los centros de atención primaria. Pero debemos seguir ampliando nuestro campo de conocimiento y de actuación de forma que el consejo dietético se amplíe a la tercera edad y se convierta en parte de nuestro trabajo diario. Debemos plantearnos como objetivo con nuestros pacientes ancianos el conseguir una buena alimentación y nutrición que ayude a mejorar el estado físico y mental del anciano así como mejorar y retrasar la aparición de algunas enfermedades.

## Referencias

Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marqués-López, I., Martín, M.L., Martínez, A., Montero, P., Núñez, C., Puigduela, I., Quer, J., Rivero, M., Roset, M.A., Sánchez-Muñiz, F.J. y Vaquero, M.P. (2003). Revisión. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición hospitalaria*, 18(3), 109-137.

García-Luna, P.P., Romero, H., Serrano, P. y Pereira, J.L. (2002). Alimentación básica adaptada a los ancianos y personas con alteraciones de la deglución. *Endocrinol Nutr*, 49(2), 5-8.

Gómez-Álvarez, P. (2002). Alimentación especial para ancianos. Nutrición Completa. *Farmacia Profesional*, 16(4), 84-88.

Ortega, R.M., Andrés, P., Meléndez, A., Turrero, E., Gaspar, M.J., González, M., Garrido, G., Chamorro, M., Díaz, E. y Moreiras, O. (1992). Influencia de la nutrición en la capacidad funcional de un grupo de ancianos españoles. *Archivo Latinoamericano de Salud*, 42(2), 133-145.

Pérez Ríos, M. y Ruano, A. (2003). La nutrición en el anciano. *Offarm*, 22(5), 100-106.

Restrepo, M., Morales, G., Ramírez, G., López, L. y Varela, L. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 33, 3.

Ruiz-López, M.D., Artacho, R. y López, M.C. (2000). Recomendaciones nutricionales para los ancianos. *Ars Pharmaceutica*, 41(1), 101-113.

Villaplana, I. y Batalla, M. (2010). Nutrición y envejecimiento. *Ámbito Farmacéutico*, 29(3), 72-75.



**DETERIORO, PERSONALIDAD Y CUIDADORES**



## CAPÍTULO 24

### Análisis de las diferencias en el LOT-R en una muestra de mayores y jóvenes

Francisco J. Soler Flores, M<sup>a</sup> del Mar Molero Jurado, M<sup>a</sup> del Carmen  
Pérez Fuentes y José Jesús Gázquez Linares  
*Universidad de Almería (España)*

El constructo de optimismo ha ido ganando presencia en estos últimos años dentro del campo de estudio de la Psicología Clínica (Ortiz, Ramos y Vera-Villarroel, 2003) y de la Personalidad (Daraei y Reza, 2012; Ferrando, Chico y Tous, 2002), ya que tradicionalmente estaba olvidado (De la Vega, Ruiz, Fuentealba y Ortín, 2012). Optimismo, y en su lado opuesto, el pesimismo, son definidos como las expectativas positivas o negativas respectivamente que una persona posee en relación con el desarrollo de su vida diaria, formando ambos conceptos parte de un constructo unidimensional polar (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Otra definición que se da del concepto de optimismo es la proclividad para sobreestimar las experiencias positivas futuras, y subestimar las negativas (Weinstein, 1980).

Una de las corrientes desde las que se lleva a cabo el estudio del optimismo es la que se apoya en la teoría de las pautas explicativas (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Esta se centra en la forma o manera en que los individuos explican los acontecimientos que les suceden en su vida diaria, o dicho de otro modo, en su experiencia vital (Isaacowitz, 2005; Shapcott, Bloom, Johnston, Loughead y Delaney, 2007). Así, las personas con un perfil optimista se posicionan desde una perspectiva más positiva que los pesimistas a la hora de afrontar los problemas (Vera-Villarroel y Guerrero, 2003), presentan un importante bienestar subjetivo (Grau *et al.*, 2005; Vacek, Coyle y Vera, 2010) y sintomatológico (Rees, Ingledew y Hardy, 2005), además de una mayor autoestima que los pesimistas (Lyubomirsky, 2008; Weber, Puskar y Ren, 2010), menor pensamiento suicida (Murberg, 2012), más bajos niveles de estrés (Chico y Ferrando, 2008; Vera, 2006) y bajos niveles de ira (Puskar, Sereika, Cordero, Tusaie-Mumford y McGuinness, 1999).

Por otro lado, el optimismo está asociado a un mejor estado de salud física (Daraei y Ghaderi, 2012; Diener y Chan, 2011), y a su vez, de manera negativa a expresiones de malestar físico (Martínez, Reyes, García y Gonzáles, 2006). Siguiendo esta relación de optimismo-salud se sugiere que las personas con un patrón optimista son menos vulnerables a la hora de experimentar problemas de salud (Remor, Amorós y Carroble, 2006), y que los estudiantes con un alto optimismo tienen una mejor calidad de vida (Harju y Bolen, 1998). Niveles altos de optimismo se pueden deber, entre otros factores, a la genética (Schulman, Keith y Seligman, 1993), al nivel educativo de los padres (Daraei y Ghaderi, 2012), al hecho de tener pareja (Marrero y Carballeida, 2010) o la realización de actividades educativas (Gázquez, Pérez-Fuentes y Carrión, 2009).

El instrumento más utilizado actualmente por la Psicología para evaluar el constructo de optimismo (Lai y Yue, 2000) es el LOT-R (Scheier *et al.*, 1994). Se trata de un cuestionario fruto de la revisión de su versión original, el LOT (Life Orientation Test), el cual fue desarrollado por Scheier y Carver en 1985. Surge una dicotomía en la confrontación por una parte del concepto de optimismo como una variable unidimensional, y por otro lado la dimensión bifactorial del LOT-R (McPherson y Mohr, 2005; Monzani, Steca y Greco, 2014). En la construcción original del cuestionario, Scheier *et al.* (1994), sugirió que el instrumento valoraba una única dimensión, el optimismo disposicional, con dos polos o extremos, el pesimismo y el optimismo. Por otro lado, distintos autores defienden la adecuación del LOT-R (Alessandri *et al.*, 2010; Vera-Villarroel, Córdova-Rubio, Celis-Atenas, 2009), aunque sin embargo, Monzani, Steca y Greco (2014), rebaten que no hay certezas firmes sobre la dimensionalidad de este para población adolescente.

Asimismo, como la adecuación del LOT-R para jóvenes y mayores, suscita igualmente interés las relaciones en los resultados que en él obtienen ambos grupos de población -jóvenes y mayores-. La relación entre la personalidad y la longevidad ha ido motivando cada vez más interés en la investigación, situando a la personalidad como el cuarto factor más importante que contribuye a la longevidad, por detrás de los factores biológicos, genéticos y físicos (Lehr, 1982). Diversos autores, han investigado sobre si los mayores presentan un nivel de optimismo mayor que los jóvenes (Isaacowitz y Blanchard-Fields, 2012; Chowdhury, Sharot, Wolfe, Düzel y Dolan, 2014), si es al contrario (Lachman *et al.*, 2008), o si no hay diferencias entre los dos grupos de edad (Coll y Draves, 2008; Hervás, 2009).

Generalmente, conforme se cumplen años se van acumulando más experiencias negativas como el fallecimiento de familiares o conocidos, incremento de los problemas físicos y disminución de la función cognitiva (Hedden y Gabrieli, 2004), por lo tanto, se sugiere que a mayor edad, se incrementa el pesimismo (Chowdhury, Sharot, Wolfe, Düzel y Dolan, 2014). Pero por el contrario son los mayores los que poseen un mayor nivel de bienestar emocional, superando a los jóvenes, a la vez que disminuye su práctica en emociones negativas (Blanchflower y Oswald, 2008; Carstensen *et al.*, 2011; Stone *et al.*, 2010) y menor nivel de ansiedad (Pávez, Mena y Vera-Villaroel, 2012). Sirva como ejemplo, el caso de las personas centenarias, las cuales han sufrido épocas difíciles, por ejemplo guerras, y seguramente el fallecimiento de personas queridas, por lo que parece que su longevidad, no es producto de haber evitado el estrés, sino más bien, de afrontar éste de una manera positiva y favorable (Perls *et al.*, 1999).

Se sugiere la posibilidad de que los rasgos de personalidad estén aún estabilizados en la octava y en la novena década de vida (Möttus, Johnson y Deary, 2011). Esta duración estable de la personalidad a altas edades podría estar relacionada con la capacidad de sobrevivir a sus iguales contemporáneos (Perls *et al.*, 1999), ya que a medida que las personas avanzan en edad se consigue una mayor regulación de la emoción (Kensinger y Schacter, 2008; Brassens, Gamer, Peters, Gluth y Buchel, 2012). Por su parte, Blanchflower y Oswald (2008) propusieron que las mejores etapas de contento de una persona se dan antes de los veinte años y después de los cincuenta, formando una U. Además, el neuroticismo, la apertura y la extroversión disminuye con la edad a la vez que la afabilidad y la consciencia aumenta con esta (Möttus *et al.*, 2011; Terraciano, 2005). Por último, cabe destacar que frente a la población joven, los mayores recuperan más fácilmente de su memoria aquellos eventos o experiencias positivas que les sucedieron en el pasado, más que las negativas (Comblain *et al.*, 2005); asimismo, recuerdan mejor los rostros que presentan emociones positivas que aquellos en los que se representan emociones negativas (Charles *et al.*, 2003), y presentan una negatividad menor hacia pérdidas de dinero que los jóvenes (Samanez-Larkin *et al.*, 2007).

Así, el objetivo del presente estudio será analizar las diferencias entre mayores y jóvenes en cuanto al constructo de optimismo se refiere. Con ello se pretende la discusión de resultados en búsqueda de una postura más firme y que arroje algo de luz sobre este tema.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por un total de 85 participantes con edades comprendidas entre los 45 y 85 años ( $M=66.39$ ;  $DT=7.426$ ) de la provincia de Almería, de los cuales un 11.8% ( $N=10$ ) eran hombres, con una edad media de 67.30 años ( $DT=4.99$ ); y el resto de la muestra, el 88.2% ( $N=75$ ) eran mujeres, con una edad media de 66.27 años ( $DT=0.89$ ). En función del estado civil, el 54.9% de la muestra está casado/a, el 32.9% viudo/a, el 3.7% separado/a o divorciado/a, y el 8.5% está soltero/a.

### *Instrumentos*

*Test de Orientación Vital Revisado (LOT-R)* (Scheier, Carver y Bridges, 1994) en su versión adaptada al español por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro en el 1998. Esta versión está formada por 10 ítems, de los cuales cuatro de ellos son de relleno para evidenciar menos el contenido, utilizando en todos ellos una escala Likert de amplitud 5 (Chico, 2002). Apartando a un lado los cuatro de relleno, los seis restantes están dispuestos tres de ellos en sentido positivo hacia el optimismo y los otros tres en sentido negativo hacia el pesimismo (Ferrando *et al.*, 2002). No hay una gran diferencia en cuanto a propiedades se refiere entre el cuestionario original y la versión adaptada al castellano, y con una estructura clara bidimensional –pesimismo y optimismo– (Vera-Villaroel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas, 2009). Estudios centrados en población española confieren al LOT-R puntuaciones en el Alfa de Cronbach de 0.75 (Remor *et al.*, 2006); frente a las de su versión original (Scheier *et al.*, 1994) que se sitúan en el 0.79 para el puntaje general.

### *Procedimiento*

El contexto para la implementación de los cuestionarios ha sido el marco del Proyecto de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para la Mejora de la Calidad de Vida de los Mayores del Centro Histórico de Almería. El lugar donde se reunieron fue la Universidad de Mayores, en donde se realizan las distintas sesiones de este proyecto, y tuvo lugar durante la primera sesión, o mejor dicho, antes de esta. Para ello se instruyó a una serie de personas que fueron las encargadas de aplicar el LOT-R a la muestra que participó en el estudio. El cuestionario además estaba formado por el SF-36, el IE-23. Una vez rellenados los cuestionarios, se creó una base de datos con los resultados y se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

### *Análisis de datos*

Se ha realizado un análisis de las frecuencias medias del total de la muestra en los seis ítem del cuestionario LOT-R que no son de relleno, es decir, el 1, 3, 4, 7, 9 y 10. Posteriormente se ha procedido a la comparación entre los

grupos de hombres y mujeres en las puntuaciones medias de cada uno de los seis ítems, haciendo uso de la prueba *t*. La misma prueba *t* se ha utilizado para comparar los resultados medios de los ítems según el estado civil de los distintos participantes.

## Resultados

Los resultados del LOT-R en los mayores participantes en el Proyecto de Estimulación Cognitiva se han puesto en comparación con los resultados de un estudio de Vera-Villaroel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas (2009) de una muestra de 309 participantes con edades entre los 18 y 25 años, y con una media de 20.05 años ( $DE=1.81$ ) de los cuales un 65.5% estuvo constituido por mujeres ( $N=201$ ) y un 34.5%, por hombres ( $N=106$ ).

Tabla 1. Puntuaciones Medias en el LOT-R

Ítems	Media Jóvenes (Vera-Villaroel, Córdova Rubio y Celis-Atenas, 2009)	Media Mayores (Proyecto de Estimulación Cognitiva)
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	2.34	3.82
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que pasará	1.69	2.99
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	2.54	3.78
7. Rara vez, espero que las cosas salgan a mi manera	1.24	2.94
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1.23	3.02
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	2.99	4.10

La tabla 1 muestra los resultados de las puntuaciones medias de cada ítem para el total de la muestra. Así se observa que en los seis ítems, los mayores presentan puntuaciones más altas que los jóvenes. Las personas mayores presentan puntuaciones más altas hacia el optimismo que las más jóvenes, que obtienen puntuaciones más débiles. De media los mayores obtienen puntuaciones 1.4361 puntos por encima de los jóvenes.

Tabla 2. Puntuación total LOT-R según el género

Hombres	21.55
Mujeres	20.77

Tabla 3. Puntuación total LOT-R según el estado civil

Casado	21.09
Viudo	20.68
Soltero	20.00
Separado	21.50

La media para el total de la escala en el estudio con jóvenes fue de 15.62 ( $DT=3.90$ ) mientras que en nuestro estudio con mayores fue de 20.81 ( $DT=3.20$ ). Por otro lado en el estudio con jóvenes no se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $t_{(305)}=0.632$ ;  $p=0.528$ ), al igual que en el nuestro con mayores donde tampoco hay una diferencia significativa entre los dos géneros ( $t_{(67)}=0.74$ ;  $p=0.459$ ). La puntuación media de hombres es de 21.55 ( $DT=2.74$ ) y la de las mujeres de 20.70 ( $DT=3.27$ ). Atendiendo al estado civil, las puntuaciones fueron de 21.09 para las personas casadas; 20.68 para las viudas; 20.00 las solteras; y 21.50, las personas separadas. Estas personas separadas presentan una puntuación mayor a la de los casados, aunque no se encuentra una diferencia significativa entre ambos grupos ( $t_{(36)}=0.26$ ;  $p=0.797$ ).

## Discusión

La psicología anteriormente se ha centrado más en generar soluciones a problemas concretos y en definir trastornos, dejando de lado apartadas variables como el optimismo, la alegría, la ilusión, etc. (De la Vega, Ruiz, Fuentealba y Ortín, 2012). Es últimamente cuando en diversos estudios se ha confirmado la relación del optimismo con la autoestima y el bienestar físico y psicológico (Grau *et al.*, 2005), inmunológico y sintomatológico (Rees, Ingledew y Hardy, 2005) de una manera positiva. Otros estudios, por su parte, hablan de la influencia de la componente genética en el optimismo (Schulman, Keith y Seligman, 1993). Daraei y Ghaderi (2012) encontraron en un estudio con estudiantes indios, que había una relación entre el nivel educativo de los padres y el nivel de optimismo que poseían los hijos; a mayor del primero, mayor es el segundo.

A caso del LOT-R, algunos estudios en población adulta avalan la posible convivencia entre la definición unidimensional de optimismo con la bidimensionalidad estructural del LOT-R (Alessandri *et al.*, 2010). Monzani, Steca y Greco (2014) en su estudio con población joven confieren una validez y apoyo a la estructura unidimensional del concepto de optimismo disposicional, así como la validez y fiabilidad del LOT-R para su utilización en adolescentes. Por el contrario otras investigaciones posteriores señalan la aparición de dos dimensiones (McPherson y Mohr, 2005). Por su parte, Vera-Villaroel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas (2009) encontraron que las dimensiones de optimismo y pesimismo están correlacionadas significativamente de manera negativa, aunque de forma poco intensa.

Por otro lado, son ínfimos los estudios que se han interesado por la evolución del optimismo conforme aumenta la edad, o dicho de otra forma, de cómo afecta la edad al optimismo en los individuos, obteniendo en su mayoría resultados con baja firmeza (Chowdhury, Sharot, Wolfe, Düzel y Dolan, 2014). Hay una relación a medida que se cumplen años con un efecto de positividad en los procesos cognitivos (Isaacowitz y Blanchard-Fields, 2012). Anteriormente, Isaacowitz (2005), demostró que mayores se colocaban desde una posición más optimista al dar explicaciones sobre los eventos de su vida. En el mismo estudio de Chowdhury, Sharot, Wolfe, Düzel y Dolan (2014) con una muestra de jóvenes y mayores para determinar si la formación de creencias positivas o negativas con respecto al futuro están relacionadas, o dicho de otra forma, se alteran en mayor o menor medida con la edad, se obtuvieron mayores puntuaciones en el LOT-R por parte de los mayores. Esto está en consonancia con los resultados de nuestro estudio en el que se han encontrado resultados de mayor optimismo en mayores que en jóvenes. Pero por el contrario, Lachman *et al.* (2008) rebatió que son los jóvenes, y no los mayores, los que demuestran una visión con más optimismo acerca de su futuro.

Otras investigaciones mostraron que no hay una relación significativa entre la forma de ver el mundo, y la edad (Coll y Draves, 2008; Hervás, 2009). Así como que las personas casadas son más optimistas que las solteras, y a su vez estas más optimistas que las divorciadas (Coll y Draves, 2008). Esto entra en contradicción con nuestros resultados en los que se obtienen puntuaciones totales superiores a un punto, de las casadas frente a las solteras; pero, por el contrario, las personas separadas o divorciadas presentan una puntuación total superior a la de los casados, aunque no hay una diferencia significativa. Vera-Villaroel, Córdova-Rubio y Celis-Atenas (2009) concluyeron a partir de un estudio con el LOT-R en una muestra de universitarios entre 18 y 25 años, que no existen diferencias significativas en las puntuaciones medias de los resultados de hombres frente a los de las mujeres. En la misma línea están los resultados de nuestro estudio en los que tampoco se han concluido diferencias significativas entre un grupo y otro. Por último, Pávez, Mena y Vera-Villaroel (2012) concluyeron que la variable de riesgo de la ansiedad se concentra en mayor medida en población joven, concretamente está más presente en sujetos de 18 a 24 años; y Vera-Villaroel, Celis-Atenas, Pávez, Lillo, Díaz y López (2012) concordaron en sus resultados con la teoría en forma de U de que las mejores etapas de contento de una persona se dan antes de los veinte años y después de los cincuenta (Blanchflower y Oswald, 2008).

## Conclusión

Cabe concluir este estudio afirmando la existencia de mayores puntuaciones en mayores que en jóvenes en lo que a optimismo se refiere. Por lo tanto, se puede afirmar que son más optimistas las personas mayores, quizás porque han aprendido más a lo largo del tiempo a afrontar los problemas. Por otro lado, no se encuentran diferencias significativas en hombres y mujeres mayores en torno a los niveles de optimismo, ni tampoco atendiendo a los distintos estados civiles. En todo caso, aunque con poca diferencia, los hombres son más optimistas que las mujeres y las personas separadas y casadas, lo son más que las viudas y solteras. Como limitación de este estudio, cabe señalar la escasa muestra de sujetos de la que hemos dispuesto para poder implementar los cuestionarios. Asimismo, no se trata de personas al azar, sino de sujetos con unas características específicas requeridas en el Proyecto de Estimulación Cognitiva.

## Referencias

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Alessandri, G., Vecchione, M., Fagnani, C., Bentler, P.M., Barbaranelli, C., Medda, E., Nistico, L., Stazi, M. y Caprara, G. (2010). Much more than model fitting? Evidence for the heritability of method effect associated with positively worded items of the life orientation test revised. *Structural Equation Modeling*, 17(4), 642-653. doi: 10.1080/10705511.2010.510064
- Blanchflower, D.G. y Oswald, A.J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66(8), 1733-1749. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.030

- Brassen, S., Gamer, M., Peters, J., Gluth, S. y Buchel C. (2012). Don't look back in anger! Responsiveness to missed chances in successful and non-successful aging. *Science*, 336(6081), 612-614. doi: 10.1126/science.1217516
- Carstensen, L.L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G.R., Brooks, K.P. y Nesselroade, J.R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33. doi: 10.1037/a0021285
- Charles, S.T., Mather, M. y Carstensen, L.L. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310-324. doi: 10.1037/0096-3445.132.2.310
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Chico, E. y Ferrando, P. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- Chowdhury, R., Sharot, T., Wolfe, T., Düzal, E. y Dolan, R.J. (2014). Optimistic update bias increases in older age. *Psychological medicine*, 44(9), 2003-2012. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713002602
- Coll, J. y Patrick, R. (2008). An examination of the relationship between optimism and world view among university students. *College Student Journal*, 42(2), 395-401.
- Comblain, C., D'Argembeau, A. y Van der Linden, M. (2005). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for emotional and neutral events in older and younger adult. *Experimental Aging Research*, 31(2), 173-189. doi: 10.1080/03610730590915010
- Daraei, M. y Reza, A. (2012). Impact of education on optimism/pessimism. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 38(2), 339-343.
- De la Vega, R., Ruiz, R., Batista, F., Ortín, F.J. y Giesenow, C. (2012). Effects of feedback on self-efficacy expectations based on the athlete's optimistic profile. *Psychology*, 3(12A), 1208-1214. doi: http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.312A179
- Diener, E. y Chan M.Y. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. y Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273. doi: 10.1989/ejep.v2i3.36
- Grau, J., Hernández, E. y Vera-Villarreal, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos, metodología, aplicaciones* (pp. 113-177). México: Universidad de Guadalajara.
- Harju, B. y Bolen, L. (1998). The effects of optimism on coping and perceived quality of life of college students. *Journal of Behavior and Personality*, 13(2), 185-201.
- Hedden, T. y Gabrieli, J. (2004). Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2), 87-96. doi:10.1038/nrn1323
- Hérvás, G. (2009). Psicología Positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41.
- Isaacowitz, D. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: a tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality* 39(2), 224-244. doi: 10.1016/j.jrp.2004.02.003.
- Isaacowitz, D.M. y Blanchard-Fields, F. (2012). Linking process and outcome in the study of emotion and aging. *Perspectives on Psychological Science* 7(1), 3-17. doi: 10.1177/1745691611424750
- Kensinger, E.A. y Schacter, D.L. (2008). Neural processes supporting young and older adults' emotional memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 20(7), 1161-1173. doi: 10.1162/jocn.2008.20080
- Lachman, M.E., Rocke, C., Rosnick, C. y Ryff, C.D. (2008). Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction. *Psychological Science*, 19(9), 889-897. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02173.x
- Lai, L. y Yue, X. (2000). Measuring optimism in Hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 781-796. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00138-5
- Lehr, U. (1982). Social-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3(1), 102-147.
- Marrero, R.J. y Carballera, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental*, 33(1), 39-46.

- Martínez, A., Reyes, G., García, A. y Gonzáles, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- McPherson, J. y Mohr, P. (2005). The role of item extremity in the emergence of keying-related factors: An exploration with Life Orientation Test. *Psychological Methods*, 10(1), 120-131. doi: 10.1037/1082-989X.10.1.120
- Monzani, D., Steca, P. y Greco, A. (2014). Brief report: Assessing dispositional optimism in adolescence—Factor structure and concurrent validity of the Life Orientation Test—Revised. *Journal of adolescence*, 37(2), 97-101. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.11.006
- Möttus, R., Johnson, W. y Deary, I.J. (2011, May 23). Personality Traits in Old Age: Measurement and Rank-Order Stability and Some Mean-Level Change. *Psychology and Aging*, 27(1), 243-249. doi: 10.1037/a0023690
- Murberg, T.A. (2012). The influence of optimistic expectations and negative life events on somatic symptoms among adolescents: A one-year prospective study. *Psychology*, 3(2), 123-127. doi: http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.32018
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villarroel, P.E. (2003). Optimismo y salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Revista Suma Psicológica*, 10(1), 119-134. doi: http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2003.181
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pávez, P., Mena, L. y Vera-Villarroel, P. (2012). The role of happiness and optimism as a protector factor of anxiety. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380.
- Perls, T.T., Silver, M.H. y Lauerman, J.F. (1999). *Living to 100: lessons in living to your maximum potential at any age*. New York: Basic Books.
- Puskar, K.R., Sereika, S.M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K. y McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(2), 115-130. doi:10.1080/016128499248709
- Rees, T., Ingledew, D.K. y Hardy, L. (2005). Attribution in sport psychology: Seeking congruence between theory, research, and practice. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(2), 189-204. doi: 10.1016/j.psychsport.2003.10.008
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobes, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Samanez-Larkin, G.R., Gibbs, S.E., Khanna, K., Nielsen, L., Carstensen, L.L. y Knutson, B. (2007). Anticipation of monetary gain but not loss in healthy older adults. *Nature Neuroscience*, 10(6), 787-791. doi: 10.1038/nn1894
- Scheier, M.F., Carver, C. y Bridges M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Schulman, P., Keith, D. y Seligman, M. (1993). Is optimism heritable? A study of twins. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 31(6), 569-574. doi: 10.1016/0005-7967(93)90108-7
- Stone, A.A., Schwartz, J.E., Broderick, J.E. y Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 107(22), 9985-9990. doi: 10.1073/pnas.1003744107
- Terracciano, A., McCrae, R.R., Brant, L.J. y Costa, P.T. (2005). Hierarchical linear modeling analyses of the NEO-PI-R scales in the Baltimore longitudinal study of ageing. *Psychology and Aging*, 20(3), 493-506. doi: 10.1037/0882-7974.20.3.493
- Vacek, K.R., Coyle, L.D. y Vera, E.M. (2010). Stress, self-esteem, hope, optimism, and well-being in urban, ethnic minority adolescents. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 38(2), 99-111. doi: 10.1002/j.2161-1912.2010.tb00118.x
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera-Villarroel, P., Córdova-Rubio, N. y Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica*, 8(1), 61-67. doi: 10.11144/402
- Vera-Villarroel, P. y Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.

Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-820. doi: 10.1037/0022-3514.39.5.806



## CAPÍTULO 25

### El cuidador informal ante el envejecimiento, evaluación de la carga en su calidad de vida

María del Mar Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, Verónica Tortosa Salazar<sup>2</sup> y M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Porcel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas (España); <sup>2</sup>Hospital de Poniente (España);  
<sup>3</sup>CIMI El Molino (España)

La acción de cuidar ha ido siempre implícita en actividades del hogar dentro de las familias; a hijos, abuelos, padres. Personas que se han encargado de proveer los cuidados al resto de familiares que han necesitado ayuda para desarrollar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Según Rogero-García (2009) podemos definir cuidador informal como aquel que ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo caracterizado porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado, y se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. En esta misma línea López *et al.* (2009) aportan a la definición como es aquella persona que la mayor parte del día su actividad forma parte de suplir necesidades básicas e instrumentales del paciente. Actualmente se estima según la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12 que hasta un 88% de cuidado de salud en España se realiza de forma informal.

En los últimos años el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados está produciendo un envejecimiento de la población, es decir un aumento del número de personas ancianas. Esto conlleva un gran logro, pero a su vez un importante reto ya que cada vez está siendo mayor la población que precisa de cuidados.

Por motivos económicos o sociales las familias asumen ese cuidado informal a personas mayores dentro de su entorno social, prologando en el tiempo o incluso evitando la utilización de recursos formales y/o el ingreso en instituciones. Además las diversas reformas sanitarias potencian la atención en el propio entorno, donde el hogar pasa a ser el principal escenario de atención sanitaria, proporcionando cuidados integrales en su propio domicilio (García, Mateo y Maroto, 2004).

Cuando en un miembro de la familia recae esta carga, se produce un cambio en la dinámica y en el funcionamiento del entorno familiar. Diferentes estudios (Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa, 2008; Espín, 2012; Gil, Escudero, Prieto y Frías, 2005; López *et al.*, 2009) describen como el cuidador que asume este papel experimenta una serie de alteraciones desfavorables, que repercuten negativamente sobre su salud. Dichas repercusiones pueden ser: malestar físico y mental (ansiedad y depresión), aislamiento social, falta de tiempo libre, deterioro de la calidad de vida y deterioro de la situación económica, tensión emocional derivadas de la sobrecarga de trabajo. Por lo que podemos afirmar que existe consenso entre los investigadores de que el cuidado informal es una actividad estresante.

El concepto de carga, siguiendo el enfoque que Zarit (1983) diseñó en la entrevista de carga del cuidador, evalúa la percepción que el cuidador tiene para satisfacer las demandas, de manera que cuanto mayor sea la autopercepción negativa de salud, aumentará la probabilidad de tener trastornos emocionales (Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa, 2008).

El presente estudio tiene como objetivo conocer la sobrecarga percibida por los cuidadores informales de personas mayores de 65 años en la población de Almería e identificar los factores sociodemográficos asociados al cuidado informal.

#### Método

Participaron en el estudio un total de 100 sujetos, donde sus criterios de inclusión eran que fuesen cuidadores de personas mayores de 65 años, y residiesen en la provincia de Almería. La selección de la muestra se realizó siguiendo la técnica de muestreo por conveniencia o selección intencionada.

La investigación se llevó a cabo durante el primer trimestre del 2014. El acceso a la muestra fue a través de diferentes instituciones públicas y centros de salud dispersos por la provincia de Almería. El contacto se lleva a cabo, mediante un acceso informal en los diferentes emplazamientos. En el contacto, se le informa del objeto de estudio, su aplicabilidad, y la cumplimentación de los diferentes cuestionarios. Se remarca el anonimato de los datos recogidos, siguiendo la normativa del código deontológico en el ámbito de la intervención sanitaria y en el marco de la investigación. Además se incluye un consentimiento informado, a través del cual, la persona acepta las condiciones de participación en este proyecto de investigación.

La presente investigación es un estudio observacional descriptivo transversal que pretende estudiar la sobrecarga del cuidador informal en la muestra seleccionada.

Como instrumento para la recogida de datos se utilizó:

Cuestionario donde se recogen datos sociodemográficos: Edad, sexo, estado civil, edad del anciano que recibe el cuidado y tiempo que lleva como cuidador informal.

La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ), la versión validada española de Montorio, Izal, López y Sánchez (1998). Está dividida en 22 ítems que evalúan la carga percibida por el cuidador a través de una escala de Likert, donde 0 es nunca, y 5 casi siempre. Es un cuestionario autoadministrado, en el que el entrevistado señala la frecuencia con la que se siente identificado con una serie de afirmaciones. Sumando los 22 ítems se obtiene un total de la carga con un rango de puntuación de 0-110. El resultado final según los puntos de corte recomendados es el siguiente: menor de 46 no hay sobrecarga, de 46-56 sobrecarga leve-moderada, y por encima de 56 sobrecarga intensa.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 21. Para el análisis de los datos sociodemográficos como para los ECCZ, se utilizaron estadísticos de frecuencias, medias y porcentajes.

## Resultados

La muestra estaba compuesta por un total de 100 sujetos cuidadores de personas mayores de 65 años, tal como se describe en los criterios de inclusión, 85 mujeres y 15 hombres. La edad media de los cuidadores era de 57 años, y un rango de edad de 34 a 75 años. La gran mayoría un 68% tenía pareja, frente al 32% que era soltero o viudo. Respecto a los ancianos, la edad media era de 84 años, con un rango de edad entre en 72 y 94 años. Presentaron una media de años cuidando a los ancianos de 6 años, siendo en esto el rango de 1- 20 años (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos 1

SEXO	Mujer	Hombre
	85	15
ESTADO CIVIL	Con pareja	Soltero/Viudo
	68	32

Tabla 2. Datos Sociodemográficos 2

	Media	Moda	Rango
EDAD DEL CUIDADOR	57	60	41-75
EDAD DEL ANCIANO	85	85	72-94
AÑOS DE CUIDADO	6	10	1-20

En la tabla 3 se muestran los porcentajes de respuesta obtenidos en cada una de las preguntas o ítems que forman parte de la ECCZ. Los datos muestran como los porcentajes más bajos corresponden normalmente al valor más negativo 5 (casi siempre), destacar que en solo un ítem, el 4 “siente vergüenza por su familiar”, se obtuvo un 0% de respuestas en valor casi siempre, siendo los valores más altos nunca o rara vez. Respecto a los datos con porcentajes más altos, correspondiendo así con valores más positivos, no cumplen una norma, sin embargo la mayoría, en 10 de los 22 ítems, pertenece al valor 2, rara vez. El porcentaje más alto lo obtiene la pregunta número 5, “se siente enfadado cuando está cerca de su familiar”, con un 51% de las respuestas correspondientes a nunca.

Se analizan también las diferentes subescalas del ECCZ (Montorio *et al.*, 1998): *impacto del cuidado*, que hace referencia a efectos que tiene en el cuidador; *relación interpersonal*, representada por la relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado; y *expectativas de autoeficacia*, donde se refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad de cuidar. Se calcularon medias y desviaciones típicas de las tres subdimensiones, y se comprobó su consistencia interna con el índice alfa de Cronbach para las subescalas, obteniendo valores por encima del 0.8, valores que se encuentran el rango considerado con validez (Tabla 4).

El último análisis realizado se centra en la puntuación global de la carga, la suma total de los 22 ítems. Como se aprecia en la tabla 4, la media obtenida fue de 59 puntos, con una desviación típica de 19.9, siendo el rango entre 32-99, y con una consistencia interna aceptable, ya que le alfa de Cronbach es de .90. Según los rangos establecidos por la ECCZ el 66% de los cuidadores informales mostraban sobrecarga en la entrevista de Zarit, siendo severa en el 56%, y leve-moderada en el 10%. Un 34% de la muestra no presento carga (Tabla 5).

Tabla 3. Porcentajes de las respuestas de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit

ITEM	PORCENTAJES				
	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	22	37	18	16	7
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	15	24	25	19	17
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	12	26	28	19	15
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	38	34	21	7	0
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	51	28	16	4	1
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	20	27	29	14	10
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	12	28	19	24	17
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	14	24	21	22	19
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	26	34	26	7	7
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	17	31	27	18	7
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	6	40	21	21	9
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	23	13	29	18	17
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	6	40	18	23	13
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	23	16	22	24	15
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	5	36	28	21	10
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	35	21	24	17	3
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	8	33	23	21	15
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	34	27	25	5	9
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	13	35	34	16	2
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	26	17	43	5	9
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	9	41	32	16	2
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	14	15	38	25	8

Tabla 4. Valores de las subescalas de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit

	Ítems	Media (DT)	Min-Max	Alfa de Cronbach
Impacto del cuidado	2, 3, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 22	33.7 (12.3)	16-54	.91
Relación interpersonal	1, 4, 5, 6, 9, 13	14.2 (4.9)	8-28	.84
Expectativas de autoeficacia	15, 20, 21	8.1 (2.7)	3-14	.81
Puntuación Global	(1-22)	59 (19.9)	32-99	.90

Tabla 5. Porcentajes de la sobrecarga

	Porcentajes
Sobrecarga severa	56%
Sobrecarga leve-moderada	10%
No carga	34%

## Discusión

La presente investigación nos ha permitido conocer las características sociodemográficas del cuidador informal de la provincia de Almería. Tal y como ya mostraban García *et al.* (2004) el perfil del cuidador informal es el de una mujer, con una relación de parentesco directa con la persona que cuida, ésta normalmente vive junto a su pareja, y de edad adulta intermedia por encima de los 50 años.

Respecto a la ECCZ, tras el análisis de los datos obtenidos podemos afirmar que el número de cuidadores con carga es muy alto. Comparando con otros investigaciones similares como Alpuche *et al.* (2008), López *et al.* (2009), Espín (2012), se obtienen porcentajes de población con sobrecarga afines, sin embargo en el presente estudio, no solo el valor obtenido es alto, además la gran mayoría de la muestra se puede clasificar como sobrecarga severa, esto difiere de otros estudios consultados, ya que en estos sobretodo se obtenía carga leve-moderada. Cabe destacar que en un análisis más exhaustivo de los ítems, las puntuaciones más positivas corresponden con la relación interpersonal, es decir la relación que el cuidador mantiene con su familiar, existen pocos sentimientos de vergüenza, enfado o tensión.

En el otro lado los valores más negativos los encontramos en cuestiones relacionadas con el impacto del cuidado, como falta de tiempo libre, sensación de pérdida del control de su vida, etc. Y en un rango medio están situados los ítems relacionados con las expectativas de autoeficacia.

Aunque el estudio ha sido realizado a una población variada de la provincia de Almería que cumpliera los criterios de inclusión, para obtener datos representativos y generalizables hay que tener en cuenta que la muestra del tamaño es pequeña, por lo que la generalización de los resultados y conclusiones debe hacerse con precaución. A parte se trata de un cuestionario autoadministrado donde la veracidad de la información depende de las respuestas proporcionadas por los participantes.

Podemos afirmar que es importante conocer el grado de sobrecarga ya que está demostrado con diferentes evidencias la relación que éste tiene con la calidad de vida del cuidador (Gil *et al.*, 2009). A través de su conocimiento se pueden plantear estrategias e intervenciones orientadas a disminuir esta carga. Dichas actuaciones multidisciplinares serán siempre más beneficiosas si está encaminado a lo que verdaderamente necesita el cuidador. Con los resultados del presente estudio podemos alegar que las actuaciones que se están llevando a cabo en la actualidad no están sirviendo de apoyo ni soporte para la población cuidadora de personas mayores, ya que muestran altas puntuaciones de sobrecarga en lo relacionado con el cuidar. La población demanda replantear las políticas sociales y sanitarias, de forma que se provea de recursos preventivos y de soporte suficientes para cubrir la necesidad creciente del cuidado informal.

En atención primaria la enfermería es pilar básico de la visita domiciliaria, es el nexo de unión entre el paciente, el cuidador y su centro de salud, por eso podemos concluir que se encuentra en un posición estratégica para poder llevar a cabo actuaciones que mejoren la calidad de vida del cuidador y del anciano. A través del conocimiento de aspectos como la carga, los enfermeros debemos adaptar las intervenciones realizadas a las necesidades específicas y características de cada cuidador.

Como conclusión final destacar que es importante promover líneas de investigación sanitarias relacionadas con la calidad de vida del cuidador y del paciente, ya que los datos muestran un problema preocupante en la actualidad, por el envejecimiento progresivo de la población, el aumento de la esperanza de vida, la presencia cada vez mayor de enfermedades crónicas y las reformas sanitarias y sociales haciendo énfasis en los cuidados en el propio entorno. El conocimiento del problema y el desarrollo de nuevas estrategias relacionadas con el envejecimiento minimizaran y evitaran las consecuencias negativas latentes hoy día.

## **Referencias**

- Alpuche, V.J., Ramos, B. Rojas, M.E. y Figueroa, C.G. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- Espín, A.M. (2012). Factores de riesgo en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402.
- García, M., Mateo, I. y Maroto, G. (2004) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida en las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Gil, E., Escudero, M., Prieto, M.A. y Frías, A. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica*, 15(4), 220-226.
- López, M.J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J. y Alonso 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), 332-334.
- Montorio, I., Fernández, M.I., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.

## CAPÍTULO 26

### Síndrome de Otelo, delirium del anciano y enfermedad de Parkinson

Bárbara Hernández-Sierra, M<sup>a</sup> Ángeles Esteban-Moreno, Sara Domingo-Roa y Ana García Peña  
*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

#### Síndrome de Otelo: definición

La celotipia, delirio celotípico o síndrome de Otelo es un trastorno delirante caracterizado por la preocupación excesiva e irracional sobre la infidelidad de la pareja.

El síndrome de Otelo es un trastorno que toma el nombre de la célebre obra de Shakespeare, en la cual Otelo mata a Desdémona poseído de unos celos enfermizos e irracionales. Los pacientes están absolutamente convencidos de que su pareja es infiel sin que existan motivos reales que lo justifiquen.

Clínicamente es un trastorno que tiene como núcleo fundamental la infidelidad de la pareja. Pueden darse en ambos sexos, pero es predominante en varones. Es característico que en el síndrome de Otelo se realicen comprobaciones continuas con objeto de descubrir la infidelidad, pero para ello se sirven de detalles sin importancia que consideran como pruebas definitivas.

Cuando aparece en su forma más pura, es decir, cuando el delirio es el único síntoma de la enfermedad y el paciente no tiene otras alteraciones sugerentes de otra patología, se considera que el síndrome de Otelo es una forma de Trastorno Delirante (Enouch y Ball, 2001).

No obstante, en la mayoría de los casos es secundario a otras causas, especialmente en los pacientes ancianos, institucionalizados y/o hospitalizados donde pueden operar varias causas precipitantes: enfermedades previas (enfermedad de Parkinson, demencia, otros), polifarmacia (definida como el empleo de cinco o más fármacos) e interacción de varios fármacos que intervienen en el sistema nervioso central (antipsicóticos, sedantes, antidopaminérgicos, etc.).

El delirio de celos domina la vida del enfermo afectando a sus actividades laborales, sociales y personales tendiendo al aislamiento social. Suelen asociar trastornos de humor (irritabilidad, estado de ánimo sombrío y suspicacia) que deteriora de forma significativa las relaciones de pareja, familiares y sociales.

#### Síndrome de Otelo y enfermedad de Parkinson

##### *Enfermedad de Parkinson*

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico descrito en 1817 por James Parkinson que produce un grado variable de destrucción de neuronas de los ganglios basales, con la consecuente reducción de la transmisión dopaminérgica (Espárrago, Carrión, Baena, Ruiz y López, 2011).

Esta enfermedad conduce con el tiempo a una incapacidad progresiva debido a la destrucción, por causas desconocidas, de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. Casi todas las formas de parkinsonismo son el resultado de la reducción de la transmisión dopaminérgica en las neuronas de los ganglios basales.

Representa el segundo trastorno neurodegenerativo por su frecuencia, situándose por detrás de la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Parkinson es clasificada frecuentemente como una enfermedad del trastorno del movimiento, sin embargo desencadena alteraciones en la función autónoma, función cognitiva, trastornos psiquiátricos y en la expresión de las emociones, tan importantes o más que los propios trastornos del movimiento (Espárrago, Carrión, Baena, Ruiz y López, 2011). Las manifestaciones clínicas se clasifican en síntomas motores y no motores (Tabla 1):

Síntomas motores	Síntomas no motores
Temblor de reposo.	Depresión.
Rigidez muscular.	Ansiedad.
Bradicinesia.	Agitación psicomotriz.
Alteraciones en la marcha.	Delirium.
Pérdida de reflejos posturales.	Hipersexualidad.
Amimia facial.	Trastornos del control de impulsos.
Micrografía.	Trastornos del sueño.

Hipofonía.

Otros síntomas psicóticos.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando los pacientes presentan al menos dos de los cuatro signos cardinales:

- Temblor de reposo: frecuencia de 4-6 Hz (en el 85% de los pacientes).
- Rigidez muscular: “en rueda dentada” o “tubo de plomo”.
- Bradicinesia: lentitud de movimientos voluntarios.
- Pérdida de reflejos posturales: marcha a pasos pequeños e inestables.

Otros síntomas característicos en la enfermedad de Parkinson:

- Amimia: ausencia de expresión facial y disminución del parpadeo.
- Ausencia de braceo: disminución del movimiento de los brazos al caminar.
- Micrografía: letra manuscrita más pequeña e ilegible.
- Hipofonía: voz atenuada.
- Síntomas no motores: depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas, trastornos del sueño, alteraciones sensoriales, dolor y anosmia.
- Trastornos de la función autonómica: hipotensión ortostática, estreñimiento, alteraciones digestivas, urgencia miccional, sudoración excesiva, sialorrea y seborrea.

El objetivo del tratamiento en la enfermedad de Parkinson consiste en mantener, prolongar y en algunos casos, mejorar la funcionalidad del enfermo durante el mayor tiempo posible.

Los fármacos fundamentales son los agonistas dopaminérgicos (Levodopa) y otros agonistas de la dopamina.

Otros fármacos tienen gran relevancia en el tratamiento:

- Selegilina: inhibidor de la MAO-B.
- Amantadina: liberador de la dopamina.
- Benztropina: antagonista del receptor muscarínico de la acetilcolina.

En la actualidad, el tratamiento puede ser de tres tipos según la evolución y progresión de la enfermedad: farmacológico, quirúrgico y rehabilitador (Meltzer, Mills, Revells, William, Johnson y Bahr, 2010).

Es fundamental destacar que la enfermedad de Parkinson no solo afecta a trastornos del movimiento, implica una gran variedad de síntomas en la que destaca la sintomatología psiquiátrica, que a su vez precisará tratamiento con otros fármacos antipsicóticos para su control, pues estos síntomas tienen gran impacto en las relaciones sociofamiliares del enfermo (Tabla 2).

Tabla 2. Síntesis de la semiología psiquiátrica y somática en la enfermedad de Parkinson

<b>Semiología psíquica</b>	
Depresión mayor: 30-50%, puede ser de inicio precoz.	
Alteraciones de la personalidad.	
Síndromes ansiosos.	
Sintomatología obsesivo-compulsiva.	
Catatonia.	
Síndromes maníacos y psicóticos (delirios paranoides, celotipia)	
Trastornos amnésicos	
Delirium	
Demencia: 15-30%, más frecuente en casos de inicio precoz.	
<b>Semiología somática</b>	
<i>Síntomas fundamentales</i>	<i>Síntomas accesorios</i>
Bradicinesia	Hipomimia facial
Rigidez	Cambios autonómicos
Temblor	Incontinencia urinaria, urgencia.
Trastornos posturales	Deformidades articulares.
Trastornos marcha	Algias, parestesias, calambre muscular
Distonías focales, mioclonias.	Deformidades articulares.

*Síndrome de Otelo (delirio celotípico monosintomático) inducido por agonistas dopaminérgicos*

Entre los síntomas no motores destaca la presencia de un amplio espectro de sintomatología psiquiátrica con una prevalencia del 45-60% en la enfermedad de Parkinson (Espárrago, Carrión, Baena, Ruiz y López, 2011).

Predominan los síntomas menores (ilusiones visuales, sensación de presencia) sobre las alucinaciones y delirios (Forsaa *et al.*, 2010).

Dentro de los rasgos psicóticos y en concreto de los delirios, destacamos la celotipia o el síndrome de Otelo, que puede ser un trastorno delirante orgánico que aparece como efecto secundario de la medicación antiparkinsoniana (Georgiev, Danieli y Ocepek, 2010).

Se estima que los síntomas psicóticos están presentes en aproximadamente el 45-60% de los pacientes con enfermedad de Parkinson y aunque la depresión y la demencia son los principales desencadenantes de los síntomas psicóticos, también lo es la administración de agentes terapéuticos antiparkinsonianos: agonistas dopaminérgicos, anticolinérgicos, amantadina y selegilina (Fenelon, Soulas y Zenaski, 2010).

En la mayoría de las ocasiones la aparición de celotipia se relaciona con el tratamiento agonista dopaminérgico. En la mayoría de los casos se resuelve tras la disminución de la dosis del fármaco agonista. Solo en algunos casos es necesario añadir tratamiento antipsicótico, siendo de elección los neurolepticos atípicos. Nuevos fármacos como la Pimavanserina (agonista inverso selectivo 5-HT<sub>2A</sub>) están siendo estudiados en el tratamiento de la psicosis asociada a enfermedad de Parkinson con resultados prometedores (Meltzer *et al.*, 2010).

Existen pocos casos de pacientes con enfermedad de Parkinson y Síndrome de Otelo debido al infradiagnóstico de este trastorno por desconocimiento médico y por la dificultad social de expresar los celos patológicos.

Se realizó un estudio retrospectivo por tres neurólogos que trabajan en un centro de referencia terciario para denunciar los casos de celos patológicos (definidos por criterios del DSM-IV) asociados a enfermedad de parkinson. Los datos analizados fueron el sexo, edad, edad de inicio de los síntomas, duración de la enfermedad de Parkinson, duración del tratamiento con agonistas dopaminérgicos, alcoholismo, trastorno de la personalidad premórida, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y estado cognitivo general (Georgiev, Danieli y Ocepek, 2010).

En un estudio posterior se demuestra que los agonistas dopaminérgicos selectivos D3 (Pramipexol, Ropirinol y Pergolida) provocan un descenso del flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo orbitofrontal desencadenando síntomas psicóticos (Espárrago, Carrión, Baena, Ruiz y López, 2011).

La conclusión principal es que es el síndrome de Otelo es un trastorno delirante orgánico secundario a empleo farmacológico de agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson, particularmente asociado en aquellos con inicio temprano de la enfermedad.

Se observó que la disminución de la dosis de los agonistas dopaminérgicos condujo a una mejoría del trastorno delirante en algunos de los pacientes. Sin embargo, en otros casos, fue necesario añadir neurolepticos atípicos (clozapina y quetiapina) para el control de los síntomas (Georgiev, Danieli y Ocepek, 2010).

No obstante, es conocido que la administración crónica de fármacos antidopaminérgicos (Levodopa fundamentalmente) se acompaña de numerosas complicaciones psiquiátricas y no psiquiátricas con difícil manejo. La reducción de la dosis diaria o la interrupción completa de la terapia antidopaminérgica y el uso de fármacos neurolepticos convencionales pueden aliviar los síntomas psicóticos, pero estos dos enfoques implicarían un deterioro inaceptable o poco adecuado de los síntomas motores (Svetel, Sternic y Filipovic, 1997). Por tanto será necesario valorar la situación y el ajuste farmacológico de forma individual en función del riesgo-beneficio.

### **Diagnóstico del delirium o síndrome confusional agudo**

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico definido como la alteración del nivel de conciencia y la atención fluctuante en el tiempo y caracterizado por ser agudo y potencialmente reversible (Raj y Elizabeta, 2012).

Se define como un síndrome orgánico cerebral que cursa con deterioro del nivel de conciencia, la atención, la función cognitiva, el pensamiento y la percepción. Se desarrolla durante un periodo corto de tiempo (horas o días) y el carácter es fluctuante. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por síntomas en las tres esferas:

- 1) Esfera cognitiva: atención, orientación, memoria, capacidad visual y espacial.
- 2) Esfera circadiana: ciclo sueño-vigila.
- 3) Esfera de sistema nervioso superior: curso del pensamiento y el lenguaje.

Para la confirmación del cuadro, es preciso recurrir a los criterios propuestos por la Sociedad Americana de Psiquiatría en el DSM-IV, que en su revisión del año 2002 define el delirium como:

- 1) Alteración del nivel de conciencia definido como una disminución para la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención.
- 2) Cambios en las funciones cognitivas previas del paciente, con déficit de memoria, desorientación y/o alteración del lenguaje junto a alteración en la percepción del pensamiento con delirios y/o alucinaciones.
- 3) Dicha alteración se produce en un breve periodo de tiempo, habitualmente horas o días y tiende a ser fluctuante a lo largo del día.

4) Se debe demostrar a través de la historia clínica y la exploración física, utilizando pruebas complementarias pertinentes, la existencia de una o más causas orgánicas. Pudiendo tratarse de una enfermedad médica, intoxicación por una sustancia, fármaco o abstinencia de alguna de ellas.

Igualmente la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) editada por la Sociedad Europea de Psiquiatría establece una serie de criterios diagnósticos concretos (World Health Organization, 1992):

- 1) Alteración en el nivel de conciencia.
- 2) Alteración global de la cognición.
- 3) Trastornos psicomotores.
- 4) Alteración en ciclo vigila-sueño.
- 5) Problemas emocionales, depresión, ansiedad, miedo, irritabilidad, euforia y apatía.

A pesar de ambas similitudes entre ambas definiciones, es destacado que el denominador común es la alteración de la conciencia. Una gran diferencia, importante en el diagnóstico diferencial del delirium y demencia, es que ésta última se desarrolla sin alteración de la conciencia (Martin, Cole, Jane, Nandini y Ling, 2002).

El síndrome confusional agudo del anciano hospitalizado es uno de los trastornos mentales más frecuentes en pacientes ingresados en el hospital, especialmente en aquellos más ancianos. Se asocia a gran variedad de condiciones médicas subyacentes y en ocasiones, es un cuadro difícil de identificar. Debido a ello, su diagnóstico y manejo deben ser una prioridad en el personal sanitario.

### Manejo del síndrome confusional agudo

Existen cuatro pilares o principios básicos que debemos considerar (Elie, Cole, Primaue y Bellavance, 1998):

- 1) Evitar los factores desencadenantes del cuadro confusional.
- 2) Identificar y tratar las enfermedades agudas subyacentes.
- 3) Evitar deterioro físico y cognitivo.
- 4) Control de comportamientos peligrosos y perjudiciales para el paciente.

Como ya sabemos, el delirium es una patología multifactorial, pero dentro del ámbito sanitario es fundamental conocer que la polifarmacia es la principal causa detrás de esta alteración, por tanto, es de alta rentabilidad diagnóstica conocer los principales fármacos relacionados con el delirium del anciano (Tabla 3).

Tabla 3. Fármacos relacionados con el síndrome confusional agudo

Agonistas dopaminérgicos	Levodopa, amantadina, bromocriptina, pramipexol, ropirinol.
Hipnóticos y sedantes	Barbitúricos, Benzodiacepinas.
Anticomiciales	Levetiracetam, carbamacepina, fenitoína, valproico.
Anticolinérgicos	Atropina, escopolamina, difenhidramina.
Relajantes musculares	Baclofeno, ciclobenzaprida.
Agentes gastrointestinales	Anieméticos, antiespasmódicos, antidiarreicos, anti-H2.
Agentes cardiovasculares	Antiarrítmicos, digoxina, B-bloqueantes, diuréticos.
Antibióticos	Aminoglucósidos, cefalosporinas, quinolonas, ac.nalidíxico, otros.
Antivirales y otros	Aciclovir, antimaláricos, tuberculostáticos
Otros	Antidepresivos, corticoides, hipoglucemiantes.

### Tratamiento en la fase aguda del síndrome confusional agudo

Es prioritario tratar de identificar las causas o fármacos responsables del síndrome confusional agudo para eliminar o disminuir las dosis de dicho fármaco.

No obstante, en ocasiones no es posible identificar dichas causas y será necesario el empleo de fármacos para el control del delirium.

Las guías de práctica clínica recomiendan el empleo a bajas dosis de Haloperidol para el tratamiento del síndrome confusional agudo del anciano hospitalizado. A pesar de ello, el uso de Haloperidol a altas dosis es más frecuente de lo deseable y no está exento de complicaciones.

La dosis adecuada de Haloperidol a baja dosis (5mg) es tan eficaz y más seguro que dosis elevadas para el tratamiento de la agitación psicomotriz en el anciano hospitalizado (Zirker, Dorokine, Knapp, Patel y Musuku, 2013).

La Ziprasidona es otro antipsicótico usado en el campo de la psiquiatría como tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, estudios realizados en el síndrome confusional agudo del anciano hospitalizado, han demostrado que la administración de Ziprasidona intramuscular a dosis de 10-20mg cada 24 horas puede ser un tratamiento seguro y eficaz a corto plazo para los pacientes agitados (Zirker, Dorokine, Knapp, Patel y Musuku, 2013).

## Relación entre síndrome confusional agudo y el envejecimiento

El envejecimiento implica una serie de cambios estructurales y metabólicos cerebrales. Al existir un menor flujo sanguíneo cerebral, hay una reducción en el metabolismo cerebral con la consiguiente disminución del número de neuronas y densidad en las conexiones interneuronales en numerosas áreas cerebrales. El locus ceruleus y la sustancia negra (implicada en la enfermedad de Parkinson) parecen ser las áreas más afectadas.

Cuando las demandas metabólicas aumentan en una situación de estrés (enfermedad aguda, intervención quirúrgica o progresión de enfermedad crónica) el anciano con una reserva cognitiva limitada, al producirse una alteración en los neurotransmisores se ve desbordado el sistema nervioso central y puede desencadenar en el desarrollo de un síndrome confusional agudo (Li *et al.*, 2012).

Existe una reducción en la reserva colinérgica asociada a la edad (menor liberación sináptica de acetilcolina a nivel cortical). Por otro lado, la dopamina es otro neurotransmisor implicado en el delirium, ya que la dopamina tiene una acción recíproca con la acetilcolina, por lo que cifras elevadas de dopamina pueden acompañarse de niveles reducidos de acetilcolina.

Aplicado a la práctica clínica, es lo observado en incrementos súbitos en la actividad dopaminérgica (intoxicación o sobredosificación de fármacos dopaminérgicos, abuso de opiáceos o drogas como la cocaína) asociados a estados de excitación, hiperactividad, déficit de atención y delirio. El Haloperidol es el tratamiento farmacológico más empleado para el control del delirium pues su mecanismo de acción consiste en el bloqueo postsináptico de receptores dopaminérgicos (Zirker, Dorokine, Knapp, Patel y Musuku, 2013).

Existen otros neurotransmisores implicados en el síndrome confusional agudo: deficiencia o exceso de serotonina, alcohol, noradrenalina, GABA, glutamato, melatonina y algunas citoquinas que probablemente posean un papel en la fisiopatología del delirium pero con evidencia científica menos conocida.

Para concluir, el síndrome confusional agudo del anciano es un trastorno muy frecuente en la práctica clínica diaria y es fundamental establecer las causas principales e incidir sobre ellas. En segunda instancia, si no es posible erradicar o mitigar dichas causas, será necesario iniciar tratamiento en la fase aguda del síndrome confusional agudo o delirium con neurolépticos atípicos, en los que destaca el Haloperidol intravenoso o Ziprasidona intramuscular. La celotipia o síndrome de Otelo es uno de los delirios más frecuentes dentro del delirium del anciano hospitalizado y es fundamental establecer una relación entre los fármacos y dosis administrada para ajustar la medicación en los casos seleccionados.

## Referencias

- Águila, D. y Ball, H. (2001). *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 4ª Ed. Hodder Arnold.
- Elie, M., Cole, M., Primaue, F. y Bellavance, F. (1998). Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med*, 13, 204-209.
- Espárrago, G., Carrión, L., Baena, A., Ruiz, S. y López, E. (2011). Síndrome de Otelo (delirio celotípico monosintomático) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Psiquiatr Biol*, 18(2), 68-71.
- Fenelon, G., Soulas, T. y Zenasni, F. (2010). The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov Disord*, 25, 755-9.
- Forsaa, E.B., Larsen, J.P., Wenzel-Larsen, T., Goetz, C.G., Stebbins, G.T. y Aarsland, D.A. (2010). 12-year population-based study of psychosis in Parkinson disease. *Arch Neurol*, 67, 996-1001.
- Georgiev, D., Danieli, A., Ocepak, L., Novak, D., Zupancic-Kriznar, N., Trost, M. y Pirtosek, Z. (2010). Othello syndrome in patients with Parkinson's disease. *Psychiatr Danub*, 22(1), 94-8.
- Li, W.H., Sharon, K.I., Richard, N.J., Tamara, G.F., James, L.R., Margaret G.O. et al. (2012). Identifying Indicators of Important Diagnostic Features of Delirium. *J Am Geriatr Soc*, 60, 1044-1050.
- Martin, G., Cole, M.D., Jane, M., Nandini, D., y Ling, H. (2002). Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 14(2), 167-175.
- Meltzer, H.Y., Mills, R., Revells, S., William, H., Johnson, A. y Bahr, D. (2010). Primanserina, a serotonin (2A) receptor inverse agonist for the treatment of Parkinson's disease psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 35, 881-92.
- Raj, N.K. y Elizabetha, B.M. (2012). Delirium, dementia and senility. *Brain*, 135, 2579-2584.
- Svetel, M.V., Sternić, N.M., Filipović, S.R., Vojvodić, N.M. y Kostić, V.S. (1997). Clozapine in the treatment of adverse psychiatric manifestations of long-term therapy with levodopa. *Srp Arh Celok Lek*, 125(7-8), 203-6.
- Zirker, W., Dorokhine, I. Knapp, C., Patel, N. y Musuku, M. (2013). Haloperidol overdosing in the treatment of agitated hospitalized older people with delirium: a retrospective chart review from a community teaching hospital. *Drugs Aging*, 8, 12-21.



## CAPÍTULO 27

### A propósito de un caso: varón de 75 años con hipoacusia y demencia

Ana García Peña, Purificación Sánchez López, Sara Domingo

Roa y Bárbara Hernández Sierra  
*Hospital Torrecárdenas, Almería (España)*

#### Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 75 años de edad con los antecedentes personales de trasplante de córnea de ojo izquierdo hace más de 5 años y hernioplastia inguinal derecha. No presentaba comorbilidades en su vida previa y negaba toma de tratamiento habitual ni hábitos tóxicos. Desde hace 3 meses presentaba pérdidas subjetivas de audición intermitente, motivo por el que acudió varias veces al servicio de Urgencias sin hallazgos concluyentes, siendo finalmente derivado a consultas de Otorrinolaringología donde no se objetivaron datos anormales en la exploración física ni en la audiometría. Posteriormente, visitó diferentes médicos privados por la ausencia de mejoría de esta sintomatología.

En la exploración neurológica, más que una hipoacusia manifiesta, se objetivó una escasa fluencia. Se mostraba repetitivo en la conversación y tenía una clara dificultad para obedecer órdenes verbales. Era evidente una importante labilidad emocional. El resto de la exploración física fue normal. Se le recomendó ingreso hospitalario, opción que el paciente rechazó, continuando el estudio de forma ambulatoria. Las siguientes pruebas complementarias fueron solicitadas:

- Análítica completa con bioquímica general (incluido perfil hepatorenal, lipídico y tiroideo), hemograma y coagulación normales. Los niveles de ácido fólico y vitamina B12 estaban dentro de los valores estándar.
- TAC craneal y Resonancia Magnética (RM) craneal (con difusión), que no mostraron hallazgos significativos.

Al mes acudió nuevamente a Urgencias por persistencia de la misma clínica e ingresó en el servicio de Psiquiatría, pasando a cargo de Neurología tras realizar interconsulta. En el cuarto día de su ingreso desarrolló una ictericia intensa, crisis hipertensivas, náuseas, vómitos y febrícula. Ante estos nuevos hallazgos se amplió la batería de pruebas complementarias, con realización de nuevo control analítico, estudio hormonal, hemocultivos, drogas de abuso y tóxicos, marcadores tumorales, anticuerpos paraneoplásicos, serologías varias, punción lumbar con análisis completo de líquido cefalorraquídeo y proteína 14-3-3, ecografía y TAC abdominal, radiografía de tórax, resonancia magnética (RNM) craneal y electroencefalograma (EEG).

#### Exploración física

Febrícula de 37.4° C, tensión arterial de 190/100, desconectado del medio, mutismo aquinético, rigidez axial y de miembros superiores e inferiores con postura en flexión, ataxia, astenia y tendencia al sueño. A las 2 semanas se objetivó desarrollo de mioclonías ante estímulos sonoros y táctiles. No se evidenció hepatomegalia. Resto de exploración sin otro hallazgo de interés.

#### Pruebas complementarias

Análítica general: bilirrubina total 6.2 mg/dl, bilirrubina directa 3.12 mg/dl, GPT 142 U/L, GOT 83 U/L. Resto de parámetros dentro de la normalidad, incluyendo eje tiroideo con negatividad de anticuerpos antitiroperoxidasa y antitiroglobulina.

Hemocultivos negativos.

Drogas de abuso, arsénico y plomo en orina negativo.

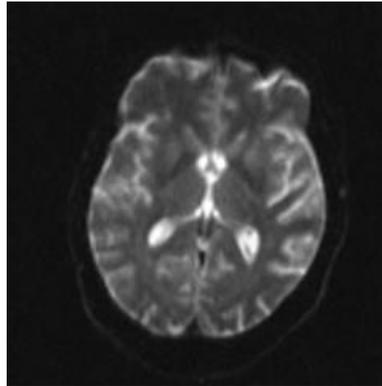
Cupremia, cupruria (en orina de 24 horas) y ceruloplasmina normales.

Marcadores tumorales negativos: CEA, Ca 19.9, Ca 125.

Anticuerpos paraneoplásicos: anti-Hu, anti-Yo, anti-Ri, anti-Ma2/Ta, anti-Ma1, anti-CV2, antianfifisina negativos.

Serologías de VHA, VHB, VHC, Brucella, VEB (IgM negativo, Ig G positivo), CMV, Lues, Toxoplasma y VIH negativas.

Figura 1. RNM craneal



Punción lumbar: bioquímica líquido cefalorraquídeo (LCR) normal. Tinción Gram, cultivo de rutina, tinción de auramina, cultivo micobacterias y PCR a virus neurotrópicos negativos. Proteína 14-3-3 negativa.

Radiografía de tórax, ecografía y TAC de abdomen: sin hallazgos.

RNM craneal (Figura 1): Lesiones bilaterales y simétricas en núcleos caudados y en la porción anterior del putamen. Se observan también alteraciones en la señal de la cortical de lóbulos temporales y parietales. Cursan en difusión con restricción y con realce en FLAIR.

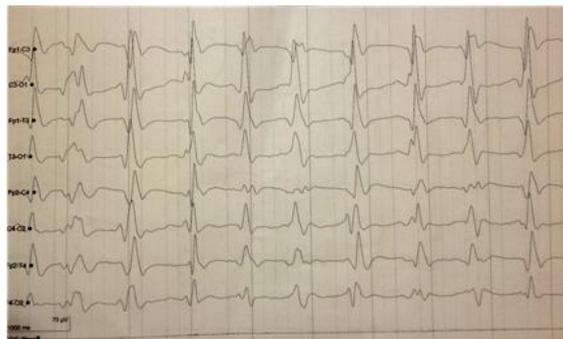
EEG inicial: enlentecimiento de la actividad de fondo, compuesta por frecuencias generalizadas. Sobre esta actividad de fondo se observa la presencia de FIRDA (actividad delta rítmica intermitente frontal), todo ello concordante con afectación cerebral generalizada de grado moderado.

### Diagnóstico diferencial

El origen psiquiátrico tuvo mucho peso en este caso, pero su diagnóstico es de exclusión y sólo debe ser afirmada tras un amplio diagnóstico diferencial, nunca como primera posibilidad diagnóstica. La sospecha diagnóstica inicial fue de una demencia de origen subagudo. Las demencias neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer deben tenerse como una de las primeras posibilidades, si bien no presentan una evolución tan abrupta en el tiempo. A destacar especialmente la demencia por cuerpos de Lewy por su similitud de datos clínicos como la ataxia y el parkinsonismo, presentando ocasionalmente en el EEG resultados similares, y siendo la RNM craneal con secuencia de difusión una de las principales herramientas para discernir entre ambas enfermedades en estadios iniciales (Tsivgoulis, 2014). La negatividad de las serologías, la normalidad del análisis de líquido cefalorraquídeo y la ausencia de datos patológicos en las pruebas de imagen descartaban la encefalitis infecciosa. Pudo haber sido secundario a una neoplasia o metástasis cerebral si no fuera por la normalidad de las pruebas de imagen realizadas ambulatoriamente y de los marcadores tumorales. Tampoco nos resultaba la clínica compatible con un síndrome paraneoplásico (encefalitis límbica, degeneración cerebelar), aunque se solicitó la batería de pruebas de anticuerpos (principalmente anti-Hu y anti-Ri) que fueron negativas. Su familia negaba el abuso de alcohol, el triaje a tóxicos en orina fue negativo así como el arsénico y plomo en orina de 24 horas, de modo que la encefalopatía tóxica parecía una posibilidad poco probable. Algunas enfermedades autoinmunes pueden simular una demencia como la encefalopatía de Hashimoto, motivo por el que se solicitó eje tiroideo y autoanticuerpos, que fueron negativos. Otros ejemplos a descartar fueron la sarcoidosis y las enfermedades desmielinizantes.

La sospecha de encefalopatía metabólica parecía la más plausible en un inicio dada la normalidad de pruebas ambulatorias, la presencia de una ictericia, y el desarrollo subagudo del cuadro, pero en la analítica el amplio estudio no confirmó este diagnóstico alternativo. Por otro lado, el origen cerebrovascular debía ser tenido en cuenta, aunque su debut habría sido más súbito. Finalmente nos centramos en la sospecha clínica de una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), ya que la demencia progresiva (inicio con afasia mixta), los hallazgos exploratorios que fueron apareciendo y los estudios complementarios son datos concordantes con el diagnóstico de ECJ probable (Paterson, 2012).

Figura 2. EEG



Durante su ingreso se produjo la regresión de la ictericia con normalización del perfil hepático. Mantenemos tratamiento con diazepam 10 miligramos intravenoso cada 8 horas e iniciamos antibioterapia empírica con ceftriaxona al notificar un aumento de secreciones respiratorias con expectoración poco productiva. Evolucionó desfavorablemente, con aumento de dichas secreciones que a la aspiración mecánica se objetivan de coloración verdosa y fiebre mantenida de hasta 40° C. Se recogieron hemocultivos que fueron negativos, no desarrollando condensación pulmonar en radiografía de tórax. Ante el progresivo deterioro clínico, manteniendo fiebre diaria de 38° C sin respuesta a medidas físicas ni farmacológicas, modificamos el tratamiento antibiótico empírico a meropenem y vancomicina. Finalmente avisan por parada cardiorrespiratoria a los 45 días de ingreso (135 días desde el inicio de los síntomas). Previamente se obtuvieron los resultados de un nuevo EEG (figura 2), donde existía actividad periódica de ondas agudas bifásicas, regulares, a 1.5-2 Hz durante todo el trazado, de distribución asimétrica y sincrona, junto a una actividad de fondo lenta, malorganizada, compuesta por frecuencias theta. Además, el análisis por secuenciación completa del gen PRNP fue de 129M/M. Se solicita necropsia que informa de pérdida de neuronas, gliosis y vacuolización, lo cual nos lleva al diagnóstico de ECJ definitiva.

La ECJ consiste en una demencia neurodegenerativa de declaración obligatoria, con una progresión inexorable una vez que los síntomas aparecen. Es la encefalopatía espongiiforme transmisible en humanos más frecuente. Su etiología se basa en la hipótesis de los priones, donde una proteína es la partícula transmisible causante de la enfermedad. Dicha proteína es la isoforma anormal (PrPSc o proteína priónica Scrapie) de una proteína celular normal (PrPc) que se halla en el cromosoma 20, de modo que se convierte en susceptible de auto-asociación formando agregados que se depositan en el cerebro afecto (A Mabbot Neil). La forma proteínica normal se expresa en el sistema nervioso central, tejido linfático, y uniones neuromusculares como una proteína de membrana. Según el modelo de propagación de los priones existe un equilibrio forma PrPSc y PrPc que puede ser estabilizada por la interacción con otra molécula de PrPc o puede participar activamente en la conversión de PrPc en PrPSc, de modo que una mutación en la línea germinal puede desestabilizar la isoforma PrPc y predispone su conversión a PrPSc.

La edad media de aparición es entre 57 y 62 años, sin diferencia de sexo y con una prevalencia mundial de 1 caso por cada 1.000.000 habitantes y año. Presenta cuatro modalidades: esporádica, adquirida, familiar y variante, siendo la primera la más frecuente (95%). Cabe destacar que se han descrito casos de Creutzfeldt-Jakob yatrógeno relacionados con el antecedente de trasplante de córnea (Allan B, 1997), como es el caso de nuestro paciente, con un periodo de incubación medio de 5 a 10 años aunque puede llegar a los 30 años.

La clínica guía la constituye una demencia rápidamente progresiva y las mioclonías (hasta en un 90% de los casos), si bien éstas últimas pueden estar ausente en un inicio tal como describimos (Rabinovici, 2006). El debut con cambios en el estado de ánimo y del comportamiento se ha objetivado hasta en un 40% en estudios descriptivos (Ortega-Cubero, 2014) También se pueden observar anomalías en el comportamiento con cambios del estado de ánimo, déficit de funciones corticales, alteraciones de la concentración y del sueño, así como signos extrapiramidales (ataxia) y del tracto corticoespinal. Ocasionalmente pueden cursar con alteraciones de la función hepática (Tanaka, 1992) como sucede en nuestro caso.

Dado que su orientación clínica se basa en la exclusión de otras enfermedades, resulta fundamental un buen diagnóstico diferencial (Kojima, 2013). La importancia de este hecho radica en que algunas de las posibilidades diagnósticas alternativas son reversibles con un tratamiento precoz, como sucede en las causadas por alteraciones metabólicas o las infecciosas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se clasifica en enfermedad posible, probable o definitiva:

- ECJ posible:
  - Demencia progresiva de duración menor de 2 años, sin otro diagnóstico alternativo en estudios, y por lo menos dos de los siguientes: mioclonías, signos o síntomas visuales o cerebeloso, signos o síntomas piramidales o extrapiramidales, mutismo acinético.
- ECJ probable:
  - ECJ posible y al menos uno de los siguientes:
  - Complejos periódicos en EEG con cualquier duración de la enfermedad.
  - Proteína 14-3-3 en LCR en casos con supervivencia menor a 2 años.
- ECJ definitiva:
  - Confirmación patológica.
  - Y/o PrP resistente a proteasas (inmunohistoquímica o Western Blot).
  - Y/o presencia de fibras asociadas a scrapie.

En el análisis del líquido cefalorraquídeo se puede observar un aumento de proteínas hasta en un 40% de los casos. Dentro de las pruebas de imagen, el TAC suele ser normal en estadios iniciales, mostrando una rápida dilatación de ventrículos y atrofia cortical progresiva si se serian durante varios meses.

Es obligatoria la realización de una RNM con difusión y FLAIR, pues presentan una alta sensibilidad y especificidad para distinguir la ECJ de otras demencias rápidamente progresivas (Vitali, 2011), siendo la difusión el estudio de neuroimagen con mayor sensibilidad en estadios iniciales de la enfermedad. Se observa en secuencias de T2 y FLAIR un aumento de intensidad de señal anormal en putamen y cabeza de caudado (menos común hiperintensidad en globo pálido, tálamo, corteza cerebral y cerebelar, materia blanca), ofreciendo la difusión una mayor sensibilidad, especialmente para los cambios corticales y en estadios iniciales. Estos cambios no son específicos de la ECJ, también pueden observarse en el infarto cerebral, una vasculitis o en la leucoencefalopatía reversible posterior.

En cuanto al EEG, se suele describir en un 60% de los pacientes complejos de ondas trifásicas o bifásicas periódicas y sincrónicas (Venneti, 2010), tal como ocurre en el caso que nos acontece. Esto obedece a la degeneración cortical debida a la ECJ puede alterar la arquitectura fisiológica normal del sueño, involucrando al sistema retículo-tálamo-cortical ascendente (sistema reticular activador), pudiendo las benzodiacepinas enmascarar este patrón típico. La probabilidad de objetivarlo depende del porcentaje de pérdida neuronal, de modo que deben serarse en el transcurso de la enfermedad pues puede hallarse ausente en las primeras etapas de la enfermedad.

El resultado del estudio de la proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo fue negativo, si bien se ha demostrado la baja sensibilidad de dicho marcador de muerte celular neuronal (Geschwind, 2003). El gen PRNP, que codifica la proteína PrP, presenta un polimorfismo en el codón 129. La expresión de los genotipos homocigotos 129 Metionina/ Metionina y 129 Valina/ Valina se asocia con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad sin condicionarla, tal como sucede en el caso clínico expuesto (Palmer, 1991). En la necropsia se suelen mostrar cambios inespecíficos espongiiformes (pérdida de neuronas, gliosis y vacuolización), hallando en la inmunohistoquímica acumulación de la proteína priónica anormal (PrPSc).

A pesar de los amplios ensayos actuales y de las nuevas dianas terapéuticas, todavía no se ha hallado un tratamiento eficaz (Stewart, 2011). Se ha usado amantadina con mejoría en casos aislados, vadarabina y metisoprinol con resultados no concluyentes, y otros fármacos que han mostrado un fracaso terapéutico como el reciente estudio de la doxiciclina (Geschwind, 2014), el aciclovir, interferón, polianiones y anfotericina B. Tiene un mal pronóstico, aconteciendo la muerte entre 6 y 12 meses tras el inicio de los síntomas, secundaria a complicaciones como en nuestro caso, cuyo exitus fue por una infección respiratoria de vías bajas no condensativa nosocomial.

### **Juicio clínico**

- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob definitiva.
- Infección respiratoria nosocomial.
- Exitus letalis.

### **Conclusiones**

Esta enfermedad neurodegenerativa considerada como la encefalopatía espongiiforme transmisible en humanos más frecuente y basada en la hipótesis de los priones, es un diagnóstico que no debe pasarse por alto en el estudio de las demencias rápidamente progresivas, a pesar de su baja prevalencia, especialmente si se acompañan de mioclonías y déficit de funciones corticales. Sin embargo es a menudo erróneamente diagnosticada como una enfermedad

psiquiátrica por sus similitudes clínicas en el periodo inicial. Por este motivo es de suma importancia una correcta anamnesis, estableciendo el inicio de los síntomas y su evolución cronológica. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son otras demencias como la enfermedad de Alzheimer o la demencia por cuerpos de Lewy, la encefalitis infecciosa, el origen neoplásico o secundario a metástasis cerebrales, los síndromes paraneoplásicos, la toxicidad por sustancias como el arsénico, el plomo o el alcohol, algunas enfermedades autoinmunes como la encefalopatía de Hashimoto, la sarcoidosis o las enfermedades desmielinizantes, y la enfermedad cerebrovascular.

Nos llama la atención el antecedente del trasplante de córnea por su relación etiológica con la ECJ iatrogénica, si bien es más frecuente la transmisión por otros materiales tales como la duramadre o la hormona del crecimiento.

El interés clínico que nos aporta este caso reside en el amplio abanico de diagnósticos diferenciales que debemos abarcar, de modo que gracias a una correcta reorientación del juicio clínico se pudieron solicitar las pruebas complementarias concluyentes para descartar cualquier otra etiología posible. Desafortunadamente el esfuerzo por el diagnóstico precoz no supone la curación o mejoría del pronóstico vital del paciente, pues una vez que se inician los síntomas los sujetos evolucionan de forma inexorable hacia la muerte en menos de un año, normalmente secundaría a complicaciones tales como la neumonía nosocomial o la broncoaspirativa. Actualmente se hallan abiertos varios ensayos terapéuticos que han mostrado datos no concluyentes, de modo que el tratamiento se basa en medidas de soporte y de las complicaciones secundarias.

## Referencias

- Allan, B. y Tuft, S. (1997). Transmission of Creutzfeldt-Jakob disease in corneal grafts. *BMJ*, 315, 1553-54.
- Geschwind, M.D. (2014). Doxycycline for Creutzfeldt-Jakob disease: a failure, but a step in the right direction. *Lancet Neurol*, 13(2), 130-2.
- Geschwind, M.D., Martindale, J., Miller, D., et al. (2003). Challenging the clinical utility of the 14-3-3 protein for the diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Arch Neurol*, 60(6), 813-16.
- Kojima, G., Tatsuno, B.K., Inaba, M., Velligas, S., Masaki, K. y Liow, K.K. (2013). Creutzfeldt-Jakob disease: a case report and differential diagnoses. *Hawaii J Med Public Health*, 72(4), 136-9.
- Mabbot, A. (2012). Prion pathogenesis and secondary lymphoid organs (SLO). *Prion*, 6(4), 322-33.
- Ortega-Cubero S, et al. (2014). Descripción de una serie de pacientes con diagnóstico de enfermedad priónica. *Neurología*. doi: 10.1016/j.nrl.2013.12.004.
- Palmer, M.S., Dryden, A.J., Hughes, J.T. y Collinge, J. (1991). Homozygous prion protein genotype predisposes to sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Nature*, 340-52.
- Paterson, W.R., Torres-Chae, C., Kuo, L., Ando, A., Nguyen, E., Wong, K., DeArmond, S.J., Haman, A., et al. (2010). Differential diagnosis of Jakob-Creutzfeldt disease. *Arch Neurol*, 69(12), 1578-82.
- Rabinovici, G.D., Wang, P.N., Levin, et al. (2006). First symptom in sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Neurology*, 66, 286.
- Stewart, L.A., Rydzewska, L.H., Keogh, G.F. y Knight, R.S. (2008). Systematic review of therapeutic interventions in human prion disease. *Neurology*, 70(15), 1272-81.
- Tanaka, M., Lizuka, O., Yuasa, T. (1992). Hepatic dysfunction in Creutzfeldt-Jakob disease. *Neurology*, 42(6), 1249.
- Tsivgoulis, G., Bonakis, A., Papanthasiou, M.A., Chondrogianni, M., Papageorgiou, S.G., Voumvourakis, K. y Stefanis, L. (2014). Magnetic resonance imaging reveals Creutzfeldt-Jakob disease in a patient with apparent dementia with Lewy bodies. *J Neurol Sci*, 340(1-2), 130-2.
- Venneti, S. (2010). Prion diseases. *Clin Lab Med*, 30(1), 293-309.
- Vitali, P., Maccagnano, E., Caverzasi, E., Henry, R.G., Haman, A., Torres-Chae, C., Johnson, D.Y., Miller, B.L. y Geschwind, M.D. (2011). Diffusion-weighted MRI hyperintensity patterns differentiate CJD from other rapid dementias. *Neurology*, 76(20), 1711-9.



## CAPÍTULO 28

### Cuidando al cuidador tras la pérdida

Alda Aguilera Gázquez, Cristina Hernández Guerrero y María del Mar Ortiz Escoriza

Una de las experiencias más estresantes y con una gran carga emocional a la que nos enfrentamos alguna vez a lo largo de nuestras vidas, es la pérdida de un ser querido y nos referimos al dolor que nos provoca como “duelo”.

En un sentido amplio definimos el duelo como “reacción psicológica y social que se produce ante la falta de alguien o algo significativo para nosotros”. También se pueden ver las situaciones de duelo en otras experiencias que no tienen que ver con la muerte o enfermedad, pero que suponen una gran ausencia, como puede ser institucionalización o una pérdida psíquica (Jaramillo y Oquendo, 2013).

Si nos referimos al duelo ante la enfermedad terminal y la muerte lo definiremos como “*la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento*”. Es una vivencia de un sufrimiento total a todos los niveles emocionales, cognitivo, conductual, físico, social y espiritual (Jaramillo y Oquendo, 2013).

Cuando hablamos de duelo tenemos que diferenciar una serie de etapas (García, 2012):

- Fase uno o fase de shock: empieza en el momento de fallecimiento, con situación de conmoción e incredulidad.
- Fase de evitación y negación: se caracteriza por una gran añoranza del fallecido, con la necesidad de buscar y encontrar al ser querido.
- Fase de desesperación-entrega al dolor: es cuando se empieza a ser consciente de la magnitud de la pérdida, se caracteriza por desesperación y tristeza, con periodos de apatía y desesperanza.
- Fase de reorganización-recuperación: en esta fase disminuye el dolor, se empieza a mirar hacia el futuro y a reconstruir su vida.

Estas fases o etapas podemos decir que son de manera generalizada ya que es algo muy subjetivo e individualizado.

Podemos englobar todas las vivencias referentes al duelo en tres tipos: el considerado normal, el complicado que hace referencia a aquel que tiene rasgos distintos a los considerados “normales” pero que las disfunciones no son tan graves para considerarlas patológicas, y por último el patológico en el que hablamos de complicaciones y nos llevan a signos y síntomas con alteración de la salud (Barrero, De la torre y Pérez, 2012).

En los cuidadores de enfermos con demencia cabe destacar que dadas las características especiales de esta enfermedad que hacen que el proceso sea largo y frustrante para el cuidador, el duelo se anticipa a la muerte del geronte estando presente ya en las fases en el que el paciente va perdiendo sus facultades biopsicosociales (Moreno, Arango y Rogers, 2010).

#### **Tipos de pérdida para el cuidador principal**

En relación a las demencias, el cuidador principal está inmerso en estado de frustración puesto que esta enfermedad tiene mucha carga física y mental para el cuidador, lo que le hace estar sobrecargado. Esta patología por norma general dura mucho más tiempo que otras y acaba desgraciadamente en muerte. La más frecuente es el Alzheimer, teniendo un deterioro progresivo de todas sus facultades, llegando a perder la memoria, alteraciones de estado de ánimo, y esto hace que se vaya alejando cada vez más del cuidador de una forma tanto afectiva como emocional. La última etapa de esta enfermedad está caracterizada por una “muerte en vida” (Pérez y Moreno-Guerín, 2007).

A) *Pérdida por disfunción de las capacidades biopsicosociales del geronte* (Losada y Nogals, 2013).

Las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, son patologías neurodegenerativas que implica la pérdida de numerosas facultades y de la propia identidad hasta su posterior fallecimiento. Esta enfermedad consta de 3 estadios leve, moderado y grave, en los que va perdiendo poco a poco la memoria primero a corto plazo y luego a largo plazo, el lenguaje y la comprensión, la coordinación de gestos y movimientos, y pérdida de las facultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. A medida que se van perdiendo esas habilidades el enfermo experimenta unos cambios de comportamiento, episodios de gritos, agresividad o incluso

llantos, que cada vez se hacen más agudos y normalmente terminan por deteriorar la personalidad de la persona, llegando la misma antes del fallecimiento a dejar al paciente en estado vegetativo.

La familia sufre cambios en su ciclo vital, en la respuesta emocional y en su estructuración, apareciendo bastantes conflictos y distintos sentimientos negativos. El cuidador que adquiere el rol de principal, es la persona referente en el cuidado, una persona que se dedica en cuerpo y alma al paciente y que aparta su vida para dedicarse a esa función.

Este agente de cuidado vive también una serie de fases y sufre una serie de deterioros tanto físicos como psíquicos que los introducen en lo llamado síndrome de burnout. Perder las relaciones con una persona a la que amamos por la incapacidad es frustrante y lleva a sentimientos como agresividad, agitación, tristeza o apatía. A esto nos referimos cuando afirmamos que en estas enfermedades, el duelo se hace pre-mortem, pues todo lo citado supone la ausencia del progenitor, pareja, etc., estando aún con vida.

El duelo antes de que el mayor fallezca, puede llegar a asimilarse mejor si anteriormente han existido problemas con el enfermo o una mala relación, pues da la posibilidad de arreglar esa situación y hacer algo por el paciente. Sin embargo al ser un proceso de duelo muy largo, implica la repetición de varias fases pues se pasa por ellas desde que se diagnostica esta enfermedad, hasta que se asimila el fin de esta.

Sentir que una persona se va, y no la ves más, es sufrir, pero más sufre el que pierde a la persona a la que adora y sigue estando presente.

*B) Pérdida por institucionalización del ser querido (López, Losada, Romero, Márquez y Martínez, 2012).*

Las residencias o unidades de larga estancia es un escenario fundamental para los cuidadores y desgraciadamente ha estado poco analizado. Tras la institucionalización del familiar gran cantidad de las personas que los rodea siguen el cuidado del mismo, por el contrario descartamos la idea de que ingresar a una persona mayor implica el abandono.

El papel del cuidador en ninguno de los casos desaparece completamente, después de tomar la decisión de ingresar al anciano en una residencia, lo único que cambia es la forma sustancial a partir de este momento. Los sentimientos de frustración, incertidumbre de cómo será tratado el familiar, tristeza, miedos, desorientación y mezcla de mociones como alivio y culpabilidad abordan al familiar más cercano.

El apoyo emocional y el consejo psicológico es una parte muy importante para el beneficio del estado emocional de estas personas a lo largo de todo el proceso, desde su ingreso hasta su alta. Las relaciones con el personal que trabaja en estas institucionalizaciones, es muy importante, ya que en el caso de ser buenas va a ayudarnos en el afrontamiento de estrés emocional causado por este proceso de ingreso en la residencia. Además este tema ha dado mucho de qué hablar, ya que para los trabajadores de estos lugares es un factor principal, puesto que tiene efectos beneficiosos tanto para el usuario como para el cuidador a nivel físico y psicológico. Está siendo especialmente relevante en pacientes con deterioro cognitivo o demencia. También se habla de su importancia para las personas que trabajan en las residencias.

Los obstáculos que se encuentran para poder lograr la integración familiar-residencia son muchos, pero cabe destacar los estereotipos por parte de los familiares sobre las instituciones el sentimiento de culpa por el supuesto “abandono” del geronte, y con respecto a los centros la falta de recursos para poder lograrlo.

Por todo ello debemos fomentar la buena relación entre instituciones y familiar para garantizar el bienestar tanto del paciente como del cuidador.

*C) Pérdida por muerte del enfermo (Piccini, De Quiros y Crespo, 2012).*

Es experiencia y parte de la vida, el duelo ante la muerte de un ser querido. Hoy en día culturalmente se nos “demanda” estar triste y acongojado por el fallecimiento del familiar, no es normal está contento, tranquilo o feliz en esos momentos. Los cuidadores de las personas con demencia tienen sentimiento de culpabilidad por no estar abordado por esta inquietud o por no sentirse como lo habían previsto. En conclusión hay cuidadores que se sienten mal por no sentirse mal cuando fallece el ser querido.

Por otro lado también se “exige” que el tiempo de duración debe ser rápido, ya que la concepción que se tiene de un duelo normal es que no dure demasiado, por encima de dos meses puede diagnosticarse un trastorno depresivo, si además tiene sentimientos muy intensos de tristeza asociados a pérdida de peso, insomnio...

En el caso de las personas que están al lado del familiar durante toda la enfermedad, que tenga una manifestación de duelo, no está bien visto, puesto que debería ser una causa de alivio.

Partiendo de la base de que este sentimiento es un proceso normal, universal y único, sabemos que es patológico cuando se interfiere en el funcionamiento general de la persona, viéndose comprometida la salud.

Existen algunas teorías sobre el proceso del duelo en cuidadores: la teoría de la acumulación de estrés, en la que conforme va aumentando el tiempo y estresores del cuidado el duelo es peor, la teoría de la reducción de estrés, que al revés que la anterior cuanto más es el tiempo cuidado menor es el impacto del duelo, ya que se adaptan mejor a los

problemas y abordan mejor este proceso, y por último, la que señala que gran parte del duelo se elabora anticipatoriamente en los cuidadores, siendo más fácil cuando muere la persona con demencia.

Debemos llevar a cabo las actividades previa y posteriormente al fallecimiento del ser querido para que esto sea menos complicado. Algunas de ellas son reconstruir el mundo que nos rodea con la ausencia de esta persona, dándole un nuevo sentido a nuestra vida. Según Worden, propone cuatro tareas para superar el duelo satisfactoriamente, aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Debemos pasar de estar centrados en la muerte, en el morir a estar centrados en la vida en el vivir. Una tercera parte de los cuidadores de personas con demencias recurre a consejos psicológicos, farmacológicos o grupos de ayuda, para hacerles más fácil una comunicación, ya que esta es muy importante.

### **Factores que afectan al proceso del duelo**

Hay cuatro grupos de factores que afectan a la vivencia del duelo. Estos, son los factores psicológicos, los recursos que posea el cuidador, las circunstancias de la muerte y el apoyo externo (Pascual y Santamaría, 2009).

#### *Factores psicológicos*

##### **a) RELACIÓN PACIENTE-CUIDADOR**

Existen algunos factores que afectan a la relación, como puede ser la personalidad, el grado de unión con el paciente, o los acontecimientos vividos con el mismo. El haber tenido mala relación con el familiar previamente a la enfermedad, puede ocasionar tirantez dando lugar a que este se aleje del mismo, sin tener ganas de cuidarlo o de tratarlo. Cuando el paciente muere, si no se han resuelto estos conflictos este debe asimilar las pérdidas pasadas y futuras, sintiendo culpa por no haber tenido una relación satisfactoria con su allegado. En cambio si la relación ha sido buena puede aparecer sentimiento de obligación de carga o de responsabilidad, dado que casi siempre estos enfermos van a ser abuelos, padres, tíos... lo que hace que el duelo se haga más llevadero por la implicación que ha tenido en la atención del gerente.

##### **B) ROL DEL FALLECIDO**

Debemos tener en cuenta la posición jerárquica del enfermo en la familia, si este era una persona relevante en la estructura familiar, como padre o abuelo, y llevaba la carga familiar y económica va a ser más difícil esta fase dando lugar a mayores sentimientos nostalgia (Carmona y Bracho, 2008).

##### **C) DEPENDENCIA**

En esta enfermedad la dependencia es algo que va implícito por lo que a más dependencia más implicación del asistente de cuidados, más carga durante la fase de pérdida biopsicosocial y más extraños se sienten cuando pierden el rol de cuidado (Carmona y Bracho, 2008).

#### *Recursos del cuidador*

En cuanto a los recursos del cuidador nos referimos a la capacidad que tiene el cuidador para afrontar este dolor. Las vivencias, la capacidad de adaptación, las experiencias previas, la cultura y la religión son alguna de las cosas que afectan tanto negativamente como positivamente (Pascual y Santamaría, 2009).

#### *Circunstancias de la muerte*

Que sea una persona mayor la que fallece es menos impactante que la muerte de una persona más joven. Esto se debe a que todos entendemos que la vida es un proceso que acaba con la muerte. Esto unido a que si el paciente tiene fuertes fuentes de apoyo, ha sido informado y formado por los profesionales, están más preparados para el duelo (Carmona y Bracho, 2008).

#### *Apoyo externo*

El apoyo externo es tanto el apoyo de las personas allegadas, como el que ofrecemos los profesionales. Podemos tener a muchas personas alrededor y no sentirnos apoyados o que una persona sea como cientos, por lo que aquí nos referimos no a la cuantía de los apoyos externos sino a la calidad de dicho apoyo. Si no sentimos escuchados, comprendidos etc., el duelo será más llevadero (Pascual y Santamaría, 2009).

### **Actuación de enfermería en el proceso de duelo**

Enfermería es la profesión sanitaria que se dedica al cuidado no solo del paciente, también de su entorno y de la comunidad.

Como hemos explicado anteriormente el duelo es un proceso delicado y que requiere atención. Nos centramos en cuidar al paciente y se nos olvida que detrás de este hay una familia con preocupaciones y sentimientos que se deben analizar y tratar. El cuidador principal sufre como hemos comentado un proceso y debe ser atendido desde la adquisición del rol hasta ser superado su duelo. Existe mucha bibliografía referente al síndrome del cuidador

quemado y hay información en exceso de todas sus fases exceptuando la última parte que es cuando muere el familiar o cuando es ingresado en una institución, dejando a este a su suerte.

Pero ¿cómo debería actuar enfermería en esta última fase?

Los pacientes con demencias son atendidos tanto en atención primaria, como en hospitalizada y residencias. Enfermería cuenta con profesionales en dichos niveles de atención y deben establecer relación con los cuidadores para analizar que el proceso de atención al enfermo está siendo correcto y atender al cuidador en todas las posibles necesidades que pueda requerir. Si tenemos una buena relación con los familiares es mucho más sencillo captar sus inquietudes y ser una fuente de apoyo para ellos (Rodríguez, García y Toledo, 2008).

Aunque la población a evaluar la tenemos muy identificada no acudimos a esta si no hay demanda por parte de los cuidadores familiares. Hay una figura en atención primaria que es la enfermera de enlace que se encarga de la atención holística de la población más susceptible y ella sería la encargada de hacer un seguimiento del duelo, pero si el cuidador no es identificado por uno de los profesionales de los centros citados anteriormente, y comunicado a esta, no puede ejecutar su labor (Rodríguez, García y Toledo, 2008).

Una vez captado el cuidador referente y el momento en el que empieza su duelo debemos hacer una valoración en la que recojamos datos su estado de salud y necesidades alteradas relacionadas con el malestar causado por el duelo. Si además se detectan signos y síntomas que den carácter patológico a este proceso debemos contar con la presencia de otros profesionales como el médico, psicólogo y psiquiatra y tratar el duelo desde el trabajo en equipo.

Entre el plan de cuidados de enfermería y el de los otros profesionales iremos guiando a la persona para que realice un duelo sin alteraciones y podamos finalizar nuestras actividades cuando este proceso haya sido superado.

Debemos tener en cuenta aquellos recursos de los que disponen los cuidadores, para poder paliar los sentimientos del duelo. En primer lugar vamos hacer referencia a la eficacia de los grupos de apoyo, que sus objetivos son, darle a la familia un hueco para hablar de sus problemas, afrontar las sensaciones que le abordan, desarrollan habilidades y ayuda a prevenir problemas mayores y patológicos (Bermejo y Sánchez, 2007). Otro recurso sería acudir a un especialista, en primer lugar al psicólogo, para hacer terapias individuales y más tarde si fuera necesario iría al psiquiatra para administrar medicamentos que ayuden a superar esta etapa como las benzodiacepinas o antidepresivos, entre otros (Martín, 2002).

En toda esta última fase hay que tener en cuenta que no todas las personas viven el duelo de la misma forma y no por ello debe ser patológico. No entremos en confusión y acompañemos a cada cual, con una atención íntima e individualizada.

## **Conclusión**

Después de una larga revisión bibliográfica y la ejecución del presente trabajo, la definición de duelo es algo ambiguo que cada persona vive de manera muy diferente, aunque existan unas etapas claras por la que cada uno pasa. En referencia a los cuidadores de personas con demencias este proceso les resulta más complicado, quizás por el arraigo tan estrecho que le une con el paciente, les hace vivir este proceso de manera distinta, llegando a ser incluso patológico, en la mayoría de los casos.

La enfermedad de Alzheimer, nos lleva a un cuidado total y holístico de la persona, por ello el cuidador debe estar atento al enfermo las veinticuatro horas. Dado a que saben que el fin de ellos les conlleva a la muerte, también les hace que el proceso sea más duro, y que estén continuamente con sentimientos de frustración, por ello se debe enfocar esta etapa en centrarse más en vivir, en la vida y no estar centrados en la muerte.

Nos ha llamado la atención que el duelo es algo que afecta a todos los ámbitos del ser humano tanto a nivel tanto físico, biológico, mental y social. Llegando a hacer de una persona que no sea dueño de su vida, dejándose arrastrar por este dolor.

Hemos diferenciado los tipos de pérdidas que existen, ya que los cuidadores pasan por este proceso cuando el familiar es institucionalizado, cuando pierde sus capacidades biopsicosociales o cuando este muere.

Cuando el familiar es institucionalizado debemos destacar la importancia del trabajo en equipo entre el cuidador y los profesionales que acompañan al enfermo. Es erróneo pensar que el rol del cuidador desaparece, es obvio que cambia la forma sustancial. Desde el ámbito de los profesionales de la residencia es muy importante la forma del trato hacia los pacientes, ya que pueden tener consecuencias positivas a nivel físico y psicológico tanto para ellos como para los profesionales. Lo ideal es intentar la integración con la familia en la institución, para así beneficiar al paciente y al cuidador.

Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería es muy importante el papel de la enfermera de enlace, que es la que debe captar al cuidador de referencia de aquella persona fallecida. Se debe hacer una valoración íntegra, en la que se recoge los datos de su salud y de las necesidades alteradas relacionadas con el duelo. También pueden

intervenir otros profesionales sanitarios como médicos, psicólogos o psiquiatras, para ayudar a las personas a que realicen un duelo normal, sin alteraciones.

En definitiva, no queremos dejar de mencionar, que este trabajo nos ha ayudado a ver el duelo desde una perspectiva diferente, a saber identificar cuando debemos prestar nuestra atención a los familiares y no centrarnos tan solo en el enfermo, ya que somos profesionales de la salud y este proceso también nos compete.

## Referencias

- Barrero, P., De la torre, O. y Pérez, M. (2012). Detección del duelo complicado. *Psicooncología*, 4(2), 355-368.
- Bermejo, J.C. y Sánchez, E.J. (2007). Grupos de ayuda mutua en el duelo: eficacia y perspectiva. *Mafre Medicina*, 18(2), 82-90.
- Carmona, Z.C. y Bracho, C.E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista Salud Pública*, 22(2), 14-23.
- García, A.M. (2012). *La pérdida y el duelo: una experiencia compartida*. Madrid: Bubok Publishing.
- Jaramillo, J.A. y Oquendo, A.M. (2013). El duelo como fenómeno psicosocial: Una breve revisión teórica. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 25 <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>.
- Losada, A. y Nogals, A. (2013). Familias de personas con demencias. En R. Alarcón y J. Tellez, *Psicogeriatría: Una visión integral del envejecimiento* (pp. 589-604). Bogotá: Asociación Colombiana de psiquiatría biológica.
- Martín, M.J. (2002). Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, 62, 13-18.
- Moreno, J.A; Arango, J.C. y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentaran los cuidadores de personas con demencias. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-35.
- Pascual, A.M. y Santamaría, J.L. (2009). Proceso de duelo en familias y cuidadores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(2), 48-54.
- Pérez-Godoy, E. y Moreno-Guerín, A.M. (2007). Duelo y muerte en cuidadores familiares y profesionales de enfermos de Alzheimer. *Gerokomos*, 18(2), 68-71.
- Piccini, A.T., De Quirós, M. y Crespo, M. (2012). Estado emocional y duelo en cuidadores de familiares de enfermos con demencia tras el fallecimiento del paciente: una revisión sistemática. *Ansiedad y estrés*, 18(2), 103-117.
- Rodríguez, M., García, A.M. y Toledo, C. (2008). Duelo y duelo complicado en las consultas de enfermería de atención primaria. *Ene Revista de Enfermería*, 2(3), 20-33.
- Romero, R., Márquez, M. y Martínez, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27(2), 83-89.



## CAPÍTULO 29

### Alexitimia, deterioro cognitivo y depresión en personas mayores

Julia García Sevilla<sup>1</sup>, Inmaculada Méndez<sup>1</sup>, Juan P. Martínez<sup>2</sup>, Ana B. Cánovas<sup>1</sup>, Yolanda Clemente<sup>1</sup> y M<sup>a</sup> Ángeles Boti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Murcia (España); <sup>2</sup>Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Murcia 2 (España)

El término alexitimia -vocablo de origen griego que significa etimológicamente «ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos»-, se define como un déficit en el componente cognitivo-experiencial de la respuesta emocional y en la regulación interpersonal de las emociones cuyas características clínicas más sobresalientes son las siguientes (Apfel y Sifneos, 1979; Martínez-Sánchez, Ato-García y Ortiz-Soria, 2003; Nemiah, 1977; Taylor, 2000):

1. Dificultad en identificar y en describir los sentimientos propios y ajenos. Esta dificultad es considerada la dimensión principal del perfil de la personalidad alexitímica, hasta el extremo de denominar a las personas alexitímicas como «afásicos afectivos» o «analfabetos emocionales».
2. Dificultad para diferenciar entre las emociones de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional.
3. Pensamiento muy concreto y pragmático, apegado a lo inmediato, con dificultades para el pensamiento abstracto y desprovisto de fantasías.
4. Estilo cognitivo orientado hacia los detalles y acontecimientos externos, sin conexión con el mundo vivencial interno.

Otras características adicionales asociadas al constructo son: dificultades para establecer contacto afectivo con los otros, relaciones interpersonales estereotipadas y distantes, tendencia a recurrir a la acción para expresar las emociones, inclinación al aislamiento sin tener sensación de soledad, etc. (Bagby, Taylor y Parker, 1997; Posner, 2000).

La alexitimia ha sido asociada con un amplio abanico de factores. Tal vez el aspecto más estudiado haya sido la asociación existente entre alexitimia con *dolencias psicósomáticas* [De hecho, el término alexitimia fue acuñado por Sifneos en 1972, interesado por describir la dificultad para identificar y expresar emociones de los pacientes psicósomáticos] (De Gucht y Heiser, 2003), pero también se ha relacionado con *enfermedades físicas* tales como el cáncer, trastornos cardiovasculares, cefaleas, etc. (eg., Buffa, Scotti, Rusconi, Castelli, Palvarini, Aglieri y Scheiger, 1977; Taylor, Doody y Newman, 1981), variables sociodemográficas tales como el sexo y la edad (eg., Hauwell-Fantini y Pedinielli, 2008; Kokkonen, Karvonen, Veijola, Läkys, Jokelainen, Järvelin y Joukamaa, 2001; Mattila, Salminen, Nummi y Joukamaa, 2006) y, de forma muy especial, con variables *psicológicas* tales como estrés, ansiedad, depresión, neuroticismo, etc. (eg., Martínez-Sánchez, 1999; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996). De todas estas variables cobra especial relevancia la depresión, puesto que en la mayor parte de las investigaciones, la alexitimia aparece asociada con el trastorno depresivo, tanto en pacientes clínicos como en población normal (eg., Bamonti, Heisel, Topciu, Franus, Talbot y Duberstein, 2010; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen y Viinamaki, 2000; Luminet, Bagby y Taylor, 2001; Marchesi, Bertoni, Cantoni y Maggini, 2008; Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1996).

Si bien no todos los resultados de las investigaciones son consistentes (Gunzelman, Kupfer y Brähler, 2002), hemos afirmado anteriormente que la alexitimia parece incrementarse con la edad, y muy especialmente en la edad adulta (Henry, Phillips, Maylorc, Hosieb, Milneb y Meyerc, 2006; Joukamaa, Saarijärvi, Muuriaisniemi y Salokangas, 1996; Onor, Trevisiol, Spano, Aguglia y Paradiso, 2010). Una de las argumentaciones que se da para explicar esta relación ha sido que el comportamiento alexitímico puede ser más pronunciado en la edad avanzada por el declive que se produce en la percepción de las emociones durante la vejez (Henry *et al.*, 2006).

Desde un punto de vista neurológico existen dos tipos de modelos teóricos que intentan explicar las altas puntuaciones de alexitimia (Alonso-Fernández, 2011; Lara, Sanchís y Rodríguez, 2008): a) porque se produce una desconexión en la comunicación interhemisférica que imposibilitaría que las emociones que se registran en el hemisferio derecho puedan ser expresadas verbalmente, función localizada en el hemisferio izquierdo; b) porque se

produce una inhibición de la transmisión límbico-neocortical que provoca una reducción de la materia gris en la corteza cingulada anterior, estructura directamente relacionada con la conciencia emocional. De hecho, numerosas investigaciones evidencian alteraciones en las estructuras frontotemporales que juegan un papel importante en el procesamiento emocional en los individuos que puntúan alto en alexitimia (eg., Gündel *et al.*, 2004; Paradiso, Vaidya, McCormick, Jones y Robinson, 2008).

Estas alteraciones en las estructuras cerebrales frontotemporales también se producen en ciertos procesos neurodegenerativos tales como la demencia frontotemporal y la demencia semántica, en las que ciertos déficits socio-emocionales aparecen muy temprano en el curso de la enfermedad (Caycedo, Miller, Kramer y Rascovsky, 2009) [En cambio, en la EA, en la que las regiones anteriores están relativamente a salvo al principio, también se observa una mayor preservación del funcionamiento socio-emocional (Goodkind, Gyurak, McCarthy, Miller y Levenson, 2010)].

Esto nos lleva a pensar en la posible existencia de una asociación entre alexitimia y deterioro cognitivo. Sin embargo, apenas existen investigaciones en este sentido. Tan sólo hemos encontrado el trabajo de Sturm y Levenson (2011), quienes encontraron mayores niveles de alexitimia en pacientes con enfermedades neurodegenerativas en relación con personas sin ningún tipo de deterioro cognitivo.

Siguiendo esta línea, nos hemos planteado los siguientes objetivos en nuestro estudio: 1) conocer la relación del constructo alexitimia con deterioro cognitivo; 2) conocer la relación del constructo alexitimia con depresión; y 3) comprobar si existen diferencias en las puntuaciones en alexitimia en función del sexo y la edad.

## Método

### *Participantes*

Se utilizó una muestra de conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: ser residentes en el centro, y presentar un nivel máximo de deterioro cognitivo moderadamente grave (GDS 5) según la *Escala de Deterioro Global (GDS: Global Deterioration Scale* de Reisberg, Ferris, León y Crook, 1982), lo que posibilitaba responder a los instrumentos de evaluación. Los criterios de exclusión fueron: tener un nivel de deterioro global indicativo de demencia grave.

Teniendo en cuenta estos criterios, participaron un total de 33 residentes. Con respecto al sexo había el 66.7% ( $n=22$ ) de mujeres y el 33.3% ( $n=11$ ) de hombres. El rango de edad osciló entre los 66 y los 95 años siendo la edad media de 81.09 con una desviación típica de 7.784.

### *Instrumentos*

Se administraron tres instrumentos de evaluación para recabar información sobre la deterioro cognitivo, depresión y alexitimia. A continuación se describen brevemente los instrumentos utilizados.

La *Escala abreviada de Alexitimia de Toronto (TAS-20: Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale*, de Bagby, Parker y Taylor, 1994), un cuestionario de 20 ítems, valorados a través de una escala tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho) que muestra el grado de conformidad o disconformidad con el enunciado. El punto de corte se sitúa en  $\geq 61$ , de forma una puntuación total igual o mayor a 61 indica alexitimia. La escala consta de tres subescalas que valoran los componentes más sobresalientes del constructo: a) dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional (7 ítems), b) dificultad para describir y expresar los sentimientos (5 ítems), y c) pensamiento orientado a lo externo (8 ítems). Las propiedades psicométricas de la TAS-20 ha sido avalada en numerosos estudios (Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999). En nuestro estudio hemos usado la versión adaptada a la población española de Martínez-Sánchez (1996), obteniendo un índice de fiabilidad de Cronbach de .73, lo que supone unos datos aceptables.

El *Mini-Examen-Cognoscitivo (MEC*, Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala y Seva, 1979), que es la adaptación española del Mini-Mental State Examination: (MMSE) de Folstein, Folstein y McHugh (1975). Es uno de los instrumentos de cribado más utilizados para detectar y evaluar el deterioro cognitivo, y explora las siguientes áreas cognitivas: orientación temporoespacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias. Su puntuación total máxima es de 35 puntos, siendo el punto de corte óptimo para establecer la presencia de deterioro cognitivo cuando se trabaja con población mayor de 65 años y de bajo nivel educativo de 24 puntos.

La *Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage (GDS: Geriatric Depression Scale*, de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey y Leier, 1983). El objetivo de esta escala es evaluar la depresión en personas mayores tanto con buena salud como para aquella que presenta deterioro cognitivo de leve a moderado a través de preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no). En su versión completa consta de 30 ítems, si bien para nuestro estudio hemos usado la versión de 15 ítems adaptada a la población española (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado y Luque, 2002), valorándose un estado depresivo por encima de los 5 puntos. El índice de fiabilidad de Cronbach obtenido en nuestro trabajo ha sido de .70, lo que supone unos datos aceptables.

*Procedimiento*

Tras informar al directivo del centro residencial sobre el objetivo y características del estudio, y de obtener su consentimiento para llevar a cabo la investigación, se procedió al desarrollo de la misma. Del total de residentes, participaron de forma voluntaria aquellos que cumplieran los criterios diagnósticos descritos, salvaguardando su confidencialidad y anonimato en todo momento.

*Análisis de datos*

Para el tratamiento de los datos se crearon tres medidas cuantitativas, denominadas deterioro cognitivo, alexitimia y depresión. Su análisis se realizó mediante el programa SPSS (v. 19). Para el análisis descriptivo de los datos, se ha utilizado el estudio de frecuencias en porcentajes, media y desviación típica. Para las variables de tipo cuantitativo en caso de ser la variable de agrupamiento categórica con dos grupos, se ha utilizado el análisis de diferencias de medias a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes. Finalmente, con la finalidad de cuantificar el grado de relación lineal existente entre variables cuantitativas se han utilizado correlaciones bivariadas a través del coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados**

*Análisis descriptivo de las variables estudiadas*

En las tablas 1 y 2 ofrecemos los datos obtenidos para las variables principales del estudio; a saber, alexitimia, nivel de deterioro cognitivo y depresión. El primer dato relevante que ofrece dicha tabla es que, del total de 33 participantes, 24 de ellos (72.7%) puntuaron por debajo del punto de corte en la prueba TAS-20, mientras que los 9 restantes (27.3%) puntuaron por encima del punto de corte y fueron calificados como alexitímicos.

*Tabla 1. Puntuaciones Medias y Desviaciones Típicas (DT) de las variables estudiadas*

	MEDIA	DT
Alexitimia	54.30	11.63
Deterioro cognitivo	24.88	7.04
Depresión	3.63	3.19

En cuanto al nivel de deterioro cognitivo, 12 participantes (36.4%) no tenían deterioro cognitivo y 21 (63.6%) sí lo tenían. De estos últimos, el 48.5% pertenecían al nivel 1 de la escala GDS de Reisberg; el 9.1% al nivel 2; el 18.2% al nivel 3; el 12.1% al nivel 4 y el 12.1% restante al nivel 5.

Finalmente, los datos ofrecidos por la escala GDS de Yesavage indican que 26 participantes (78.8%) no tenían depresión. De los 7 participantes que sí puntuaron por encima del punto de corte (21.2%), 6 de ellos presentaron una depresión moderada y tan sólo uno depresión severa.

*Tabla 2. Porcentajes de sujetos que están por encima o por debajo del punto de corte para cada una de las pruebas utilizadas*

Alexitimia (TAS-20)	$p < 61$ 24 (72.7%)	$p \geq 61$ 9 (27.3%)
Deterioro cognitivo (MEC)	$p \leq 24$ 21 (63.6%)	$p > 24$ 12 (36.4%)
Depresión (GDS Yesavage)	$p < 5$ 26 (78.8%)	$p \geq 5$ 7 (21.2%)

*Relación entre alexitimia, deterioro cognitivo y depresión*

En cuanto a la relación entre alexitimia y deterioro cognitivo, los resultados obtenidos no evidencian relación alguna entre ambas variables. Estos resultados no van en la línea de lo que se esperaba.

En cuanto a la asociación entre alexitimia y depresión, los resultados muestran una correlación de Pearson significativa y positiva entre ambas variables, de magnitud media, ( $r=.373, p=.033; n=33$ ). Esto supone que conforme aumenta el nivel de depresión del sujeto, aumenta el nivel de alexitimia.

La figura 1 visualiza los resultados de la prueba *t* de Student que, asumiendo varianzas iguales, muestra diferencias significativas en el nivel de depresión alcanzado  $t(31)=-3.250, p=.003$  entre sujetos alexitímicos ( $M=6.22; DT=3.56$ ) y sujetos no alexitímicos ( $M=2.67; DT=2.78$ ) siendo alto el tamaño del efecto.

Analizando las escalas del instrumento de alexitimia por separado, los resultados mostraron una correlación de Pearson significativa positiva, de magnitud media, entre el factor I -dificultad para identificar sentimientos- y el grado

de depresión del sujeto ( $r=.47$ ;  $p=.006$ ;  $n=33$ ), lo que indica que a mayor grado de depresión, mayor dificultad por parte del sujeto para identificar sentimientos.

Figura 1. Diferencias en el grado de depresión obtenido entre alexitímicos y no alexitímicos

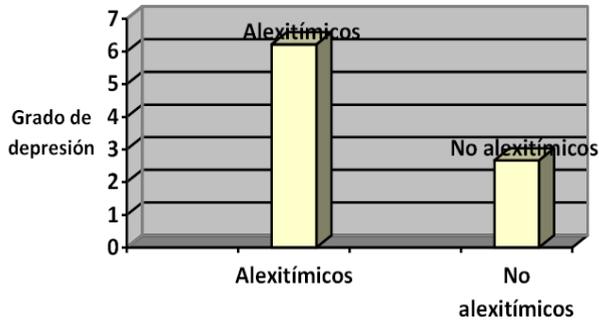
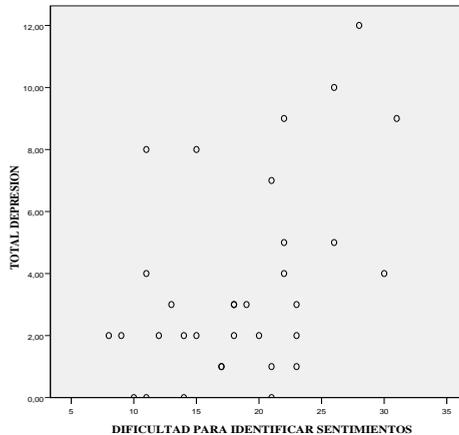


Figura 2. Dispersión sobre dificultad para identificar sentimientos y depresión



Finalmente, hemos analizado si existía una posible relación entre depresión y deterioro cognitivo. Los resultados obtenidos no evidencian ningún tipo de correlación de significativa entre el nivel de deterioro según el MEC y el grado de depresión de los sujetos.

#### Relación entre las variables criterio y variables sociodemográficas

Finalmente, hemos relacionado las variables principales de nuestro estudio con dos variables de tipo sociodemográfico; a saber, edad y sexo.

En cuanto a la variable edad, los resultados obtenidos tan sólo han mostrado una correlación de Pearson significativa negativa, de magnitud media, entre el nivel de deterioro cognitivo y la edad de los sujetos ( $r=-.426$ ;  $p=.013$ ;  $n=33$ ), de tal manera que conforme aumenta la edad del sujeto disminuye la puntuación obtenida en el MEC, esto es, mayor es el grado de deterioro cognitivo. Estos resultados son congruentes con estudios previos (eg., Calero-García y Cruz, 2014). Sin embargo, no se ha encontrado relación alguna de la edad con alexitimia y depresión.

Con respecto a la variable sexo, hemos llevado a cabo una prueba de significación de diferencias. Mientras que no hemos encontrado diferencias de medias significativas entre el sexo de los sujetos y su nivel de depresión, la prueba *t* de Student, asumiendo varianzas homogéneas, muestra la existencia de diferencias de medias significativas, siendo medio el tamaño del efecto, entre el sexo de los sujetos y el nivel de deterioro según el MEC siendo  $t(31)=2.790$ ,  $p=.009$ ; en concreto, la media de los varones ( $M=29.27$ ;  $DT=5.387$ ) fue significativamente superior a la media de las mujeres ( $M=22.68$ ;  $DT=6.827$ ).

## Discusión y conclusiones

En primer lugar, queremos indicar que la prevalencia obtenida en alexitimia -27.3% de alexitímicos- es consistente con estudios anteriores. Mattila *et al.* (2006), por ejemplo, encontraron en su estudio una prevalencia del 30%, en personas mayores.

Como muestran los distintos análisis, se puede concluir que la alexitimia se asocia con depresión, y más en concreto el factor relacionado con la dificultad para identificar las emociones. Estos resultados van en la línea de investigaciones previas que también han evidenciado que, de las tres dimensiones que componen la alexitimia, la dificultad para identificar y discriminar los sentimientos parece que es la que tiene un mayor peso en la predicción de la depresión (Bankier, Aigner y Bach, 2001; Hendrix, Haviland y Shaw, 1991; Sandín *et al.*, 1996).

Sin embargo, nos ha sorprendido no haber encontrado ningún tipo de relación entre alexitimia y deterioro cognitivo puesto que, si bien hasta ahora apenas ha sido estudiada la relación entre alexitimia y deterioro cognitivo, sí existe un mayor cúmulo de datos que evidencian que la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes ancianos con deterioro cognitivo es más alta que en pacientes ancianos con buen nivel cognitivo (eg., Guerra-Cazorla, Sánchez-Pastor, Navío-Acosta y Agüera-Ortiz, 2010; Montesinos, Fernández, Galán y Díez, 2008). Creemos que una posible explicación puede estar en el escaso número de sujetos con deterioro cognitivo (apenas el 36.4%) del total de la muestra) con el que hemos contado. Este dato posiblemente también pueda explicar la escasa relación entre deterioro cognitivo y depresión.

Como se indica en el propio título del trabajo, este estudio tiene un carácter exploratorio. Como prospectiva, sería adecuado aumentar el tamaño muestral del estudio, especialmente en los casos de sujetos con deterioro cognitivo. Es posible que en ese caso, los resultados que se obtengan vayan más en la línea de estudios previos.

## Referencias

- Apfel, R.J. y Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bamonti, P.M., Heisel, M.J., Topciu, R.A., Franus, N., Talbot, N.L. y Duberstein, P.R. (2010). Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults 50 Years of Age and Older. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 51-56.
- Bankier, B., Aigner, M. y Bach, M. (2001). Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.
- Buffa, E., Scotti, F., Rusconi, F., Castelli, D., Palvarini, M., Aglieri, S., Frisinghelli, A. y Scheiger C. (1997). Infarto miocárdico e alexitimia: una ricerca clinico-statística. *Medicina Psicopatológica*, 42(2), 79-89.
- Calero-García, M.J. y Cruz, A.J. (2014). Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 5-18. Recuperado de: <http://www.ejihpe.es/index.php/journal>
- Caycedo, A. M., Miller, B., Kramer, J., y Rascovsky, K. (2009). Early features in frontotemporal dementia. *Current Alzheimer Research*, 6 (4), 337-340.
- De Gucht, V. y Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- 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. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 397-408.
- Goodkind, M.S., Gyurak, A., McCarthy, M., Miller, B.L., Levenson, R.W. (2010). Emotion regulation deficits in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 25 (1), 30-37.
- Gündel, H., López-Sala, A., Ceballos-Baumann, A.O., Deus, J., Cardoner, N., Marten-Mittag, B., et al. (2004). Alexithymia correlates with the size of the right anterior cingulate. *Psychosomatic Medicine*, 66 (1), 132-140.
- Guerra-Cazorla, L.M., Sánchez-Pastor, L., Navío-Acosta, M. y Agüera-Ortiz, L.F. (2010). Antidepresivos y deterioro cognitivo en el anciano. *Psicogeriatría*, 2 (4), 201-206.
- Gunzelman, T., Kupfer, J. y Brähler, E. (2002). Alexithymia in the Elderly General Population. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 74-80.

- Hauwel-Fantini, C. y Pedinielli, J.L. (2008). De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(4), 277-284.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G. y Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237.
- Henry, J.D., Phillips, L.H., Maylorc, E.A., Hosieb, J., Milneb, A.B. y Meyerc, C. (2006). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 535-543.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. y Viinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M.L. y Salokangas, R.K. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37(2), 144-147.
- Kano, M., Fukudo, S., Gyoba, J., Kamachi, M., Tagawa, M., Mochizuki, H., et al. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: An H2 15O-PET study. *Brain*, 126(Pt 6), 1474-1484.
- Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.R. y Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 471-476.
- Lara, C., Sanchís, M. y Rodríguez, A. (2008). *Concepto de alexitimia*. Recuperado de: [http://media.wix.com/ugd/62e7a6\\_f97e47f324c90f19c512db314d44aa6f.pdf](http://media.wix.com/ugd/62e7a6_f97e47f324c90f19c512db314d44aa6f.pdf)
- Lobo, A., Ezquerria, J., Gómez, F., Sala, J.M. y Seva, A. (1979) El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-201.
- Luminet, O., Bagby, R.M. y Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A. y Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 38(12), 1717-1722.
- 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, 620-630
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7 (1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F. (1999). La alexitimia: un factor de riesgo para el padecimiento de los efectos patógenos del estrés. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emoción y salud* (pp. 387-401). Barcelona: Ariel.
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M. y Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia: State or trait? *The Spanish Journal of Psychology*, 6(1), 51-59.
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T. y Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629-635.
- Montesinos, S., Fernández, E., Galán, M. y Díez, C. (2008). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en población mayor de 65 años. *Atención Primaria*, 40(4), 209-216.
- Nemiah, J.C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Onor, M.L., Trevisiol, M., Spano, M., Aguglia, E. y Paradiso, S. (2010). Alexithymia and Aging: A Neuropsychological Perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198(12), 891-895.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Paradiso, S., Vaidya, J.G., McCormick, L.M., Jones, A. y Robinson, R.G. (2008). Aging and alexithymia: association with reduced right rostral cingulate volume. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 760-769.
- Parker, J.D., Bagby, R.M. y Taylor, G.J. (1991) Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387-394.
- Posner, D. (2000). Relationship among attachment style, empathy, object representations and alexithymia. *Dissertations Abstracts International Section B, The Sciences and Engineering*, 60 (10B), 5231.
- Reisberg, B., Ferris, S., de León, M. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale (GDS) for the assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, P. (1996). Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. *Psiquis*, 17(1), 37-45.

Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Sturm, V.E. y Levenson, R.W. (2011). Alexithymia in Neurodegenerative Disease. *Neurocase*, 17(3), 242-250.

Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (2004). New trends en alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 68-77.

Taylor, G.J., Doody, K. y Newman, A. (1981). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26(7), 470-474.

Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. y Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.



## CAPÍTULO 30

### Tendencias en la utilización de antidepresivos en mayores de 65 años en atención primaria

M<sup>a</sup> Carmen González López<sup>1</sup>, Esperanza Del Pozo Gavilán<sup>2</sup>, Carmen Rodríguez López<sup>3</sup> y Tesifón Parrón Carreño<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio Andaluz de Salud (España); <sup>2</sup>Universidad de Granada (España);

<sup>3</sup>Universidad de Almería (España)

La depresión se encuentra entre las causas más comunes de enfermedad en Atención Primaria y está asociada a altas tasas de discapacidad crónica en los individuos, lo que origina un elevado coste médico y social (Serna-Arnaiz *et al.*, 2007). En los últimos años de la vida la depresión afecta aproximadamente al 15% de las personas de edad avanzada (Beekman *et al.*, 1999). No tratada acorta la vida y aumenta los costes sanitarios, asimismo se añade a la discapacidad de las enfermedades físicas y es la principal causa de suicidio entre las personas de edad avanzada (Lebowitz *et al.*, 1997). La mayoría de las depresiones en adultos mayores se tratan en atención primaria, pero hay evidencias de una escasa detección en este ámbito (Plummer *et al.*, 1997).

En un reciente examen sobre la situación mundial de la salud mental se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como angina, artritis, asma y diabetes (Moussavi *et al.*, 2007), afectando de manera importante a las funciones físicas, mentales y sociales, y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura; dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida (Sobocki *et al.*, 2007).

El proyecto European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMMD) determina que el 13% de los europeos desarrollarán una depresión mayor en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en los 12 meses previos a la realización del estudio (Alonso *et al.*, 2004). El número total de personas que padecen depresión en Europa alcanzó los 21 millones en el año 2004 (Sobocki *et al.*, 2006).

Se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en Europa (Olesen *et al.*, 2003) y en el mundo (Prince *et al.*, 2007) en términos de años de vida ajustados por discapacidad, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una evaluación de la carga mundial de morbilidad en 2008 dice que la mayor parte de los años perdidos por discapacidad lo son por causa de la depresión, que impone una carga un 50% más alta a las mujeres que a los varones y prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de incapacidad en el mundo, tras la patología cardiovascular.

En España la depresión es el trastorno mental más frecuente y autores como (Haro *et al.*, 2006) consideran que a pesar del enorme crecimiento en la detección y prescripción de antidepresivos, ambos parámetros están lejos de las cifras de prevalencia de depresión en la población en general como pone de manifiesto el estudio epidemiológico ESEMeD-España que detecta una prevalencia-vida de depresión del 10,5% y una prevalencia-año del 3,9% y estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro (Haro *et al.*, 2006).

Según la Encuesta Nacional de Salud en España del año 2006, el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara haber padecido algún problema mental de depresión es del 13,7% (19,0% en mujeres y 8,1% en hombres), ocupando Andalucía el sexto puesto en orden de frecuencia; sin embargo, esta misma encuesta en 2012 recoge que el porcentaje de personas mayores de 15 años que declara haber padecido algún problema mental de depresión es del 14,2% (20,1% en mujeres y 8,2% en hombres), por lo que ha habido un escaso incremento en estos 6 años.

Los datos procedentes de las Encuestas Andaluzas de Salud de 2003 y 2007 (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012) ponen de manifiesto que, en Andalucía, un 20,1% de la población mayor de 15 años presenta riesgo de padecer alguna patología mental, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En España, este porcentaje alcanza el 21,3% (26,8% de mujeres y 15,6% de hombres).

En ambas encuestas (nacional y andaluza) se aprecia que, en los grupos de menor edad, el riesgo de mala salud mental es similar en ambos sexos. Este riesgo aumenta a medida que avanza la edad, incrementándose además las diferencias entre sexos y en general, este riesgo disminuye a medida que mejoran el nivel de estudios y el nivel de ingresos.

El estudio ESEMeD/MEDEA (2000) recoge que durante los doce meses de seguimiento de los pacientes que acudieron a un servicio de salud y fueron diagnosticados de depresión mayor, un 40% recibió tratamiento farmacológico únicamente, un 13% sólo recibió tratamiento psicológico y un significativo 15% no recibió tratamiento farmacológico ni tampoco psicológico de lo que se puede deducir que este tipo de problemas a veces no reciben la atención que merecen por parte de algunos médicos.

Por otra parte, en la última década hemos asistido a un aumento sin precedentes del consumo de antidepresivos propiciado por la aparición de nuevas moléculas cada vez más sofisticadas y caras que la industria farmacéutica se encarga de publicitar, y por una mayor sensibilización de la población y del sistema sanitario hacia la depresión. Su uso indiscriminado en indicaciones poco precisas puede comprometer el gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud y acabar psiquiatrizando los problemas de la vida cotidiana, convirtiéndolos en depresión y otras enfermedades mentales, y favoreciendo el mal uso de unos psicofármacos que merecen una consideración más seria (Ortiz-Lobo, 2005).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, estimamos conveniente realizar un estudio de utilización de fármacos antidepresivos en Atención Primaria, en los pacientes que han recibido tratamiento antidepresivo durante los años 2007-2012 analizando la tendencia de consumo de los distintos subgrupos terapéuticos en función de la edad y del sexo en Andalucía, que es la comunidad más grande de España, y concretamente en un Área sanitaria de Almería.

### Objetivos

Determinar la evolución de la utilización de antidepresivos durante el periodo de estudio 2007-2012 en el Área Sanitaria de Atención Primaria de Almería.

Evaluar las tendencias en el consumo de antidepresivos en los mayores y menores de 65 años, y en función del sexo.

### Material y métodos

Estudio transversal retrospectivo de utilización de medicamentos antidepresivos en un Área de Atención Primaria (AP) de Almería con 291.493 habitantes, durante un periodo de 6 años (2007-2012).

Se ha evaluado y analizado el consumo de las especialidades farmacéuticas comercializadas en España durante este periodo, prescritas por 205 facultativos pertenecientes al Área de AP de Almería y dispensadas por las oficinas de farmacia, facturadas con cargo al Sistema Sanitario Público Andaluz.

Las especialidades están clasificadas dentro del subgrupo terapéutico farmacológico N06A "Antidepresivos", siguiendo la clasificación de medicamentos reconocida internacionalmente: la Anatomical Therapeutic Chemical Classification (Clasificación ATC) de la Organización Mundial de la Salud. Como unidad de medida y comparación para las variables de consumo se utilizó las Dosis Diarias Definidas por 1000 habitantes y día (DHD).

Los datos se han obtenido a través de la base de datos FARMA del Servicio Andaluz de Salud, utilizada para la facturación de las recetas dispensadas. Esta base de datos también contiene cada especialidad farmacéutica con su composición cualitativa y cuantitativa, y desglosa en Dosis Diarias Definidas la cantidad de principio activo contenido en cada envase de especialidad antidepresiva.

El análisis estadístico se ha efectuado con el programa SPSS-20, utilizando pruebas de la *t* de Student para comparar variables continuas normales. Se consideran diferencias estadísticamente significativas si el valor de *P* es menor de 0,05.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Almería.

### Resultados

#### *Consumo de Antidepresivos Totales. Grupo Terapéutico N06A*

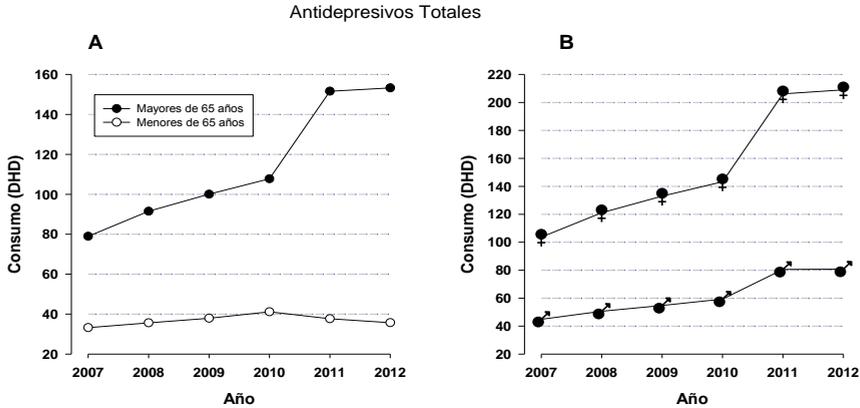
Considerando los 6 años de estudio, la media de consumo de antidepresivos totales (AD) es 3 veces mayor en personas con edad igual o superior a 65 años (mayores) que en menores de 65 años (menores). Así, el consumo medio ( $\pm$  SEM) de Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) es de  $113,8 \pm 12,8$  en mayores y de  $36,9 \pm 1,1$  DHD en menores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0,001$ ).

Cuando se analiza la tendencia del consumo mediante la pendiente de la recta de regresión de éste a lo largo del tiempo, la pendiente es estable (0,6) en la población menor de 65 años, mientras que fue de 16 en la población de mayores (Figura 1A). Es decir, el grupo de los mayores consume cada año una cantidad de antidepresivos mayor.

Al analizar el consumo de antidepresivos totales (AD) diferenciando por sexo en la población de mayores de 65 años, observamos una tendencia ligeramente creciente en el consumo de AD totales en los hombres (pendiente 7,8), y

mucho más creciente en las mujeres (pendiente 22,6) (Figura 1B). El consumo medio anual ( $\pm$  SEM) durante todo el periodo de estudio fue de  $152,7 \pm 18,2$  DHD en mujeres frente a  $61,8 \pm 6,27$  DHD en hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

Figura 1. Tendencia del consumo (DHD) de antidepresivos totales (N06A) en personas mayores y menores de 65 años (A), y diferenciando por sexos en el grupo de los mayores de 65 años (B)

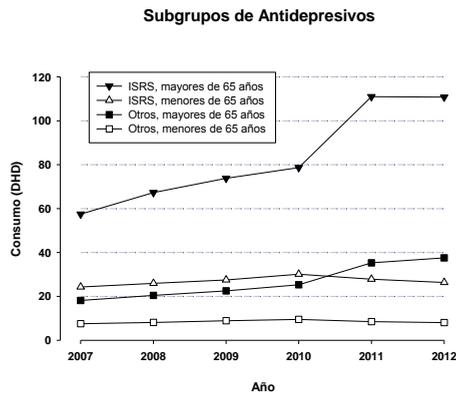


En el grupo de pacientes menores de 65 años, se observa que en las mujeres de esta edad el consumo medio fue de  $54,0 \pm 1,7$  DHD frente a  $19,7 \pm 0,7$  DHD en los hombres, siendo estas diferencias significativamente significativas ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, las tendencias fueron estables en ambos sexos (pendientes de 0,18 en mujeres y 0,16 en hombres).

*Consumo de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Subgrupo Terapéutico N06AB*

El consumo medio ( $\pm$  SEM) de DHD para este subgrupo de antidepresivos en el periodo 2007-2012 es también significativamente superior ( $p < 0,001$ ) en los mayores de 65 años que en los menores de esta edad, y se corresponde con unos valores de  $83,2 \pm 9,23$  y  $26,9 \pm 0,80$  DHD (mayores y menores, respectivamente). Mientras que los menores de 65 años mostraron una tendencia estable (pendiente de 0,2), el consumo de este grupo de antidepresivos en los mayores de 65 años mostró una tendencia creciente (pendiente 11,5). Se pueden observar las tendencias de consumo en la figura 2.

Figura 2. Tendencia del consumo de antidepresivos ISRS (N06AB) y Otros Antidepresivos (N06AX) en la población mayor y menor de 65 años



Cuando se analiza el consumo de antidepresivos ISRS en los mayores de 65 años en función del sexo, observamos una tendencia ligeramente creciente en el consumo en hombres (pendiente 5,5), que es mucho mayor en las mujeres (pendiente de 16,3) (Figura 3). Los consumos medios en el periodo de estudio fueron de  $112,8 \pm 13,7$

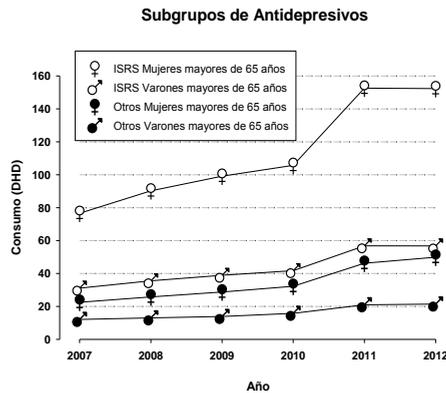
DHD en mujeres frente a  $43,5 \pm 4,4$  DHD en hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

*Consumo de otros antidepresivos. Subgrupo Terapéutico N06AX*

El consumo medio ( $\pm$  SEM) para este subgrupo de antidepresivos es de  $26,5 \pm 3,28$  y  $8,4 \pm 0,28$  DHD en los mayores y menores de 65 años, respectivamente, siendo estos valores estadísticamente significativos ( $p < 0,01$ ). Se observa también que la tendencia de consumo es estable en los menores de 65 años (0,1), y ligeramente creciente (4,1) en los mayores de 65 años (Figura 2).

Cuando se analiza el consumo en los mayores diferenciando por sexo, observamos una tendencia ligeramente creciente en el consumo de otros antidepresivos en hombres (2,0), y más creciente en las mujeres (5,7) (Figura 3). Los consumos medios fueron de  $34,2 \pm 4,6$  DHD en mujeres frente a  $16,2 \pm 1,7$  DHD en hombres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

Figura 3. Tendencia del consumo de antidepresivos ISRS (N06AB) y Otros Antidepresivos (N06AX) en la población de mayores de 65 años diferenciando por sexo



**Discusión**

Este estudio demuestra que existe un progresivo incremento en el consumo total de antidepresivos en el área sanitaria de Almería en el periodo en estudio. Durante la última década, también se ha descrito un aumento progresivo en el consumo global de antidepresivos en Andalucía (González-López *et al.*, 2011) y en otras regiones de Europa (Parabiaghi *et al.*, 2011; Ilyas y Moncrieff, 2012). El subgrupo más utilizado fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tal y como ocurre en otras regiones de España y Europa (Vedia-Urgell *et al.*, 2005; Parabiaghi *et al.*, 2011; Poluzzi *et al.*, 2013). Además, se constata un gran aumento en la prescripción de otros antidepresivos, de manera semejante a otros países europeos (Aguilia *et al.*, 2012; Hernandez *et al.*, 2012).

Las razones de este aumento probablemente no se deban a un incremento en la incidencia o prevalencia de depresión en la población, puesto que se ha notificado que la prevalencia de depresión mayor en España durante el año 2006 fue del 3,9% (Haro *et al.*, 2006) y sólo incrementó al 4% en el año 2010 (Gabilondo *et al.*, 2010). Más bien podría deberse a la cronicidad de la terapia, que condiciona que una proporción de pacientes reciban tratamiento durante mucho tiempo (Moore *et al.*, 2009). También hay que considerar otras razones, ya que en la actualidad algunos antidepresivos tienen indicación para el tratamiento del dolor crónico y de trastornos de ansiedad (Cascade *et al.*, 2007; Mercier *et al.*, 2013), y también se utilizan para condiciones de salud que no están bien definidas (Pagura *et al.*, 2011). Por último, no hay que olvidar la influencia de campañas publicitarias agresivas y la introducción en el mercado de nuevos fármacos con ventajas en cuanto a toxicidad (Mojtabai, 2014)

El mayor consumo de antidepresivos en mujeres en relación con los varones constituye una observación constante de los estudios epidemiológicos en este campo (Haro *et al.*, 2006). Diferentes argumentos han sido esgrimidos para explicar este hallazgo, como que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos y una superior frecuentación a las consultas de atención primaria, y también que los médicos de atención primaria tienen una disponibilidad mayor para prescribir estos agentes a este grupo poblacional (Dumesnil *et al.*, 2012).

El hallazgo más significativo de este estudio es que los mayores de 65 años consumen más antidepresivos que los menores de esta edad, considerando tanto el conjunto de fármacos de este grupo, como cualquiera de los subgrupos. Además, se constata que la pendiente del patrón de consumo a lo largo del periodo de estudio es significativamente superior en los mayores que en los menores de 65 años. Esto no es exclusivo de nuestro país, sino que coincide con lo descrito en otros estudios realizados en Holanda y Reino Unido, en los que se notifica que la tasa de incremento de la prescripción de estos fármacos también fue superior en la franja etaria de mayores de 65 años (Hernandez *et al.*, 2012).

Una posible explicación de este incremento se relacionaría con la tasa de prevalencia de depresión. Sin embargo, se ha descrito que la tasa de enfermedad depresiva en los mayores de 65 años es menor que en los que tienen una edad inferior, lo cual sugiere que existe una discrepancia entre el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad en este grupo de edad (Mojtabai, 2014). De hecho, se constata que menos de una tercera parte de los adultos mayores de 65 años en tratamiento con antidepresivos reúnen los criterios diagnósticos mediante entrevistas estructuradas o escalas para depresión mayor (Mitchell *et al.*, 2010).

Hay que tener en cuenta que es difícil diagnosticar la enfermedad depresiva en los ancianos en atención primaria. Los trastornos del sueño, la fatiga, los niveles bajos de energía asociados a diversas condiciones mentales y el aislamiento social como consecuencia de pérdidas de amigos y pareja pueden confundirse con síntomas depresivos y contaminar el diagnóstico. Muchos de los pacientes tratados con antidepresivos presentan distimia o bien trastornos adaptativos con alteración del humor. Hay que tener en cuenta que, aunque hay bastante evidencia sobre la utilidad de los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor (Broich, 2009), la comunidad científica internacional es mucho más cautelosa sobre la eficacia de estos fármacos en la depresión menor y distimia (Hegerl *et al.*, 2012). Por lo tanto, la utilización de estos fármacos en ancianos, sin un criterio diagnóstico claro, supone exponer a esta población a problemas de toxicidad sin obtener un beneficio claro, con las subsiguientes connotaciones de índole ética y económica.

## Conclusiones

El consumo de antidepresivos totales y de los subgrupos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y Otros antidepresivos ha experimentado un incremento significativo en el periodo de estudio, especialmente en la población mayor de 65 años y en las mujeres.

## Referencias

- Aguglia, E., Ravasio, R., Simonetti, M., Pecchioli, S. y Mazzoleni, F. (2012). Use and treatment modalities for SSRI and SNRI antidepressants in Italy during the period 2003-2009. *Current Medical Research and Opinion*, 28(9), 1475-1484.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A.; ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (420):21-27.
- Beekman, A.T.F., Copeland, J.R.M. y Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Broich, K. (2009). Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) assessment on efficacy of antidepressants. *European Neuropsychopharmacology*, 19(5), 305-308.
- Cascade, E.F., Kalali, A.H. y Thase, M.E. (2007). Use of antidepressants: expansion beyond depression and anxiety. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(12), 25-28.
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Verdoux, H., Sebbah, R., Paraponaris, A. y Verger, P. (2012). General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. *PLoS One*, 7(12):e52429. doi: 10.1371/journal.pone.0052429.
- Estudio ESEMED/MEDEA. (2000). European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000 (WHO World Mental Health Surveys).

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 76-85.

González-López, MC., Rodríguez, C.M. y Del Pozo, E. (2011). Utilization of antidepressants in Almería health district. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 109(3), 64-65.

Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(12), 445-451.

Hegerl, U., Allgaier, A.K., Henkel, V. y Mergl, R. (2012). Can effects of antidepressants in patients with mild depression be considered as clinically significant? *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 183-191.

Hernandez, J.F., Mantel-Teeuwisse, A.K., van Thiel, G.J., Belitser, S.V., Warmerdam, J., de Valk, V., Raaijmakers, J.A. y Pieters, T. (2012). A 10-year analysis of the effects of media coverage of regulatory warnings on antidepressant use in The Netherlands and UK. *PLoS One*, 7:e45515. doi: 10.1371/journal.pone.0045515.

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>,2006

[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud\\_DistribucionPorcentual.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.pdf). 2012 pag. 113.

Ilyas, S. y Moncrieff, J. (2012). Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 393-398.

Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., Reynolds, C.F. 3rd, Alexopoulos, G.S., Bruce, M.L., Conwell, Y., Katz, I.R., Meyers, B.S., Morrison, M.F., Mossey, J., Niederehe, G. y Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in later life. Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278(14), 1186-1190.

Mercier, A., Auger-Aubin, I., Lebeau, J.P., Schuers, M., Boulet, P., Hermil, J.L., Van Royen, P. y Peremans, L. (2013). Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews. *BMC Family Practice*, 14:55. doi: 10.1186/1471-2296-14-55.

Mitchell, A.J., Rao, S. y Vaze, A. (2010). Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 285-294.

Mojtabai, R. (2014). Diagnosing depression in older adults in primary care. *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1180-1182.

Moore, M., Yuen, H.M., Dunn, N., Mullee, M.A., Maskell, J. y Kendrick, T. (2009). Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*, 339:b3999. doi: 10.1136/bmj.b3999.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-858

Olesen, J. y Leonardo, M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology*, 10(5), 471-477.

Organización Mundial de la Salud. Accedido 15 de Mayo 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/>

Ortiz-Lobo, A., Lozano-Serrano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, 35(3), 152-155

Pagura, J., Katz, L.Y., Mojtabai, R., Druss, B.G., Cox, B. y Sareen, J. (2011). Antidepressant use in the absence of common mental disorders in the general population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 494-501.

Parabiaghi, A., Franchi, C., Tettamanti, M., Barbato, A., D'Avanzo, B., Fortino I, Bortolotti, A., Merlino, L. y Nobili, A. (2011). Antidepressants utilization among elderly in Lombardy from 2000 to 2007: dispensing trends and appropriateness. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(10), 1077-1083.

Plummer, S., Ritter, S.A.H., Leach, R.E., Mann, A.H. y Gournay, K.J. (1997). A controlled comparison of the ability of practice nurses to detect psychological distress in patients who attend their clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(3), 221-223.

Poluzzi, E., Piccinni, C., Sangiorgi, E., Clo, M., Tarricone, I., Menchetti, M. y De Ponti, F. (2013). Trend in SSRI-SNRI antidepressants prescription over a 6-year period and predictors of poor adherence. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(12), 2095-2101.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips MR y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877.

- Serna Arnaiz, MC., Torres Altisent, A., Cruz Esteve, I., Gascó Eguíluz, E., Rué Monné, M. y Pifarré Parederp, J. (2007). Cost of depression in Primary Care. *Revista Española de Economía de la Salud*, 6(7), 395-399
- Sobocki, P., Ekman, M., Agren, H., Krakau, I., Runeson, B., Martensson, B. y Jönsson, B. (2007). Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*, 10(2), 153-160.
- Soboski, P. Jonsson, B, Angst, J, y Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98.
- Valmisa-Gomez de Lara, E. et al (2008). Plan integral de salud mental en Andalucía 2008-2012. Sevilla: Edita: junta de Andalucía. Consejería de Salud
- Vedia-Urgell, C., Bonet Monne, S., Forcada Vega, C. y Parellada Esquiús, N. (2005). [Study of use of psychiatric drugs in primary care]. *Aten Primaria*, 36(5), 239-245.



## CAPÍTULO 31

### “Profesionalización” de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario

Nicolasa García Gallardo, Cecilia Zamora Ruiz y Antonia Ariza Baena  
*Hospital Infanta Margarita de Cabra, Córdoba (España)*

Idear un plan de actuación para profesionalizar los cuidados del paciente dependiente en su domicilio, mejorando su calidad de vida y la calidad de vida de su cuidador, constituye una tarea que se nos plantea, a raíz de nuestras múltiples experiencias vividas en la 6ª planta del Hospital Comarcal Infanta Margarita, como profesionales de enfermería. Son muchas las personas que llegan a nuestro servicio con un familiar enfermo. Muy frecuentemente ingresan con algún tipo de patología que le ha cambiado la vida tanto a él, como a la familia y/o personas del entorno.

Previamente eran independientes para las actividades de la vida diaria, y tras sufrir algún tipo de lesión cerebral, dejan de serlo y presentan inmovilidad total o parcial, incapacidad para comer o deglutir, para asearse, para caminar por sí solos, para vestirse o desvestirse, se desorientan, ..., otros sufren un proceso de agudización de su enfermedad ya sea cardíaca, respiratoria o de otra índole y pasan de valerse por sí mismos, a necesitar la intervención de un cuidador que les ayude a cubrir y/o cubra sus necesidades básicas: ducharse, ir al baño, hacer la comida, etc. En definitiva, son muchos, los procesos patológicos (ACVA, ictus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, EPOC...), que desencadenan situaciones de dependencia, que las familias tienen que abordar. La mayoría de éstas desconocen cómo hacerlo.

En muchas ocasiones, es un mundo nuevo, que tienen que aprender a afrontar y en otras, el deterioro progresivo va dejando entrever nuevas situaciones de dependencia que se tienen que ir solucionando sobre la marcha.

Son múltiples las llamadas de atención, los requerimientos, las inquietudes, las preocupaciones, los sentimientos de incapacidad para abordar la nueva situación, los que la familia y/o cuidador nos plantean; no saben cómo tienen que cuidar a su familiar en el día a día, en sus domicilios.... Y para eso estamos aquí, para ayudarles.

Por este motivo hemos decidido desarrollar este plan de actuación, para:

1. Educar y formar al cuidador en conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar con independencia y seguridad las técnicas necesarias para un cuidado idóneo de la persona dependiente que atiende.
2. Administrar las herramientas necesarias de orientación y apoyo al cuidador en su labor.
3. Ofrecer un servicio interactivo donde responder a todas las inquietudes, dudas, sugerencias, información adicional, problemas, etc., que puedan surgir derivados de la atención al paciente dependiente crónico complejo a lo largo del tiempo, ya en su propio domicilio.
4. Divulgar la existencia de esta iniciativa para mejorar la calidad de la asistencia en el propio domicilio y, reducir la carga asistencial a nivel hospitalario intentando minimizar el número de reingresos.

La idea de poner en marcha este plan de mejora de la calidad de vida del paciente dependiente y su cuidador, ha surgido en la U.C.G. de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita, y es que es, esta especialidad, la Medicina Interna, la actividad hospitalaria que supone una atención del 15,42% de los pacientes adultos dados de alta en los hospitales de España, con una edad media de 70,6 años.

A su alta, acuden a centros sociosanitarios sólo un 0,58% y a su domicilio el 85,57%, según datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Sistema Nacional de Salud, en el bienio 2005 y 2006 (Barba y Zapatero, s.f.), porcentaje que nos hace dirigir la mirada hacia el domicilio de la persona dependiente y su cuidador.

La última encuesta, publicada en el año 2008, sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), pone de manifiesto una estrecha relación entre edad y dependencia, y sitúa a Andalucía entre las Comunidades con mayores tasas de dependencia de España (Abellán y Esparza, 2008).

Derivado de este tipo de encuestas, se nos muestra que el perfil más frecuente de la persona cuidadora es: mujer, con edad media superior a los 50 años, casada, sin estudios o con estudios primarios, que suele ser la hija o el cónyuge de la persona dependiente. Dedicar casi todos los días de la semana y en jornadas de 8 horas, al cuidado de la persona dependiente, y lleva 8 o más años realizando esta labor en el 34,2% de los casos (Esparza, 2011).

Por otro lado y centrándonos en nuestra Comunidad, tanto el I como el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) 2010-2014, sitúan al ciudadano en el centro del sistema.

En este sentido, García *et al.*, (2013) hablan de poner en marcha líneas de actuación que garanticen los derechos de los usuarios del SSPA, faciliten el acceso de los mismos al sistema, y potencien conceptos como Seguridad y Calidad Asistencial. Dentro de la “categoría” de ciudadano, aquellos que se encuentran en situación de dependencia constituyen el eslabón más frágil de la cadena asistencial.

Reflejo de la importancia que el SSPA concede a estos ciudadanos, ha sido la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que ha generado sin duda un aumento en el proceso de su captación y valoración.

La carencia de información y educación sanitaria detectada para el cuidado domiciliario de este tipo de personas y un análisis meticuloso de las posibilidades de mejora de esta situación, se encuentran en la génesis de esta estrategia: “Profesionalización de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario”, que intenta ofrecer soluciones prácticas, orientación y apoyo al cuidador de la persona dependiente, mejorando la calidad de vida de ambos.

## Método

Con el fin de conseguir este ambicioso reto, hemos configurado un plan de actuación que desarrollamos en los siguientes puntos:

La inclusión en el plan docente de formación interna del Área Sanitaria Sur de Córdoba, de talleres de información y formación teórico-prácticos, dirigidos a personal de enfermería (tanto auxiliares como enfermeros), con el fin de, unificar criterios, y mejorar habilidades y actitudes en la enseñanza que se les va a ofrecer a los cuidadores de personas dependientes durante su estancia en el hospital (momento en el que más impacto puede tener este tipo de formación).

Con esta intervención, intentamos, sobre todo, sensibilizar al personal sanitario, para que incluyan en el desempeño de su labor asistencial, el compartir con los cuidadores sus conocimientos y ayudarles a adquirirlos de la manera más “profesional”.

Realización de talleres de educación, formación y apoyo para los cuidadores durante su estancia hospitalaria y/o con posterioridad (bien sea en el propio hospital o en los centros de salud de referencia), para conseguir una capacitación idónea de los mismos en el cuidado de la persona que asisten; así como talleres de autocuidado: Aula “Aprender a Cuidarse” del Hospital Infanta Margarita, que lleva a cabo nuestro enfermero de enlace.

### Aula Aprender a Cuidar\_SE

¿Sabe Vd. Cuidar a su paciente?  
¿Sabe Vd. CuidarSE para no claudicar?



Existe una previsión de celebración de uno a dos talleres de formación para cuidadores por semana y en grupos reducidos para favorecer la adquisición de conocimientos. En estos talleres se expondrán contenidos informativos y formación práctica en técnicas básicas y habilidades sobre los temas desarrollados y exposición de vídeos demostrativos. También se ofrecerá apoyo en la toma de decisiones y formación en autocuidados para el cuidador.

Creación del blog interactivo “APRENDIENDO A CUIDAR”, en la página web de nuestro hospital, donde se podrán ir recibiendo las aportaciones de todas las personas implicadas en el abordaje de la polipatología y dependencia e ir dando respuesta a todas las inquietudes de la población atendida.

Este blog está estructurado en dos partes:

Una primera, de contenidos informativos basados en el Manual “Personas cuidando de Personas” y con acceso a vídeos demostrativos de las técnicas más usuales.

Y, una segunda parte, donde la población puede hacer sus consultas, opinar sobre temas, estar al día de las últimas novedades, noticias, enlaces con otras páginas web de interés y por supuesto, contar con el apoyo y los mejores consejos de los profesionales de la U.C.G. de Medicina Interna del hospital.



Ofrecer apoyo bibliográfico, mediante la difusión del Manual Práctico: “PERSONAS CUIDANDO DE PERSONAS”, el cuál realiza un recorrido por las principales habilidades que debe desarrollar el cuidador en la atención directa con la persona dependiente, sin olvidarse de aspectos claves de su entorno físico y social, y finalizando con un capítulo dedicado íntegramente a preservar la salud del cuidador.



Aunque el acceso a este manual se puede hacer a través del blog, también es cierto, que las personas cuidadoras, normalmente son de avanzada edad, sin habilidades en el manejo de las nuevas tecnologías y por lo tanto, la mejor difusión de esta información sería a través de manuales impresos, donde la lectura y visualización de imágenes configurasen el mejor vehículo del conocimiento.

Por último, estamos desarrollando una aplicación para dispositivos móviles, que permita acceder a la información del manual, en cualquier momento y lugar.

## Resultados

Los resultados, aunque es aún muy pronto, por la juventud del proyecto, se pueden traducir en un incremento del número de cuidadores que demanda información y formación para mejorar conocimientos y habilidades en las técnicas asistenciales básicas. Una mayor demanda de asistencia a talleres de información, formación y apoyo.

Puesto que el blog está en fase de construcción, no podemos si no esperar de esta herramienta, un torrente de información bidireccional donde el profesional sanitario y el cuidador estén siempre mano a mano, mejorando la calidad de vida de las personas que atienden. Una demanda incipiente de manuales en el momento del alta hospitalaria para consolidar sus conocimientos y consultar dudas.

Por último, esperar que un importante número de descargas de la APP en programación, suponga otro soporte más de la información que estamos ofreciendo a toda la población.

## Discusión

Existe un vacío formativo tanto en profesionales como en cuidadores principales, sobre el manejo de pacientes crónicos y crónicos complejos (dependientes).

Se requiere una mayor sensibilización y participación del personal sanitario para trabajar en el día a día con estos cuidadores de manera voluntaria y desinteresada, ya que el centro hospitalario es el lugar por excelencia, donde el cuidador quiere aprender su nuevo papel ayudado por personal cualificado.

Esto supone para enfermería un tiempo extra del que normalmente no dispone. Por ello, hay que ser conscientes del sobreesfuerzo añadido que realiza este gremio, ya que en el momento actual está bastante saturado.

La elaboración de materiales formativos, tanto teórico como teórico-prácticos, es primordial a la hora de concienciar tanto al personal sanitario como al propio cuidador principal de la necesidad de “profesionalización” de estos cuidados. Hoy en día, completar este círculo con recursos virtuales parece imprescindible.

Se requiere ayuda en la divulgación de estas herramientas en un momento socioeconómico en el que cualquier iniciativa requiere esfuerzo y apoyo económico. Se requiere una mayor concienciación y participación del personal sanitario para trabajar en el día a día con estos cuidadores de manera voluntaria y desinteresada, y la Administración debe facilitar la herramienta TIEMPO para hacer llegar estos conocimientos a cuidadores de personas dependientes.

## Conclusiones

Si bien es importante el ahorro en tiempo, recursos humanos y recursos materiales, no es menos cierto que una intervención por parte de la Administración para desarrollar proyectos de educación y difusión de conocimientos sanitarios, que permitan a la población cuidar en sus domicilios a pacientes dependientes (pacientes crónicos y polipatológicos), es una práctica que aporta calidad en los cuidados de dichas personas, aumenta su calidad de vida; proporciona ayuda física y psicológica a sus cuidadores, con la consiguiente mejora en calidad de vida; disminución del número de ingresos; disminución del número de reingresos; disminución del colapso asistencial que en muchos centros sanitarios suponen este tipo de pacientes.

La difusión de esta experiencia en congresos y reuniones relacionados con la polipatología, cronicidad y dependencia hacen de esta línea de estrategia, todo un proyecto por desarrollar y del que se esperan resultados óptimos a corto y medio plazo.

## Referencias

Abellán, A. y Esparza, C. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Barba, R. y Zapatero, A. (s.f.). *Estudio de un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna*. Grupo de Trabajo “Gestión Clínica”. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna.

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2005). *Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía*. Sevilla. Recuperado de [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliares.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliares.pdf).

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2010). *Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014*. Sevilla. Recuperado de [www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf).

Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2012). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. Sevilla. Recuperado de [www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtenEECC.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtenEECC.pdf).

Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 108.

García, N., Zamora, C., Ariza, A., Fuentes, A., Toscano, A., Leyva, M. y Tirado, R. (2013). *Manual Práctico “Personas cuidando de personas”*. SADEMI (Pendiente de publicación).

García, N., Zamora, C., Ariza, A., Fuentes, A., Toscano, A. y Leyva, M. (2013). *Aprendiendo a Cuidar*. Recuperado de [www.hospitalinfantamargarita.es/aprendiendocuidar](http://www.hospitalinfantamargarita.es/aprendiendocuidar)

Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud: ENSE 2011-2012*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. BOE núm. 299.

Ortegón, A. (s.f.). Aula: Aprender a Cuidarse. Recuperado de [www.hospitalinfantamargarita.es/main/egch](http://www.hospitalinfantamargarita.es/main/egch).

Pérez, R.M., Gala, B., López, S., Reina, M., Rodríguez, S. y Lacida, M. (2007). *CUIDARTE: una estrategia para los cuidados en la Andalucía del Siglo XXI*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



## CAPÍTULO 32

### Relación entre el burnout del cuidador y la demencia de tipo Alzheimer

Paula Sancho Espinós, José Enrique de la Rubia Ortí y Carmen Cabañés Iranzo  
*Universidad Católica de Valencia (España)*

En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida, y la disminución de la natalidad, ha aumentado la prevalencia de patologías derivadas del envejecimiento, como la enfermedad de Alzheimer u otras patologías degenerativas, de lenta evolución y sin cura, en cuya asistencia se destaca el familiar más cercano. La demencia es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta los procesos mentales superiores del individuo, como la memoria, el lenguaje, la atención, el pensamiento, y provoca alteraciones en la conducta y la personalidad de los que la padecen. Se clasifica en varios tipos, siendo la más común la enfermedad de Alzheimer, seguida de las demencias vasculares. Su aparición es más frecuente después de los 60 años, es decir, se incrementa con la edad (Espín, 2009).

#### *Demencia tipo Alzheimer*

Es una enfermedad crónica degenerativa, progresiva e incurable, caracterizada por síntomas cognitivos, problemas físicos y alteraciones emocionales y comportamentales, que afecta aproximadamente al 8% de la población mayor de 65 años, y al 30% de la población mayor de 80 años. Tiene un importante impacto sanitario, económico y social (Cerquera y Galvis, 2013). De hecho en España hay 600.000 personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. El dato especificado anteriormente sugiere que existen en España más de 600.000 cuidadores que atienden a estas personas, por lo que el hecho merece ser estudiado como un agente social emergente. Se define como persona dependiente “aquella que durante un tiempo prolongado, necesita de la ayuda de otra persona para la realización de actividades habituales del día a día”. Los investigadores suelen distinguir entre dos grupo de actividades: por un lado, las orientadas al cuidado personal, es decir, “actividades de la vida diaria” como por ejemplo comer o asearse; y por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la persona, es decir “actividades instrumentales de la vida diaria” como por ejemplo comprar o preparar la comida” (Lago y Alós, 2012).

#### *Repercusión familiar*

Cuando se diagnostica un proceso demencial, la familia es el primer núcleo que sufre, no solo por el propio diagnóstico, sino también por la sintomatología que muestra el paciente. Los miembros de las familias de los pacientes con demencia se convierten en víctimas de la enfermedad; ya que los roles, las expectativas dentro de la familia, así como las responsabilidades cambian. El cuidado de un paciente por lo general no se comparte equitativamente entre los miembros de la familia, muchas veces existen dificultades económicas que obstaculizan el cuidado del paciente. Aunque las experiencias de los cuidadores y las familias puedan variar, esto no implica que las personas que cuidan a un paciente con demencia, no tengan las mismas necesidades en común. La necesidad de un apoyo emocional e informacional es universal entre las personas que cuidan a un paciente (Lago y Alós, 2012).

#### *Cargas del cuidador*

Es en este punto en el que no solo el interés debe recaer sobre los pacientes con enfermedad de Alzheimer sino también en los cuidadores.

El estudio de los cuidadores ha tomado importancia por la sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión y demás posibles efectos negativos que se pueden generar en estos. La enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia. Se ha encontrado que los cuidadores de pacientes con Alzheimer suelen presentar síntomas depresivos, ansiedad, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia y resignación, alteraciones del sueño, sobrecarga, alteraciones sexuales, altos niveles de estrés, bajos niveles de satisfacción con la vida y problemas laborales y legales (Cerquera, Pabón y Uribe, 2012; Martínez, 2009). Es así como se encuentra la necesidad urgente de investigaciones dirigidas a estimar la prevalencia e incidencia de la enfermedad, conocer sus factores de riesgo, así como cuantificar el impacto en la familia y en la sociedad, lo que permitiría trazar estrategias dirigidas a esta población y su familia (Cerquera y Galvis, 2013).

#### *Perfil del cuidador*

Los cuidadores cruciales de los pacientes con demencia correspondieron en su mayoría a mujeres casadas, esposa o hijas del paciente, en la quinta década de la vida, amas de casa, y con un nivel medio de escolaridad. El cuidador

dedica alrededor de 12 h. diarias al cuidado del paciente, la mayor parte en la supervisión. Se evidenció afectación psicológica en el 89% de los cuidadores. La Asociación Mundial de Alzheimer (ADI) define al cuidador principal como la persona que más tiempo permanece al cuidado del enfermo; esta persona sufre los que los investigadores han llamado *burden* (carga) para reflejar las sensaciones de "opresión", "obligación", "sin descanso" y "durante mucho tiempo", sensaciones expresadas por los familiares frente a la demanda de cuidados que genera el paciente con demencia (Llibre, Guerra y Perera, 2008). Es por esto que uno de los dilemas más importantes que tienen los familiares de enfermos con Alzheimer, es resolver la atención que demanda el paciente, y el uso de su tiempo en actividades diferentes. El cuidado en casa pronto plantea serios problemas a la dinámica familiar que con frecuencia solo se resuelven con la institucionalización del paciente. El costo del mismo es muy alto (económico y moral) para la familia y para el paciente (en su estado de salud y deterioro) (Miguel, 2006). Los profesionales que trabajan en residencias, se consideran un grupo de riesgo, en el sentido de que suelen sufrir altos niveles de estrés y las puntuaciones registradas en el test que valora el síndrome de Burnout, son muy altas (Garro, 2011; Moreno, 2007).

#### *Quemamiento del cuidador o Burnout*

El término "Burnout" significa en castellano "estar quemado" o "síndrome del quemado profesional" y es un término que aparece por primera vez en el Reino Unido, relacionado con los deportistas y las presiones que soportaban en relación con el rendimiento que se esperaba de ellos (Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García, 2014). Se define Burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Se considera que la aparición de este síndrome es más característico de aquellas profesiones de servicios, caracterizados por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Las características tridimensionales de Burnout serían (Moreno, 2007):

- Agotamiento y desgaste tanto físico como emocional.
- Despersonalización en lo que se refiere a la interacción con otras personas como pacientes o colegas, mostrando actitudes como pueden ser irritabilidad, falta de paciencia, intolerancia, cinismo o suspicacia.
- Falta de motivación o de competitividad a nivel profesional, y a nivel personal falta de autoestima.

#### **Hipótesis**

Tras realizar la búsqueda bibliográfica plasmada en la introducción de nuestro trabajo, la hipótesis que nos planteamos es que el tratamiento de enfermos con demencia de tipo Alzheimer genera un quemamiento en el cuidador, y el grado de este tiene que ver con el desarrollo de la demencia de tipo Alzheimer.

#### **Objetivos**

Los objetivos de nuestro trabajo serán los siguientes:

- Evaluar el conocimiento actual en relación al impacto que tiene la demencia tipo Alzheimer en el Burnout del cuidador.
- Demostrar y valorar el impacto que tiene el Burnout con el desarrollo de la demencia de tipo Alzheimer.

#### **Material y métodos**

Para la realización del estudio, y en base a los objetivos planteados, se dividió el trabajo en dos partes diferenciadas, empleando para llevarlas a cabo, dos tipos diferentes de metodología. Por una parte se realizó una revisión bibliográfica descriptiva narrativa clásica de los últimos 15 años con el fin de actualizar los conocimientos relacionados con la influencia que ejerce, en el estado de ánimo y emocional del cuidador, el desarrollo de su actividad profesional con personas dependientes enfermas de demencia tipo Alzheimer. Para obtener los artículos más relevantes en este sentido, se realizó una exploración retrospectiva, empleando para ello los descriptores Alzheimer, cuidador y Burnout (tanto en español como en inglés en función de la base de datos a la que se accediera), que se combinaron entre sí con el operador booleano AND (Y). Las bases de datos empleadas fueron EBSCO, Medline y Academic Search Complete. Posteriormente, se realizó una segunda para obtener los textos completos que no conseguimos inicialmente.

Por otra parte, para tratar de confirmar y cuantificar el impacto que tiene el estado de quemamiento de los cuidadores sobre el desarrollo de la enfermedad, se comparó los resultados obtenidos por nosotros mismos en diferentes instituciones. Por un lado se pasaron encuestas del Burnout en un centro especializado en el tratamiento y cuidado de la demencia tipo Alzheimer como es la AFAV, que presenta un menor nivel de estrés, y unos porcentajes de depresión y ansiedad muy por debajo de los que presentan los pacientes de este grado de demencia para la misma

enfermedad. Y por otro lado se pasaron las mismas encuestas Burnout en otra residencia de la Comunidad Valenciana. Finalmente se compararon los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo todo esto, se contactó con las dos residencias (las dos con las mismas características a nivel de número de enfermos y de cuidadores, y a nivel del grado de demencia): la que mantenemos en el anonimato, y la AFAV; y se consiguió el consentimiento de ambas. A continuación, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se informó mediante documento escrito a las entidades implicadas en el estudio, de los objetivos y la metodología de este, con el fin de obtener el consentimiento.
2. Se seleccionó solo a los trabajadores que estaban en contacto directo y día a día con los enfermos de Alzheimer con trastornos de conducta y psicológicos.
3. Una vez seleccionada la versión del test de Burnout (Garro, 2011) más adecuada por el psicólogo de nuestro equipo de investigación, en función de las características de los trabajadores y de la demencia, se pasaron las encuestas a los trabajadores del centro AFAV previo consentimiento de los trabajadores asegurando por escrito la total confidencialidad de los resultados de las encuestas, y simultáneamente se pasan las mismas encuestas al mismo número de trabajadores de otro centro no especializado en pacientes con Alzheimer de la Comunidad Valenciana que accede a participar en la investigación pero cuyo nombre mantenemos en el anonimato, y que están igualmente en contacto directo con enfermos de Alzheimer.
4. A continuación se recogieron todas las encuestas, se creó una base en la que metemos los resultados obtenidos, y se realizó el tratamiento estadístico empleando para ello el programa SPSS 20.
5. Finalmente se comparó los resultados obtenidos y se analizan, extrayéndose las conclusiones una vez discutidos los resultados.

## **Resultados**

A continuación en este apartado se pasa a exponer los resultados obtenidos:

### *Revisión bibliográfica*

Para la primera parte de nuestro trabajo, tras la búsqueda bibliográfica en la que se trata de identificar los trabajos publicados en relación al Burnout de los cuidadores de pacientes de Alzheimer publicados en los últimos 15 años, se identificaron 45, de los cuales, artículos indexados en Journal Citation Report (JCR) solo, por su interés en nuestro trabajo, se analizaron 12.

**Pérez Jáuregui (2000)** en relación con el Burnout, comienza comentando que a nivel de cada persona, el trabajo en su momento inicial se encuentra arropado por elevadas expectativas personales de ejecución, entusiasmo e idealismo profesional que llevan al sujeto a implicarse excesivamente en la solución de los problemas convirtiéndose ello en un reto personal. Todo esto ocasionará bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento. El sujeto en su afán por adaptarse y responder adecuadamente a un exceso en las demandas laborales y profesionales, se esfuerza de un modo intenso, con una sobreexigencia y tensión lo que puede provocarle diferentes enfermedades, y en definitiva, en la mayoría de los casos, una bajada de rendimiento profesional.

Ese mismo año **Menezes de Lucena (2000)** publicaba que en relación con este sobreesfuerzo experimentado, en el ámbito geriátrico se ha investigado el estrés y el Burnout porque la prestación de cuidados a los ancianos incapacitados durante un tiempo prolongado puede convertirse en una tarea física y emocionalmente agotadora para los cuidadores, e influir de forma negativa sobre su salud y bienestar personal (15). La Organización Mundial de la Salud (OMS) viendo el problema de la exposición a ser víctima de Burnout en ambientes de trabajo directamente relacionados con el cuidado, se centra en la evaluación y mejora de la calidad de los sistemas de salud. Y se recomienda cuidar y ofrecer mantenimiento a los recursos humanos para, de este modo, evitar un deterioro rápido de éstos, ya que el personal es clave para el funcionamiento eficaz de las instituciones prestadoras de servicios de salud debido a que de las destrezas, los conocimientos y la motivación de sus profesionales depende la calidad del servicio.

**Gil-Monte (2001)** tras relacionar unos estudios epidemiológicos acerca de los sectores más predisponentes en padecer Burnout, evidencian que el personal asistencial de centros de salud, como clínicas y hospitales, son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y trastornos psiquiátricos es decir, el sector sanitario como se expone en otras publicaciones.

También **Ramírez (2003)** sabiendo que es de suma importancia tener cubierto al personal de posibles riesgos a padecer este síndrome de agotamiento, hace una referencia sobre la necesidad de tener claro y distinguir cuáles son los riesgos profesionales a los que está expuesto el personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que entre los diferentes peligros laborales, el síndrome de Burnout es reconocido actualmente como riesgo ocupacional, incluso catalogado como accidente laboral.

Seguindo la misma línea, **Manassero (2003)** dada la problemática que conlleva padecer este síndrome, en su publicación quiere distinguir entre dos fenómenos ocasionales en los puestos de trabajo, la depresión y el Burnout. Y en este sentido, a pesar de que algunos síntomas presentados por los dos fenómenos coinciden, existe, y se puede establecer, una clara diferenciación, ya que en la depresión destaca el sentimiento de culpa por ejemplo, y en el Burnout lo que se impone son sentimientos como la rabia o la cólera.

**Ortega (2004)** en relación al síndrome de Burnout que en su día Herbert Freudenberger en 1974 definió como la problemática de padecer un conjunto de signos y síntomas por parte de algunos profesionales que tienen que relacionarse íntimamente con otras personas en el trabajo, realizan una investigación que confirman que existe mayor incidencia en trabajadores del sector servicios, ya que es en estas profesiones donde se está en contacto diario con otras personas. Y opinan del mismo modo, que el sector sanitario es un buen ejemplo de ello ya que sufren fatiga emocional y física, la despersonalización, y una capacidad de logro reducida, imposibilitando que la persona pueda desempeñar su trabajo; puesto que el organismo a nivel tanto físico como emocional se halla afectado.

**Moriana (2005)** completa la interpretación del Burnout: la persona presenta agotamiento, cansancio y estrés, que se consideran manifestaciones normales y esperables de los profesionales que se dedican en cuerpo y alma, con una gran dedicación, lo cual conformaría uno de los aspectos detectados por Maslach y Jackson en el desarrollo del Burnout.

**Mahoney (2005)** hará una referencia muy clara sobre el Burnout y sus complicaciones comprobando y afirmando en su artículo que la depresión, la ansiedad o el empeoramiento de la salud física en los cuidadores, son consecuencias frecuentes de las cargas anteriormente citadas como son estar responsabilizado de un paciente con algún tipo de demencia que requiera de gran dependencia en su cuidado.

**Ferrara (2008)** quiere dirigir este síndrome de agotamiento hacia las consecuencias negativas que provocará la exposición continua a esta carga, afirmando que el síndrome Burnout produce finalmente varios sentimientos y emociones que perjudica el desarrollo del trabajo del cuidador. Es decir, el trabajador bajo la influencia de ésta patología solo hará que lo ofrecido a esos enfermos, sea negativo.

**Olivares (2009)** completando las características de padecer Burnout, añaden que este síndrome se dará en su completa repercusión sobre el cuidador, en el momento que se den grandes niveles de agotamiento emocional y despersonalización por una parte, y por otra parte bajos niveles de realización profesional.

**Martínez (2011)** también enfoca su trabajo en definir las características definitorias del síndrome y añadir por qué se producen. El síndrome de Burnout, viene definido principalmente por tres dimensiones ya anteriormente comentadas: Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional.

Finalmente **Acker (2011)** muestra una visión del Burnout más aceptada y más reconocida a nivel social, ya que lo presenta como un estado de estrés, agotamiento sobre todo emocional, y cansancio físico de los trabajadores, que derivan de la falta de sueño en algunos casos, así como de la falta de tiempo y libertad. También lo asocia con un sentimiento de culpabilidad por parte del trabajador, al creer éste que no cumple con sus obligaciones con su familiar enfermo y con su núcleo familiar. Todo esto afecta a las relaciones con la propia familia, y con las amistades, provocando conflictos sociales en el individuo.

#### *Cuestionarios Burnout*

En cuanto a los resultados obtenidos, se debe clarificar el sentido de las mismas. En este sentido, preguntas 1, 5, 10, 15 y 19 de nuestro cuestionario conforman la dimensión de ilusión por el trabajo. Mientras que la 8, 12, 17 y 18 hablan del desgaste psíquico, y las 2, 3, 6, 7, 11 y 14 de la indolencia. Además, la 4, 9, 13, 16 y 20 hacen referencia a la culpa.

El perfil de la muestra aparece representado en la Tabla 1, que se corresponde a los resultados obtenidos en el cuestionario CESQT dividido en función de sus dimensiones. También sabemos que el 27,5% se sitúa en un percentil medio, frente al 50% que presentan un percentil bajo, el restante 22,5% son valores perdidos.

*Tabla 1. Resultados del cuestionario CESQT en relación a diferentes dimensiones*

		Ilusión	Desgaste	Indolencia	Culpa
N	Válidos	36	38	35	40
	Perdidos	4	2	5	0
Media		16,4722	5,9737	5,1429	4,2250
Desv. típ.		3,53340	4,08350	3,20975	3,48247
Rango		11,00	15,00	14,00	12,00

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, se puede hacer ésta misma diferenciación (Tabla 2) basándonos en la residencia A (residencia de la Comunidad Valenciana cuyo nombre omitimos) y la de la AFAV, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2. Comparativa de los resultados obtenidos del cuestionario en residencia A y AFAV

		Ilusión	Desgaste	Indolencia	Culpa	
A	N	Válidos	16	18	17	20
		Perdidos	4	2	3	0
	Media	15,4375	6,6111	5,4118	5,1500	
	Desv. típ.	4,21060	4,10364	3,85777	4,06882	
	Rango	11,00	15,00	14,00	12,00	
AFAV	N	Válidos	20	20	18	20
		Perdidos	0	0	2	0
	Media	17,3000	5,4000	4,8889	3,3000	
	Desv. típ.	2,71642	4,08334	2,54116	2,55672	
	Rango	7,00	12,00	8,00	8,00	

Fuente: elaboración propia

Cabe señalar que puntuaciones más bajas indican mejores resultados en dicho test, a excepción de para la ilusión que es al contrario. Al transformar las dimensiones como variables cualitativas hemos podido saber que al comparar ambas residencias la dimensión de la salud resulto ser estadísticamente positiva ( $p=0.007$ ).

## Discusión

En un intento por mejorar la comprensión sobre el concepto de calidad de vida y el impacto de los servicios en dicha calidad, se planteó que factores afectan a los enfermos con Alzheimer institucionalizados. Cuidar a un enfermo de Alzheimer requiere de una reorganización de la vida cotidiana familiar. Por lo tanto, la familia tiene, en este sentido, más necesidades que el paciente, ya sea a nivel económico, psicológico o evidentemente asistencial. Todo esto hace que podamos afirmar que esta enfermedad causa dos víctimas claramente diferenciadas como son el enfermo y el cuidador que puede sufrir el "síndrome del cuidador" (Algado, Basterra y Garrigós, 1997).

Este hecho puede hacer que los cuidadores, con un alto nivel de quemamiento, tengan motivos para enfadarse e irritarse, lo que puede producir en muchas ocasiones que sientas rabia y odio hacia los pacientes. Debido a esta circunstancia, luego se sienten culpables, ya que se dan cuenta de que les riñen con demasiada frecuencia y les falta paciencia. En relación a esto, no se nos puede olvidar la situación que atraviesan estos cuidadores, de gran tensión por una parte por ver sufrir a su familiar, y por otra por no tener tiempo para dedicárselo a su familia o amigos. Esto hace que en determinados momentos tengan sentimientos de culpa que deben de controlar. Se aconseja que no se interioricen estos sentimientos, sino que los comenten con su círculo de amistades o con el resto de familiares, e incluso con otros cuidadores que tengan o hayan tenido las mismas vivencias, ya que son ellos los que entienden mejor que nadie su situación. Hay que dejar claro que es muy fácil perder el equilibrio en esta situación (Algado, Basterra y Garrigós, 1997). Se trata de trastornos que dificultan la atención y el cuidado de los pacientes, y los estudios realizados hasta el momento coinciden en señalar que son una fuente importante de carga para el cuidador.

En relación a esto, a pesar de que diversos estudios han hallado relaciones significativas entre la carga del cuidador y la presencia global de trastornos no cognitivos, pocos trabajos han identificado relaciones entre la carga y los síntomas no cognitivos específicos. Pero en estos, sí que se evidencia que trastornos del sueño, la incontinencia, el vagabundeo y las conductas peligrosas se relacionan con una mayor inquietud en el cuidador. También la apatía se ha relacionado con un mayor malestar en el cuidador. Finalmente la presencia de síntomas depresivos en el paciente se ha relacionado con mayor carga en el cuidador (Garre, 2002).

Todo esto evidencia que el agotamiento físico y psíquico del cuidador influye en la enfermedad del paciente, lo que hemos podido constatar nosotros al comparar el estado de este agotamiento en cuidadores de centros no especializados, con el nivel de Burnout de los cuidadores de otro centro (AFAV) que tiene todos los adelantos en cuanto a instalaciones y tecnología para que los cuidadores trabajen en las mejores condiciones, lo cual redunde en el estado patológico del enfermo como así es, siendo una variable importante en esta mejoría.

## Conclusiones

Las conclusiones que se extraen en nuestro estudio son las siguientes:

La demencia de tipo Alzheimer tiene una clara influencia en estado de quemamiento del cuidador.

El quemamiento del cuidador tiene un impacto en el desarrollo y empeoramiento del paciente con demencia de tipo Alzheimer.

## Referencias

- Algado, M.T., Basterra, A. y Garrigós, J.I. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*, 13(1), 19-29.
- Cerquera, A.M. y Galvis, M.J. (2013). Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y Bioética*, 17(1), 85-95.
- Cerquera, A.M., Pabón, D.K. y Uribe, D.M. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 360-384.
- Espín, A.M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*, 35(2).
- Garre, J., López, S., Vilalta, J., Turón, A., Hernández, M., Lozano, M. y Cruz, M. (2002). Carga del cuidador y dítomas depresivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Evolución a los 12 meses. *Revista de Neurología*, 34(7), 601-07.
- Garro, N. (2011). Análisis del "Síndrome del Cuidador" en los casos de enfermedad de Alzheimer y otras demencias desde un enfoque ético-antropológico. En M.C. Pérez-Fuentes y J.J. Gázquez, *Envejecimiento y demencia. Un enfoque multidisciplinar*. Almería: GEU.
- Lago, R. y Alós, P. (2012). Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicogente*, 15(27), 24-35.
- Llibre, J.C., Guerra, M.A. y Perera, E. (2008). Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 47- 61.
- Martínez, F.E. (2009). Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(3-4).
- Martínez, J.P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. y García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1).
- Miguel, A. (2006). El programa de Centro de Día para pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencias similares de la Fundación Alzheimer. *Archivos de Neurociencias*, 1187-95.
- Moreno, A. (2007). Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Medicación en Factores Precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(1), 63-79.

## CAPÍTULO 33

### Deterioro cognitivo y Toma de Decisiones en mujeres mayores

Jose Ramón Alameda Bailén, María Pilar Salguero Alcañiz y Ana Merchán Clavellino  
*Universidad de Huelva (España)*

Tomar decisiones es algo cotidiano y necesario para una correcta adaptación a nuestro entorno. En las personas mayores muchas veces sus decisiones además tienen que ver con la toma de las medicinas, su jubilación, asuntos caseros o financieros, etc. Además, la gente mayor suele presentar más dificultades para elegir entre en situaciones de incertidumbre, incrementándose estos problemas cuando las habilidades cognitivas están deterioradas (Denburg, Tranel y Bechara, 2005).

En la toma de decisiones tenemos que tener en cuenta, por supuesto, procesos de carácter racional, pero no podemos ignorar la importancia de los procesos emocionales (Damasio, 1994/2004) ya que cualquier alternativa de elección suscita emociones (positivas o negativas) que sirven de guía en nuestras decisiones, precisamente a través de las emociones asociadas a nuestras experiencias pasadas en situaciones similares. Esto es lo que algunos autores denominan marcadores somáticos (Damasio, 1994/2004) asociados a la corteza prefrontal orbitofrontal y ventromedial, junto con la amígdala y muy relacionados con el mecanismo de toma de decisiones (Almaguer-Melián, 2002; Delazer, Sinz, Zamarian y Benke, 2007; Scott, DeKosky y Scheff, 1994; Jacoby y Oppenheimer, 2005; Martínez-Selva, Sánchez-Navarro, Bechara, y Román, 2006; Zapata, 2008). Las lesiones en estas áreas ocasionan impulsividad, problemas a la hora de estimar consecuencias, conductas de riesgo, problemas de socialización, etc.

Los principales cambios cognitivos asociados a la edad, afectarían a la velocidad de procesamiento, memoria episódica, procesos atencionales y funciones ejecutivas (Nilsson, 2003; Sternäng, Wahlin, y Nilsson, 2008; Stuss, 2006). En el estudio de la toma de decisiones, dentro del contexto de la hipótesis del Marcador Somático (Damasio, 1994/2004), se analiza el papel fundamental la emoción, principalmente en situaciones ambiguas y complejas, en las que hay que seleccionar de entre múltiples opciones. La emoción, por medio de los marcadores somáticos adquiridos por experiencias pasadas, sería la responsable de guiar la conducta del sujeto para seleccionar las opciones más ventajosas (Anderson, Bechara, Damasio, Tranel y Damasio, 2002; Bechara, Damasio, Tranel y Damasio, 1997; Bechara, Tranel, Damasio y Damasio, 1996; Tomb, Hauser, Deldin y Caramazza, 2002).

Desde esta perspectiva una de las tareas más utilizada es la Iowa Gambling Task (IGT), diseñada por Bechara, Damasio, Damasio y Anderson (1994) con el fin de estudiar los procesos de toma de decisiones de la vida cotidiana, con tareas de juegos basadas en ganancias y pérdidas en condiciones de incertidumbre y riesgo. La tarea consiste en seleccionar cartas de cuatro mazos. El participante desconoce la naturaleza de los mazos, y su tarea consiste en establecer una estrategia de elección en base a la información que va obteniendo en las jugadas previas.

El rendimiento de la IGT muestra que las personas mayores rinden peor en esta tarea con respecto a otros grupos de edad, escogiendo las elecciones de mayor riesgo y con una evolución sin aprendizaje, ya que no mejora con los ensayos (Bauer *et al.*, 2013; Carvalho, Cardoso, Shneider-Bakos, Kristensen y Fonseca, 2012; Denburg, Tranel y Bechara, 2005; Fein, McGillivray y Finn, 2007; Isella, Mapelli, Morielli, Pelati, Franceschi y Appollonio, 2008; Lamar y Resnick, 2004; Schneider y Parente, 2006).

#### Objetivo

Conocer los procesos de toma de decisiones en el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. Para ello, se compara la ejecución en la IGT reducida de dos grupos de mujeres mayores, con y sin deterioro cognitivo.

#### Método

##### *Sujetos*

Participan 26 mujeres con edades comprendidas entre los 64 y 86 años, divididas en dos grupos de 13 cada uno. En la tabla 1, presentamos las características más relevantes de ambos grupos.

Como se puede apreciar en la tabla 1, no hay diferencias significativas en la edad en ambos grupos, las mujeres con GDS1 tienen una media de 68 años, frente a los 72 de las mujeres con GDS2. Tampoco hay diferencias en los años de escolarización, ya que en ambos grupos las mujeres presentan una media de 5 años. En cuanto a las variables

que miden el deterioro cognitivo, sí encontramos diferencias en el Minimental, con una puntuación media de 31 las mujeres con GDS1 y de 26 en las mujeres con GDS2 y en la fluencia verbal, con cinco palabras por minuto de media en la diferencia entre ambos grupos. Por último no se observan diferencias significativas en las puntuaciones del test del reloj de ambos grupos.

Tabla 1. Características más relevantes de ambos grupos

	GDS	Edad	Estudios en años	MEC <sup>1</sup>	Fluencia <sup>2</sup>	TRO <sup>3</sup>	TRC <sup>4</sup>
1	Media	68	5	31	15	8,19	9,27
	DT	4,1	2,6	1,96	2,97	1,41	0,67
2	Media	72	5	26	10,38	7,62	8,96
	DT	7	3,4	1,89	2,43	2,09	0,90
	<i>t</i>	1,29	1,05	7,26	10,70	0,21	0,41
	<i>p</i>	0,1	0,84	0,00	0,00	0,418	0,33

<sup>1</sup> Minimental (Lobo *et al.*, 1999).

<sup>2</sup> Test de Isaacs (Isaacs y Akhtar, 1972).

<sup>3</sup> Test del reloj a la orden (Cacho, García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999).

<sup>4</sup> Test del reloj a la copia (Cacho *et al.*, 1999).

### Instrumento

Para la evaluación de la toma de decisiones, se ha utilizado una versión informatizada y reducida de la Iowa Gambling Task (Bechara, Damasio, Damasio y Anderson, 1994), el Programa “Cartas” (Palacios, Paíno y Alameda, 2010). Esta tarea es un juego de cartas en el que se debe elegir entre cuatro mazos a lo largo de las distintas jugadas. Los mazos A y B presentan mayores ganancias a corto plazo y pérdidas a largo plazo (mazos desventajosos), mientras que los mazos C y D ofrecen poco dinero a corto plazo pero dan ganancias a largo plazo (mazos ventajosos). Por otro lado, A y C presentan pérdidas en la mitad de las jugadas, mientras que en B y D sólo hay una pérdida por ciclo. Al inicio de la prueba los sujetos sanos muestran preferencia por los mazos con mayores recompensas pero, según van apareciendo las pérdidas la estrategia cambia hacia los mazos favorables (Martínez-Selva *et al.*, 2006), aproximadamente en la jugada 30 (de un total de 100).

En la versión reducida (IGTr) hemos ajustando cantidades y reducido el número de jugadas (Figura 1). Esta modificación ha sido necesaria para evitar los intentos de abandono que se producían al utilizar la IGT original, que al estar formada por 100 jugadas resulta muy tediosa a las personas mayores (Alameda, Domínguez, Rodríguez, Salguero y Merchán, 2012; Alameda, Salguero, Merchán, Domínguez y Rodríguez, 2012; Moreno y Alameda, 2011, 2012a, 2012b). La IGTr parte de un saldo de 200€, que los sujetos deben procurar aumentar o mantener y se fija el número de jugadas en 60. En la Tabla 2 aparecen las características de la IGT y de la versión modificada IGTr.

Figura 1. Captura de pantalla del programa “Cartas”



### Análisis de datos

En primer lugar, se ha calculado el Índice Gambling (IG), que se obtiene a través de la fórmula  $IG=(C+D)-(A+B)$ , es decir, elecciones ventajosas menos elecciones desventajosas. Se analiza el IG en el total de la prueba (60 jugadas) y a través de los 5 bloques de 12 jugadas cada uno ( $b1_{[1-12]}$ ,  $b2_{[13-24]}$ ,  $B3_{[25-36]}$ ,  $B4_{[37-48]}$  y  $B5_{[49-60]}$ ). También se analizan el número de elecciones de cada mazo, tanto en el total de la prueba como a través de los bloques. Mediante la *t* de Student para muestras independientes se analizaron las diferencias entre los grupos para el IG total, los IG

parciales y el número de elecciones en cada mazo. Y análisis de varianza de medidas repetidas para comprobar las diferencias en el desarrollo de la tarea y la evolución de elecciones de los mazos.

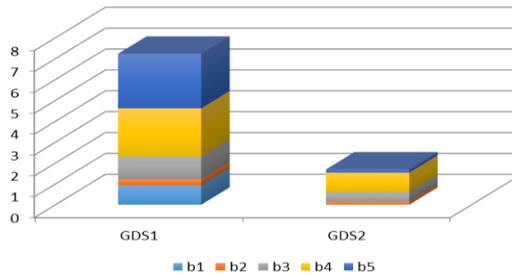
Tabla 2. Programa de pérdidas-ganancias y la probabilidad de pérdidas ( $p^*$ ) de los distintos mazos en la Iowa Gambling Task (IGT) y de la versión modificada, IGTr

Mazo	(IGT)			Tarea Modificada IGTr		
	Gana	Pierde	$p^*$	Gana	Pierde	$p^*$
A (desventajoso)	100	150	$p=0,5$	20	40	$p=0,5$
		300				
		200				
		250				
		350				
B (desventajoso)	100	1250	$p=0,1$	20	160	$p=0,16$
C (ventajoso)	50	25	$p=0,5$	10	5	$p=0,5$
		50				
		75				
		75				
		75				
D (ventajoso)	50	250	$p=0,1$	10	20	$p=0,16$

**Resultados**

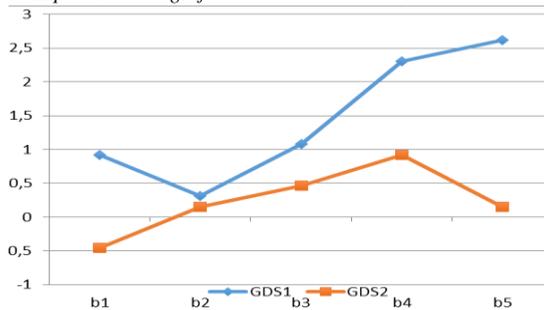
Las mujeres con GDS1 obtienen de media un IG de 7,23; ( $dt=6,08$ ) mientras que en las mujeres GDS2 su IG medio es de 1,23 ( $dt=7,55$ ). En ambos casos se puede considerar que los resultados obtenidos son relativamente bajos, aunque es importante destacar que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ( $t=1,89$ ;  $p=0,04$ ) lo que denota mejores resultados en las mujeres con GDS1 en el total de la prueba (Figura 2).

Figura 2. Representación gráfica de los resultados obtenidos en el IG de ambos grupos



En cuanto al análisis de la evolución de la tarea, Como se puede apreciar, las puntuaciones de las mujeres GDS1 están siempre por encima de las de las mujeres GDS2, si bien tan solo son significativas las diferencias observadas en el bloque final ( $t=1,99$ ;  $p=0,03$ ), y están próximas a ser significativas las diferencias obtenidas en el bloque inicial ( $t=1,59$ ;  $p=0,06$ ).

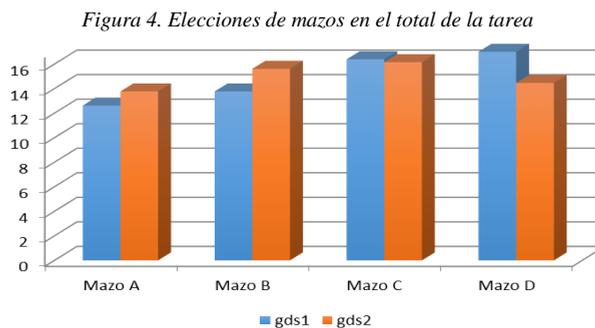
Figura 3. Representación gráfica de la evolución del IG a través de los bloques



Si comparamos las puntuaciones a lo largo de la tarea, podemos apreciar una tendencia ascendente en las mujeres con GDS1, menos pronunciada en las mujeres con GDS2, si bien la evolución de la tarea en los primeros 4 bloques es similar, en las mujeres con GDS2 en el último bloque tiene un descenso importante, pero mantienen puntuaciones ligeramente por encima a las del inicio de la prueba. Sin embargo, los datos obtenidos en el análisis de medidas repetidas nos muestran que no hay diferencias significativas a través de los bloques, para ninguno de los dos grupos. Es decir, que aunque en ambos casos la tendencia se puede considerar ascendente, esta no se ve confirmada por los pertinentes análisis. Además, analizadas las distintas puntuaciones obtenidas en los cinco bloques, no se observan diferencias significativas entre ellos, ni en las mujeres con GDS1, ni en las mujeres con GDS2, por lo que no podemos afirmar que haya curva de aprendizaje (Figura 3).

En cuanto a las elecciones de mazos (Figura 4), podemos apreciar diferentes tendencias de elección en ambos grupos. Si ordenamos los mazos por el número de elecciones, en grupo de mujeres con GDS1, eligen D-C-B-A, es decir, prefieren los mazos favorables, en cambio las mujeres con GDS2, eligen C-B-D-A, donde el mazo B (desfavorable) tiene mayor número de elecciones que el mazo D (favorable).

Las estrategias de elección de mazos a la largo de la tarea no nos proporciona información relevante, ya que no se obtienen diferencias en las elecciones de los mazos a lo largo de los bloques. Sin embargo, analizando el total de la tarea, el análisis de las estrategias de elección nos permite afirmar que hay diferencias significativas en las elecciones de los mazos ( $F_{(3,22)}=3,180$ ;  $p=0,044$ ). Así, analizados los datos en su conjunto, mediante el ajuste de Bonferroni, se observa que no hay diferencias entre las elecciones de A y B (desfavorables) ni entre C y D (favorables), y si hay diferencias en las elecciones de A y C ( $p=0,020$ ); A y D ( $p=0,005$ ); B y C ( $p=0,044$ ), y no hay diferencias entre B y D. También es significativa la interacción entre el número de elecciones de mazos y el grupo de mujeres ( $F_{(3,22)}=3,205$ ;  $p=0,043$ ), obteniéndose que el grupo GDS2 no hay ninguna diferencia significativa entre el número de elecciones de mazos, mientras que el grupo GDS1 se obtienen las diferencias de elección de mazos esperable, es decir, no hay diferencias entre los mazos favorables (C-D), ni entre los mazos desfavorables (A-B), y si se obtienen diferencias significativas entre los mazos desfavorables y favorables: A y C ( $p=0,041$ ); A y D ( $p=0,01$ ); B y C ( $p=0,020$ ) y por último B y D ( $p=0,03$ ).



## Discusión

Las mujeres con GDS1 obtienen mejores puntuaciones en la IGT que las mujeres GDS2, aunque en ambos casos podemos considerar que obtienen bajas puntuaciones. Estos resultados están en consonancia con otros trabajos donde se muestran puntuaciones bajas en personas mayores (Crone, Somsen, Beek y Van der Molen, 2004; Denburg, Tranel y Bechara, 2005; Hooper, Luciana, Conklin y Yareger, 2004; Kerr y Zelazo, 2004; Lamar y Resnick, 2004; Overman, 2004; Overman *et al.*, 2004).

Al inicio de la prueba ambos grupos deberían presentar puntuaciones similares, resultado lógico del proceso de exploración inicial (Dunn, Dalgleish y Lawrence, 2006), sin embargo, las diferencias se observan ya en el inicio de la prueba (aunque no llegan a ser significativas), prácticamente se igualan en el segundo bloque, aunque al final de la prueba es donde mayores diferencias se observan entre ambos grupos. En las mujeres GDS1 se observa una tendencia ascendente en la tarea, que indica un patrón de toma de decisiones favorable, mientras que en las mujeres GDS2 este incremento es mucho menor, y en ambos casos no se puede confirmar la correspondiente curva de aprendizaje.

Las mujeres GDS1 manifiestan desde el primer momento su preferencia por los mazos favorables, en cambio, en las mujeres GDS2, las elecciones de mazos son aleatorias, ya que no hay diferencias significativas en las elecciones de los distintos mazos, aunque si es destacable, que el número de elecciones de B (desfavorable) está por encima de

las de D (favorable) en las mujeres GDS2, lo que indica que no han sido capaces de apreciar características positivas-negativas de los mazos. Esto puede ser debido a la incapacidad para utilizar señales emocionales en el momento de valorar las diferentes opciones de respuesta, lo que les dificulta la capacidad para evaluar los efectos positivos-negativos de las elecciones, bien por la hipersensibilidad a la recompensa inmediata, o bien insensibilidad al castigo (Bechara, Dolan y Hines, 2002; Damasio, 2004). Aunque otros autores sugieren que estos problemas en la toma de decisiones surgen por no poder establecer relaciones estímulo-recompensa, o por no poder extinguir respuestas previamente aprendidas (Maia y McClelland, 2004; Rolls, 2004). Se trataría de problemas para revertir aprendizajes previos que permitan modificar o extinguir respuestas a contingencias previas, es decir, en la IGT, A y B, aunque desfavorable, inicialmente son favorables (hasta que empiezan a aparecer las pérdidas) en este caso, parece que estas personas no pueden revertir este aprendizaje previo (Maia y McClelland, 2004; Rolls, 2004). Esto puede explicar el número de elecciones del mazo B en las mujeres GDS2, ya que inicialmente B es un mazo favorable, aunque comporta pérdidas a largo plazo, lo que indica que o no perciben B como un mazo desfavorable, computan el balance de pérdidas/ganancias (1/6) al margen de la magnitud (Lin, Chiu y Huang, 2009; Lin, Chiu, Lee y Hsieh, 2007) o no son capaces de extinguir valoración dada inicialmente B.

En cuanto a las elecciones de mazos, las mujeres GDS1 hacen una correcta valoración de los mismos, prefieren los ventajosos a los desventajosos y en ambos grupos muestran preferencia por D y B, es decir, a igualdad de condiciones prefieren el mazo con menor número de pérdidas, lo que encaja con lo que afirman Lin et al., (2007) y Lin, Chiu y Huang (2009) que en algunos casos las personas computan el balance de ganancias y pérdidas más que la magnitud de las mismas. En las mujeres GDS2 no hay diferencias significativas en el número de elecciones de los distintos mazos, por lo que podríamos afirmar que no han sido capaces de obtener toda la información necesaria para establecer la correcta valoración de los distintos mazos.

Por último, consideramos necesario contar con medidas más fiables y menos previsibles y ajustar la programación de los mazos (Alameda et al., 2012; Contreras, Catena, Cándido, Perales y Maldonado, 2008; Lin et al., 2007, 2009; Márquez, Salguero, Paño y Alameda, 2013; Mogedas y Alameda, 2011; van den Bos, Houx y Spruijt, 2006), utilizar presentaciones de estímulos más intuitivas (Gordillo, Salvador, Arana, Mestas, Meilán, Carro y Pérez, 2010), analizar el tipo de instrucciones (Balodis, MacDonald y Olmstead, 2006; DeDonno y Demaree, 2008; Fernie y Tunney, 2006) o profundizar en los modelos cognitivos basados en la lógica bayesiana (Ahn, Busemeyer, Wagenmakers y Stout, 2008; Busemeyer y Stout, 2002; Fridberg et al., 2010).

## Referencias

- Ahn, W.Y., Busemeyer, J.R., Wagenmakers, E.J. y Stout, J.C. (2008). Comparison of decision learning models using the generalization criterion method. *Cognitive Science*, 32, 1376-1402. doi: 10.1080/03640210802352992
- Alameda, J.R., Domínguez, C., Rodríguez, E., Salguero, M.P. y Merchán, A. (2012) Demencia tipo Alzheimer y toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Un estudio a través del modelo Prospect Valence Learning. En M.C. Pérez-Fuentes y J.J. Gázquez (Coords.), *Salud y envejecimiento: Un abordaje multidisciplinar* (pp. 239-245). Granada: GEU.
- Alameda, J.R., Salguero, M.P., Merchán, A., Domínguez, C. y Rodríguez, E. (2012). El proceso de toma de decisiones en pacientes con Demencia tipo Alzheimer. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2, 5-17.
- Almaguer-Melián, W. y Bergado-Rosado, J.A. (2002). Interacciones entre el hipocampo y la amígdala en procesos de plasticidad sináptica. Una clave para entender las relaciones entre motivación y memoria. *Revista de Neurología*, 35, 586-593.
- Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. y Damasio, A.R. (2002). Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Foundations of Social Neuroscience*, 333-343.
- Balodis, I.M., MacDonald, T.K. y Olmstead, M.C. (2006). Instructional cues modify performance on the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 60, 109-117. doi: 10.1016/j.bandc.2005.05.007
- Bauer, A.S., Timpe, J.C., Edmonds, E.C., Bechara, A., Tranel, D. y Denburg, N.L. (2013). Myopia for the future or hypersensitivity to reward? Age-related changes in decision making on the Iowa Gambling Task. *Emotion*, 13(1), 19-24. doi:10.1037/a0029970.
- Bechara A., Dolan, S. y Hines, A. (2002). Decision-making and addiction (par. II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*, 40, 1690-705. doi: 10.1016/S0028-3932(02)00016-7
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R. y Anderson, S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3

- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. y Damasio, A.R. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 275, 1293-1295. doi: 10.1126/science.275.5304.1293
- Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H. y Damasio, A.R. (1996). Failure to respond autonomically to anticipate future outcomes following damage to prefrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 6(2), 215-225.
- Bos, R. van den, Houx, B.B. y Spruijt, B.M. (2006). The effect of reward magnitude differences on choosing disadvantageous decks in the Iowa Gambling Task. *Biological Psychology*, 71, 155-161.
- Busemeyer, J.R. y Stout, J.C. (2002). A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: Decomposing performance on the Bechara gambling task. *Psychological Assessment*, 14, 253-262. doi: 10.1037/1040-3590.14.3.253
- Cacho J., García R., Arcaya J., Vicente J. y Lantada N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, 648-55.
- Carvalho, J., Cardoso, C.O., Shneider-Bakos, D., Kristensen, C.H. y Fonseca, R.P. (2012). The Effect of Age on Decision Making According to the Iowa Gambling Task. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(02), 480-486. doi:10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n2.38858
- Contreras, D., Catena, A., Cándido, A., Perales, J.C. y Maldonado, A. (2008). Funciones de la corteza prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 285-313.
- Crone, E.A., Somsen, R.J., Beek, B.V., van der Molen, M.W., (2004). Heart rate and skin conductance analysis of antecedents and consequences of decision making. *Psychophysiology* 41, 531-540. doi:10.1111/j.1469-8986.2004.00197.x
- Damasio, A.R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica. (Trabajo original publicado en 1994).
- Delazer, M., Sinz, H., Zamarian L. y Benke, T. (2007) Decision-making with explicit and stable rules in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 45, 1632-1641.
- Denburg, N.L., Tranel, D. y Bechara, A. (2005). The ability to decide advantageously declines prematurely in some normal older persons. *Neuropsychologia*, 43, 1099-1106. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.09.012
- DeDonno, M.A. y Demaree, H.A. (2008). Perceived time pressure and the Iowa Gambling Task. *Judgment and Decision Making*, 3, 636-640.
- Dunn, B.D., Dalgleish, T. y Lawrence, A.D. (2006). The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 239-71. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.07.001
- Fein, G., McGillivray, S. y Finn, P. (2007). Older adults make less advantageous decisions than younger adults: cognitive and psychological correlates. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(3), 480-489. doi:10.1017/S135561770707052X
- Fernie, G. y Tunney, R.J. (2006). Somedecks are better than others: The effect of reinforce type and task instructions on learning in the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 60, 94-102. doi: 10.1016/j.bandc.2005.09.011
- Fridberg, D.J., Queller, S., Ahn, W., Kim, W., Bishara, A., Busemeyer, J.R. y Stout, J.C. (2010). Cognitive mechanisms underlying risky decision-making in chronic cannabis users. *Journal of Mathematical Psychology*, 54, 28-38. doi: 10.1016/j.jmp.2009.10.002.
- Gordillo, F., Salvador, J., Arana J.M., Mestas, L., Meilán, J.J.G., Carro, J. y Pérez, E. (2010). Estudio de la toma de decisiones en una variante de la Iowa Gambling Task. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 34.
- Hooper, C.J., Luciana, M., Conklin, H.M. y Yarger, R.S. (2004). Adolescents' performance on the Iowa Gambling Task: Implications for the development of decision-making and ventromedial prefrontal cortex. *Developmental Psychology*, 40, 1148-1158. doi: 10.1037/0012-1649.40.6.1148
- Isaacs, B. y Akhtar, A.J. (1972) The set Test: a rapid test of mental function in old people. *Age and Ageing*, 1, 222-6.
- Isella, V., Mapelli, C., Morielli, N., Pelati, O., Franceschi, M. y Appollonio, I.M. (2008). Age-related quantitative and qualitative changes in decision making ability. *Behavioural Neurology*, 19(1), 59-63.
- Jacoby, R. y Oppenheimer, O. (2005). *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Masson.
- Kerr, A. y Zelazo, P.D. (2004). Development of "hot" executive function: The Children's Gambling Task. *Brain and Cognition (Special Issue: Development of Orbitofrontal Function)*, 55, 148-157.
- Lamar, M. y Resnick, S.M. (2004). Aging and prefrontal functions: dissociating orbitofrontal and dorsolateral abilities. *Neurobiology of Aging*, 25, 553-558. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2003.06.005
- Lin, C.H., Chiu, Y.C. y Huang, J.T. (2009). Gain-loss frequency and final outcome in the Soochow Gambling Task: A Reassessment. *Behavioral and Brain Function*, 5, 45. doi:10.1186/1744-9081-5-45.

- Lin C.H., Chiu Y.C., Lee P.L. y Hsieh J.C. (2007). Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task??. *Behavioral and Brain Function*, 3, 16. doi: 10.1186/1744-9081-3-16.
- Lobo, A., Sanz, P., Marcos, G., Día, J.L. y C mara, C. de la, Ventura, T, Morales, F., Pascual, L.F., Monta es, J.A. y Aznar, S. (1999). Revalidaci n y normalizaci n del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Maia, T.V. y McClelland, J.L. (2004). A reexamination of the evidence for the somatic marker hypothesis: what participants really know in the Iowa gambling task. *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 16075-16080. doi: 10.1073/pnas.0406666101
- Márquez, M.R., Salguero, M.P., Pa no, S. y Alameda, J.R. (2013). La hipótesis del Marcador Somático y su nivel de incidencia en el proceso de toma de decisiones. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 18,17-36.
- Martínez-Selva, J.M., Sánchez-Navarro, J.P., Bechara, A. y Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones. *Revista de Neurología*, 42(7), 411-418.
- Mogedas, A.I. y Alameda, J.R. (2011). Toma de decisiones en pacientes drogodependientes. *Adicciones*, 23, 277-287.
- Moreno, A., Alameda J.R. (2011). Demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo y toma de decisiones. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1, 17-29.
- Moreno, A., Alameda J. R. (2012a). Demencia tipo Alzheimer y toma de decisiones. *Alzheimer Realidades e Investigación en Demencias*, 5, 12-20.
- Moreno, A., Alameda J.R. (2012b). Mecanismos cognitivos en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Un estudio con pacientes con demencia tipo Alzheimer. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2, 67-76.
- Nilsson, L.G. (2003). Memory function in normal aging. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(179), 7-13.
- Overman, W.H. (2004). Sex differences in early childhood, adolescence, and adulthood on cognitive tasks that rely on orbital prefrontalcortex. *Brain and Cognition*, 55, 134-147. doi: 10.1016/S0278-2626(03)00279-3
- Overman, W., Frassrand, K., Ansel, S., Trawalter, S., Bies, B. y Redmond, A. (2004). Performance on the IOWA card task by adolescents and adults. *Neuropsychologia*, 42, 1838-1851. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.03.014
- Palacios, E., Pa no, S. y Alameda, J.R. (2010). Programa Cartas. Obtenido en <http://www.uhu.es/jose.alameda/archivos/CartasSetup.jar> el 2 de mayo de 2010.
- Rolls, E.T. (2004). The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain and Cognition*, 55, 11-29. doi: 10.1016/S0278-2626(03)00277-X
- Schneider, D. y Parente, M.A. (2006). O desempenho de adultos jovens e idosos na Iowa Gambling Task (IGT): um estudo sobre a tomada de decis o. *Psicologia: Reflex o e Crítica*, 19(3), 442-450.
- Scott, S.A., DeKosky, S.T. y Scheff, S.W. (1994). Volumetric atrophy of the amygdala in Alzheimer's disease: quantitative serial reconstruction. *Neurology*, 41, 3516.
- Stern ng, O., Wahlin A. y Nilsson, L.G. (2008). Examination of the processing speed account in a population-based longitudinal study with narrow age cohort design. *Scandinavian journal of psychology*, 49(5), 419-428.
- Stuss, D.T. (2006). Frontal lobes and attention: processes and networks, fractionation and integration. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(2), 261-271.
- Tomb, I., Hauser, M., Deldin, P. y Caramazza, A. (2002). Do somatic markers mediate decisions on the gambling task? *Nature Neuroscience*, 5(11), 1103-1104. doi:10.1038/nn1102-1103
- Zapata, L.F. (2008). Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de leve a moderada. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 21, 64-84.



## CAPÍTULO 34

### Necesidades y problemas más frecuentes en pacientes y cuidadores al final de la vida en atención domiciliaria

Rocío Pérez Rodríguez  
*Graduada en Enfermería*

Los cuidados paliativos en el domicilio son cada vez más frecuentes. Para llevarlo a cabo, se han creado equipos de soporte domiciliarios que se encargan de apoyar a atención primaria en el cuidado de estos pacientes, ya que estos pacientes sufren síntomas refractarios que son muy variables y cambiantes y que les causan mucha angustia tanto al paciente como a sus cuidadores. Pero estos equipos de soporte domiciliarios son muy actuales, ya que, a lo largo de la historia el cuidado de estos pacientes ha ido cambiando.

Según Ariès (1982), hasta el siglo XIV la muerte era vivida con familiaridad, sin miedo ni desesperación. Había una aceptación realista, se la anunciaba, se la avisaba, se hablaba de ella, se la ritualizaba, se vivía como el destino colectivo de todos: estaba domesticada. Es por ello que el autor denomina a esta primera mentalidad como la de “la muerte domesticada”. Se suponía que los niños debían estar presentes en el momento de la muerte de sus padres. Es en el siglo XIX, cuando Ariès nos describe que la muerte es vivida en soledad. Cada uno vive solo su muerte.

En el siglo XX, con el avance de la tecnología de la salud, se tiende a ir al hospital, por un lado para intentar prolongar la vida y por otro modificar de la forma de morir, muriendo así en los hospitales (Corr, 1993), tal y como recoge Ruiz Benítez de Lugo (2007).

En la actualidad en contraposición a la institucionalización de estos pacientes, se puede decir que se regresa al domicilio para el fallecimiento, convirtiéndose así los domicilios en pequeños hospitales, como bien recoge la Ley de 2/2012 del 8 de Abril de 2010 sobre los Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de la Muerte. Esta ley establece el derecho a recibir cuidados paliativos en el domicilio y en ella se recoge la dignidad de las personas en el proceso de la muerte.

Al trasladarse los cuidados al domicilio, se requiere de una figura que supervise esos cuidados. Esto tiene repercusiones claras para la figura de enfermería (Fernández Sola et al., 2012), sobre todo para la enfermería domiciliaria, que es quien valora y diagnostica los problemas más frecuentes que sufren estos pacientes y sus cuidadores y lleva a cabo su cuidado.

Por otro lado, los familiares demandan conocimientos, habilidades e instrumentos para cuidar en el domicilio (Karlsson y Berggren, 2011), es decir, demandan ayuda profesional. Pero no sólo demandan ayuda física y/o instrumental, sino también ayuda psicológica, emocional y espiritual. Esa ayuda se la presta la enfermera domiciliaria, aplicando su método de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Dada la naturaleza y extensión de este trabajo hemos aplicado sus dos primeras etapas resumidas: Valoración y Diagnóstico, tal y como las recoge Alfaro (2007).

#### **Objetivo**

Valorar e identificar las necesidades y los problemas más frecuentes en pacientes terminales y sus cuidadores en atención domiciliaria.

#### **Metodología**

*Diseño:* Estudio de casos con aplicación del proceso enfermero.

*Participantes:* Se realiza un estudio a 20 unidades familiares de pacientes terminales y sus cuidadores en atención domiciliaria, valorando sus necesidades básicas e identificando sus problemas más frecuentes.

*Criterios de inclusión:* Pacientes terminales oncológicos o no oncológicos con una esperanza de vida corta (menos de 6 meses) que requieran cuidados domiciliarios y sus cuidadores informales.

*Criterios de exclusión:* Pacientes terminales con una esperanza de vida media- larga, pacientes sin cuidador, cuidadores formales, pacientes terminales que no requieran cuidados domiciliarios, pacientes terminales con esperanza de vida corta hospitalizados.

Por otro lado, hay que señalar que la edad media de las cuidadoras es de 50 años, siendo el 86% de los cuidadores son mujeres. También hay que destacar que la mayoría de los cuidadores son familiares cercanos (cuidadores informales). La localización de los tumores más frecuentes son: el de abdomen (55,84% de los casos) y tórax (26,63%). En cuanto al tipo de paciente más frecuente, hallamos a pacientes domiciliarios oncológicos terminales (47,55% de los casos), pacientes domiciliarios oncológicos avanzados (31,52%) y pacientes domiciliarios no oncológicos terminales (10,05%).

*Recogida de información:* mediante visitas domiciliarias donde se realizan valoraciones de enfermería basadas en las necesidades básicas de V. Henderson (Luis, Fernández, Navarro, 2005) y Cuestionarios de valoración.

*Análisis:* A todos los datos, objetivos y subjetivos, se les aplica el algoritmo de juicio de diagnóstico (Morilla y Morales, 2004) para clasificarlos en:

**Manifestaciones de Independencia:** conductas o indicadores de conductas adecuadas, correctas y suficientes para la satisfacción de las necesidades básicas.

**Manifestaciones de dependencia:** conductas, indicadores de conductas y respuestas humanas inadecuadas, incorrectas o insuficientes para la satisfacción de las necesidades básicas.

**Datos a considerar:** aquellos datos que sin ser conductas o respuestas humanas son relevantes para el cuidado como preferencias, gustos, necesidades de suplencia, enfermedades...

*Aspectos éticos:* Todos los pacientes y cuidadores en estudio recibe la información necesaria sobre el tema de estudio y dan su consentimiento informado. A cambio, se les ofrece una total y rigurosa confidencialidad sobre sus datos personales.

## **Resultados**

### *Valoración por Necesidades Básicas (V. Henderson)*

\*Necesidad de dormir y descanso. Esta necesidad es una de las más alteradas en nuestro estudio, ya que 13 de los 20 pacientes estudiados, sufren insomnio y requieren fármacos para dormir. Esto es muy frecuente en estos pacientes, ya que la ansiedad y el temor ante la muerte les preocupan demasiado.

\*Necesidad de seguridad. En esta necesidad se valora tanto a pacientes como a cuidadores informales, teniendo en cuenta si existe riesgo de seguridad física, biológica y/o psicológica, si tiene estrés y/o ansiedad, si mantiene un entorno social y familiar seguro, etc.

En los pacientes y cuidadores estudiados, observamos que 14 de los 20 presentan alguna alteración en los parámetros citados anteriormente.

\*Necesidad de comunicación. En la necesidad de comunicación valoramos si existe conspiración del silencio, qué tipo de comunicación (verbal o no verbal) existe entre el paciente-cuidador y profesional sanitario, si demandan información y qué tipo de información demandan, etc.

Los hallazgos encontrados son que el 80% de los pacientes o familiares tienen alterada esta necesidad, ya sea, porque exista conspiración del silencio; porque tengan ansiedad o temor ante la muerte y nos lo expresen; porque exista sufrimiento espiritual y busquen un espacio para contarlo; porque nos cuenten cómo llevan la enfermedad, sobre todo, se observa en los cuidadores; etc.

\*Necesidad de creencias y valores. En esta necesidad buscamos si entienden la enfermedad como un castigo divino, si observamos que existe sufrimiento espiritual, si solicita ayuda religiosa, etc.

En la muestra de pacientes 9 de ellos tienen esta necesidad alterada: 6 de ellos muestran sufrimiento espiritual y 3 manifiestan que la enfermedad es un castigo divino.

\*Necesidad de aprender. En la necesidad de aprender valoramos al conjunto paciente-cuidador. Se tiene en cuenta si existe conspiración del silencio indagando sobre qué sabe el paciente de su enfermedad y si la familia quiere que lo sepa; si conocen los fármacos, horarios y vías de administración; etc. Todo ello creando espacios para que nos pregunten lo que quieran saber.

De las unidades familiares estudiadas 12 de ellas presentan alteración de la necesidad de aprender. La mayoría por conspiración del silencio y por dudas que tengan y quieran resolver.

### *Diagnósticos de Enfermería*

Los diagnósticos de enfermería surgen de los problemas detectados tras una valoración enfermera previa. Estos problemas son problemas de dependencia y se pueden clasificar en problemas de dependencia de riesgo o reales. De riesgo cuando existen factores de riesgo para que ese problema aparezca o reales cuando el problema ya está instaurado. Los problemas detectados en la muestra de estudio son problemas reales.

En el Modelo de V. Henderson, enfermería diagnóstica problemas dentro de su propio rol cuando la conducta del cliente sea incorrecta, inadecuada o insuficiente para la satisfacción de las necesidades básicas por falta de

conocimiento (saber qué y cómo), fuerza (física-poder y/o psíquica-por qué y para qué hacerlo) o voluntad (querer) (fuentes de dificultad) (Henderson, 1971).

A continuación se encuentran los diagnósticos de enfermería formulados a partir de los problemas hallados con mayor frecuencia en la muestra de estudio:

1. Sufrimiento espiritual r/c proceso de enfermedad m/p expresiones de falta de significado y propósito en la vida (NANDA, 2013).

En la muestra de estudio hallamos que 6 de las 20 unidades familiares padecen este problema. Algunas de las palabras textuales que nos comentan y a través de las cuáles detectamos sufrimiento espiritual son:

Cuidadora de 75 años de su marido diagnosticado de Neo de Próstata: “¿Por qué Dios nos han mandado este castigo si nosotros nunca le hemos hecho mal a nadie...?”; “¿Por qué a nosotros...?”.

2. Cansancio del rol del cuidador r/c crecientes necesidades de cuidados o dependencia y gravedad de la enfermedad m/p inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla y falta de tiempo para las necesidades personales (NANDA, 2013).

Muchos de los cuidadores informales sufren este problema que les sobrecarga su día a día. Para detectar este problema de forma veraz se pasa la Escala de Zarit, la cual evalúa el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores. Por otro lado, hay que diferenciar esta escala del Índice del Esfuerzo del Cuidador, ya que este se utiliza cuando el esfuerzo es a nivel físico, porque sea un paciente que requiera de continua ayuda física por parte de su cuidador.

En el estudio se utilizan ambas, dependiendo del esfuerzo que le suponga el cuidado del paciente a su cuidador: 10 de los 20 sufren Cansancio del Rol del cuidador y es por ello que se utiliza la escala de Zarit y 3 de los 20 se valoran con el Índice del esfuerzo del cuidador.

3. Ansiedad-Depresión ante la muerte r/c conciencia de muerte cercana m/p preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas y miedo al proceso de morir (NANDA, 2013).

Este problema se considera un diagnóstico de enfermería, ya que se aborda con nuestro cuidado. Además se diferencia de un problema de colaboración en que no se trabaja conjuntamente con otro profesional, como por ejemplo, no se ha utilizado ninguna medida farmacológica para abordarlo.

La ansiedad y la depresión ante la muerte sufrida tanto por parte de los pacientes como por parte de los cuidadores se dan en 13 de ellos. Para ello utilizamos la Escala de Goldberg (Goldberg y Hillier, 1979), en la cual podemos valorar independientemente la ansiedad y la depresión.

4. Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización del problema. En este problema se recoge las carencias o deficiencias de información cognitiva relacionada con el tratamiento, proceso de la enfermedad y cuidados al paciente (NANDA, 2013).

Cuando se comienza el seguimiento de un paciente nuevo, tanto pacientes como familiares tienen muchas dudas. Pero una vez que el seguimiento avanza, la demanda de información disminuye progresivamente. Es por ello, que los pacientes y los cuidadores que estudiamos comienzan teniendo mucha carencia de información, pero a lo largo de las visitas domiciliarias, sus dudas van disminuyendo y su confianza en nosotros es mayor.

## **Discusión**

En el estudio se valoran las necesidades más alteradas y los problemas de dependencia más frecuentes (diagnósticos de enfermería). Sólo si la enfermera puede responsabilizarse del diagnóstico y cuidado o tratamiento de un problema de manera autónoma puede ser considerado diagnóstico de enfermería (Rodrigo, 2006).

Todos estos problemas son detectados tras una previa valoración por parte de la enfermera domiciliaria que es la portadora de cuidados que está más a pie de cama del paciente y que se encarga de adiestrar a los cuidadores para llevar a cabo un buen cuidado al paciente terminal (Fernández *et al.*, 2012).

Con este estudio se comprueba que el papel de enfermería domiciliaria al final de la vida es fundamental (Cía, Fernández de la Mota, Fernández y Sanz, 2007), ya que estos pacientes siguen teniendo necesidades y no podemos olvidarnos de ellos por el hecho de que su esperanza de vida sea muy corta.

Además, estos pacientes no sólo sufren problemas físicos, sino que los problemas psicológicos, emocionales y espirituales se acentúan mucho más (González, Gómez y Vilches, 2006). Por otro lado, todo esto también afecta a sus cuidadores, tal y como recoge Montoya (2006), ya que, ellos son los responsables de su cuidado y la enfermedad terminal puede también repercutir en su propia salud de alguna manera (por ejemplo, cansancio del rol del cuidador, ansiedad ante la muerte).

## Conclusiones

Tras realizar el estudio de la muestra de pacientes terminales y sus cuidadores se observa que las necesidades más frecuentemente alteradas son la necesidad de dormir y descanso que se observa en la mayoría de los pacientes y cuidadores alterada por el miedo que provoca el hecho de la muerte; la necesidad de seguridad en la que se valora si existe estrés y/o ansiedad; la necesidad de comunicación con la conspiración del silencio que crean los familiares y los profesionales sanitarios ante el hecho de que no se hable de la enfermedad terminal con el paciente; la necesidad de creencias y valores en la que se valora si hay sufrimiento espiritual o demandan ayuda religiosa; y la necesidad de aprender en la que se recoge la demanda de información sobre el proceso de la enfermedad.

En cuanto a los problemas de dependencia detectados con más frecuencia, como diagnósticos de enfermería, se encuentran: el sufrimiento espiritual por parte de pacientes y cuidadores, el Cansancio del Rol del Cuidador que sufren los cuidadores informales, la Ansiedad y/o Depresión ante la Muerte tanto por parte de los pacientes como de sus cuidadores informales y conocimientos deficientes por parte de ambos.

El presente estudio sirve para la aplicación en la práctica clínica y para completar el estudio con el resto de fases del PAE: planificación, ejecución y evaluación.

## Referencias

- Ariès, P. (1982). *La muerte en occidente*. Barcelona: Argos Vergara.
- Corr, C.A. (1993). Death in modern society. En Doyle, D., Hanks, G.W.C y MacDonald, N. (eds). *Oxford textbook of palliative Medicine*. pp 28-36.
- Ruíz, M.A. (2007). *La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales*. Memoria para optar al Título de Psicología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Ley 2/2010 de 8 Abril de 2010. *Ley de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de la Muerte* (Boletín Oficial del Estado, número 76, de 25-05-2010).
- Fernández, C., Granero, J., Aguilera, G., Castro-Sanchez, AM., Hernández, J.M., Márquez, J. (2012). New regulation of the right to a dignified dying in Spain: Repercussions for nursing. *Nursing Ethics*, 19(5), 619-628.
- Karlsson, CH. y Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385.
- Alfaro, R. (2007). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración* (5º Ed). Barcelona: Elsevier.
- Luis, M.T., Fernández, C. y Navarro, M.V. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI* (3ª Ed). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Morilla, J.C. y Morales, J.M. (2004). *Algoritmos de juicio diagnóstico en respuestas humanas*. Málaga: Servicio Andaluz Salud-Junta de Andalucía, p. 6-28.
- Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, p. 13-59.
- NANDA (2013). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012–2014*. Barcelona: Elsevier.
- Luis Rodrigo, MT. (2006). *Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica* (7ª Ed). Barcelona: Masson.
- Cía, R., Fernández de la Mota E., Fernández, A. y Sanz, R. (2007). *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012)*. Conserjería de Salud, Sevilla.
- González, M., Gómez, C. y Vilches, Y. (2006). Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: Cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. *Medicina Clínica*, 127(11), 421-8.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-45.
- Montoya, R. (2006). Aquellos que nos verán morir. Significado y respuestas de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index de Enfermería*, (52-53), 25-29.

## CAPÍTULO 35

### **El reto de los profesionales de enfermería ante el cuidado de los cuidadores: la intervención a través de los Programas de Educación para la Salud**

Luisa Ruano Casado y M<sup>a</sup> Concepción Larru Inciarte  
*Universitat de València (España)*

El aumento de la esperanza de vida que ha experimentado nuestra sociedad en los últimos años ha llevado a un progresivo envejecimiento de la población de nuestro país, por lo que se ha incrementado el número de personas con dependencia y necesidad de recibir cuidados. Por otra parte, la familia es la principal proveedora de cuidados de la persona mayor, de manera que el apoyo informal sigue siendo el modelo predominante y, a la vez, el más tradicional en España.

La persona encargada de los cuidados de la persona mayor suele ser una persona sana que se encuentra en un proceso de cambio, por lo que enfermería debe darle un sentido diferente a la palabra y a la acción de cuidar en el cuidador/a. Estos cuidados deben estar orientados a identificar sus necesidades, tanto de ayuda como acompañamiento, dirigidos desde una perspectiva del trabajo tanto grupal como individual. De esta manera, y en la medida de lo posible, han de evitarse los sentimientos negativos en el cuidador –que, a su vez, pueden ser desencadenantes del maltrato a las personas mayores-, incidiendo en el cuidado de los cuidadores para evitar o minimizar estos factores que propician la aparición de malos tratos.

La familia es un elemento frecuentemente olvidado es necesario reconocer que también ésta, y no sólo la persona mayor, quien sufre la enfermedad. La situación de cuidar puede afectar a la salud de la persona que cuida, con lo que puede aparecer una serie de trastornos que en ocasiones pasan inadvertidos: “el síndrome del cuidador”. Éste se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico, se produce por el estrés continuado, y dicha situación puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador/a. A su vez, un factor de riesgo como es el estrés puede ser un desencadenante del maltrato hacia la persona mayor (Flores, Rivas y Seguel, 2012) por lo tanto, es de vital importancia que enfermería sepa detectar los signos y síntomas del síndrome del cuidador para poder actuar sobre él. De esta manera, los cuidadores/as son un recurso valioso, pero también, un recurso muy vulnerable, ya que para ellos el cuidado implica importantes costes económicos, sociales y de salud. (Guerra, Zambrano y María, 2013). Por otra parte, hay que tener muy presente que el cuidador/a es el nexo de unión entre los profesionales de la salud y la persona cuidada, así como la encargada de tomar decisiones importantes de la vida de su familiar y organizar todo lo relacionado con sus cuidados (Cuesta, 2009).

#### **El papel de enfermería desde la Atención Primaria de Salud**

La valoración enfermera es el primer paso para realizar un buen diagnóstico enfermero, debiendo realizar un abordaje sobre las necesidades del cuidador, de forma individualizada que permitirá, posteriormente, organizar una serie de actuaciones para cubrir sus necesidades (Marc, 2013)

Enfermería en Atención Primaria realiza un trabajo de gran cercanía con todos los usuarios pero, aparte de su labor dentro del Centro de Salud, también realiza visitas a domicilio para realizar diferentes intervenciones. Una de ellas debería ser la captación de nuevos cuidadores informales en las primeras etapas del cuidado (prevención primaria), de manera que la actuación con el cuidador/a se realizará desde el inicio de la situación, enfermería podrá acompañarle y ayudarle en todo el proceso de adaptación al rol de cuidador/a.

La cercanía y el conocimiento que los profesionales de enfermería suelen tener de la situación del cuidador/a y de la persona mayor dependiente, facilitan la resolución de dudas en los momentos problemáticos que se producen día a día. En ocasiones, y aunque los problemas puedan ser fáciles de resolver, el bloqueo emocional del cuidador impide la identificación, valoración y solución del mismo. Con la finalidad de afrontar estos problemas, surge la Técnica de Resolución de problemas (TRP), que se trata de un recurso que permite conocer, identificar, aceptar y responder ante un problema de cuidados, buscando soluciones de manera reflexiva y, por supuesto, que resulte efectiva (Ferre, Roder y Cid, 2011).

El objetivo de este trabajo es proponer un programa de Educación para la Salud a disposición de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, dirigido al cuidador/a informal, para que utilice

todos los recursos disponibles, tanto personales como de la comunidad y pueda ofrecer unos cuidados de calidad a las personas dependientes.

### **Método**

Se realizó una búsqueda bibliométrica. Las bases de datos consultadas han sido CuidenPlus, Dialnet, SciELO, Embase, el Índice Médico Español (IME), Google Académico. Se han empleado los siguientes términos para realizar la búsqueda bibliográfica: “dependencia”, “cuidador\* informal\*”, “malos tratos”, “anciano\*”, “programa\*”. Los criterios de inclusión que se han empleado para seleccionar los documentos han sido sobre los cuidados informales en pacientes mayores dependientes, Ley de la Dependencia, revisiones bibliográficas y estudios cuantitativos sobre intervenciones psicoeducativas, programas de salud sobre el cuidado del anciano y del cuidador, guías de actuación centradas en los cuidados de estos pacientes y la calidad de vida. Los criterios de exclusión han sido los documentos que presentan las características de publicados hace más de 10 años, el maltrato hacia otros colectivos, dependencia en pacientes menores de 65 años y programas de salud dirigidos a otros grupos diana.

### **Resultados**

Una vez analizada la documentación, se propone el programa de Educación para la salud dirigido a las cuidadoras/es informales y que a continuación se expone:

La captación de los participantes se realizará desde el Centro de Salud, asociaciones de la comunidad (ONGs, hogares del pensionista y parroquias, entre otras,) y el Ayuntamiento.

Esta captación se realizará en primera instancia por los miembros del equipo de Atención Primaria mediante:

- Consultas a demanda (del paciente, familiares o cuidadores) o programadas.
- Mediante los/as trabajadores/as sociales del Centro de Salud y de otras instituciones como el Ayuntamiento.
- A partir del equipo interdisciplinar formado por Enfermería y Trabajo Social del Centro de Salud.

#### *Organización para la acción*

Fase en la que el equipo se organiza para la acción concreta, a la vez que estudia el marco organizativo en el que se realizara su acción profesional.

El primer paso sería el conocimiento de la realidad identificando necesidades, dónde la población diana sienta que es necesaria su realización, así como el apoyo y la colaboración de líderes de la comunidad y el trabajo en equipo multidisciplinar.

Para la identificación de las necesidades concretas de los cuidadores y poder plantearles el proyecto, se deber realizar una reunión previa en el Centro de Salud con representación de un grupo de cuidadores sobre las necesidades sentidas. Las de tipo sociosanitario son generalmente las que más preocupan a los cuidadores/as. Estas necesidades se referían al deseo de aprender habilidades prácticas para llevar a cabo los cuidados, conocer la enfermedad, organizar su entorno familiar, físico y social, expresar las emociones, compartir experiencias entre ellos y detectar de forma precoz signos de alarma con respecto a su salud. También suelen ponerse de manifiesto necesidades de apoyo comunitario, de asociación y fomento de la autoayuda (Crespo y López, 2007)

Una vez identificadas las necesidades se planificarán las intervenciones. Se utilizará el método del aprendizaje significativo, mediante talleres, utilizando técnicas educativas grupales, activas y variadas; (estudios y discusión de casos prácticos, entrenamiento en la realización de habilidades, *Role Playing* y dramatizaciones de situaciones, autoanálisis, resolución de casos, entre otras), se ofrecerán respuestas integrales a las necesidades, demandas y expectativas de esta población diana desde un espacio sociosanitario y, en especial, con un enfoque biopsicosocial (Léon, 2006).

#### *El contenido científico a desarrollar*

1. El significado del apoyo social.
2. Enfermedad/es de las personas en dependencia.
3. Conocer las diferentes relaciones de ayuda que están a su disposición.
4. Programas de salud existentes en su comunidad.
5. Apreciar lo positivo de la vida.
6. Las relaciones con los demás.
7. Realizar las diferentes actividades que propone el programa.
8. Hacer un buen uso del sistema de salud.
9. Proporcionar información al resto de miembros de la comunidad, con el objetivo de enseñar a vivir de una forma saludable.
10. Motivarse, con la finalidad de no perder nunca la esperanza.

Es relevante que conozcan, aprendan, piensen, diferencien, escuchen... todo aquello relacionado con su situación, eliminando conceptos erróneos sobre la salud, la enfermedad y valorar la calidad de vida.

#### *Estrategias*

1. La incorporación de la población de cuidadores informales en la participación de talleres informativos-educativos para la mejora de su autocuidado.
2. Realizar visitas domiciliarias con el fin de evaluar personalmente las posibles carencias u obstáculos que el cuidador/a y la persona mayor estén sufriendo, con el fin de prestarles una ayuda adaptada a sus necesidades.
3. Establecer un programa de actividades con la finalidad de motivar a los cuidadores a la realización de ejercicio físico, de ocio, lúdica, cultural, etc. que favorezcan sus relaciones interpersonales, además del desarrollo cognitivo y motor.
4. Realizar actividades de comunicación, memoria, autoestima y relajación que mejoren o ejerciten su salud mental y emocional.
5. La programación de reuniones activas con la familia y cuidadores/as de las personas mayores para contar con su colaboración y apoyo en la realización y cumplimiento de todas las estrategias anteriormente mencionadas.

#### *Recursos didácticos*

- Carteles: Realizar carteles para informar sobre el programa y las actividades programadas. Se colocarán en el Centro de Salud y en asociaciones del barrio con la finalidad de que llegue a la población diana de manera fácil y atractiva.
- Lugar de Reunión: locales de la asociación del barrio y/o Centro de Salud y/o Ayuntamiento de la localidad, dónde los participantes tengan el espacio y ambiente adecuado a cada actividad. Esta sala también deberá tener diferentes recursos didácticos, además de folios, lápices, ordenador...

#### *Recursos humanos*

Los recursos humanos que serán necesarios se englobarán en tres grupos: profesionales de la salud, trabajadores sociales y asociaciones de voluntarios. Los profesionales de la salud son los encargados de llevar a cabo la asistencia clínica del paciente en el Centro de Salud estableciendo relaciones de ayuda en todo momento desde el Centro y en la atención/visita domiciliaria.

Un grupo de voluntarios apoyarán al cuidador/a para proporcionarle apoyo, a lo largo del día para que éste pueda realizar otras actividades lúdicas o sociales.

Los trabajadores sociales ejecutarán y planificarán actividades sociales, de ocio, deporte y convivencia que fomentan el desarrollo cognitivo (Crespo y López, 2007).

#### *Temporalización*

El programa está compuesto de 16 sesiones -2 sesiones por semana- que se llevarán a cabo en dos bloques, en un intervalo de tiempo de dos meses.

El primer bloque es el referente a las Actividades de la Vida Diaria, el cual se centrará en proporcionar estrategias para mejorar el autocuidado y en el desarrollo de hábitos y rutinas para fomentar una mayor autonomía en el día a día.

El segundo bloque es el referente al área del Bienestar emocional, el cual presta atención al desarrollo de una sana autoestima, la promoción de una comunicación interpersonal satisfactoria, la prevención de la ansiedad, depresión, el sentimiento de sobrecarga y la introducción de técnicas de regulación emocional. Este bloque complementa al anterior en busca de una autonomía más integral.

Cada sesión constará de una parte teórica -basada en la exposición de contenidos- y una parte práctica, en la que se realizarán ejercicios, dinámicas y juego de roles en relación a los contenidos teóricos expuestos y seguimiento de las habilidades adquiridas. Basándose en un aprendizaje activo

#### *Evaluación del programa*

La evaluación es un proceso continuo que se basa en emitir un juicio basado en criterios y normas sobre la planificación de un programa de salud. Es un medio sistemático para aprender empíricamente y mejorar las actividades presentes y futuras.

El diseño de evaluación elegido se centra en que los elementos de análisis propuestos cumplan los requisitos e identifiquen aspectos de evaluación, los cuales deben introducir ajustes según las características específicas del programa (Anabella, 2009).

### Evaluación de impacto

Al comienzo y al finalizar los talleres se realizará el test de Zarit (Trigas, Ferreira, y Mejide, 2011). Para valorar la sobrecarga del cuidador; así, se podrá comparar los niveles de sobrecarga antes de la intervención y después de la misma. Para valorar el impacto de los talleres realizados y evaluar que las actitudes, procedimientos y destrezas se han aprendido, los cuidadores informales deberán cumplimentar en cada sesión unos cuestionarios específicos sobre cada taller. También se controlará la asistencia a los mismos, por la importancia de la participación y el grado de involucración con el programa. Todo ello debe quedar registrado.

Por último, se debe realizar un seguimiento en el tiempo de los cuidadores informales, comprobando que lo que han aprendido lo utilizan en su vida diaria y dando respuesta a nuevas necesidades.

En el Anexo 1 se encuentra el diseño del programa en un cuadro explicativo del Programa de Educación para la Salud.

### Discusión y conclusiones

Las intervenciones realizadas a los cuidadores/as informales suelen ir dirigidos hacia diferentes aspectos del cuidado. Así, podemos encontrar programas y guías sobre las habilidades de la vida diaria como las de Gala, Luque, Martín, Medina, Prieto y Ruiz, 2009; Gobierno de Castilla la Mancha, 2009; Vega, Mendoza y Ureña, 2009; Torres, Ballesteros, Sánchez, y Gejo, 2008. En relación al bienestar emocional, Ferré, Cid, y Vives, 2011; Velázquez, López, López, Cataño y Muñoz, 2011; Espín, 2009; Gala, Luque, Martín, Medina, Prieto y Ruiz, 2009; RAPPs, 2009; Torres, Ballesteros, Sánchez y Gejo, 2008; Artetxe, 2007; Crespo y López, 2007; Equipo coordinador de base de Cabrallos, 2006. Finalmente guías para prevenir el maltrato, de Morales, 2009 y Fortes, 2007.

Se podría resumir que las intervenciones anteriormente comentadas son intervenciones psicoterapéuticas, en su mayoría de orientación cognitivo-conductual que se centran en la reestructuración cognitiva. Utilizan para su aplicación varias técnicas (*role playing*, discusión en grupo, etc.), no existe homogeneidad entre las diferentes intervenciones. En estos estudios se ha encontrado datos positivos en la disminución de la ira y hostilidad, así como en la modificación de otras respuestas emocionales (ansiedad, depresión, etc.). Los programas encontrados en intervención referente a las habilidades de la vida diaria, han sido escasos.

Es relevante nombrar el trabajo de Torres (2008), que combinó el Apoyo Social con la utilización de aparatos ortopédicos -para ayudar a movilizar a la persona dependiente-, obteniendo unos resultado muy positivos.

En cuanto a las guías se ha encontrado una amplia variedad de las mismas, sobre la prevención del maltrato y sobre formas de actuación para cuidar al cuidador en los aspectos de bienestar emocional y actividades de la vida diaria. Merece destacar que son guías dirigidas al auto aprendizaje de los cuidadores, no incluyen programas que se intervenga desde la comunidad.

De esta manera, los programas de salud y las guías que se pueden encontrar en la actualidad se centran en cómo proporcionar cuidados a la persona mayor (movilizaciones, alimentación, etc.) o en la temática de las emociones (depresión, ansiedad, etc.), pero la mayoría no cuentan con un equipo interdisciplinar que se encargue de la impartición del programa, de manera que los cuidadores reciben información sobre el tema que les afecta, pero no cuentan con profesionales que expliquen y aclaren dicha información.

El desarrollo del “Síndrome del cuidador” como el maltrato hacia las personas mayores es un tema que, podría encontrarse actualmente infradiagnosticado, por lo que sería recomendable el desarrollo de nuevos estudios dirigidos a la identificación temprana del problema y a la evaluación de las estrategias actualmente utilizadas para prevenir su aparición.

Los profesionales de la salud deben buscar soluciones para eliminar o disminuir este gran problema de nuestra sociedad, con las herramientas que tienen, por medio de programas de salud. Por su parte, el Gobierno debe promover todas estas actuaciones dando apoyo económico y legislativo a los profesionales para poder llevar a cabo dichas intervenciones, y así asegurar el derecho de estas personas dependientes a recibir la atención que necesitan.

### Referencias

- Anabella, Z. (2009). Evaluación de programas de Salud. Propuesta de un instrumento para la evaluación auditorias de programas de Salud. *Revista de la Maestría en Salud Pública*.
- Artetxe, I (2007). Programa de intervención psicológica en el domicilio para personas cuidadoras. Bizitzen.
- Crespo, M., y López, J.I. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid ARTEGRAF, S.A.
- Cuesta, C.D. (2009). El cuidador familiar una revisión crítica. *Revista Psicología y Salud*, 25-43.

Equipo coordinador de base de Cacabralos (2006). Proyecto de intervención grupal “Cuidar a los Cuidadores”. Área de salud el Bierzo. León Comunidad experiencias.

Espin, A. (2009) “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-14.

Ferre, C., Roder, V. y Cid, D. (2011). Guía cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidas S.A.1-61.

Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 29-41.

Fortes, P. (2007). *Guía de prevención del maltrato en personas mayores*. Gobierno de Chile: 1-19.

Gala, B; Luque, N; Martin, A; Medina, C; Prieto, M y Ruiz, A. (2009). Cuidar y cuidarse. *Escuela Andaluza Salud Pública*, 1-50.

Gobierno de Castilla la Mancha (2009). *Manual de apoyo para cuidadores no profesionales*. Cermi:1-53

Guerra, M., Zambrano, M. y María, E. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enfermería Global*, 1-11.

Léon., E.C. (2006). Proyecto de intervención grupal “Cuidar a los Cuidadores”. León: Comunidad experiencias.

Marc, B. (2013). Realidad del cuidador informal. *Revista Psicología y Salud*, 15-37.

Morales, A. (2009) Pautas para prevenir el maltrato a las personas mayores. Bizitzen Lagundu,1-24.

Red Aragonesa de proyectos de promoción de salud. (2009).Guía de Apoyo para cuidadores. Proyecto el cuidado del cuidador, 1-56.

Torres, P; Ballesteros, E; Sanchez, P; Gejo, A. (2008) Programas, intervenciones y redes informales en Salud. Necesidad de convergencia entre los programas. *Nursing*, 26 (6), 1-14.

Trigas, M., Ferreira, L. y Mejide, H. (2011). Escalas de valoración funcional del anciano. *Galicla Clínica*, 11-16.

Vega, O., Mendoza, M., y Ureña, M. (2009). Efecto de un programa educativo en las habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Sección de Investigación*, 5(1), 3-10

Velázquez, V; López, L; López, H; Cataño, N; Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista Salud Pública*, 13(3), 1-12.

**ANEXO 1**

*Cuadro 1. Cuadro resumen del diseño del programa dirigido a los cuidadores informales  
(Primero bloque: Sesiones 1-4)*

Talleres	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre la enfermedad que sufre el familiar dependiente.</li> <li>- Conocer técnicas de movilización y traslado correctas para evitar problemas osteomusculares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevención de caídas en el hogar.</li> <li>Habilidades para mejorar la elasticidad y espasticidad del anciano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Medidas y técnicas de higiene, cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación sana y adaptada.</li> <li>- Organizar dietas adecuada a las necesidades de su familiar dependiente</li> </ul>
Actividades	<p>Charla formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de enfermedades – Movilizaciones, mediante video.</li> <li>- Práctica con los fantasmas.</li> <li>- Puesta en común</li> </ul>	<p>Charla formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las caídas dentro del hogar</li> <li>- Barreras arquitectónicas en el hogar.</li> <li>- Video.</li> <li>- Ejercicios para realizar a la persona dependiente para mejorar su dependencia.</li> <li>- Puesta en común.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charla formativa de la higiene a la persona dependiente y cuidados de la piel.</li> <li>- Video de prevención de las úlceras por presión</li> <li>- Práctica de aseo y el cuidado de la piel y la prevención de las UPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charla formativa sobre alimentación y pautas adaptativas.</li> <li>- Confección de dietas adaptadas a las necesidades</li> <li>- Dudas y puesta en común.</li> </ul>
Recursos humanos	-Dos enfermeras/os	-Enfermera/o, fisioterapeuta	-Enfermeras/os	-Enfermera/o -Nutricionista.
Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchón antiescaras</li> <li>- Fantasmas.</li> <li>- Juego de sábanas</li> <li>- 3 almohadas.</li> <li>- Video explicativo.</li> <li>- Ordenador y proyector.</li> <li>- Silla de ruedas.</li> <li>- Grúa elevadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Fichas de tablas de ejercicios</li> <li>- Gomas elásticas, pelotas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jabón de pH neutro, esponjas, crema hidratante, enjuague bucal antiséptico.</li> <li>- Colchón antiescaras.</li> <li>- Tijeras, gasas y suero fisiológico.</li> <li>- Juego de sábanas de rizo.</li> <li>- Camisón o pijama</li> <li>- Empapadores</li> <li>- Pañales, cuña, colector vesical, compresas, bolsa de orina.</li> <li>- Fantasmas.</li> <li>- Almohadas.</li> <li>- Protectores para la úlceras.</li> <li>- Video explicativo.</li> <li>-Ordenador y proyector</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espesantes y alimentos proteicos.</li> <li>- Sondas de alimentación (varias medidas)</li> <li>- Jeringa de alimentación.</li> <li>- Tapón de sonda.</li> <li>- Vaso con agua.</li> <li>-Complementos alimenticios.</li> <li>- Cuestionarios, bolígrafos y calculadora.</li> <li>- Ordenador y proyector</li> </ul>
Recursos económicos	- Colaboración con material donado o prestado por entes públicos o privados.	- Ídem	- Ídem	- Se valorara la colaboración de laboratorios que realizara preparados alimentarios.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. Cuadro resumen del diseño del programa dirigido a los cuidadores (Primer Bloque: Sesiones 5-9)

Talleres	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
Objetivo	Realizar ejercicio. -Concienciar al cuidador informal de la importancia de su auto cuidado en su salud mediante la realización de ejercicio físico adaptado a su situación individual	Uso de los TICS - Aprender a manejar las últimas tecnologías en comunicación en pro de su bienestar y en el de la persona a su cargo.	Medicación - Gestionar y administrar adecuadamente la medicación del paciente. -Formación sobre recursos existentes en la ayuda a la dependencia.	Ocio y tiempo libre. -Planificar el tiempo para el ocio y disfruten del mismo sin sentimiento de culpa	Primeros auxilios. -Aprender a utilizar el programa de primeros auxilios.
Actividades	- Charla informativa sobre los beneficios que aporta la realización de ejercicio tanto a nivel físico como psíquico. -Clase de estiramientos de varios grupos musculares, adaptados a nivel individual. - Relajación. - Dudas y puesta en común	- Charla formativa para conocer y utilizar: Internet Teleasistencia móvil Telemedicina Inteligencia ambiental - Dudas y puesta en común	Primera parte: - Charla formativa sobre la adecuada administración del tratamiento farmacológico y la importancia de cumplirlo. - Taller práctico: Organización de la medicación. Dudas y puestas en común Segunda parte: - Charla formativa e sobre los recursos que existen en la ayuda en la dependencia. - Dudas y puesta en común	- Excursión por el centro histórico de la localidad.	- Video - Posición lateral de seguridad. - Movilidad y manejo de las víctimas. - Obstrucción de las vía aérea. -Reanimación cardiopulmonar. - Dudas y puesta en común
Recursos humanos	Fisioterapeuta Preparador físico	-Enfermera/o y trabajador social.	-Trabajadora social -Enfermera/o	-Psicóloga/o -Enfermera/o.	Enfermeras/os
Recursos materiales	- Colchonetas. - Pesas de diferente peso. - Pelotas - Gomas elásticas. - Aparato de música y Cds	- Ordenadores. - Teléfonos móviles. - Conexión a internet. - Folletos explicativos	- Pastilleros diarios, semanales y mensuales. - Trituradores. - Fármacos. -Ordenador y proyección. -Panfletos informativos	Transporte.	- Material audio visual: Ordenador y proyector - Fantoma. -Fichas
Recursos económicos	Colaboración con material donado o prestado por entes públicos o privados	ídem	ídem	ídem	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3. Cuadro resumen del diseño del programa dirigido a los cuidadores (Segundo Bloque: Sesión 10-13)

Talleres	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12	Sesión 13
Actividades	- Presentación de varias asociaciones de la localidad y explicación de sus actividades sociales. Dudas y puesta en común	- Exposición de las vivencias de los cuidadores independientes. -Role Playing. -Dudas y puesta en común.	En la primera parte del taller se les explicara: - Conocer las pautas concretas para conseguir una comunicación asertiva. - Como pedir ayuda y no sentirse culpable. - Verbalización directa y precisa. Segunda parte del taller: - Practica - Dudas y puesta en común.	- Conocer los diferentes tipos de afrontamiento. Entrenamiento en resolución de problemas: definir objetivamente el problema, generar alternativas nuevas, toma de decisiones, programar y planificar la puesta en práctica, analizar su eficacia
Recursos humanos	Representantes de las asociaciones y psicólogo/a	Psicólogo/a	psicólogo/a	psicólogo/a
Recursos materiales	- Panfletos informativos - Material audiovisual	Cartulinas y bolígrafos	- Material audiovisual - Fichas educativas - Bolígrafos y rotuladores	Ídem
Recursos económicos	Material donado	Ídem	Ídem	Ídem

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4. Cuadro resumen del diseño del programa dirigido a los cuidadores (Segundo Bloque: Sesión 14-16)

Talleres	Sesión 14	Sesión 15	Sesión 16
Objetivo	Reestructuración cognitiva - Conseguir una reestructuración en el pensamiento de los cuidadores.	Entrenamiento en la mejora de la autoestima.	Risoterapia. -Abrir a los cuidadores informales a un nuevo estado de conciencia, donde la risa actúa para modificar el estado de ánimo.
Actividades	- Identificación de pensamientos desadaptativos. - Debate y discusión de dichos pensamientos, buscando evidencias a favor y sustituyéndolo por otros más adaptativos.	- Técnicas para mejorar la autoestima. -Utilizar adecuadamente los recursos. - Aceptar y superar en lo posible las deficiencias. - Hacer conscientes los logros, virtudes y cualidades	- Breve introducción teórica sobre los fundamentos de la terapia de la risa. - Realización de la parte práctica mediante juegos, relajación, bailes, y risas. - Puesta en común.
Recursos humanos	Psicólogo/a	Psicólogo/a	Psicólogo/a
Recursos materiales	- Material audiovisual - Fichas - Bolígrafos y rotuladores	Ídem	- Material audiovisual - Aparato de música - Disfraces - Pinturas.
Recursos económicos	- Material Instituciones	ídem	Ídem

Fuente: Elaboración propia

## CAPÍTULO 36

### Sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores hospitalizados

Ana Celia Anguiano Morán, Ma. Martha Marín Laredo y Bárbara

Mónica Lemus Loeza

*Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México)*

Los cambios en el comportamiento de la población a nivel mundial son incomparables en la historia. En los últimos años la cantidad de niños menores de 15 años se ha visto disminuida, estos cambios son similares a los esperados en la pirámide poblacional de naciones que se encuentran en progreso en donde la cantidad de menores de 5 años y adultos jóvenes ha descendido perdiendo equilibrio con la proporción del incremento de adultos mayores. Como consecuencia de lo anterior la población se encaminan al envejecimiento, este como resultado de una serie de factores como: la baja tasa de la natalidad, disminución de la mortalidad, en contraste con el aumento en la esperanza de vida, con una mayor influencia de enfermedades crónicas complicadas en el grupo de personas de 80 años y más, como características principales de la población actual (Carretero, s/f).

Kalache (2003), comenta que de acuerdo a los datos de la ONU el aumento de adultos mayores se acelerará en los próximos tres decenios, reflejándose en el incremento de más del 50% del número de adultos de 60 años y más de los existentes en la actualidad, en las naciones con poco desarrollo tecnológico. En este sentido los desafíos que enfrentan los servicios de salud para la atención del envejecimiento poblacional, han permitido visualizar la necesidad de planificar y poner en marcha acciones específicas para el cuidado de los adultos mayores.

Desde esta perspectiva el envejecimiento se ha convertido en una característica trascendental de la población de numerosos países en los que su cultura desarrollada, ha favorecido la disminución de la tasa de fecundidad, visualizándose grandes retos sociales y en el sector salud, el cual enfrenta problemas en la planeación, aplicación y evaluación de programas de promoción y prevención de complicaciones en la edad avanzada, para garantizar un envejecimiento saludable y exitoso.

Los cambios beneficiados por la ciencia y los adelantos tecnológicos favorecen una mayor esperanza de vida. Para lo cual se debe estar preparado para brindar un cuidado de calidad iniciando por considerar a la vejez como una experiencia heterogénea influenciada por aspectos que dependen de la historia de vida de cada uno de los individuos, lo cual repercutirá en su calidad de vida, reflejándose en la funcionalidad e independencia de cada persona. Sin perder de vista la edad como un factor determinante que influye de manera decisiva en la dependencia y discapacidad.

El incremento de individuos de 80 años y más con problemas crónico degenerativos, trae consigo la disminución de la capacidad funcional de los adultos mayores generando ciertos grados de dependencia visualizándose en problemas de autocuidado, requiriendo apoyo para llevar a cabo actividades instrumentales y de la vida diaria (Pérez, 2010).

Considerando estos cambios propios de este grupo de edad se identifica la necesidad de tener el apoyo de un cuidador primario que atienda las necesidades de los adultos mayores de manera diaria, convirtiéndose en un elemento esencial por desempeñar una función trascendental para mantener en condiciones óptimas de funcionalidad al adulto mayor que le permitan prevenir el aislamiento social. Los miembros de la familia más cercana son estos cuidadores y desempeñan esta actividad por lo general sin preparación en el tema, intercalándola en su dinamismo con diversas actividades y roles que debe organizar y planear (Espinoza *et al.*, 2009).

Los adultos mayores con dependencia requieren apoyo y atención de un cuidador con la capacidad de favorecer las esferas física, psicológica, emocional, social y los familiares más cercanos son quienes con más frecuencia proveen estos cuidados. Para valorar y prevenir de manera adecuada la sobrecarga en los cuidadores, se debe considerar que no cuentan con la formación ni los conocimientos adecuados para brindar la atención en salud que estos pacientes requieren, sin dejar de considerar que el número de horas que dedican al cuidado sobrepasa las horas de descanso que el organismo requiere para mantener un equilibrio y prevenir la enfermedad (Cardona, 2013).

Es básico proporcionar al cuidador los conocimientos para que adquiera las habilidades de organización y planificación de la atención y cuidados tanto al adulto mayor como los propios, así como los relacionados con momentos de esparcimiento y optimización de tiempo libre, que le permitan disipar el estrés que vive con cotidianidad. Esta capacitación debe orientarse no solo en casos de enfermedad sino también en la prevención de las

misma, educar a los adultos jóvenes en su cuidado para en un futuro lleguen a la vejez de manera saludable y una vez que ya se está en esta etapa vivir un envejecimiento exitoso sin presencia de enfermedad, solo con cambios propios de la edad que son inevitables (Pinto, 2005). Carretero (s/f), comenta que el cuidado de un adulto mayor dependiente se convierte en un trabajo demandante para el llamado cuidador principal, superando la mayor parte del tiempo sus propias necesidades, ocasionando un estrés prolongado provocando sobrecarga en el cuidador primario.

El estrés prolongado afecta de manera negativa la salud de los cuidadores primarios, presentando problemas de ansiedad, depresión, duda al brindar los cuidados, así como una importante carga emocional al sentir que no brinda el tiempo y la atención necesaria al adulto mayor afectando su salud física y psicológica, así como el deterioro de la relación social y su calidad de vida favoreciendo la aparición del síndrome del cuidador primario, afectando los diversos aspectos de la vida personal y familiar (Cardona, 2013).

Dicho síndrome se genera por la exposición diaria a situaciones estresantes que enfrenta el cuidador y la falta de habilidad para afrontar las situaciones relacionadas con la dependencia del adulto mayor y todas aquellas actividades de apoyo que de ello derivan para mantener la salud óptima del paciente, así como la falta de adaptación a las mimas (Zambrano, 2007). Se debe considerar que cada cuidador de manera individual vive esta tarea de manera diferente y por lo tanto las reacciones ante esta labor pueden ser diversas, teniendo sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales; el grado de dependencia del adulto mayor determina la sintomatología que se presente (Alfaro, 2008).

Son numerosas las experiencias que desatan la sobrecarga en el cuidador al desempeñar este rol, entre las que cabe destacar “la limitación de tiempo libre y la reducción de actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales” (Montorio, 1998, p. 230).

En México, la familia es un apoyo básico para proporcionar los cuidados a los adultos mayores. A pesar de esto, se tienen pocas evidencias nacionales relacionadas con los efectos negativos que pueden ocasionarse en la salud del cuidador como consecuencia de la sobrecarga que produce el cuidado que brindan. Esta situación desencadena en el cuidador abandono personal, así como sentimientos de incertidumbre y culpabilidad a cerca de los cuidados que otorgan. Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas emocional, social, psicológica, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo, convirtiéndose en un paciente silencioso que rápidamente presenta problemas de salud sin que sean atendidos con oportunidad (Alfaro, 2008).

Dicha adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores ni para las personas que participan en su cuidado esta labor se debe caracterizar por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una concientización y sensibilización a la gente joven para inculcar valores como el respeto, el amor, la tolerancia, la solidaridad para brindar cuidados sensibles al adulto mayor (López, 2009).

En países de habla hispana los cuidadores se convierten en individuos sensibles que experimentan sensaciones de fracaso e incertidumbre al tener que enfrentarse a situaciones que no saben cómo manejar, aún con estas características llevan a cabo la actividad de cuidado a los adultos mayores. Esto los convierte en el paciente invisible para los sistemas de salud, debido a que no existe un programa dirigido a la atención de los cuidadores, que permita desarrollar elementos consistentes de apoyo para desempeñar este rol. A pesar de conocer que existen áreas de oportunidad en la capacitación de este grupo de personas contradictoriamente se les continúan asignando nuevas compromisos confiando la responsabilidad de atender un paciente con múltiples patologías y limitaciones desconociendo lo que sobrevendrá (Pinto, 2005).

En el sistema de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo México, no se ha considerado la conformación de grupos de personas que se dediquen al cuidado informal de los adultos mayores que permita brindar la atención adecuada que requieren estos pacientes, y a su vez prevenir la aparición de sintomatología relacionada al síndrome del cuidador, por lo que falta cristalizar propuestas de trabajo plasmadas en programas dirigidos a la capacitación y preparación de cuidadores, a través de estrategias educativas en las que enfermería instruya a cerca de las técnicas propias para brindar el cuidado en este grupo de edad.

La búsqueda de mejorar el problema de la sobrecarga en los cuidadores primarios de los adultos mayores, ha llevado a analizar todas aquellas variables que se asocian a esta problemática. Además de plantear la necesidad de comprobar si la intervención educativa a través de diversas estrategias de enseñanza de los cuidados de enfermería, logra disminuir la carga de los cuidadores.

## **Objetivos**

### *General*

Analizar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor dependiente hospitalizado en el Instituto Mexicano de Seguro Social de Morelia Michoacán, México.

#### *Específicos*

- Determinar cómo afecta la sobrecarga en la salud física del cuidador primario de los adultos mayores hospitalizados.
- Identificar el género de los cuidadores primarios de los adultos mayores hospitalizados.
- Reconocer la sobrecarga emocional de los cuidadores primarios de los adultos mayores hospitalizados.

#### **Método**

Estudio no experimental, descriptivo y transversal, se determinó la sobrecarga en los cuidadores primarios de adultos mayores hospitalizados. La población de estudio estuvo estructurada por personas que dedican más de cuatro horas al cuidado del adulto mayor, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra se integró con 60 cuidadores primarios de pacientes adultos mayores con más de 10 días de hospitalización en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia, Michoacán, Michoacán.

A través una entrevista personal semiestructurada, previo consentimiento informado se aplicó el instrumento Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit *et al.*, 1985) para medir la sobrecarga del cuidador primario, al cual se le agregaron preguntas sociodemográficas, y aspectos de la dimensión social y familiar, así como la edad de los adultos mayores. Consta de 31 ítems: el primer apartado estructurado con 6 ítems que midió los aspectos sociodemográficos y 3 la dimensión familiar y social del cuidador. El segundo apartado constó de 22 ítems de la Escala de Zarit. Se realizó prueba piloto con 30 cuidadores de pacientes hospitalizados de una institución de salud con características similares a la de objeto de estudio.

#### **Resultados**

Los resultados encontrados en las diferentes variables muestran: en relación a la edad de los adultos mayores el 48.4% tienen entre 71-80, el 35% de 60-65 años, el 8.3% de 66-70 años el 8.3% restante, entre 81-99 años.

El 77% de los cuidadores primarios son del género femenino y el 23% del género masculino. El 76.6% tienen parentesco de hijas, el 11.6% esposos y el 11.6% hermanos y amigos. El 41.6% son casados. Respecto al grado de escolaridad de los cuidadores el 56.8% tienen primaria terminada. Referente a la ocupación el 70.0% desempeña un trabajo profesional. En relación a las horas de cuidado al adulto mayor por día el 48.5% de los cuidadores los cuida entre 20 y 24 horas, el 41.6% entre 8-12 horas, el 8.3% entre 13-19 horas y solo el 1.6% de 4-7 horas.

El 51.6% de los cuidadores primarios han tenido conflictos familiares por dedicar tiempo al cuidado del adulto mayor hospitalizado y el 48.4% no los han tenido. El 63.4% han tenido cambio en su vida social mientras que el 36.6% no.

En relación a la medición de la escala de Zarit, el 18.3% considera que su familiar nunca solicita más ayuda de la que necesita, el 11.6% considera casi siempre.

El 55% considera que a veces ha cambiado la disposición de tiempo para su persona por cuidar del adulto mayor, el 20% nunca, 11.7% casi siempre, el 13.7% bastantes veces.

El 55% sienten tensión al cuidar al adulto mayor, 15% nunca y bastantes veces respectivamente, 8.3% casi siempre y 6.7% casi nunca.

El 43.3% a veces y nunca respectivamente se siente enfadado al estar cerca de su familiar, el 11.6% casi nunca y solo el 1.8% bastantes veces.

El 45% de los cuidadores considera que el cuidar al adulto mayor no ha afectado su relación con amigos y familiares, el 41.6% a veces, 6.8% respondió casi nunca, 3.3% bastantes veces y casi siempre respectivamente.

El 43.4% de los cuidadores se siente agobiado al estar cerca de su familiar, 35% nunca, 10% casi nunca, 8.3% bastantes veces, 3.3% casi siempre.

En relación a la afección en la salud de los cuidadores 40% contestó bastantes veces ha tenido problemas de salud, 35% nunca, 13.4% a veces, 11.6% se ubica en las categorías de casi nunca y casi siempre.

En lo concerniente a la pérdida de la vida privada que han tenido los cuidadores, 46.6% a veces, 31.6% nunca, 16.6% casi nunca, el 4.9% se encuentra entre bastantes veces y casi siempre.

El 60% refiere que a veces no cuenta con dinero suficiente para el cuidado del adulto mayor, 15% no le ha afectado, al 13.3% bastantes veces, 6.7% casi siempre y 5% casi nunca.

El 40% se siente bastantes veces con incapacidad para continuar por más tiempo cuidando al adulto mayor, 26% nunca, 13.3% casi nunca, 11.8% a veces, 8.3% casi siempre.

De acuerdo al control que el cuidador tiene sobre su vida, el 45% manifestó haber perdido a veces el control, el 35% nunca, 15% casi nunca, 3.3% casi siempre, 1.7% bastantes veces.

El 56.7% a veces siente sobrecarga por cuidar de su familiar, el 20% nunca, 10% casi nunca, 8.3% bastantes veces, 5% casi siempre.

### **Discusión**

Los cuidadores son mujeres, con parentesco de hijas, casadas, con un nivel escolar de primaria terminada, con ocupación de trabajo profesional, resultados que coinciden con los reportados por Flores (2012), en los que especifica que los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, y escolaridad media incompleta.

Respecto a las horas de cuidado, los resultados coinciden con los encontrados por Flores (2012) las que oscilan entre 20 y 24 horas.

Los resultados coinciden con Flores (2012), que reporta más de la mitad de los cuidadores con sobrecarga, y con López (2009), que encontró un 66.4% de los cuidadores con sobrecarga, en el presente estudio el 56.7%.

### **Conclusiones**

Más de la mitad de los cuidadores primarios pertenecen al género femenino y se desempeñan profesionalmente, menos de la mitad son casados y dedican de 20 a 24 horas al cuidado del adulto mayor de los cuales menos de la mitad tienen entre 71-80 años.

Al analizar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor dependiente hospitalizado, se precisa que más de la mitad de los cuidadores manifestaron sentirse con sobrecarga por cuidar a su familiar y con incapacidad para continuar por más tiempo cuidando al adulto mayor que depende de ellos.

La sobrecarga afecta en la salud física del cuidador, se observa que han tenido problemas de salud frecuentemente.

Hay sobrecarga emocional de los cuidadores primarios, se precisan conflictos familiares por sentir tensión, agobio, poca disposición de tiempo para cuidarse y por el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado.

Los resultados muestran la importancia de enfocar el cuidado de enfermería en los cuidadores primarios de los adultos mayores dependientes hospitalizados, la enfermera debe adquirir competencias profesionales integrales para identificar las necesidades de salud de los cuidadores para prevenir los problemas de salud, psicológicos y sociales que se les llegan a presentar y que día a día se incrementan de manera silenciosa demandando cuidados de enfermería.

### **Referencias**

Alfaro, R.C., Morales, V.F., Vázquez, P.S., Sánchez, R.B., Ramos, D.H. y Guevara, L. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.

Cardona, D.A., Segura C.A., Berberí D. y Agudelo, M. (2013). Prevalencia y Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de los ancianos. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 10-17.

Carretero, G.S., Garcés F.J. y Rodenas, R. (s/f). La sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes: Análisis y propuesta de intervención [internet]. Recuperado [12 de junio de 2014] desde <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.

Espinoza, L.E., Méndez V., Lara J.R. y Rivera, C.P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de los adultos mayores dependientes en el control en el consultorio "José Durán Trujillo". San Carlos, Chile. *Theoria*, 18 (1), 69-79. Recuperado el 12 de junio de 2014 desde <http://redalyc.uaemex/scr/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29911857007>.

Flores, G.E., Rivas, R.E. y Seguel, P.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.

Kalache, A. (2003). Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo [Internet]. Washington. Recuperado el [12 de Junio de 2014] desde [http://www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm).

López, G.M., Orueta, S.R., Gómez, C.S., Sánchez, O., Carmona, D.M. y Alonso, M.J. (2009). El rol del 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.

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

Pérez, P.M. y Llibre, R.J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 104-116.

Pinto, A.N., Barrera, O.L. y Sánchez, H.B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. *Aquichan* [Internet] Norteamérica. Recuperado el [30 de mayo de 2014] desde <http://aquichan.unisaba.edu.co/index.php/aquichan/artide/view/66/137>.

Zambrano, C.R y Ceballos, CP. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 36(1), 26S-38S.

Zarit, S.H, Orr, N.K y Zarit, J.M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. Nueva York: New York University Press.



## CAPÍTULO 37

### Detección de cansancio en el rol de cuidador

Miriam Naranjo Rendón<sup>1</sup>, Rocío Díaz García<sup>2</sup> y Marta Navarro Ortiz<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>*Centro de Salud Las Delicias, Jerez de la Frontera, Cádiz (España);* <sup>2</sup>*DCCU Chiclana, Cádiz (España);* <sup>3</sup>*DCCU El Puerto de Santa María, Cádiz (España)*

El objetivo que nos propusimos fue comprobar si existe sobrecarga en el rol de cuidador, en cuidadores que reciben visitas a domicilio y tienen un seguimiento del personal del centro de salud.

#### Desarrollo del tema

Los cambios socio-económicos a nivel mundial, han mejorado la calidad de vida y, como consecuencia, nos encontramos con una población cada vez más longeva. Puesto que nuestra esperanza de vida ha aumentado existe un incremento de personas que necesitan ayuda.

La evolución futura de la población dependiente está marcada por el aumento del número de personas mayores. Este crecimiento se intensificará a partir del 2020, cuando las llamadas generaciones del “baby boom” pasen a ser población mayor. De modo que si en la actualidad la mayoría de las personas en situación de dependencia son mayores y se prevé que esta población siga en aumento en los próximos años, es probable que también se produzca un aumento de la dependencia, lo que nos proporciona una visión de la importancia de este problema en España (Campos, 1996).

El comienzo del cuidado empieza tras un período de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico normal que, cada vez, exige más ayuda, tras una enfermedad aguda y/o hospitalización que requiere de un período de convalecencia o tras una enfermedad degenerativa de la que ya existían algunas evidencias.

Cuando una persona pierde su autonomía y tiene cierto grado de dependencia aparece necesariamente la figura del cuidador, este se define como aquella persona que se responsabiliza de los cuidados de otra, dependiente o discapacitada, que requiere asistencia de forma permanente y continuada. Este papel se desarrolla normalmente en el ámbito familiar y sobre una figura central denominada “cuidador principal” que es el que afronta la mayor parte del esfuerzo y la responsabilidad del cuidado con un grado de implicación mayor que el resto de familiares. Estos cuidadores también son denominados “cuidadores informales” por suplir o complementar los cuidados profesionales sin recibir remuneración económica por ello (Torres-Egea, 2008; Ballesteros-Pérez, 2008; Sánchez-Castillo, 2008).

En Andalucía, como cultura mediterránea, la familia y la mujer siguen siendo la base principal de prestación de cuidados. Nos encontramos ante una población susceptible de sufrir cansancio. Hay gran variedad de factores que pueden provocar esta situación y uno de nuestros objetivos es incidir sobre ellos, mejorando, en definitiva la asistencia sanitaria.

Mencionaremos brevemente las consecuencias que el cuidado produce en el cuidador en diferentes ámbitos:

Relaciones familiares: diferentes tomas de decisiones frente al cuidado, no se aprecia el cuidado que se realiza, la hija o esposa se convierte en cuidadora, generalmente, el anciano dependiente se va a vivir con el cuidador principal y su familia, con lo que ello conlleva.

Trabajo y situación económica: cada vez genera más conflictos compaginar trabajo y cuidados, se sufren dificultades económicas, ya sea, porque disminuyen los ingresos (se ven en la obligación de reducirse la jornada laboral) o porque aumenta los gastos derivados del cuidado del anciano.

Tiempo: cuidar exige tiempo y dedicación, por lo que se tiene menos tiempo libre, disminuye el tiempo dedicado a uno mismo y aparecen sentimientos de tristeza y aislamiento.

Salud: aparece cansancio físico, se tiene peor salud que personas que no tienen esta tarea, al aparecer más dolencias realizan más visitas al médico pero tardan más en recuperarse.

Estado de ánimo: encontramos sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza, debido a la situación de declive que perciben en su familiar, reducción de su tiempo libre, en general, un cambio en su forma de vida, cuando perciben su situación como injusta o su labor como poco reconocida sufren irritabilidad. Son más susceptibles de padecer depresión. Tienen sentimientos de preocupación y ansiedad ante la situación por la que pasan, preocupación por la salud de su familiar, por su propia salud, por conflictos familiares asociados por la falta de

tiempo para todo; sentimientos de culpa por enfadarse con la persona a la que cuida, por pensar que no hace todo lo que puede, por descuidar otras responsabilidades, etc...

El Cansancio del Rol de Cuidador, aparece cuando el nivel de carga que este soporta en la realización de sus tareas sobrepasa su capacidad de adaptación.

Podemos diferenciar entre dos tipos de carga, por un lado está la carga objetiva que es aquella que tiene que ver con la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) y por otro con el tiempo dedicado al cuidado, es decir, a cubrir las necesidades de la persona dependiente según sea su incapacidad funcional, y luego está la carga subjetiva que tiene que ver con los sentimientos y percepciones negativas que el cuidador experimenta sobre las funciones que realiza. Se puede decir que lo que determina la sobrecarga del cuidador no es la carga objetiva sino la interpretación subjetiva del cuidador y la posterior adaptación a la situación creada (Domínguez, 1998).

De modo que estas cargas asociadas al cuidado se van a ver influenciadas o intensificadas por numerosos factores y en función de la gravedad o intensidad de estos o de como sean aceptados y afrontados por el cuidador determinarán la aparición de este diagnóstico.

En el Sistema Andaluz de Salud, dentro del programa Diraya, existe un cuestionario llamado Zarit (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980), dirigido a cuidadoras de personas dependientes. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5). Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Algunas veces, 4=Bastantes veces, 5=Casi siempre.

Los puntos de corte recomendados son: <46 No sobrecarga, 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve, >55-56 Sobrecarga Intensa que indica mediante una serie de preguntas valorar la sobrecarga que sufre un cuidador (Regueiro, 2007; Pérez, 2007; Gómara, 2007; Ferreira, 2007).

Aparte, de esta escala, podemos observar en los cuidadores “mecanismos de alerta” que indican o sugieren este cansancio:

- Problemas de sueño ( no sienten que el sueño sea reparador, dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares, durante el día se tiene demasiado sueño, etc.)
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Actos rutinarios repetitivos como limpiar continuamente.
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.

Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

Ofrecer a esta población mecanismos que eviten o disminuyan este cansancio es primordial, para ello se ponen en marcha talleres dedicados a informar y formar a cuidadores, se aumentan las visitas a domicilio y se forma al personal que está en contacto con ellos. Los cuidadores a su vez deben pedir ayuda a servicios, instituciones y asociaciones, solicitando la Ley de Dependencia, informándose de cómo cuidar a las personas a su cargo (libros, guías, talleres...), consultando a profesionales, etc.

La Junta de Andalucía, a través del Servicio Andaluz de Salud, tiene puesto en marcha un Plan de Mejora llamado “Cuidando a cuidadoras”, de tal forma que sea más leve el cuidado, no recaiga sobre una sola persona y a largo plazo se obtengan buenos resultados. Las medidas de este plan van dirigidas tanto a cuidadoras como a pacientes cuidados. Dentro de estas medidas se centran en el acceso a los profesionales y la gestión de trámites administrativos sin la intervención de la cuidadora. La enfermera de familia será la responsable de hacer un seguimiento de las personas incluidas en el programa cada 6 meses. Desde Atención Primaria a las cuidadoras se les da prioridad tanto en las consultas médicas como enfermeras, los trabajadores sociales enfocan su labor para prevenir aislamiento y fomentar la ayuda, la enfermera de enlace como gestora de casos es la figura referente entre centros de salud y hospitales, coordinando trámites que eviten o requieran desplazamientos, la enfermera de familia se encargará de proporcionar el material necesario para el cuidado de los pacientes en su domicilio.

Todo el equipo multidisciplinar tiene su función pero no todos los profesionales son consciente de ello. Desde que acude a su centro de salud, la cuidadora interacciona con personal de la Unidad de Atención al Usuario,

Trabajadora social, enfermera gestora de casos, médicos y enfermeros, lo cual nos indica que una buena comunicación y trabajo en común, facilitan dar una asistencia de calidad. El contacto más prolongado lo realizan con enfermería y su valoración hacia ella es insatisfactoria. En general, solicitan más visitas domiciliarias y más formación. Los recursos asistenciales con los que cuentan son, entre otros, centros de día, residencias, ayuda a domicilio, teleasistencia, ayudas económicas, adaptaciones del hogar, voluntariado y personal sanitario y social. Tanto los cuidados a domicilio como proporcionar información adecuada están registrados dentro de un marco legal, en el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, y Plan de Atención a Cuidadoras de Andalucía implantado en el año 2005 dice lo siguiente:

“1. Por el Sistema Sanitario Público de Andalucía se prestarán cuidados enfermeros, de forma reglada y continuada, en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o enfermera. Este servicio se prestará en todo caso de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes.”

“2. Con carácter complementario se establecerán las medidas para facilitar a las personas responsables del cuidado de los mayores o de personas con discapacidad el apoyo y formación suficientes para el desempeño adecuado de esta labor.” Art. 24. Cuidados a domicilio.

Igualmente, la reciente Ley 12/2007 para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía establece en su Capítulo IV sección 1ª:

“Se impulsarán las medidas necesarias para apoyar a las personas cuidadoras de personas dependientes, especialmente en materias de accesibilidad a los servicios y prestaciones complementarias del sistema Sanitario Público de Andalucía, y se proporcionará formación adecuada para mejorar el cuidado a las personas dependientes a su cargo.” Art. 41.5

Está demostrado que un mayor nivel de formación, estar más informado de los procesos que afectan a la personas que cuidan, disminuye el estrés y cansancio psicológico. Las cuidadoras informales identifican perfectamente los aspectos que más le interesan saber y/o mejorar (higiene, alimentación, realización de curas, movilidad, aspectos relacionados con la medicación, eliminación), esto facilita nuestro trabajo, ya que, podemos hacer más hincapié en aquello que solicitan de una forma personalizada. Las cuidadoras presentan una sobrecarga física y emocional, sin tener la competencia técnica adecuada, por tanto, realizar actividades formativas en técnicas específicas y en actividades de promoción de la salud disminuiría significativamente el cansancio que padecen.

El tema de cuidadoras tiene cada vez mayor relevancia, ya que, se trata de un proceso largo y en general, poco gratificante. La prevención y los cuidados básicos es lo principal que la cuidadora debe proporcionar. La educación tradicional del paciente ofrece información y conocimientos teóricos, la educación en autocuidados enseña habilidades para resolver los problemas que puedan presentarse, disminuyendo así ansiedad, angustia, inseguridad...

Actualmente se está fomentando el autocuidado, que es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio, para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar. Es importante que las cuidadoras, no sólo aprendan a cuidar a las personas que cuidan, sino que, también aprendan a cuidarse ellas mismas (Lopez, 2006; Guerrero, 2006).

## **Metodología**

Hemos realizado un estudio observacional y descriptivo de cuidadores incluidos en el programa “Taller de cuidadoras” del Centro de Salud Las Delicias, en Jerez de la Fra. Cádiz. El estudio se ha centrado en 62 personas. A través de la Historia de Salud Digital, Diraya, se han obtenido datos demográficos (sexo, edad), filiación con el familiar al que cuida, grado de sobrecarga y riesgo de cansancio. Dicho programa funciona en el Servicio Andaluz de Salud.

## **Resultados**

Tras analizar los datos recogidos encontramos que hay mayor número de mujeres (85.5% son mujeres y 14.5% son hombres), mayor número de cuidadoras informales (sólo el 3.25% son remuneradas). Observamos igual porcentaje en diferentes franjas de edad (de 40 a 50 y de 60 a 70 años), aunque varía el tipo de parentesco entre ambas (el primero corresponde con hijas y el segundo con cónyuges). Para finalizar descubrimos que el 67.8% de la población estudiada no presenta sobrecarga, lo cual no se correspondía con las quejas recibidas por dicha población de manera informal, la cual refiere sentirse agotada y no tener suficientes recursos.

## **Conclusiones**

Analizando los datos, repasando bibliografía y, teniendo como referente, nuestra labor diaria concluimos que no existe relación entre las quejas recibidas de manera informal por las cuidadoras del centro de salud Las Delicias, Jerez de la Fra. Cádiz, y los resultados de este estudio, los cuales no reflejan cansancio en el rol de cuidador. Sin embargo, aunque no hemos podido demostrar esta realidad, observamos que sí existe cansancio, que hay un riesgo continuo de sufrirlo y que todo ello nos lleva a plantearnos nuevas cuestiones: qué porcentaje de fiabilidad tienen los cuestionarios usados y si realmente están funcionando los mecanismos que fueron creados para este tema.

Como hemos hecho mención anteriormente, nuestra aportación sería continuar realizando actividades formativas en técnicas específicas y de promoción de la salud, disminuyendo así el riesgo de cansancio. Promover un entorno mental, físico y espiritual de soporte, de protección y de recuperación (Segura, 1998; Bastida, 1998; Martí, 1998; Riba, 1998).

Existe una visión del cuidador como recurso, ante el familiar que cuida, y apenas se le reconoce como paciente. Es importante que se reconozca al cuidador informal como un trabajo que aporta a la economía, no como un recurso sin valor con el que se cuenta normalmente, y que se asigna dentro del cuidado doméstico no pagado. El cuidador se convierte en un paciente secundario.

Cabe mencionar que se dispone de muy escasa evidencia de los resultados obtenidos, a pesar de las numerosas iniciativas y creciente interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios de intervención, orientados a dar soporte a los cuidadores informales, se recomienda seguir realizando estudios de investigación en los cuales se evalúe la eficacia de las intervenciones de enfermería, ya que, aún no se han determinado. El personal de enfermería es el máximo responsable de la correcta ejecución de los cuidados de las personas dependientes llevados a cabo por sus cuidadores y también es responsable de que esta carga tenga las menores consecuencias negativas para éstos.

Es importante conocer cómo debe ser la asistencia prestada a los cuidadores por parte del profesional de enfermería puesto que son un tipo de población con numerosas peculiaridades, por un lado carecen de tiempo para el cuidado de su propia salud, por otro tienen bajo su responsabilidad a otra persona con una salud inestable que puede presentar numerosos problemas y en muchos casos soportan un gran malestar emocional e incluso a veces no reciben apoyo externo (Peón, 2006).

Todo esto justifica que la asistencia deba ser:

- Cercana y ágil.
- Actitud empática.
- Abordaje global (prestando importancia a lo físico, emocional y social).
- Facilitar la colaboración con otros profesionales.
- Entendiendo al cuidador como un paciente y no como una herramienta de cuidado.

Teniendo en cuenta el creciente aumento de la demanda de cuidadores, habría que plantearse la disponibilidad en un futuro ( mayor número de familias monoparentales, mayor inserción laboral de la mujer...)

## Referencias

- Campos B. (1996). Construcción de una política de vejez en España. *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 73, 239-263.
- Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, y Plan de Atención a Cuidadoras de Andalucía 2005, Art. 24.
- Domínguez, C. (1998). Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería* [Index Enferm] (edición digital), 23. Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23\\_articulo\\_15-21.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/23revista/23_articulo_15-21.php)>
- Domínguez, C. (1997). Familia, cuidado informal y políticas de vejez. En AS Staab, LC Hodges. *Enfermería gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento*. (pp. 464-79). México: McGraw Hill.
- Lopez, AL y Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. Educ. Enferm*, 90-100
- Ley 12/2007 para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía establece en su Capítulo IV sección 1ª, Art. 41.5.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Peón, MJ. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad del Alzheimer. Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enferm Científ*. 264-265, 16-22.

Regueiro AA, Pérez A, Gómara SM y Ferreiro MC. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria*. 39(4), 185-188.

Segura N, Gómez R, López R, Gil E, Saiz C, Cordero J. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontl*. 41(1), 15-20.

Segura, JM, Bastida, N, Martí, N, Riba, M. (1998). Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria*, 21, 431-6.

Torres-Egea, MP, Ballesteros-Pérez, E, y Sánchez-Castillo, PD. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15

Zarit, SH, Reever, KE, y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden *Gerontologist*, 20, 649-654.



## CAPÍTULO 38

### Importancia de la identificación en los ingresos en hospitales de agudos de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos

M<sup>a</sup> del Mar Fernández Bohajar

*Hospital General Universitario “José María Morales Meseguer” de Murcia (España)*

Uno de los retos ante los que nos encontramos hoy día en la sanidad es la atención a los pacientes con situación de salud en estado crónico y terminal.

Los avances de las sociedades modernas han alargado de manera espectacular la esperanza de vida de la población. El resultado directo es un aumento de las enfermedades crónicas y una prolongación del tiempo en espera de la muerte (Valverde, 2014).

La evolución en la medicina en métodos diagnósticos y tratamientos que aumentan la supervivencia de estos pacientes ha hecho a la población aumentar sus expectativas de curación por encima de lo a veces posible. Cuando la realidad es que la muerte forma parte de la evolución natural de la vida, y esto no puede resolverlo la medicina.

Enfermedades que frecuentemente presentan una situación de terminalidad (Díaz y Astudillo, 2011):

- Cáncer: enfermedad oncológica documentada, progresiva, avanzada y sin posibilidad de tratamiento activo.
- Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central: esclerosis múltiple, enfermedad de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, demencia en progresión.
- Procesos crónicos en estados avanzados: hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical, EPOC, insuficiencia cardíaca sin intervención quirúrgica o trasplante, insuficiencia renal crónica terminal.

Estas situaciones van deteriorando cada vez más el funcionamiento global del individuo, lo que va causando una merma continua en la capacidad del individuo, de mantener un estado en el que esté presente el bienestar en una visión holística de la persona.

Son pacientes a los que la medicina no puede curar, y que van requiriendo cada vez mayor número de cuidados, porque las necesidades que van quedando descubiertas van en aumento. Se trata pues de pacientes que precisan la atención desde los cuidados paliativos, que según la definición de 2004 de la OMS es la atención dirigida a pacientes y familiares cuando se enfrentan con una activa y progresiva enfermedad que amenaza la continuidad de la vida. Tiene como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

La novedad que trae la Medicina Paliativa es la consideración de la muerte como el proceso natural que es, el establecimiento de un tipo de asistencia que no acelera la llegada de la muerte ni tampoco la pospone a costa de la calidad de vida del enfermo (Díaz y Astudillo, 2011).

Esa atención terapéutica y los cuidados que se precisan en esta situación es diferente a la que precisan los pacientes sanos con procesos agudos o pacientes crónicos en situación estables y con buen pronóstico a largo plazo.

Para que podamos dar al grupo protagonista de nuestro discurso los cuidados oportunos, y no se incluyan en los mismos protocolos de actuación que los otros, es preciso que los tengamos identificados.

#### Justificación

Que el paciente padezca un proceso que no tiene posibilidades curativas, no quiere decir que no pueda recibir beneficios de una asistencia profesional sanitaria, sino que debe estar bien enfocada al objetivo que ahora nos proponemos, que no es curativo sino con el que pretendemos garantizar el máximo bienestar posible al paciente y a su familia, en esta etapa final de la vida del paciente.

Las consecuencias de una atención paliativa adecuada tendrían repercusión sobre distintos niveles.

Para el paciente, al que le evitaríamos molestias innecesarias que no van a aportar beneficio alguno ni van a mejorar su calidad vida. Puede ocurrir que una asistencia mal enfocada haga al paciente estar recibiendo fármacos, técnicas, estar conectados a dispositivos que le impidan “ser el protagonista de su propia muerte” (Sastre, 2011). Además la asistencia paliativa contempla la importancia de dar al paciente la información necesaria para que pueda participar en la toma de decisiones que los profesionales tengan que tomar en cuanto a actuaciones.

Para su familia, que en el enfoque paliativo es tenida en cuenta como parte del conjunto a atender en estas situaciones de final de la vida. Y van a ser consideradas sus necesidades, sus dudas y temores y van a recibir la información necesaria, y el adiestramiento preciso para la colaboración en los cuidados del paciente si así lo desean. Así la familia es receptora de cuidados del equipo y dadora de cuidados al paciente.

Frente a otros estadios de la enfermedad crónica, la fase terminal afecta a las familias en tanto en cuanto la dependencia del paciente se incrementa respecto a otras fases previas y la fase de preagonía y agonía enfrenta a las familias con la despedida última y con la muerte de uno de sus componentes (Cabodevilla, 2014).

Para el profesional, que ve posible dar calidad asistencial a unos pacientes a los que no puede curar, pero si puede proporcionar cuidados y tratamientos idóneos mientras viva. Así los cuidados de enfermería cobran una especial relevancia en esta situación. Y la valoración de las necesidades del paciente (alimentación, movilidad, integridad de la piel, presencia de síntomas como fiebre, dolor, ansiedad, tristeza, insomnio, tos, etc., eliminación, respiración, etc.), nos llevará a administrar unos cuidados que proporcionen confort al paciente y prevengan en lo posible la aparición de complicaciones (estreñimiento, úlceras por presión, cansancio por falta de sueño, disnea, etc.).

Una optimización del uso de recursos dando al paciente lo que realmente necesita. En este caso, no vamos a necesitar de altas tecnologías ni tratamientos complicados. Con pocos fármacos, pero bien elegidos, generalmente baratos, y unas medidas de confort que solo precisan del adiestramiento del que presta los cuidados, dirigidas al bienestar mental, físico, espiritual y social. Nos referimos a la higiene, tranquilidad, respeto, espacio personal, libertad de horarios, de apetencias culinarias, no ha lugar a restricciones dietéticas en esta etapa, espacio para expresar sus sentimientos, sus esperanzas, sus miedos, frustraciones o enfados, libertad en sus relaciones sociales, elegir cuándo y qué visitas quiere... Cuidados que con frecuencia se van a poder proporcionar al paciente en su domicilio. Gran parte de la población en España muere a causa de una enfermedad crónica evolutiva.

## **Método**

En un estudio previo realizado en todas las áreas de salud de la Región de Murcia, se identificó mediante el cumplimiento o no de unos criterios a un grupo de pacientes que serían subsidiarios de la atención paliativa a la que nos referimos.

En España el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en el año 2001 las bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, y en junio de 2007 se presentó la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos. Siguiendo estas recomendaciones se han desarrollado planes específicos en distintas comunidades. Nosotros seguimos los criterios que recoge el Plan integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia (PICP-RM) 2006-2009 (ver anexo), para la identificación de pacientes (Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia 2006-2009, 79-80).

Lo que valoran estos criterios para que el paciente sea considerado como subsidiario de recibir cuidados paliativos es: la limitación de la vida y que el paciente y/o su familia estén informados de ello, que el paciente y la familia hayan elegido el control de los síntomas frente a la asistencia terapéutica, y que haya documentación clínica que documente la progresión de la enfermedad. Los criterios del Plan contienen los parámetros a valorar en los pacientes con problemas oncológicos, SIDA, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal crónica, enfermedades hepáticas, enfermedades del sistema nervioso central de cualquier etiología, limitación funcional y/o inmovilizados complejos para valorar la progresión de la enfermedad. En el caso de los cuidados paliativos pediátricos es suficiente para su inclusión la improbabilidad de que el niño alcance la edad adulta.

Entre marzo y septiembre de 2011 se valoraron 4.879 pacientes de las 9 áreas de salud del Servicio Murciano de Salud, de los que 366 cumplían los criterios de inclusión; 56 de estos pacientes pertenecían al área II. Este grupo de 56 será nuestra población de estudio.

Esta sería la población susceptible de pertenecer al colectivo que se beneficia de una atención desde la óptica de los cuidados paliativos.

Tener identificado este grupo nos permite estudiar cuál ha sido su atención y su evolución en los ingresos posteriores hasta su fallecimiento.

El procedimiento utilizado es la recogida de datos de cada ingreso que ha tenido desde su identificación. Se recogen las variables que creemos nos ayudan a valorar la atención recibida según dos cuestionarios de elaboración propia por los investigadores que participaron en la elaboración del PICP-RM.

En un primer cuestionario se recogen los datos de filiación del paciente y de cada ingreso (fecha, duración y servicio al que ha estado adscrito), si ha ocurrido fallecimiento y dónde, y si el paciente estaba en seguimiento por equipo de cuidados paliativos, hospitalario o domiciliario.

En un segundo cuestionario analizamos los datos de cada ingreso respecto a intubación, ventilación mecánica no invasiva, sedación, sondaje vesical, cirugía paliativa o no paliativa, transfusiones paliativas o no paliativas, vía de administración de fármacos (vía central, vía periférica o vía subcutánea), vía de alimentación (dieta absoluta, alimentación enteral tanto oral como por sonda nasogástrica o por gastrostomía, o nutrición parenteral), etiquetación o no de reanimación cardiopulmonar, presencia o no de documentos sobre voluntades anticipadas o instrucciones previas, información sobre el tratamiento (sueroterapia, tratamiento preventivo antitrombótico, tipo de analgésicos utilizados según el escalón de analgesia al que pertenecen, primero, segundo o tercero, uso de antibióticos, de drogas vasoactivas, sedantes como ansiolíticos o hipnóticos, laxantes, otros tratamientos como quimioterapia, radioterapia, o tratamientos biológicos), a través de quién llega el paciente a urgencias (si es por iniciativa propia o si ha sido derivado desde consultas externas, desde su médico de atención primaria, desde un servicio de urgencias o por el equipo de soporte de atención domiciliaria), y dispositivos conectados al fallecimiento (ventilación mecánica invasiva o no invasiva, sueros, sonda vesical o sonda nasogástrica, oxigenoterapia).

Una vez identificado este grupo de 56 pacientes, y estudiados los datos que nos aportan estos dos cuestionarios, podemos hacer una valoración para ver si la atención recibida y los tratamientos aplicados han sido acordes a sus necesidades reales, o por el contrario han quedado necesidades descubiertas y/o se han aplicado técnicas diagnósticas y tratamientos que no aportaban ningún beneficio al paciente y sin embargo ha podido crearle disconfort y ocasionar un gasto sanitario inútil. Los datos fueron recogidos de las historias de los pacientes y registrados en una tabla de Excel con la que calculamos los valores a analizar de cada variable.

De las variables estudiadas hemos seleccionado, el perfil del paciente en cuanto a edad y sexo, patología oncológica o enfermedades crónicas evolutivas, lugar de fallecimiento, la presencia o no de documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas y la constancia o no de la indicación de no realizar reanimación cardiopulmonar (no RCP) en caso de parada cardiorrespiratoria.

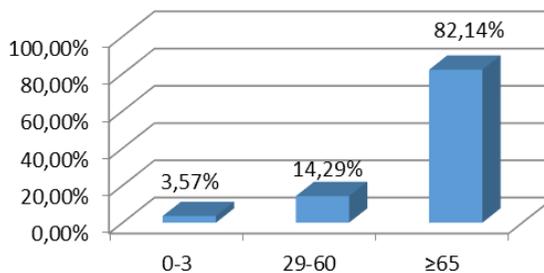
La existencia de un documento de voluntades anticipadas ayudaría, llegado el momento a conocer cuáles son los deseos del paciente si la situación en la que hay que tomar una decisión no se lo permitiera.

Y una clara indicación de no RCP facilitaría la actuación de profesionales de situación de parada cardiorrespiratoria y evitaría una reanimación no indicada para ese paciente.

## Resultados

Respecto a la edad, el 82,14% de los pacientes tenía  $\geq 65$  años.

Gráfico 1. Edad



Referente al sexo, 26 eran hombres y 30 mujeres.

Gráfico 2. Sexo



El 33% eran pacientes oncológicos y un 66,7% pacientes crónicos con enfermedades evolutivas en etapas avanzadas.



Durante el ingreso fue valorado por el ESAH (equipo de soporte de atención hospitalaria) el 25%. Y el 16% estaba en seguimiento por ESAD (equipo de soporte de atención domiciliaria).

Gráfico 4: Seguimiento por ESAH

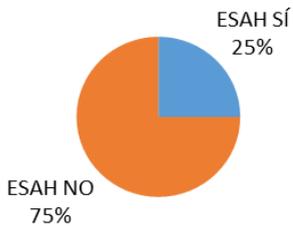
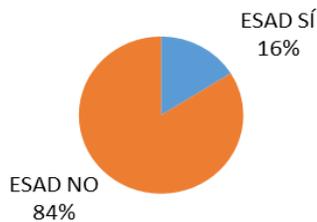
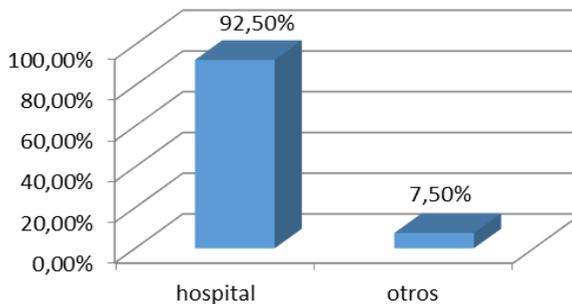


Gráfico 5: Seguimiento por ESAD



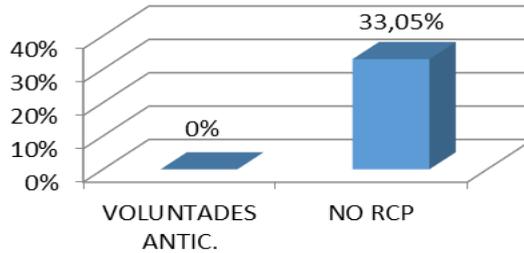
40 de los 56 pacientes fallecieron durante el estudio, y 37 de éstos, el 92,50% lo hicieron en el hospital.

Gráfico 6. Lugar de fallecimiento



De los 56 pacientes estudiados, ningún paciente tenía documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas y de los 118 ingresos que protagonizaron estos pacientes, en el periodo estudiado, solo en el 33,05% de los casos constaba la indicación de no resucitación cardiopulmonar en su historia clínica.

Gráfico 7. Voluntades anticipadas e indicación no RCP



### Conclusiones

Aunque encontramos pacientes de todas las edades, la mayoría de las personas susceptibles del beneficio de los cuidados paliativos en nuestro estudio tiene una edad  $\geq$  a 65 años.

No hay diferencia significativa en el sexo de los pacientes.

El perfil del paciente paliativo ya no hace referencia solo a pacientes oncológicos como ocurría en los inicios de la atención paliativa en que el pensamiento se iba a la última etapa de la vida de un paciente con cáncer. Es un concepto de paciente mucho más amplio, lo que hace que más pacientes se puedan beneficiar si no nos centramos en la patología del paciente sino en los cuidados que precisa por una situación progresiva de pérdidas en su salud.

“Muchos” de los pacientes no estaban incluidos en seguimiento por equipos de cuidados paliativos ni hospitalario ni domiciliario. Lo que apoya la importancia que damos a la identificación de este grupo para que sean atendidos por los profesionales mejor preparados para ello.

En nuestra sociedad actual aún sigue ocupando un lugar de preferencia como lugar de fallecimiento el hospital de agudos, cuando en este grupo de pacientes en la mayoría de las ocasiones no sea el lugar ideal por las características propias de un hospital de agudos como su ritmo de trabajo, horarios establecidos de comida, de higiene, de visitas, control de constantes, etc..., actividades y normas que más que beneficiar al paciente interfieren en nuestro objetivo de proporcionarle confort.

### Referencias

Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Consejería de Sanidad. Región de Murcia. (2009). *Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009*. Región de Murcia: Consejería de Sanidad. Disponible en: [www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97914-PLAN\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS-2009\\_nueva\\_edicion.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/97914-PLAN_CUIDADOS_PALIATIVOS-2009_nueva_edicion.pdf).

Díaz, E. y Astudillo, W. (2011). La medicina paliativa. En J.C. Bermejo, E. Díaz y E. Sánchez (Eds.), *Manual Básico para la Atención integral en cuidados paliativos* (pp. 13-50). Madrid: Centro de Humanización de la Salud y Cáritas Española.

Sastre, P. (2011). Atención integral en la agonía. En J.C. Bermejo, E. Díaz y E. Sánchez (Eds.), *Manual Básico para la Atención integral en cuidados paliativos* (pp. 51-82). Madrid: Centro de Humanización de la Salud y Cáritas Española.

Valverde, J.J. (2014). *Completar la vida*. Maliaño (Cantabria): SalTerra.

## ANEXO

### Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009

Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

##### ¿QUÉ PACIENTES REQUIEREN RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS?

Si bien originalmente los Cuidados Paliativos surgieron para los enfermos oncológicos, se utilizan cada vez más en otras patologías crónicas: cardiopatías, enfisema, ictus, cirrosis, demencia, etc...

##### **Pacientes oncológicos:**

- A. Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento  
Pronóstico de vida limitado.
- B. Índice de Karnofsky < 40.
- C. Percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tiene carácter pronóstico < 2 semanas.
- D. Parámetro analíticos: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.

##### **Pacientes no oncológicos:**

- Pacientes con SIDA terminal en las siguientes categorías:
  - Patología tumoral asociada en progresión.
  - Patología neurológica en progresión: LNP o encefalopatía-VIH.
  - Síndrome debilitante en progresión.
  - Karnofsky < 40 fuera de crisis aguda.
- Pacientes con SIDA con esperanza de vida inferior a seis meses.
- Pacientes Enfermedad Pulmonar:
  - EPOC severa documentada por disnea de reposo con escasa o nula respuesta a broncodilatadores.
  - Progresión de la enfermedad: incremento hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria.
  - Hipoxemia, pO<sub>2</sub> 55 mm de Hg respirando aire ambiente o reposo o SatO<sub>2</sub> 88% con O<sub>2</sub> suplementario, Hipercapnia pCO<sub>2</sub> 50 mm Hg.
  - ICD secundaria a enfermedad pulmonar.
- Pacientes con insuficiencia cardíaca:
  - Disnea grado IV de NYHA.
  - Fracción de eyección de 20%.
  - Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca a pesar del tratamiento adecuado.
  - Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias resistentes a tratamiento.
- Pacientes con Insuficiencia renal crónica:
  - Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado...)
  - Diuresis < 400cc.
  - Hiperkalemia >7 y que no responde al tratamiento.
  - Pericarditis urémica.
  - Sd hepatorenal.
- Pacientes con enfermedad hepática - Cirrosis hepática:
  - Insuficiencia hepática grado C de Child-Pugh:
  - Encefalopatía grado III-IV.
  - Ascitis masiva
  - Brb > 3mg/dl.
  - Albumina < 2.8 mg/dl.
  - T. de protrombina < 30%
  - Sd hepatorenal.
- Pacientes con enfermedad del SNC:
  - De cualquier etiología (degenerativa, enf. Parkinson, ACV, demencias...)
  - Deterioro cognitivo grave (Mini mental < 14 / Pfeiffer > 5)
  - Dependencia absoluta
  - Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición, sepsis.)
  - Distagia.
  - Desnutrición.
  - Úlceras por presión refractarias grado 3-4.
- Pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos.
- Los ESCP prestan el soporte puntual al resto de profesionales de la red sanitaria en pacientes con enfermedades crónicas no malignas de larga evolución así como la atención directa de estos pacientes cuando la situación sea cercana a la agonía y la muerte.

**ENFERMEDAD Y ENVEJECIMIENTO**



## CAPÍTULO 39

### La hemoglobina glicosilada como indicador de buen control de la diabetes en el paciente con insuficiencia renal

David Álvarez Azor, Francisca Miralles Martínez y Manuel David Sánchez Martos  
*Complejo Hospitalario Torrecárdenas Almería (España)*

La diabetes mellitus (DM) tipo II es una enfermedad con un elevado riesgo cardiovascular. Constituye la cuarta causa de mortalidad. Su prevalencia aumenta a nivel mundial y, en España, se encuentra en torno al 14%. A día de hoy, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la diabetes como una “epidemia” que representa una carga muy para toda la sociedad a escala mundial. La Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la OMS cifran el número de pacientes diabéticos en el mundo entre 194 y 246 millones, con una estimación futura de un aumento hasta los 333 y 380 millones para el año 2025. En los países desarrollados, las tasas del predominio de la diabetes (diagnosticada y sin diagnosticar) engloban un 5-8% de la población total. La realidad es que existe un número elevado de casos de DM tipo 2 permanece sin diagnosticar, a modo de ejemplo en EEUU hasta un 30% de pacientes DM tipo 2 no tienen diagnóstico (Collins, 2011).

La DM tipo 2 es una enfermedad donde la función de las células  $\beta$  pancreáticas se encuentra alterada por la incapacidad para producir insulina (DM tipo I), o bien porque no se produce la suficiente insulina asociado a un aumento en la resistencia a la insulina (DM tipo II). La DM tipo II es más frecuente en el anciano. Su principal característica es la existencia de cifras de glucemia elevada. Desde el punto de vista clínico las principales complicaciones en orden de frecuencia serían: daño a nivel renal, ocular, del sistema nervioso y de los vasos sanguíneos (arteriosclerosis, microangiopatía diabética, nefropatía diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética, impotencia y pie diabético).

La diabetes es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC). La nefropatía diabética se diagnostica en el 20-40% de los pacientes con DM tipo I o tipo II y se encuentra entre el 30-50% de los casos en estado terminal de la enfermedad renal. Los diabéticos que poseen un síndrome nefrótico asociado presentan mayor morbimortalidad y mayor riesgo de hipoglucemias debido a varias circunstancias: la mayoría de los fármacos antidiabéticos (antidiabéticos orales e insulina) se excretan por el riñón y, este, la función renal al encontrarse disminuida, hace que el efecto de los fármacos se incremente, además, hay que añadir que la degradación de la insulina en los tejidos periféricos se encuentra disminuida. Por último, los pacientes con uremia muy a menudo también muestran eventos como: desnutrición, pérdida del apetito y disminución tanto de los depósitos de glucógeno hepático como de la glucogénesis renal conforme disminuye la masa renal (Adler, 2013). También se ha demostrado que la hipoglucemia grave es un marcador de mortalidad cardiovascular en los pacientes con DM tipo II.

En cuanto a la valoración del control glucémico, el método (Speeckaert, 2014), más utilizado para la detección diagnóstico y seguimiento de la enfermedad es la determinación de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (Hanas, 2010), que aun siendo su uso controvertido en pacientes con ERC debido a la gran variabilidad de la hemoglobina (Hb), mal estado nutricional y la inflamación de estos pacientes, las guías actuales lo recomiendan como el biomarcador preferido de control de la glucemia en los pacientes con ERC (Lenters-Westra, 2013). En la bibliografía, encontramos muchos estudios que han intentado establecer un punto de corte que indique un buen control de la diabetes. Así encontramos que a partir del *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) se estableció como objetivo general alcanzar una HbA1c inferior al 7%. En el estudio ADVANCE se fijó una HbA1c inferior al 6,5% y en el estudio ACCORD, de forma sorprendente, encontraron un exceso de mortalidad en aquellos pacientes que habían sido sometidos a un control intensivo respecto al grupo de control glucémico convencional (HbA1c 6,4% frente a 7,5 %). Actualmente se recomienda la INDIVIDUALIZACIÓN de los objetivos del control glucémico en función de las características del paciente. En el Documento de Consenso sobre el tratamiento de DM tipo II en el paciente con enfermedad renal crónica se ha llegado al siguiente acuerdo (Gómez-Huelgas, 2014):

En pacientes con DM tipo II de diagnóstico reciente, sin patología asociada importante, sin episodios de hipoglucemia o riesgo bajo de padecerlo y con buena esperanza de vida, se recomienda un control glucémico intensivo y alcanzar una HbA1c de 6,5-7%. Esta recomendación podría ser extensible a pacientes con DM2 y ERC

leve ( $FG > 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), especialmente si presentan microalbuminuria, ya que un control estricto de la glucemia en estos casos puede retrasar la progresión de la enfermedad renal.

Por el contrario, en pacientes con DM tipo II de larga duración, con comorbilidad importante, marcado riesgo de episodios de hipoglucemia, alto riesgo vascular o corta expectativa de vida, se recomienda un control glucémico menos intensivo ( $HbA1c$  de 7,5-8%). Estos objetivos podrían ser extensibles para pacientes con ERC moderada-avanzada ( $FG < 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), por lo mencionado anteriormente derivado del mayor riesgo de sufrir hipoglucemias y la inexistencia de evidencias sobre la prevención del avance de la ERC en estos casos. En el anciano frágil puede ser preferible, incluso, un objetivo de control glucémico más laxo ( $HbA1c < 8,5$  %). No obstante, un control glucémico más estricto ( $HbA1c < 7$  %) puede estar justificado en estos pacientes siempre que se pueda obtener de forma segura, con fármacos que no conlleven un riesgo de hipoglucemias y que sean bien tolerados.

La detección de la DM tipo II y su tratamiento en la ERC requieren de un abordaje interdisciplinario.

Desde el punto de vista médico las actuaciones deben ir dirigidas a:

- Optimizar el control metabólico y tensional para reducir y enlentecer la progresión de la nefropatía.
- Realizar un test anual para evaluar la excreción de albúmina al diagnóstico de DM tipo 2 o a los 5 años en la DM tipo 1. Medir la creatinina sérica anualmente en todos los pacientes adultos con DM tipo 2. Éste valor nos permitirá saber su aclaramiento renal y así clasificar al paciente según el grado de insuficiencia renal.
- El tratamiento en el paciente diabético de micro o macro-albuminuria (incluyendo mujer no gestante) se efectúa con IECAs o ARAII.
- La disminución de la ingesta proteica en la diabetes pueden ayudarnos a enlentecer y mejorar la tasa de filtración glomerular tanto en estadios tempranos (0,8-1 g/kg/día), como en estadios más avanzados de la enfermedad renal (0,8 g/kg/día). Para ello debemos hacer hincapié en una correcta alimentación, actividad físico y la administración de fármacos que pueden ser tanto antidiabéticos orales (ADO) como insulina.

Desde el punto de vista enfermero las actuaciones deben ir dirigidas a:

- Valoración específica de: Hábito tabáquico (fumador/a), presencia de edemas, deterioro de la circulación de MMII, cifras de tensión arterial, alimentación/nutrición: hábitos dietéticos (persona que prepara la comida y dónde come habitualmente), seguimiento del tipo de dieta (dieta semáforo, dieta con cuantificación de carbohidratos, ratio carbohidratos/insulina), presencia de alergias/intolerancias alimentarias, total de consumo de líquidos diarios (1 vaso=250 cc), identificar los grupos de alimentos (frutas, lácteos, verduras, harinas, proteínas, grasas), aparición de náuseas y vómitos, presencia de síntomas urinarios como poliuria, investigar sobre la actividad física habitual (duración, horario y frecuencia), estado de la piel y mucosas: zonas de inyección, aparición de induraciones y hematomas, distrofias, rotación de las zonas de inyección intradérmica y zonas de punción capilar, valoración de pies, consumo de alcohol y otras sustancias, vigilancia de no adhesión al plan terapéutico (farmacológico y plan de cuidados: ejercicio, dieta, otros cuidados como no llevar encima azúcares de acción rápida, no dispone de glucagón, no realiza autoanálisis pautados: glucemia).
- Establecer los diagnósticos del plan de cuidados enfermeros en el Proceso:00001 Desequilibrio nutricional por exceso, 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 00046 Deterioro de la integridad cutánea, 00069 Afrontamiento inefectivo, 00079 Incumplimiento del tratamiento y 00126 Conocimientos deficientes.
- Evaluación de Resultados (NOC):1612 Control de peso, 1902 Control del riesgo, 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1103 Cura de la herida por segunda intención, 1302 Afrontamiento de problemas, 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión y 1820 Conocimiento del control de la diabetes.
- Implantación de Actividades (NIC): 1260 Manejo del peso, 5603 Enseñanza: cuidado de los pies, 3660 Cuidado de las heridas, 5230 Aumentar el afrontamiento, 1460 Relajación muscular progresiva, 4420 Acuerdo con el/la paciente, 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad, 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos, 5614 Enseñanza: dieta prescrita, 4360 Modificación de la conducta, 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito, 2130 Manejo de la hipoglucemia y 2120 Manejo de la hiperglucemia.

El equipo multidisciplinar de salud posee un papel fundamental en la prevención, control, medición, seguimiento de la enfermedad, valoración del riesgo y en la realización de intervenciones oportunas, constituyendo posiblemente una de las actuaciones más relevantes y pertinentes que el profesional de salud puede y debe realizar para mejorar la calidad y la expectativa de vida del paciente nefrótico diabético.

El objetivo principal de este estudio fue identificar precozmente la diabetes en el anciano renal.

Como objetivos secundarios nos planteamos:

- Evaluar el grado de control de la diabetes en aquellos pacientes previamente diagnosticados de diabetes.
- Establecer un programa diabetológico con actividades basadas en la prevención y estilos de vida saludables.

## **Método**

Estudio descriptivo observacional transversal.

### *Participantes*

Los participantes fueron 51 pacientes renales mayores de 65 años con ERC avanzada ( $FG < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ), en tratamiento renal sustitutivo en programa de Hemodiálisis (HD) realizado entre los meses de diciembre 2013 y febrero 2014. Criterios de inclusión: paciente renal mayor de 65 años, con más de 6 meses en terapia de hemodiálisis, diagnosticado o no de diabetes, previo consentimiento informado y firmado del paciente.

### *Instrumentos*

Se identificaron aquellos pacientes con factores de riesgo diabetológico mediante revisión de la historia clínica y entrevista individualizada realizada por el personal de enfermería orientada a recopilar información sobre lo mencionado anteriormente en la valoración de enfermería.

### *Procedimiento*

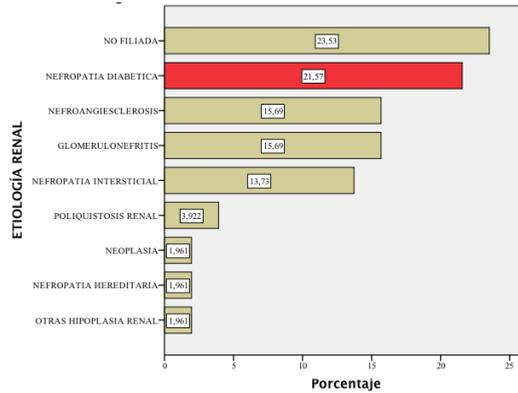
Se clasificaron en 2 grupos: Grupo 1 pacientes no diabéticos y Grupo 2 pacientes diabéticos. Se realizaron determinaciones de HbA1c en todos los pacientes. Una vez establecido el perfil del riesgo, se realizaron las intervenciones específicas para cada caso. Todas ellas realizadas por el equipo multidisciplinario dentro de un programa de prevención formal y organizada destinado a la modificación de conductas de riesgo y estilos de vida.

Las variables analizadas fueron sexo, estado civil, presencia de soledad, dependencia de un cuidador principal, deterioro cognitivo, etiología renal, polimedicación, adherencia al tratamiento, diabetes, número de fármacos administrados para su control, distribución según el grado de dependencia, niveles de HbA1c y su distribución según presencia de diabetes. El programa estadístico utilizado para su análisis fue el SPSS v.21.

## **Resultados**

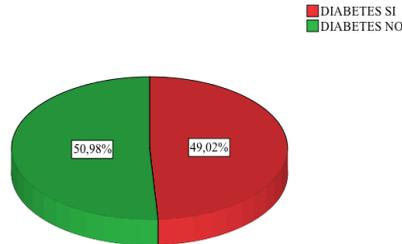
El 49% eran hombres y el 51% mujeres. La media de edad fue de 65,1 años. La población según edad fue: 56,9% (65-69 años), 13,7% (70-74 años), 15,7% (75-79%) y el 13,7% (>80años). Estado civil: solteros el 15,7%, casados el 64,7%, viudos 17,6% y divorciados el 2%. Sólo un 9,8% vivían en soledad y el 37,3% manifestó depender de un cuidador principal para la toma de su medicación. El 29,4% poseían algún grado de deterioro cognitivo (test de Pfeiffer, 1975). La etiología renal más frecuente es la nefropatía diabética (21,6%), seguida por la nefroangiosclerosis (15,7%) y las glomerulonefritis (15,7%) (Gráfico 1). Polimedicación: el 96,1% eran tomadores de más de 5 fármacos. Adherencia al tratamiento (ADHT): El 60,8% presentó ADHT según el test de Morisky-Green y el 68,6% utilizando un método directo de ADHT.

*Gráfico 1. Etiología renal*



Encontramos que el 49% (25 de 51) de nuestros pacientes eran diabéticos (aproximadamente la mitad de los pacientes) (Grafico 2).

Grafico 2. Diabetes



En cuanto al número de fármacos pautados para su control, comprobamos que un 8% (2 de 25) se controlaban sólo con dieta (sin fármacos), un 68% (17 de 25) tomaban un solo antidiabético (antidiabético oral ADO o insulina) y el 24% (6 de 25) tomaban 2 fármacos que en todos los casos resultó ser el producto de la combinación de un ADO con insulina (Tabla 1).

Tabla 1. Tabla según grupo según cifras alcanzadas de HBA1C \* N° fármacos diabetes

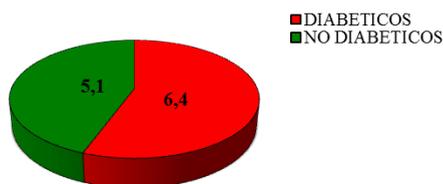
Grupo según cifras alcanzadas de HBA1C	HbA1c < 7,5%	N° FÁRMACOS DIABETES			Total
		No toma fármacos	Toma sólo 1 fármaco antidiabético	Toma 2 fármacos antidiabético	
	HbA1c < 7,5%	2	14	5	21
	HbA1c > 7,5%	0	3	1	4
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>25</b>

En toda nuestra población de estudio, obtuvimos una HbA1c con una media de  $5,74 \pm 0,18\%$ . El valor máximo obtenido fue de 10,60 con una mínima de 4,20. En el 92,2% obtuvimos una HbA1c inferior a 7,5%. Sólo en un caso (representó el 2% de la población de estudio), la HbA1c se encontraba entre 7,5 y 8 y correspondía a una mujer diabética con gran patología concomitante que hace que no adoptemos ninguna medida más agresiva para intentar disminuir esa cifra así que concluimos diciendo que se encontraba bien controlada. El 5,9% restante presentó cifras elevadas de HbA1c y correspondían a pacientes diabéticos con gran afectación ocular, renal y vascular. Podemos decir que nuestros pacientes se encuentran muy bien controlados.

En cuanto a la distribución por grupos de los 51 pacientes, el grupo 1 estaba formado por 25 pacientes renales NO DIABÉTICOS (51%) y el grupo 2 por 26 pacientes renales DIABÉTICOS (49%).

En el grupo 1 no encontramos ningún paciente con cifras de HbA1c elevada. Obtuvimos una HbA1c media de  $5,1 \pm 0,3$  (máxima 6,1 y mínima 4,2) mientras que en el grupo 2 obtuvimos una HbA1c media de  $6,4 \pm 0,3$  (máxima 10,6 y mínima 4,46) (Gráfico 3).

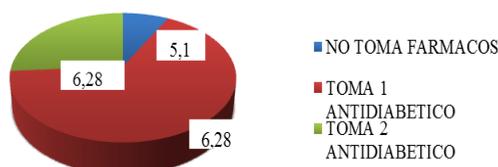
Gráfico 3. Media HbA1c por grupos



Dentro del grupo 2 en los que no tomaban fármacos y sólo estaban controlados con dieta obtuvimos una media de HbA1c de  $5,1 \pm 0,1$  (máxima 5,20 y mínima 5,00). En los que sólo tomaban un fármaco antidiabético obtuvimos una media de HbA1c de  $6,28 \pm 0,35$  (máxima 9,50 y mínimo 4,46) obteniendo la misma HbA1c en aquellos que tomaban 2 fármacos antidiabéticos  $6,28 \pm 0,35$  (máxima 10,60 y mínimo 5,64) (Gráfico 4).

De los 4 pacientes diabéticos con HbA1c de más de 7,5 destacar que los 4 estaban tratados con insulina.

Gráfico 4. HbA1c media por subgrupos de toma de fármacos



## Conclusión

La educación es primordial para la prevención de la diabetes y sus complicaciones, que son las que suponen un mayor riesgo tanto para el paciente como para el sistema sanitario. El gran valor pronóstico de la HbA1c nos permite identificar que pacientes pueden beneficiarse de nuestras intervenciones. En cuanto a nuestro objetivo principal de detectar precozmente la diabetes, no encontramos ningún paciente no diagnosticado previamente de diabetes con cifras de HbA1c en rango de diabetes. Aunque si detectamos tres pacientes no diabéticos con cifras de HbA1c en rango de prediabetes. La Asociación Americana de diabetes (ADA, 2012) reconoció un estadio previo a la diabetes llamado prediabetes, en el que el paciente presentaba cifras de HbA1c entre 5,7 y 6,4% y el cual se caracterizó por el alto riesgo de sufrir en un futuro diabetes en una población normal. En el paciente renal lo hacemos extensible del 5,7 al 7,5% por ser considerada una HbA1c de 7,5% el punto de corte para identificar la presencia de diabetes según el último Documento de Consenso publicado sobre el tratamiento de la DM tipo II en el paciente con enfermedad renal crónica en el 2014. La identificación de estos pacientes supuso la puesta en marcha de todas las intervenciones tanto médicas como sanitarias sobre la prevención. El tratamiento se basó en cada caso, aunque el pilar fundamental de todas nuestras intervenciones se basó en la introducción de modificaciones en el estilo de vida: una dieta más saludable, bajada de peso en aquellos pacientes que lo necesitaban y aumento de la actividad física.

En cuanto al segundo objetivo de evaluar el grado de control de nuestros pacientes diabéticos, podemos sentirnos orgullosos por el buen control hallado con una HbA1c media de  $6,4 \pm 0,3\%$ . Numerosos estudios han demostrado que mantener un buen control sobre la HbA1c tiene menor probabilidad de desarrollar complicaciones asociadas a la diabetes.

En cuanto al tercer objetivo de establecer un programa diabetológico con actividades basadas en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables y con el control de la medicación, fue muy bien acogido entre los pacientes tanto diabéticos como prediabéticos. Nuestro programa se basó en un malabarismo entre la alimentación (que en el paciente renal se ve fuertemente afectada de por sí por las grandes restricciones alimentarias a los que están sujetos), la medicación en el caso de que la tomara y el nivel de actividad realizada. Debido al escaso periodo de tiempo del estudio no hemos podido evaluar sus resultados.

Concluimos diciendo que la HbA1c es un marcador bioquímico excelente para la prevención y seguimiento de la diabetes y, añadir, que el trabajo en equipo entre el paciente y el equipo multidisciplinar, ayuda al paciente a entender y controlar los desafíos a los que se enfrenta y a evitar muchas de las complicaciones asociadas de la enfermedad.

## Referencias

Adler, A., Casula, A., Steenkamp, R. et al. (2014). Association between glycemia and mortality in diabetic individuals on renal replacement therapy in the United Kingdom. *Diabetes Care*, 37(5), 1304-1311.

American Diabetes Association (2012). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 35(1), 11-63.

Collins, A.J., Foley, R.N. y Herzog, C. (2011). Datos del informe anual: Atlas de la enfermedad renal crónica y enfermedad renal en etapa terminal en los Estados Unidos. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(1), 1-526.

Gómez-Huelgas, R., Martínez-Castelao, A., Artola, S., Górriz, J.L. y Menéndez, E. (2014). Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(1), 34-45.

Hanas, R., John, G. e International HbA(1c) Consensus Committee (2010). Consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A(1c) measurement. *Diabetes Care*, 33(8), 1903-1904.

Lenters-Westra, E., Schindhelm, R.K., Bilo, H.J. et al. (2013). Haemoglobin A1c: Historical overview and current concepts. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 99(2), 75-84.

Speckaert, M., Van Biesen, W., Delanghe, J., Slingerland, R., Wiecek, A., Heaf, J., Drechsler, C., Lacatus, R., Vanholder, R. y Nistor, I. (2014). Are there better alternatives than haemoglobin A1c to estimate glycaemic control in the chronic kidney disease population? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26.

## CAPÍTULO 40

### Abdomen agudo en el anciano: a propósito de un caso

Jose Jacob Motos Micó y Teresa Abad Aguilar  
*Hospital Torrecárdenas (España)*

#### Descripción del caso clínico

El objetivo de este trabajo es describir una causa poco frecuente de abdomen agudo en un caso de diverticulitis yeyunal perforada en el anciano. Realizamos una revisión de la literatura relacionada con el manejo de la enfermedad diverticular del intestino delgado (Brady, 1994). Presentamos un caso de abdomen agudo causado por la perforación de un divertículo yeyunal en una paciente de 89 años con A.P. de artrosis, deterioro cognitivo y síndrome anémico crónico no filiado atendida en nuestro centro. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 72 horas de evolución asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento.

#### Exploración física y pruebas complementarias

A la exploración física, abdomen globuloso, distendido y doloroso con signos de irritación peritoneal. Analféricamente se objetiva una elevada leucocitosis con neutrofilia. La Rx simple de abdomen muestra signos de obstrucción intestinal. La TAC abdominopélvica con contraste IV objetiva en hipogastrio rarefacción de la grasa adyacente a asas de intestino delgado junto con gas extraluminal en relación con perforación de la misma (en el momento actual contenida) probablemente secundaria a cuerpo extraño debido a que se visualiza una imagen lineal hiperdensa que da la impresión que atraviesa asa intestinal. Ante los hallazgos descritos se decide laparotomía urgente en la que se observa una perforación yeyuno-ileal con peritonitis localizada. Se realiza resección intestinal de unos 10 cm de yeyuno distal y anastomosis yeyunoileal laterolateral mecánica. La anatomía patológica describe numerosos divertículos, identificando una estructura filiforme y angulada, correlacionable con espina de pescado, insertada en uno de los divertículos con perforación del mismo, observando en vecindad un absceso peridiverticular, necrosis tisular, reacción gigante-celular tipo cuerpo extraño asociada a material fecal, y marcados signos inflamatorios de la grasa mesentérica y serosa intestinal. Durante su postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 10 días.

#### Juicio clínico

Los divertículos yeyunales son pseudodivertículos que fueron descritos por primera vez por Somerling en 1794 por Sir Astley Cooper en 1807. Son más comunes en los hombres de edad avanzada (58%). Los divertículos de intestino delgado son falsos divertículos, constituidos sólo por mucosa, submucosa y serosa, con exclusión de la capa muscular (Cunningham, 2005). La localización más frecuentemente afectada es el yeyuno proximal (75%), seguido por el yeyuno distal (20%) y el íleon (5%). Pueden estar presentes divertículos simultáneamente en colon (30-75%), duodeno (15-42%), esófago (2%), estómago (2%) y vejiga urinaria (12%) (Makris, 2009). Generalmente esta patología es clínicamente silente hasta que se presentan las complicaciones asociadas con la enfermedad diverticular como son diverticulitis, hemorragia, obstrucción intestinal y perforación. Cuando es sintomático, los pacientes pueden describir un dolor abdominal crónico de diversa gravedad, ya sea localizado en la región epigástrica o periumbilical. La diverticulitis yeyunal se produce en aproximadamente el 2-6% de los casos y tiene una tasa de mortalidad de casi el 24%. Se asocia frecuentemente con trastornos de la motilidad intestinal, como la esclerosis sistémica progresiva, neuropatías viscerales o miopatías (Woods, 2008; Sakurai, 2005; Kassahun, 2007). La diverticulosis yeyunal es un trastorno difícil de diagnosticar, pues carece de pruebas de diagnóstico verdaderamente confiables. Las radiografías de abdomen y tórax pueden mostrar evidencia de perforación, como aire libre bajo el diafragma o aire libre peritoneal; evidencia de obstrucción intestinal, o evidencia de íleo, incluyendo niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico de la diverticulosis de intestino delgado suele ser un hallazgo incidental en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, laparotomía o enteroscopia de doble balón. Aunque la endoscopia (cápsula y doble balón) puede diagnosticar anomalías intraluminales del intestino delgado, su utilidad en situaciones de emergencia es limitada (Hyland, 2007). El seguimiento con bario y la enteroclistis son las modalidades de diagnóstico de elección para pequeños divertículos intestinales (Carey, 2005). La

tomografía computarizada del abdomen y la pelvis es el estudio más útil para identificar la formación de abscesos tras la perforación diverticular. Aunque no es específica, este hallazgo puede sugerir la diverticulitis yeyunoileal entre otros diagnósticos diferenciales, como neoplasmas, la enfermedad de Crohn focal, úlceras inducidas por medicamentos y hematomas traumáticos (Shanmugam, 2005). Nuestro caso es especial por presentar una diverticulitis yeyunal perforada secundaria a una espina de pescado. El tratamiento de elección para los divertículos yeyunales perforadas causando peritonitis generalizada es la laparotomía urgente con resección intestinal segmentaria y anastomosis primaria. La extensión de la resección del intestino depende de la longitud del intestino que se ve afectado por los divertículos y las condiciones perioperatorias del paciente. Si los divertículos son extensos, la resección tiene que ser limitada para incluir sólo el segmento que contiene el divertículo perforado y dejar un segmento de intestino delgado que contenga divertículos no perforados con el fin de evitar el síndrome de intestino corto (Mattioni, 2000). La diverticulosis yeyunoileal y sus complicaciones asociadas son raras. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe ser considerado en casos de síntomas abdominales inexplicables y peritonitis. Dada la alta tasa de mortalidad de diverticulitis yeyunal, un diagnóstico preciso seguido de una intervención adecuada es fundamental.

### **Diagnóstico diferencial**

La enfermedad diverticular del yeyuno e ileon, como hemos comentado, es una patología infrecuente y habitualmente asintomática. Por su desconocimiento, rara vez es considerada como parte del diagnóstico diferencial de enfermedades digestivas. Desde 1807 se han publicado varios reportes describiendo complicaciones clínicas de esta enfermedad (Longo, 1992).

Los divertículos yeyuno-iliales son pseudodivertículos adquiridos (paredes finas, sin capa muscular) que se observan en aproximadamente el 0,02-0,42% de los estudios radiológicos de intestino delgado realizados por múltiples motivos y en el 0,06-1,3% de las series de autopsias (Palder, 1988). En la mayoría de los casos los divertículos son múltiples y proximales (80% yeyunales, 15% del íleon y 5% mixtos). Además parecen ser más frecuentes en hombres >50 años (Longo, 1992).

Al igual que los divertículos de colon su patogenia parece ser multifactorial. Las fuerzas de pulsión intraluminal, generadas por el contenido intestinal y las contracciones musculares peristálticas de la pared, distienden sitios de debilidad de la pared intestinal donde los vasos sanguíneos penetran para irrigar la mucosa del intestino, produciendo la herniación final de la mucosa y submucosa en ausencia de la capa muscular. Por ello se observan sólo en el lado mesentérico del intestino. Alrededor del 50% de los pacientes con diverticulosis yeyuno-ileal tienen divertículos colónicos simultáneamente tal como ocurrió con nuestro enfermo, lo cual obviamente dificulta aún más la interpretación de la fuente del sangrado en un paciente con hemorragia digestiva baja.

Estos divertículos deben distinguirse del divertículo de Meckel, que es único, de tamaño variable (mide en promedio unos 5 cm de longitud), ubicado habitualmente en el íleon distal (a unos 60 cm de la válvula ileocecal) y que se proyecta desde el borde antimesentérico. Corresponde a un vestigio embrionario del conducto onfalomesentérico y se puede observar en hasta 2% de la población general. La mucosa de este divertículo puede estar formada por mucosa gástrica ectópica funcional y productora de ácido que puede en algunos casos originar una hemorragia profusa debido al desarrollo de una úlcera péptica. El divertículo de Meckel debe sospecharse en un escolar o joven adolescente que debuta con una hemorragia digestiva significativa o una obstrucción intestinal (intususcepción). Para su diagnóstico es muy útil la cintigrafía con Tecnecio 99-Pertecnetato que corresponde a un isótopo que se concentra selectivamente en mucosa rica en células parietales (mucosa gástrica y mucosa gástrica ectópica como en el divertículo de Meckel) (Euler, 1996).

Se han descrito variadas complicaciones médicas de la diverticulosis yeyunal incluyendo: diverticulitis, perforación, obstrucción, volvulación, intususcepción, malabsorción y hemorragia digestiva (Longo, 1992). Los síntomas de la diverticulosis yeyunal pueden deberse a la interferencia con la peristalsis y propulsión normal del contenido intestinal. Así, puede producir dolores abdominales mal definidos periódicos, meteorismo, esteatorrea y anemia megaloblástica. La estasia de contenido intestinal puede favorecer el sobrecrecimiento bacteriano intestinal que se asocia a deconjugación de sales biliares, esteatorrea, malabsorción de vitaminas liposolubles y a la degradación de vitamina B12. En estos casos se sugiere el aporte de vitaminas, dieta hiperproteica pobre en residuos y el uso de antibióticos orales de amplio espectro (tetraciclina o metronidazol) en forma periódica.

La hemorragia digestiva atribuible a diverticulosis yeyunal es una situación muy infrecuente (Longo, 1992; Hazzan, 1998). Es probable que este diagnóstico esté subestimado por las dificultades en el diagnóstico preoperatorio y en no atribuir el sangrado a este hallazgo. Tal como ocurrió en nuestro enfermo, es interesante hacer notar que suelen presentar episodios alternados y recurrentes de melena y hematoquezia lo cual probablemente hace referencia

a que los divertículos se encuentran cercanos al ligamento de Treitz. Con el envejecimiento de la población general y los cambios en los hábitos dietéticos es razonable pensar que su frecuencia aumente en el futuro. De esta forma este diagnóstico debe plantearse en un paciente de edad avanzada que presenta sangrado digestivo bajo, recurrente y sin causa clara.

Otras causas de sangrado del intestino delgado que deben considerarse en el diagnóstico diferencial incluyen: lesiones vasculares de intestino delgado (angiodisplasias), tumores (linfoma intestinal, pólipos, adenocarcinoma), lesiones ulceradas (enfermedad de Crohn, sprue celíaca), fístula aortoentérica, enteritis actínica (si existiese antecedente de radioterapia), neoplasia ampular y hemobilia (Spechler, 1982; Jutabha, 1996).

Dependiendo de las condiciones del enfermo podemos recurrir a una angiografía mesentérica selectiva (en caso de sangrado masivo) o a una cintigrafía con glóbulos rojos marcados (si el sangrado es de menor cuantía y recurrente). Otro procedimiento útil para definir la fuente del sangrado en estos pacientes puede ser la enteroscopia que puede incluso ser realizada en el intraoperatorio. Puede introducirse por vía alta (esófago) o baja (colon) logrando explorar gran parte del intestino delgado.

La gammagrafía de glóbulos rojos es un procedimiento que usa radioisótopo para marcar hematíes, siendo muy práctico en situaciones como hemorragia digestiva baja que esté sangrando activamente o en forma intermitente. Es particularmente útil cuando la colonoscopia ha sido incompleta o no diagnóstica y existe un sangrado activo de más de 0,1 ml/min (DeMarkles, 1993). Este examen sólo localizará el sitio probable de sangrado y puede orientar al radiólogo para realizar una angiografía selectiva (mesentérica superior o inferior) posteriormente. El sitio de extravasación de glóbulos rojos puede aparecer en la fase precoz (primera h) o tardíamente (hasta las 24 h). En nuestro enfermo este examen fue importantísimo en el sentido de orientar a un sangrado activo del intestino delgado, en un enfermo que ya tenía demostración radiológica previa de divertículos del intestino delgado.

La arteriografía mesentérica selectiva es un examen muy útil en pacientes con un sangrado masivo con compromiso hemodinámico. Debe ser realizado lo más cercano posible a la hemorragia índice. Este examen requiere de una velocidad de sangrado mayor a 0,5 ml/min y permite localizar el sitio de sangrado activo y eventualmente tratar la lesión (infusión selectiva de vasopresina o embolización selectiva) (DeMarkles, 1993). Aproximadamente el 80% de los pacientes con angiografía positiva para sangrado serán finalmente candidatos a cirugía.

En suma, la hemorragia digestiva baja puede constituir un gran desafío diagnóstico pues el sitio de sangrado y sus causas son muy variables. Su diagnóstico precoz modifica la conducta terapéutica en forma considerable. En estas condiciones no existe un procedimiento diagnóstico sino que el estudio puede implicar varios procedimientos cuya secuencia varía de paciente en paciente. Pensamos que este caso ilustra un grupo afortunadamente pequeño de enfermos con sangrado del intestino delgado en que las técnicas endoscópicas (que descartan razonablemente un sangrado alto y de colon) asociado al estudio de imágenes orientan al clínico con respecto a su origen. En nuestro enfermo la cintigrafía con glóbulos rojos marcados y el antecedente de divertículos yeyunales en un estudio previo dio la clave para el diagnóstico permitiendo indicar una cirugía precoz. Debemos recordar esta causa de hemorragia en todo paciente anciano con un sangrado digestivo de sitio incierto.

Los tumores y las malformaciones arteriovenosas son las principales causas de hemorragia digestiva en yeyuno, siendo la causa diverticular muy infrecuente. Se trata de un hallazgo infrecuente con una baja tasa de complicaciones agudas en comparación con otro tipo de diverticulosis intestinales (Perea 2002; Zapata 2000; Peláez, 2001). El mecanismo de producción del sangrado es debido a una erosión arterial intestinal (Jaime-Zavala, 2002), con una incidencia no bien estimada.

Son muy útiles tanto la colonoscopia como el esofagogastroduodenoscopia en situación hemodinámicamente estable, para la identificación del punto hemorrágico. Si la hemorragia activa es mayor de 0,1 ml/min, la tomografía axial computarizada (TC) con hematíes marcados con realización posterior de arteriografía selectiva serán claves para identificar el punto hemorrágico. Habitualmente, con esta última se puede identificar y tratar la lesión sangrante mediante embolización selectiva o infusión de vasopresina selectiva (Rodríguez, 2001).

Se debe indicar laparotomía exploradora siempre que exista un sangrado continuo, en situación de inestabilidad hemodinámica o imposibilidad de identificar el punto sangrante. Se debe valorar la realización de una endoscopia intraoperatoria, cuando persista la no identificación.

## **Conclusiones**

La diverticulosis de intestino delgado y en particular de yeyuno, es una entidad clínica infrecuente y generalmente asintomática. Sin embargo, puede causar síntomas inespecíficos crónicos y rara vez da lugar a una presentación aguda. Se estima que la prevalencia de la diverticulosis yeyunal en la población general es

aproximadamente del 1-2%, variando del 0,02-0,42% en estudios de contraste del tubo digestivo al 0,3-4,0% en necropsias.

## Referencias

- Brady, A.P., Malone, D.E. y McGrath, F.P. (1994). Perforated jejunal diverticulosis: radiologic diagnosis. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 45(3), 231-3.
- Carey, E.J. y Fleischer, D.E. (2005). Investigation of the small bowel in gastrointestinal bleeding-enteroscopy and capsule endoscopy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 34(4), 719-34.
- Cunningham, S.C., Gannon, C.J. y Napolitano, L.M. (2005). Small-bowel diverticulosis. *American Journal of Surgery*, 190, 37-8.
- DeMarkles, M.P. y Murphy, J.R. (1993). Acute lower gastrointestinal bleeding. *Medical Clinics of North American*, 77, 1085-100.
- Hazzan, D., Reissman, P., Meshulam, J., Golijanin, D. y Shiloni, E. (1998). Small-bowel pandiverticulosis- A potential source of gastrointestinal bleeding. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 33, 1321-3.
- Hyland, R. y Chalmers, A. (2007). CT features of jejunal pathology. *Clinical Radiology*, 62(12), 1154-62.
- Jaime-Zavala, M., Martínez-Ordaz, J.L. y Blanco-Benavides, R. (2002). Divertículo yeyunal solitario con mucosa gástrica heterotópica, diagnóstico y manejo. Reporte de caso. *Revista de Gastroenterología de México*, 67, 264-6.
- Jutabha, R. y Jensen, D.M. (1996). Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. *Consultations in gastroenterology*, 23, 155-67.
- Kassahun, W.T., Fangmann, J., Harms, J., Bartels, M. y Hauss, J. (2007). Complicated small-bowel diverticulosis: a case report and review of the literature. *World Journal of Gastroenterology*, 13, 2240-2.
- Longo, W.E. y Vernava, A.M. (1992). Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. *Diseases of Colon and Rectum*, 35, 381-8.
- Makris, K., Tsiotos, G.G., Stafyla, V. y Sakorafas, G.H. (2009). Small intestinal nonmeckelian diverticulosis: clinical review. *Journal Clinical of Gastroenterology*, 43, 201-7.
- Mattioni, R., Lolli, E., Barbieri, A. y D'Ambrosi, M. (2000). Perforated jejunal diverticulitis: personal experience and diagnostic with therapeutical considerations. *Annali Italiani di Chirurgia*, 71(1), 95-8.
- Palder, S.B. y Frey, C.B. (1988). Jejunal diverticulosis. *Archives of Surgery*, 113, 889-94.
- Peláez, M.C., Rodríguez, F.R., Tato, G. y Quintela, A. (2001). Diverticulitis yeyunal perforada. *Cirugía Española*, 69, 627-8.
- Perea García, J., Turégano Fuentes, F., Pérez Díaz, MD. y Sanz Sánchez, M. (2002). Diverticulitis de yeyuno perforada. *Gastroenterología y Hepatología*, 25, 526.
- Rodríguez, H.E., Ziauddin, M.F., Quirós, E.D., Brown, A.M. y Podbielski, F.J. (2001). Jejunal diverticulosis and gastrointestinal bleeding. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 33, 412-4.
- Sakurai, Y., Tonomura, S., Yoshida, I., Masui, T., Shoji, M. y Nakamura, Y. (2005). Abdominal wall abscess associated with perforated jejunal diverticulitis: report of a case. *Surgery Today*, 35, 682-6.
- Shanmugam, R.P. y Shivakumar, P. (2006). A rare complication of jejunal diverticulosis. *Tropical Gastroenterology*, 27,134-5.
- Spechler, J.S. y Schimmel, E.M. (1982). Gastrointestinal tract bleeding of unknown origin. *Archives Internal of Medicine*, 236-40.
- Woods, K., Williams, E., Melvin, W. y Sharp, K. (2008). Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: a review of the literature. *American Journal of Surgery*, 74(9), 849-54.
- Zapata, R., Rojas, C. y Gaete, F. (2000). Diverticulosis yeyunal: una causa infrecuente de hemorragia digestiva. *Revista Médica de Chile*, 128, 1133-8.

## CAPÍTULO 41

### Hernia diafragmática en el anciano

Teresa Abad Aguilar y José Jacob Motos Micó  
*Hospital Torrecárdenas (España)*

#### Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 73 años con antecedentes patológicos de epilepsia, toxoplasmosis y quiste hidatídico necrosado, ulcerado y abscesificado con intensa reacción granulomatosa de cuerpo extraño precisando hepatectomía derecha reglada. Acude a urgencias de nuestro hospital por referir cuadro de dolor abdominal de 48h de evolución asociado a estreñimiento, náuseas y vómitos.

#### Exploración y pruebas complementarias

A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin defensa, ni peritonismo. Análiticamente se objetiva leucocitosis con desviación izquierda. Presenta una TC toracoabdominopélvica con contraste endovenoso que informa de obstrucción intestinal en relación con herniación de colon a través de defecto en diafragma derecho. Se pauta sonda nasogástrica con abundante contenido intestinal, sueroterapia y antibioterapia de amplio espectro. La paciente es intervenida de urgencia a través de la incisión subcostal derecha previa objetivando líquido seroso turbio en moderada cantidad, adherencias firmes en lecho de cirugía previa y orificio herniario diafragmático de unos 4 cm a través del cual se reduce laboriosamente el saco herniario que contenía colon transverso dilatado, que recupera coloración y peristaltismo. Se realiza herniorrafia diafragmática derecha. La paciente evoluciona favorablemente, iniciando tolerancia oral y recuperando tránsito intestinal al 3º día. Normalización de parámetros analíticos, herida subcostal con buena evolución. Es dada de alta al 5º día postoperatorio.

#### Juicio clínico

La hernia diafragmática iatrogénica posthepatectomía es una complicación poco frecuente y en la literatura existente, hay pocos casos descritos (Tabrizian, 2012). Las hernias diafragmáticas adquiridas son generalmente secundarias a un traumatismo toracoabdominal penetrante, o una lesión iatrogénica que ocurren con mayor frecuencia tras reparación de la hernia hiatal (Rubikas, 2001). El diagnóstico tardío de las hernias diafragmáticas adquiridas es frecuente, sobretudo en asociación con pequeñas heridas penetrantes. En ausencia de obstrucción o estrangulamiento de vísceras, el principal motivo de consulta es el dolor crónico, náuseas, vómitos, o reflujo con o sin cambios respiratorios. Con respecto a la radiología, la radiografía de tórax es la mejor prueba de detección, pero sólo del 40%-50% de los pacientes muestran un hallazgo patológico (Reber, 1998; Matz, 2009). La TC helicoidal computarizada con reconstrucción coronal y sagital es útil para establecer el diagnóstico definitivo como en nuestro caso (Eren 2005). Las hipótesis sobre las causas de hernia diafragmática no traumática son:

(1) traumatismo directo en el diafragma durante la hepatectomía. La lesión diafragmática secundaria a lobectomía hepática estándar sin finalidad de trasplante es un hallazgo muy infrecuente, como presenta nuestra paciente.

(2) Lesión diafragmática térmica durante la cirugía. Estos casos han sido descritos en pacientes sometidos a ablación por radiofrecuencia de las lesiones adyacentes al diafragma (Wood 2000; Sugita, 2003).

(3) Lesión diafragmática durante laparoscopia asistida de resección hepática. Sin embargo, la herniación producida por una lesión diafragmática adquirida es debido al gradiente de presión entre la cavidad abdominal y torácica, así como el retraso en la cicatrización es debido al constante movimiento diafragmático, o a la musculatura diafragmática débil.

#### Diagnóstico diferencial

La cirugía es obligatoria en caso de hernia diafragmática con obstrucción intestinal o perforación. El abordaje para la reparación de la hernia diafragmática puede ser transabdominal o transtóraco (Hawxby, 2006). La patogénesis del caso presentado probablemente sea iatrogénica, debido a una lesión mecánica o térmica en el

diafragma no reconocido intraoperatoriamente. Habría que considerar la posibilidad de un defecto diafragmático de base. Sin embargo, los hallazgos operatorios durante la herniorrafia revelaron un diafragma con un grosor normal y ninguna otra área de debilidad. Durante el período siguiente, esta laceración se amplió progresivamente, probablemente debido a adherencias con tracción sobre el diafragma por el tejido inflamatorio postoperatorio, permitiendo que el colon se herniara dentro de la cavidad torácica.

El trauma cerrado y el trauma penetrante constituyen los principales factores etiológicos de las lesiones diafragmáticas. Por estadística se ha demostrado que 75% de las lesiones diafragmáticas son secundarias a trauma cerrado y 25% a trauma penetrante (Shah, 1995). También se han descrito rupturas espontáneas durante el embarazo.

La ruptura del diafragma ocurre con una frecuencia de 5%, en pacientes hospitalizados después de accidentes automovilísticos, hasta 15%, en pacientes con trauma penetrante en la parte inferior del tórax o en la parte superior del abdomen (Zantut, 1997). De 7% a 66% de las lesiones diafragmáticas en pacientes politraumatizados no son diagnosticadas (Troop, 1985).

Las toracotomías o laparotomías que se realizan por trauma cerrado demuestran que la lesión del diafragma se encuentra en 4% a 20% de todos los traumas (Zantut, 1997). Si el trauma es penetrante en el área toracoabdominal izquierda, el porcentaje se eleva de 70% a 90% (Moore, 1980). Aproximadamente, el 68,5% de las rupturas diafragmáticas ocurren en el lado izquierdo, 24,2% en el lado derecho y 1,5% en forma bilateral; cerca de 0,9% de las rupturas son pericárdicas. Las explicaciones a estas diferencias son la protección que le da el hígado al hemidiafragma derecho, el subregistro por falta de diagnóstico en el lado derecho y la debilidad del hemidiafragma izquierdo en los puntos de fusión embriológica, como son los canales pleuro-peritoneales. Cuando se habla de lesiones diafragmáticas, se tiene que definir el área toraco-abdominal como aquella zona que, al sufrir un traumatismo, puede significar lesiones en el tórax, el abdomen y el diafragma. La zona toraco-abdominal está delimitada, en su parte superior, por la unión de las dos líneas medioclaviculares con el cuarto espacio intercostal en la región anterior, sexto espacio intercostal en la región lateral y octavo espacio intercostal en la región posterior; en su parte inferior, el área toraco-abdominal está delimitada por todo el reborde costal; ésta es la zona que corresponde al área de excursión del diafragma.

Por definición, el trauma del diafragma es una lesión adquirida con corte completo de la estructura del diafragma, por mecanismos directos, como heridas por arma cortopunzante y heridas por proyectiles, o por mecanismos indirectos, como el aumento de la presión intraabdominal en el trauma cerrado. Ocasionalmente, también contribuyen al trauma del diafragma los fragmentos costales cuando hay fracturas y la colocación de tubos de tórax.

El cierre espontáneo de las heridas del diafragma no se produce, pero sí puede ocurrir el cierre temporal por contracción del músculo o por interposición de epiplón. El comité de la Organ Injury Scaling (OIS), de la American Association of Surgery, clasificó las heridas del diafragma en: grado I, contusión; grado II, laceración < 2 cm; grado III, laceración de 2 a 10 cm, y grado IV, laceración >10 cm con pérdida de tejido < 25 cm; y grado V, laceración con pérdida de tejido >25 cm. Normalmente, existe un gradiente de presión de 7 a 20 cm H<sub>2</sub>O entre la cavidad abdominal y el espacio pleural. El trauma cerrado aumenta este gradiente de presión que actúa sobre el diafragma contraído de manera involuntaria; al exceder la elasticidad del diafragma, se produce su ruptura. Por cálculos se ha concluido que se requiere un aumento súbito de, por lo menos, 100 mm Hg para romper el diafragma. Estas lesiones se localizan con mayor frecuencia en la parte tendinosa central o en los límites entre la parte tendinosa y la parte muscular del diafragma. En ocasiones, el trauma de tórax produce desprendimiento y desgarro del diafragma de sus puntos de fijación costal y lumbar. La sintomatología de los pacientes con heridas del diafragma se produce, principalmente, por las lesiones asociadas, más que por la sintomatología resultante de la lesión diafragmática en sí; debe tenerse un alto índice de sospecha para poder diagnosticarla. La fisiopatología de la hernia diafragmática traumática incluye tanto la depresión respiratoria como la circulatoria secundaria a la disminución de la excursión diafragmática, la compresión pulmonar por el contenido herniado, el aumento de la presión en el hemitórax comprometido y la desviación del mediastino hacia el lado contralateral. Si la lesión lleva cierto tiempo de evolución, el cuadro de obstrucción intestinal por compromiso visceral es el predominante.

Puede manifestarse dolor en el hombro o en el epigástrico. El examen físico puede ser normal en 20% a 45% de los pacientes con lesión diafragmática. El cuadro clínico puede incluir: dificultad respiratoria de moderada a grave, disminución de los ruidos respiratorios del lado afectado, auscultación de ruidos intestinales en el tórax, movimiento paradójico del abdomen con el ciclo respiratorio e, incluso, palpación de los órganos abdominales en el tórax cuando se va a colocar un tubo de tórax.

La radiografía de tórax es el método diagnóstico más frecuentemente utilizado en el estudio de los pacientes con trauma de tórax y en el diagnóstico de la ruptura diafragmática. En general, sólo del 40,7% a 44% de las lesiones fueron diagnosticadas en el preoperatorio utilizando este método (Guth, 1995).

Existen algunos criterios radiológicos que confirman y otros que sugieren la lesión del diafragma. Entre los criterios confirmatorios están la sonda nasogástrica dentro del tórax y los estudios positivos de gastrografín. Entre los criterios sugestivos están: las burbujas de aire en el tórax, la irregularidad del reborde diafragmático, la elevación del hemidiafragma, el desplazamiento del mediastino sin causa pulmonar o intrapleural y las atelectasias por compresión del lóbulo inferior.

Otros métodos utilizados para tratar de confirmar el diagnóstico preoperatorio de lesión son: la tomografía computadorizada, la ecografía de base pulmonar, las vías digestivas, la gammagrafía, el neumoperitoneo inducido, el lavado peritoneal, la tomografía helicoidal de cortes múltiples, la resonancia magnética, las endoscopias torácica o peritoneal y la exploración digital.

En caso de sospecha, para algunos, la ecografía es el método de referencia en el diagnóstico de ruptura diafragmática, porque es universalmente aplicable en pacientes politraumatizados, requiere sólo de paciencia y puede repetirse varias veces sin mayor incomodidad para el paciente. Los siguientes son criterios ecográficos que sugieren lesión diafragmática (Truong, 1991): falta de continuidad del contorno del diafragma; hernia de órganos intraabdominales, como el hígado o el bazo, dentro del tórax; y hernia de órganos llenos de gas o líquido, como el estómago o el intestino, con presencia, en algunos casos, de ondas peristálticas propias. La ecografía tiene una sensibilidad de 82% para el diagnóstico de lesión diafragmática. La efectividad de la ecografía se afecta negativamente por la presencia de enfisema subcutáneo, neumotórax y fracturas costales.

La tomografía computadorizada (TC) para el diagnóstico de lesión del diafragma es costosa y no se encuentra disponible en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Su sensibilidad en casos agudos va de 33% a 83% y su especificidad oscila entre 76% y 100%. Su efectividad está entre 50% y 98% (Murray, 1996). Sin embargo, algunos se oponen al uso de la TC en la fase aguda de pacientes politraumatizados, por lo prolongado del procedimiento y la escasa posibilidad de monitoreo durante el mismo. En el diagnóstico de lesiones diafragmáticas de larga evolución, la TC debe ser el método de referencia (Guth, 1995). La tomografía helicoidal con multicorte y multidetectores debe mejorar la sensibilidad y la especificidad, por la posibilidad de reconstrucciones tridimensionales del diafragma, sin embargo, hacen falta estudios clínicos con este nuevo método diagnóstico.

La resonancia magnética no se prefiere para la evaluación del diafragma, debido a su larga duración y a su alta sensibilidad ante artefactos dados por el movimiento (Eren, 2005). Sin embargo, con ella se pueden realizar reconstrucciones en múltiples planos, lo cual permite detectar pérdidas de la continuidad en el diafragma, al mismo tiempo que resulta bastante útil para evaluar sus inserciones costales y vertebrales. Su uso parece limitarse a los casos de hernias diafragmáticas traumáticas crónicas de difícil diagnóstico o complicadas.

La videotoracoscopia como método diagnóstico de lesión diafragmática se debe reservar para los casos en que no hay trauma abdominal asociado (Lang-Lazdunski, 1997). La toracoscopia tiene ventaja sobre la laparoscopia, por el hecho de no necesitar insuflar gas y porque se evita la posible formación de adherencias peritoneales. Tiene la desventaja de que sólo se puede visualizar un hemidiafragma y, además, se recomienda utilizarla únicamente en pacientes estables desde el punto de vista hemodinámico. Se ha reportado hasta 100% de sensibilidad y especificidad (Kern, 1993).

En Bogotá, fueron de los primeros en evaluar prospectivamente el uso de la toracoscopia como método diagnóstico para la herida del diafragma. Realizaron la toracoscopia en 28 pacientes con trauma toraco-abdominal penetrante, estables y sin indicación para laparotomía, y encontraron 9 con lesión del diafragma. Al momento de la laparotomía para la corrección, encontraron lesiones significativas de órganos intraabdominales en 8 de esos 9 pacientes (Uribe, 2009).

Se evaluaron la utilidad de la videotoracoscopia en el diagnóstico de las heridas diafragmáticas de 171 pacientes, y encontraron cinco factores pronósticos independientes de las heridas diafragmáticas luego de un trauma penetrante: la radiografía de tórax anormal, la herida de entrada inferior a la tetilla, las lesiones intraabdominales, los mecanismos de trauma de alta velocidad (proyectiles) y el sitio de entrada en el lado derecho (Freeman, 2001). Finalmente, recomendaron que los pacientes que no requieren laparotomía o toracotomía luego del trauma pero que presentan dos o más de los anteriores factores, deben ser sometidos a videotoracoscopia para la evaluación del hemidiafragma.

La videolaparoscopia como método diagnóstico de ruptura diafragmática fue estudiada retrospectivamente por Smith y colaboradores (Smith, 1995). En este estudio concluyeron que la laparoscopia en el trauma es un método seguro para la evaluación de pacientes seleccionados con trauma abdominal y reduce el número de laparotomías en

blanco o no terapéuticas. Sólo encontraron lesión diafragmática, que fue reparada por la misma vía, en 3% de los casos. Hay varios reportes de diagnóstico y tratamiento de lesiones diafragmáticas por laparoscopia; casi todos concluyen que la estabilidad hemodinámica debe ser una condición sine qua non para su realización y que los pacientes con traumas complejos deben excluirse de este método diagnóstico. Entre las desventajas de la laparoscopia para el diagnóstico de las lesiones diafragmáticas están las siguientes: siempre se necesita anestesia general, puede ocurrir embolización de gas, el riesgo de neumotórax a tensión por el neumoperitoneo es alto cuando realmente existe una lesión diafragmática (Fabian, 1993) y existen otros riesgos intrínsecos al procedimiento, como las lesiones de asas o de vasos abdominales (Smith, 1995). El cirujano de trauma debe estar en capacidad de practicar ya sea una toracoscopia o una laparoscopia, dado que una presenta ciertas ventajas sobre la otra, y solamente la clínica del paciente en particular indica cuál de estas dos vías debe utilizarse. Si hay evidencia de lesiones abdominales, el abordaje debe ser por la vía abdominal, mientras que los pacientes estables o con hallazgos torácicos se abordan por el tórax (Hanna, 2008).

### **Conclusiones**

La confirmación por cualquier medio de lesión diafragmática, es indicación de corrección quirúrgica. El abordaje depende de si la lesión es aguda o antigua. La laparotomía es el abordaje de elección en los casos agudos, porque en un alto porcentaje se acompañan de lesiones de órganos de la cavidad abdominal. Las lesiones simples sobre el tendón central son reparadas con una sutura 0 no absorbible. Se prefiere una sutura continua horizontal en punto de colchonero que everta las bordes, los cuales se suturan de vuelta de manera continua utilizando la misma sutura. En los defectos en la región muscular del diafragma, se prefieren puntos separados de colchonero, con sutura 0 no absorbible. Si se trata de lesiones muy pequeñas, se pueden realizar puntos simples separados. Cuando el diafragma está desgarrado o muy delgado, se utilizan suturas protegidas con almohadillas de politetrafluoroetileno.

En general, los defectos diafragmáticos secundarios a trauma se pueden corregir afrontando directamente los bordes lesionados. Sin embargo, cuando esto no es posible porque hay pérdida de un área considerable del diafragma, se pueden utilizar materiales protésicos, como mallas de polipropileno, politetrafluoroetileno, mersileno, etc. El material se sutura a la parte muscular del diafragma utilizando puntos de colchonero separados y puede utilizarse una sutura continua para su unión al tendón central. Debe garantizarse una tensión adecuada del material de sutura, para evitar los movimientos paradójicos y así mantener una fisiología respiratoria normal. No existe un material protésico estándar para la corrección del diafragma y no conocemos estudios de adecuado diseño que comparen estos materiales.

Cuando las lesiones diafragmáticas no son agudas, especialmente si son del lado derecho, se prefiere la toracotomía para su abordaje. Se abordan utilizando una incisión baja (octavo o noveno espacios intercostales), que permite una adecuada exposición de la zona afectada. Existen varios reportes, con series pequeñas, de corrección de lesiones del diafragma por laparoscopia, con resultados satisfactorios y porcentajes pequeños de conversión a laparotomía (Lee, 1994).

### **Referencias**

- Eren, S. y Ciriş, F. (2005). Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature. *European Journal of Radiology*, 54(3), 448-59.
- Fabian, T.C., Croce, M.A., Stewart, R.M., Pritchard, F.E., Minard, G. y Kudsk, K.A. (1993). A prospective analysis of diagnostic laparoscopy in trauma. *Annals of Surgery*, 217, 557-64.
- Freeman, R.K., Al-Dossari, G., Hutcheson, K.A., Huber, L., Jessen, M.E. y Meyer, D.M. (2001). Indications for using video-assisted thoroscopic surgery to diagnose diaphragmatic injuries after penetrating chest trauma. *Annals of Thoracic Surgery*, 72, 342-7.
- Guth, A.A., Pachter, H.L. y Kim, U. (1995). Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. *American Journal of Surgery*, 170, 5-9.
- Hanna, W.C., Ferri, L.E., Fata, P., Razek, T. y Mulder, D.S. (2008). The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years. *Annals of Thoracic Surgery*, 85, 1044-8.
- Hawxby, A.M., Mason, D.P. y Klein, A.S. (2006). Diaphragmatic hernia after right donor and hepatectomy: a rare donor complication of partial hepatectomy for transplantation. *Hepatobiliary and Pancreatic Diseases International*, 5, 459.
- Kern, J.A., Tribble, C.G., Spotnitz, W.D., Rodgers, B.M. y Daniel, T.M. (1993). Thoracoscopy in the subacute management of patients with thoracoabdominal trauma. *Chest Journal*, 104, 942-5.

- Lang-Lazdunski, L., Mouroux, J., Pons, F., Grosdidier, G., Martinod, E. y Elkaim, D., (1997). Role of videothoracoscopy in chest trauma. *Annals of Thoracic Surgery*, 63, 327-33.
- Lee, W.C., Chen, R.J., Fang, J.F., Wang, C.C., Chen, H.Y. y Chen, S.C. (1994). Rupture of the diaphragm after blunt trauma. *European Journal of Surgery*, 160, 479-83.
- Matz, D., Kirchhoff, P. y Kocher, T.M. (2009). Consecutive cecum perforation due to incarcerated diaphragmatic hernia after liver surgery. *International Journal of Colorectal Disease*, 24(11), 1353-4.
- Moore J.B., Moore E.E. y Thompson J.E. (1980). Abdominal injuries in association with penetrating trauma to the lower chest. *American Journal of Surgery*, 140, 724-30.
- Murray, J.G., Caoili, E., Gruden, J.F., Evans, S.J., Halvorsen, R.A. y Mackersie, R.C. (1996). Acute rupture of the diaphragm due to blunt trauma: diagnostic sensitivity and specificity of CT. *American Journal of Roentgenology*, 166, 1035-9.
- Reber, P.U., Schmied, B., Seiler, CA., Baer H.U., Patel A.G. y Buchler M.W. (1998). Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. *Journal of Trauma*, 44, 183-188.
- Rubikas, R. (2001). Diaphragmatic injuries. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 20, 53-57.
- Shah, R., Sabanathan, S., Mearns, A.J. y Choudhury, AK. (1995). Traumatic rupture of diaphragm. *Annals of Thoracic Surgery*, 1, 60, 1444-9.
- Smith, R.S., Fry, W.R., Morabito, D.J., Koehler, R.H. y Organ, C.H. (1995). Therapeutic laparoscopy in trauma. *American Journal of Surgery*, 170, 632-6.
- Sugita, M., Nagahori, K. y Kudo, T. (2003). Diaphragmatic hernia resulting from injury during microwave-assisted laparoscopic surgery. *Surgical Endoscopy*, 17, 1849.
- Tabrizian, P., Jibara, G., Shrager, B., Elsabbagh, A., Roayaie, S. y Schwartz, M. (2012). Diaphragmatic Hernia after Hepatic Resection: Case Series at a Single Western Institution. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16, 1910-1914.
- Troop, B., Myers, R.M. y Agarwal, N. (1985). Early recognition of diaphragmatic injuries from blunt trauma. *Annals of Emergency Medicine*, 14, 97-101.
- Truong, S., Geller, H., Starke, J. y Schumpelick, V. (1991). Stellenwert der sonographie in der diagnostik traumatischer zwerchfellrupturen. *Aktuelle Chirurgie*, 26, 72.
- Uribe, R.A., Pachón, C.E., Frame, S.B., Enderson, B.L., Escobar, F. y García, G.A. (1994). A prospective evaluation of thoracoscopy for the diagnosis of penetrating thoracoabdominal trauma. *Journal of Trauma*, 37, 650-4.
- Wood, T.F., Rose, M., Chung, M., Allegra, D.P., Foshag, L.J. y Bilchik, A.J. (2000). Radiofrequency ablation of 231 unresectable hepatic tumors: indications, limitations, and complications. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 593-600.
- Zantut, L.F., Ivatury, R.R., Smith, R.S., Kawahara, N.T., Porter, J.M. y Fry, W. (1997). Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: A multicenter experience. *Journal of Trauma*, 42, 825-9.



## CAPÍTULO 42

### **Radioterapia complementaria en el cáncer de mama en la mujer anciana**

Francisco José Peracaula Espino, María Acuña Mora, Rocío del Castillo  
Acuña y Eduardo Sánchez Sánchez  
*Hospital Punta de Europa, Algeciras (España)*

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres occidentales, su edad de máxima incidencia se encuentra por encima de los 50 años, y la posibilidad de desarrollo de un cáncer de mama es mayor conforme avanza la edad, se estima que una de cada 9 mujeres que lleguen a los 85 años lo padecerá, en la UE se diagnosticaron 24.4500 casos en el año 2000. El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad en mujeres, especialmente entre los 49 y los 64 años, siendo la tasa de mortalidad ajustada en nuestro medio aproximadamente de 21/100.000/ h. La incidencia de cáncer de mama en el varón es de 1 por cada 100 casos con respecto a la mujer.

La implantación de los programas de detección precoz, junto con los avances diagnósticos y terapéuticos han situado la tasa de supervivencia a 5 años por encima del 80%.

El cáncer de mama requiere un abordaje multidisciplinar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento siendo la radioterapia uno de los pilares básicos, administrada sola o bien en combinación con otras modalidades terapéuticas como la cirugía, quimioterapia, hormonal, anticuerpos monoclonales, fármacos diana.

La radioterapia como tratamiento del cáncer de mama de forma complementaria a la cirugía y/o la quimioterapia supone un incremento del control local de la mama, y una reducción de la mortalidad a largo plazo. El posterior uso de la radioterapia en el tratamiento conservador de la mama significó un gran incremento en la calidad de vida, hay evidencia que la radioterapia evita la recurrencia local a 5 años, al erradicar focos no detectados de tumor. Las recurrencias que suceden más allá de los 5 años, suelen ser nuevos tumores (Wickerberg, Holmberg y Adam, 2014).

Los pacientes ancianos con cáncer han sido con frecuencia víctimas de estrategias de tratamiento discriminatorio en función de parámetros no relacionados con el tumor, como son la biología del envejecimiento y la comorbilidad, debido a un escaso conocimiento acerca de la efectividad y la tolerancia del tratamiento radioterápico en el paciente anciano (Gómez-Millán, 2009). Esto ha sido determinante para que algunos pacientes ancianos, por miedo a los posibles efectos secundarios, no se tratasen a dosis radicales. Sin embargo existen estudios que asevera que la radioterapia es un tratamiento bien tolerado y eficaz en el paciente anciano (Zachariah, Balducci y Venkattaramanabajali, 1997).

#### **Bases Radiobiológicas**

El tratamiento radioterápico persigue administrar una dosis de radiación adecuada para el control tumoral, respetando los más posibles los tejidos sanos adyacentes, ya que la eficacia del tratamiento se encuentra limitada por la tolerancia de los tejidos sanos que se encuentran alrededor del tumor, e ineludiblemente incluidos en el volumen de irradiación.

La ICRU 50 define como órganos de riesgo, tejidos normales con una sensibilidad tal a la radiación que puede influenciar significativamente en la planificación del tratamiento y en la dosis prescrita.

Ello dió lugar a la definición de la dosis mínima y máxima de tolerancia para los distintos de tejidos que son bien conocidas para la totalidad de los órganos.

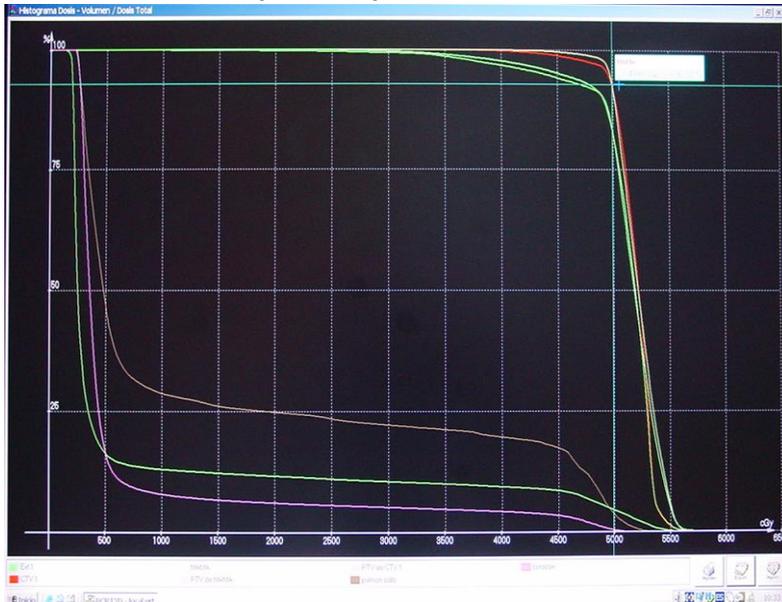
Se define la dosis mínima de tolerancia o TD5/5 a aquella dosis que puede ocasionar un 5 % de complicaciones graves a los 5 años y la dosis máxima de tolerancia aquella que puede ocasionar un 50% de complicaciones graves a los 5 años.

Sin embargo, estas definiciones asumían irradiación de todo o parte del órgano de forma uniforme, con fraccionamiento convencional, presumía u funcionamiento normal del órgano, no tenía en cuenta otras modalidades terapéuticas previas o concomitantes, y excluía a los niños y ancianos.

Actualmente el énfasis se hace en el volumen de órgano irradiado en relación a la dosis. Las modernas técnicas de planificación, basadas en el uso de Tomografía Axial Computerizada o Resonancia Nuclear Magnética, han permitido ver la distribución de dosis en los volúmenes de tratamiento y en los órganos de riesgo, pudiendo optimizar así los tratamientos, elevando en lo posible la dosis en los volúmenes de tratamiento, y disminuyendo la dosis en los

órganos sanos. Los modernos planificadores disponen de un arma esencial en la evaluación y optimización de tratamientos, que es el Histograma Dosis-Volumen en los que se representa de forma simple y concisa la relación entre dosis –volumen en los volúmenes de tratamiento y en los órganos sanos, pudiendo identificar características esenciales en la distribución de la dosis como son la homogeneidad de la misma, la existencia de puntos con exceso o déficit de dosis dentro de los volúmenes de tratamiento.

Figura 1. Histograma dosis-volumen



### Indicaciones de tratamiento

1. Carcinoma no Invasivo: En el carcinoma ductal in situ se recomienda siempre la irradiación tras tratamiento quirúrgico conservador de mama, no estando indicada si se ha realizado mastectomía.

2. Carcinoma invasivo:

- a) Cirugía conservadora ganglios negativos: se irradiará siempre la mama, no estando indicada la irradiación de cadenas ganglionares cuando la disección axilar o la biopsia selectiva del ganglio centinela sean negativas.
- b) Cirugía conservadora ganglios positivos: Se irradiará siempre la mama. Se indicará irradiar la fosa supraclavicular y ápex, la axila se irradiará cuando el vaciamiento axilar haya sido incompleto o no se realice, cuando el ganglio centinela haya sido positivo y no haya habido vaciamiento axilar, o cuando haya enfermedad residual (McGale, Taylor y Correa, 2014; Poortmans, 2014).
- c) Cirugía conservadora en tumores localmente avanzados tras neoadyuvancia. Se irradiará siempre la mama. Las cadenas ganglionares se irradiaran si la biopsia previa tratamiento fue positiva, si hay biopsia del ganglio centinela positiva, o vaciamiento axilar positivo, se indicará irradiar la fosa supraclavicular y ápex, la axila se irradiará cuando el vaciamiento axilar haya sido incompleto o no se realice, cuando el ganglio centinela haya sido positivo y no haya habido vaciamiento axilar, o cuando haya enfermedad residual.
- d) Cirugía Radical: se indicará tratamiento radioterápico sobre pared costal en tumores mayores de 5 cms, que afecten estructuras vecinas, afectación ganglionar o afectación de bordes. Las cadenas ganglionares se irradiaran si la biopsia previa tratamiento fue positiva, si hay biopsia del ganglio centinela positiva, o vaciamiento axilar positivo, se indicará irradiar la fosa supraclavicular y ápex, la axila se irradiará cuando el vaciamiento axilar haya sido incompleto o no se realice, cuando el ganglio centinela haya sido positivo y no haya habido vaciamiento axilar, o cuando haya enfermedad residual.

- e) Radioterapia radical; está indicada en tumores no metastásico irreseccables por motivos médicos o quirúrgicos, o cuando existe tumor residual macroscópico. Se irradiará mama siempre y áreas ganglionares según los criterios previos.
- f) Contraindicaciones del tratamiento radioterápico de la mama: 1 y 2º trimestres del embarazo, tratamiento radioterápico previo del tórax, incapacidad para permanecer sola, aislada, inmóvil en la sala de tratamiento,. Incapacidad para adoptar posición de tratamiento. Lupus eritematoso sistémico, esclerodermia.

### **La radioterapia en la secuencias de tratamientos**

- a) Postquimioterapia: Cuando la radioterapia se administra tras quimioterapia debe hacerse entre las tercera y la cuarta semana preferentemente.
- b) Postcirugía: Cuando no se precisa tratamiento quimioterápico, la radioterapia debe administrarse preferentemente a las cuarta semanas sin sobrepasar en lo posible la sexta semana. En caso de tener receptores hormonales positivos la administración concomitante de radioterapia y tamoxifeno o secuencial no ha demostrado diferencias en control local o supervivencia a 10 años (Padilha, Henriques y Guardado, 2012). En caso de precisar de trastuzumab, la administración concomitante a radioterapia es segura.
- c) Radical: la administración de radioterapia debe realizarse cuanto antes.

### **Dosis de Irradiación**

- a) Tras cirugía conservadora

La dosis requerida para controlar la enfermedad subclínica es de 45-50 Gy sobre mama y áreas linfáticas si están indicadas. La dosis requerida en caso de sobreimpresión sería de 10-16 Gy, fraccionamiento convencional. Si existe afectación focal del margen se recomienda una dosis de 20 Gy o superior.

El hipofraccionamiento en el cáncer de mama precoz administrando 40-42.56 Gy a la mama con fraccionamiento 2,66 Gy o 40 Gy en por fracción ha mostrado similares tasas de control local, supervivencia, con mejora en los resultados estéticos, siendo un esquema de tratamiento adoptado en numerosas instituciones del Reino Unido (Haviland, Owen y Dewar, 2013). Estos fraccionamientos han sido utilizados en pacientes ancianas con buenos resultados y escasos efectos secundarios (Mery, Aussouline y Rivoirard, 2014).

- b) Tras cirugía radical: La dosis requerida para controlar la enfermedad subclínica es de 45-50 Gy sobre pared costal y áreas linfáticas si están indicadas. 60-70 Gy en caso de carcinoma inflamatorio o localmente avanzado o margen de resección afectados.
- c) Radioterapia radical: La dosis requerida es de 70 Gy a la mama y afectación ganglionar macroscópica. 50 Gy a las áreas ganglionares profilácticas.

### **Efectos secundarios del tratamiento radioterápico**

- a) Síntomas Generales: Son inespecíficos y transitorios, habitualmente son de carácter leve y no precisan ningún tratamiento. Entre ellos se encuentra cansancio, pérdida de apetito, náuseas, aumento de la temperatura corporal.
- b) Lesiones cutáneas: en el curso de tratamiento puede presentarse reacción cutánea de enrojecimiento, cuyo grado y gravedad dependerá de la dosis total e tratamiento, fraccionamiento, y de la sensibilidad individual del paciente. Suelen tardar varios días, o semanas en aparecer. Puede aparecer además pigmentación oscura y descamación seca, prurito, descamación superficial de la piel, edema con fovea, siendo excepcional la aparición de necrosis.

Se ha determinado como factores predisponentes para reacciones agudas severas de la piel dosis de radiación mayor de 50 Gy, un índice de masa corporal elevado, y el tabaquismo (Sharp, Johansson y Hatscheck, 2013).

Las pacientes afectas de cáncer de mama tratadas con radioterapia pueden asociar a los problemas cutáneos dolor de forma significativa (Gewandters, Walker y Heckler, 2013).

Las lesiones cutáneas tardías suelen consistir en atrofia y tejido subcutáneo, en ocasiones la fibrosis puede ocasionar circulación colateral que se denomina telangiectasias, la aparición de cicatrices es excepcional y se asocia a la aparición de necrosis cutánea.

- a) Síntomas mamarios: Síntomas inflamatorios como sensación de tensión que puede acompañarse de dolor local, tienden a ser progresivo durante tratamiento, suelen disminuir volviendo a consistencia habitual entre los 6 y 12 meses de finalizados el tratamiento.

- b) Linfedema: Se define como aumento de grosor en el brazo secundario a un cúmulo de líquido, originado por el bloqueo linfático que se produce por el vaciamiento axilar, su frecuencia aumenta tras la administración de tratamiento radioterápico sobre la axila, generalmente es asintomático e imperceptible (salvo que se mida la circunferencia del brazo, ya que no suele superar los tres centímetros) 93%.

Figura 2. Telangiectasias



Figura 3. Epitelitis grado 1, y grado 2 en fosa supraclavicular



La incidencia de linfedema es significativamente menor en aquellas pacientes que se han sometido a biopsia selectiva de ganglio centinela, comparada con las pacientes sometidas a linfadenectomía axilar independientemente de la afectación ganglionar (Warren, Miller y Horick, 2014).

Sin embargo la irradiación de las cadenas ganglionares, comparadas con la irradiación exclusiva de la mama aumentó considerablemente el riesgo de la aparición de linfedema (Sackey, Magnuson y Sandelin, 2014).

- a) Neumonitis rádica. Poco frecuentes <5%. Puede aparecer durante el tratamiento o entre 1 a 6 meses posttratamiento. Los síntomas más habituales consisten en un cuadro de tos seca irritativa, cansancio, febrícula.
- b) Toxicidad Cardíaca: Incidencia muy baja (menos del 3%). asociadas a lesiones vasculares que pueden predisponer a problemas coronarios. Estas lesiones, en caso de manifestarse, lo hacen muchos años después de haber terminado la radioterapia.

La introducción de técnicas de planificación moderna ha significado un descenso en la probabilidad de toxicidad cardíaca, aun usando esquemas de quimioterapia previos con antraciclinas, que en el pasado se asociaron a mayor toxicidad (Wieshammer, Dreyhaupt y Müller, 2013).

- c) Trastornos hematológicos son extraordinariamente raros, a no ser que se asocien tratamiento con quimioterapia concomitante o alguna otra patología., consisten en una disminución temporal o permanente de la producción de glóbulos blancos, rojos o plaquetas.

### Tumores radio inducidos

La incidencia del sarcoma de mama radioinducido es muy baja y supone menos de 1% de todos los sarcomas de tejidos blandos, con una media de desarrollo tras el tratamiento de 7 años, y se caracteriza por tener mal pronóstico con alta tasa de recurrencia de la enfermedad, y pobre supervivencia (D'Angelo, Antonescu y Kuk, 2013).

### Referencias

- D'Angelo, S.P., Antonescu, C.R. y Kuk, D. (2013). High-risk features in radiation-associated breast angiosarcomas. *British Journal of Cancer*, 109(9), 2340-2346.
- E.B.C.T.C.G. (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group) McGale, P., Taylor, C. y Correa, C. (2014). Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials. *The Lancet*, 383(9935), 2127-2135.
- Gewandters, J.S., Walker, J. y Heckler, C.E. (2013). Characterization of skin reactions and pain reported by patients receiving radiation therapy for cancer at different sites. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(4), 183-189.
- Gómez-Millan, J. (2009). Radiation therapy in the elderly: more side effects and complications? *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 71(1), 70-78.

Haviland, J.S., Owen, J.R. y Dewar, J.A. (2013). The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials. *The Lancet Oncology*, 14(11), 1086-1094.

Mery, B., Aussouline, A. y Rivoirard, R. (2014) Portrait, treatment choices and management of breast cancer in nonagenarians: An ongoing challenge. *The Breast*, 23(3), 221-225.

Padilha, M., Henriques, M. y Guardado, M.J. (2012). Neoadjuvant radiotherapy and hormonotherapy in locally advanced breast cancer: state of the art. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 422-426.

Poortmans, P. (2014). Postmastectomy radiation in breast cancer with one to three involved lymph nodes: ending the debate. *The Lancet*, 383(9935), 2104-2106.

Sackey, H., Magnuson, A. y Sandelin, K. (2014). Arm Lymphoedema after axillary surgery in women with invasive breast cancer. *British Journal of Surgery*, 101(4), 390-397.

Sharp, L., Johansson, H. y Hatscheck, T. (2013). Smoking as an independent risk factor for severe skin reactions due to adjuvant radiotherapy for breast cancer. *The Breast*, 22(5), 634-638.

Warren, L.E., Miller, C.L. y Horick, N. (2014). The impact of radiation therapy on the risk of lymphedema after treatment for breast cancer: a prospective cohort study. *International Journal of Radiation Oncology Biology. Physics*, 88(3), 565-571.

Wickerberg, A., Holmberg, I. y Adam, H.O. (2014). Sector resection with or without postoperative radiotherapy for stage I breast cancer: 20-year results of a randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(8), 791-797.

Wieshammer, S., Dreyhaupt, J. y Müller, D. (2013). Cardiotoxicity and cancer therapy: treatment-related cardiac morbidity in patients presenting with symptoms suggestive of heart or lung disease. *Oncology*, 85(3), 137-144.

Zachariah, B., Balducci, L. y Venkattaramanabajali, G.V. (1997). Radiotherapy for cancer patients aged 80 and older: a study of effectiveness and side effects. *International Journal of Radiation Oncology Biology. Physics*, 39(5), 1125-1129.



## CAPÍTULO 43

### **Análisis de los gérmenes más frecuentes en infecciones de orina y estudio del antibiograma**

María Isabel Salado Natera

*Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz (España)*

En los últimos años, se ha producido un incremento del número de ancianos residentes en instituciones sociosanitarias y geriátricos. Esto, nos debe llevar a un estudio más exhaustivo de las patologías que se producen más frecuentemente en estos centros. Una de las patologías que más morbimortalidad producen, son las enfermedades infecciosas, éstas, provocan gran número de ingresos hospitalarios y es causa frecuente de muerte por sepsis. Entre éstas, la infección del tracto urinario (ITU), es una de las patologías infecciosas más frecuentes en los centros geriátricos. La prevalencia de la infección urinaria y de la bacteriuria, aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres, aunque podemos encontrar algunas diferencias en relación con el sexo. En este sentido, en el sexo femenino la prevalencia es de un 5-30% en la etapa posmenopáusica, sin embargo, en el varón con edad por encima de 65 años, la prevalencia es de un 15-40% (Verdejo, 1997). Entre las causas que contribuyen, a que se produzcan un mayor número de infecciones del tracto urinario en ancianos institucionalizados, destacan: la retención urinaria o el residuo que se produce por la hiperplasia de próstata en el hombre, en la mujer la sequedad vaginal, existencia de trastornos neurológicos que producen incontinencia o retención urinaria, coexistencia con enfermedades crónicas y el uso de fármacos con efectos anticolinérgicos (antidepresivos, antipsicóticos, etc.).

Debemos usar correctamente los diferentes términos que existen relacionados con las infecciones del tracto urinario. Esto nos va a llevar a realizar diagnósticos correctos y a no tratar infecciones de orina cuando realmente no existen. Bacteriuria: se define como la eliminación de bacterias por la orina, este hecho, puede ser normal por la colonización por bacterias del meato uretral. Bacteriuria significativa: presencia de bacterias en la orina en cantidad significativa. Para que este término sea aceptado deben existir más de 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) por mililitro, si la orina es recogida mediante la micción. Sin embargo, si la orina es recogida mediante sondaje vesical o mediante una punción suprapúbica, y en perfectas condiciones de asepsia, no se deben encontrar bacterias en el cultivo, y cualquier crecimiento bacteriano se consideraría como bacteriuria significativa. Bacteriuria asintomática: es aquella bacteriuria significativa en la que no existen síntomas de infección urinaria. En el paciente anciano, en numerosas ocasiones no es fácil detectar síntomas de infección urinaria, bien sea por la dificultad a la hora de la anamnesis (desconexión del medio, enfermedades neurológicas, demencias, etc.) o por la presentación atípica que pueden tener estos pacientes. En los ancianos, las infecciones urinarias pueden presentarse como síntomas y signos mal definidos como son: deterioro del estado general, síndrome confusional agudo, decaimiento, caídas etc. Piuria: es definida como la presencia de más de 6 leucocitos por campo en el sedimento urinario centrifugado o más de 10 leucocitos por mililitro de orina no centrifugada. Algunos autores aumentan la cifra de leucocitos en orina hasta 10 en el varón para que sea considerado como significativa. Infección urinaria: se define como la coexistencia de síntomas urinarios o bien generalizados y la presencia de bacteriuria significativa, lo que supone la invasión del tracto urinario por un organismo infectante, no residente habitualmente en dicho medio. La infección del tracto urinario se produce por vía ascendente a través del meato urinario. Esta colonización, se produce en numerosas ocasiones, por maniobras instrumentales, por lo que es importante realizarlas en condiciones de asepsia (Verdejo, 1997).

Es muy habitual, que para el tratamiento de las infecciones urinarias se usen antibióticos de forma empírica, debido, a que la mayoría de los gérmenes son sensibles a ellos. Sin embargo, debido al aumento del consumo de antibióticos, la resistencia bacteriana a los fármacos es cada vez mayor. Este hecho lo podemos encontrar documentado en numerosos estudios (McGowan, 1983). Para ciertos gérmenes, la selección de la resistencia durante el tratamiento o la profilaxis es considerado el factor más importante para la adquisición de una infección resistente, más que su transmisión de persona a persona (Olson, Weinstein, Nathan, Gaston y Kabins, 1985). Sin embargo, esto no pasa en los centros sociosanitarios y geriátricos, en los que el principal factor que provoca el aumento de las resistencias, es la transmisión del germen por contacto entre los residentes de dichos centros (Shortliffe y McCue, 2002). Por ello, es importante estudiar y describir, cuáles son los mecanismos de aparición y diseminación de

infecciones producidas por cepas resistentes entre pacientes, para que así, podamos adoptar medidas para la prevención de resistencias y su diseminación.

El objetivo, del presente estudio, ha consistido en la descripción de las infecciones del tracto urinario del centro, a partir de los resultados de cultivos que se han realizado de manera sistemática a todo residente, para conocer su etiología, describir la sensibilidad y estudiar si existen asociaciones entre estas infecciones y las diferentes patologías concomitantes.

### Método

Estudio prospectivo transversal cuyo objetivo es definir el germen más frecuente que provoca las infecciones urinarias en ancianos, definir el perfil de sensibilidades y relacionarlas con diferentes parámetros clínicos. El estudio se llevó a cabo en un centro socio sanitario geriátrico de una población rural, Medina Sidonia. El centro consta de 80 residentes con edades comprendidas entre los 70 y los 95 años.

Durante un período de un año se realizaron tomas de muestra de orina, para cultivo y antibiograma a los residentes de un centro geriátrico, tuvieran o no sintomatología miccional. La toma de muestra se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (1993) para evitar contaminación. Para el registro y análisis de los datos se creó una base de datos según programa informático. En ellos se fueron introduciendo los resultados de los cultivos, antibiogramas y características clínicas de cada paciente. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para estudiar la asociación de las distintas variables. Las variables estudiadas para el análisis de los datos, se obtuvieron de la historia clínica, y fueron: sexo, presencia o no de diabetes, presencia o no de incontinencia fecal/urinaria, si existía encamamiento y si el paciente presentaba sondaje vesical.

### Resultados

Durante el período de estudio se obtuvieron un total de 65 muestras, de las cuales 16 fueron positivas (24.6%; IC 95% 13.3-35.8), 43 negativas (66.2%; IC 95% 53.8-78.4) y 6 tuvieron un crecimiento mixto (9.2%; IC 95% 1.4-17.0). Los datos recogidos para las distintas variables que caracterizan a la población de estudio se muestran en la tabla I.

Tabla I. Variables clínicas de los pacientes

Factor	Variables	Relación(%)
Género	Hombre/Mujer	49.2/50.8
Diabetes	Sí/No	46.2/53.8
Sondaje vesical	Sí/No	3.1/96.9
Encamamiento	Sí/No	32.3/67.7
Incontinencia fecal y/o urinaria	Sí/No	46.2/53.8

Cabe destacar el bajo número de pacientes sondados e inmovilizados. Los datos correspondientes a microorganismos encontrados en los cultivos positivos se detallan en la tabla II.

Tabla II. Relación microorganismos encontrados

Microorganismo	n	%
<i>E. coli</i>	9	56.3
<i>Proteus</i>	2	12.5
<i>Morganella</i>	2	12.5
<i>Pastereulla</i>	1	6.3
<i>Klebsiella</i>	1	6.3
<i>St. Bovis</i>	1	6.3

Como era de esperar, el germen más frecuente es *E. coli* (56,3%; IC 95% 29.8-80.2) seguido de *Proteus mirabilis* y *M. morganii*. El primero de ellos, se asocia a infecciones urinarias en mujeres (72.7%; IC 95% 39.0-93.9). *P. mirabilis* es más frecuente en hombres (40%; IC 95% 5.2-85.3). Destacar también que el germen más frecuente en diabéticos es el *E. coli* (72.7%; IC 95% 39.0-93.9).

El análisis multivariante demostró que las infecciones de orina eran 4 veces más frecuentes en mujeres y 8 veces más en inmovilizados.

El perfil de sensibilidades frente a antibióticos obtenidos en los antibiogramas se muestra en las tablas III y IV. En una de ellas se presenta el perfil de sensibilidades frente a *E. coli* por ser éste el más frecuente. En la tabla IV, destacan *P. mirabilis* y *M. morganii*, por ser éstos el segundo en frecuencia.

Tabla III. Perfil de sensibilidad frente a *E. coli*

	<i>E. coli</i>	
	Sensib. %	n
Ampicilina	12.5	1
Amoxi-clavulánico	37.5	3
Ciprofloxacino	0	0
Nitrofurantóina	87.5	7
Fosfomicina	100	8
Gentamicina	50	4
Norfloxacino	25	2
Cotrimoxazol	87.5	7
Cefuroxima	50	4
Cefotaxima	100	2
Piperacilina		

Tabla IV. Perfil de sensibilidades de todos los gérmenes, *P. mirabilis* y *M. morganii*

	Todos		<i>Proteus Mirabilis</i>		<i>M. morganii</i>	
	Sensib. %	n	Sensib. %	n	Sensib. %	n
Ampicilina	26.7	4	100	2	0	0
Amoxi-clavulánico	53.3	8	100	2	50	1
Ciprofloxacino	40	2	100	1		
Nitrofurantóina	60	9	0	0	0	0
Fosfomicina	93.3	14	50	1	100	2
Gentamicina	73.3	11	100	2	100	2
Norfloxacino	42.9	6	100	2	0	0
Cotrimoxazol	86.7	13	100	2	50	1
Cefuroxima	71.4	10	100	2	100	2
Cefotaxima	100	4			100	2
Piperacilina						

Destacar que tanto a *E. coli* como al resto de gérmenes, la fosfomicina sigue siendo el antibiótico más sensible (93.3%; IC95% 68.8-99.8) y por tanto de primera elección. La nitrofurantóina es de los antibióticos más sensibles a *E. coli*, sin embargo presenta un alto perfil de resistencias al resto de gérmenes. Ampicilina es de los más resistentes.

## Discusión

Las características fisiopatológicas de las infecciones del tracto urinario en los pacientes institucionalizados ancianos presentan características diferenciadas con respecto a las de pacientes más jóvenes. Esto es debido a que en los ancianos se producen diversas circunstancias que aumentan el riesgo, y modifican el curso de la infección del tracto urinario. Entre ellos, destacan, por un lado factores generales como son: ciertas enfermedades de base (diabetes mellitus, demencia, patología renal y/o prostática, neoplasias), deterioro funcional, deterioro de la inmunidad celular, disminución de la inmunidad humoral, disminución del flujo urinario, la utilización de catéteres urinarios, la manipulación de la vía urinaria y la toma de diversos fármacos (corticoides, inmunosupresores, antibióticos de amplio espectro). Y factores locales como son: disminución del tono muscular de la vejiga, incremento del colágeno vesical, tendencia a la trabeculación y formación de divertículos, pérdida de nervios autonómicos a nivel vesical, hipoestrogenismo, aumento del PH vaginal, aumento del glucógeno, ciertas anomalías pélvicas (prolapso uterino, cistocele), hiperplasia prostática, disminución de la capacidad antibacteriana de la secreción prostática (Verdejo 1997) Entre la población anciana el predominio de *E. coli* es menor, con más participación de microorganismos grampositivos, *Pseudomonas* y *Proteus* (Ochoa, Sangrador, Eiros, Pérez e Inglada, 2005). La relación entre infección por *E. coli* y el género femenino, podían tener su origen por razones anatómicas, debido a una contaminación de origen fecal de las vías urinarias por una mala higiene o bien a partir de la colonización del tracto vaginal (Gupta, Sahn, Mayfield y Stamm, 2001).

Salvo que asumamos que los microorganismos causantes de estas infecciones van a ser sensibles a fluoroquinolonas y tengamos un patrón de sensibilidades debemos cuestionarnos su uso de manera empírica, para no crear resistencias en un futuro (Ochoa *et al.*, 2005).

Se tendrían que hacer estudios con un tamaño muestral más elevado, para corroborar los datos de éste. Sin embargo, este estudio es una llamada de atención sobre la importancia de actuar de manera correcta. Si tratamos las infecciones de orina con el fármaco adecuado y durante la duración precisa, evitaremos, por un lado, la creación de resistencias que nos hagan mucho más difícil el tratamiento de las infecciones urinarias. Por otro lado, evitaremos muchos ingresos hospitalarios y muertes por sepsis de origen urinario.

### Referencias

- Gupta, K., Sahm, D.F., Mayfield, D. y Stamm, W.E. (2001). Antimicrobial resistance among uropathogens that cause community-acquired urinary tract infections in women: A nationwide analysis. *Clin Infect Dis*, 33(1), 89-94.
- Irvine, P.W., Van Buren, N. y Crossley, K. (1984). Causes for hospitalization of nursing home residents: the role of infection. *J Am Geriatr Soc*, 32(1), 103-107.
- McGowa, J.E. Jr. (1983). Antimicrobial resistance in hospital organisms and its relation to antibiotic use. *Rev Infec Dis*, 5(1), 1003-1048.
- Ochoa, C., Eiros, C., Pérez, J.M. e Inglada, L. (2005). Etiología de las infecciones del tracto urinario y sensibilidad de los uropatógenos a los antimicrobianos. *Rev Esp Quimioterap*, 18(1), 124-135.
- Olson, B., Weinstein, R.A., Nathan, C., Gaston, M.A. y Kabins, S.A. (1987). Epidemiology of endemic *Pseudomonas aeruginosa*: why infection control have failed. *J Infect Dis*, 150(1), 808-816.
- Shortlife, L.M. y McCue, J.D. (2002). Urinary tract infection at the age extremes: Pediatrics and Geriatrics. *Am J Med*, 113(1), 558-668.
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (1993). *Procedimientos en microbiología clínica, recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Recogida, transporte y conservación de las muestras*. Barcelona: Autor.
- Verdejo, C. (1997). Infecciones Urinarias en el anciano: diagnóstico y tratamiento. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 221(1), 234-235.

## ANEXO

### *Anexo I. Recomendaciones de la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (1993) para la recogida de muestras de orina*

La muestra idónea es la primera micción de la mañana. Ya que permite la multiplicación de bacterias durante la noche.

Técnica para mujeres.

- La paciente debe quitarse la ropa interior.
- Se lavará las manos cuidadosamente con agua y jabón, las enjuagará con agua y las secará con una toalla limpia.
- Se separarán los labios mayores y menores y los mantendrá separados en todo momento hasta que se haya recogido la orina.
- Con una gasa enjabonada se lava bien la vulva pasándola de delante hacia atrás, se repetirá el proceso un total de 4 veces.
- Enjuagar cuidadosamente con agua hervida para eliminar los restos de jabón.
- Se indicará a la paciente que orine desechando los 20-25 primeros mililitros, tras lo cual y sin interrumpir la micción, se recogerá el resto de la orina en el recipiente.
- El frasco debe sujetarse para que no tome contacto con la pierna, vulva o ropa del paciente. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o su superficie interior.

Técnica para hombres

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Retraer completamente el prepucio, que se mantendrá así en todo momento, hasta que se haya recogido la orina.
- Limpiar el glande con jabón neutro.
- Eliminar los restos de jabón enjuagándolo con agua hervida.
- Se pedirá al paciente que orine desechando los primeros 20-25 mililitros para sin interrumpir la micción recogerse el resto de la orina en el recipiente estéril.

En pacientes ingresados con imposibilidad de recoger la muestra por sí mismos, se realizará sondaje vesical por personal sanitario experto con las medidas asépticas oportunas.

Para la investigación de anaerobios es necesario que la orina se obtenga por punción suprapúbica.

Para la búsqueda de micobacterias la orina se recoge de la forma descrita anteriormente durante tres días consecutivos. En este caso el volumen de orina debe ser 100-150 ml y se elegirá preferentemente la primera micción de la mañana. Cuando se sospecha la presencia de hongos y virus, el volumen de orina será superior a 20 ml. Y en el caso de parásitos se recogerá la orina de 24 horas.

Transporte:

La orina debe llegar al laboratorio en el plazo de una hora. Cuando esto no sea posible debe refrigerarse a 4°C durante un tiempo máximo de 24 horas. El laboratorio debe controlar el transporte, garantizándose el que las muestras han sido refrigeradas desde el momento de su toma, siendo admisible, si no puede garantizarse el transporte correcto, la utilización de algún conservante (ácido bórico al 2% o el sistema comercial con bórico-formiato).

Orina vesical:

Es la orina obtenida por punción suprapúbica o por citoscopia. La punción suprapúbica requiere un buen conocimiento de la técnica y de las precauciones que hay que adoptar, con rigurosa asepsia, descartando problemas de hemostasia y con la vejiga palpable y previa desinfección y anestesia local; se punciona ésta a 1,5 cm. de la sínfisis pubiana, en la línea media, estando el paciente en decúbito supino, con una jeringa de 10 ml. y con aguja larga (calibre 19) se aspira el contenido vesical. En caso de orina obtenida por punción suprapúbica se enviará al laboratorio lo antes posible en la misma jeringa de la extracción, tras expulsar el aire de su interior y con la aguja pinchada en un tapón de goma estéril, indicando en volante adjunto, procedencia de la muestra o técnica empleada para su recogida (dato importante a la hora de valorar el recuento de colonias).

Orina en pacientes con catéter permanente:

Material necesario:

- Gasas
- Alcohol o solución yodada
- Jeringa o aguja estéril
- Recipiente estéril.

Se limpiará el catéter con una gasa humedecida en alcohol solución yodada. Dejamos secar unos minutos. Pinchar directamente con la guja el catéter por la zona desinfectada, aspirando entre 3-5 ml. Se podrá enviar al laboratorio directamente la jeringa o introducirla en un recipiente estéril. Si no es posible su traslado inmediato al laboratorio se guardará a 4 grados centígrados.

NOTA: Como regla general se considera que la muestra de sonda vesical no es una muestra adecuada y que está justificado rechazar su procesamiento.



## CAPÍTULO 44

### **Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes crónicos en programas de telemonitorización: Un estudio longitudinal en el Sistema Sanitario Valenciano**

Ascensión Doñate-Martínez, Francisco Ródenas Rigla, Elisa Valía Cotanda y Jorge Garcés Ferrer  
*Instituto de Investigación Polibienestar. Universitat de València (España)*

Las enfermedades crónicas, y en particular las enfermedades cardíacas y/o respiratorias, son responsables de la mayor parte de las muertes que hoy en día se suceden tanto en Europa como en otros países con culturas y estilos de vida totalmente diferentes, como por ejemplo China. Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2005 el porcentaje ascendía al 60% de todas las muertes en el mundo (WHO, 2005) y se prevé que esta tendencia siga creciendo en los próximos años. A parte de este claro impacto, cabe destacar que los sistemas de salud actuales se ven desbordados por la atención que los pacientes con patologías crónicas requieren, tanto en recursos humanos como en económicos. En España, alrededor de 15 millones de personas son enfermos crónicos, cuya atención y cuidado supone un 70% del gasto sanitario total (García-Goñi *et al.*, 2012). Por ejemplo, en el estudio calidad de vida de pacientes del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) se observó que en una muestra de 300 pacientes mayores frágiles, estos tuvieron una media de 2,6 ingresos hospitalarios durante un periodo de 12 meses, con una estancia media de 26,7 días; siendo los motivos de ingreso más frecuentes las enfermedades crónicas, como son las enfermedades del sistema circulatorio (41,4%) o las respiratorias (39,7%).

Una de las peculiaridades inherentes a la naturaleza de las enfermedades crónicas es su larga duración y su progresión lenta. Ello suele implicar limitaciones funcionales, aumento en la dependencia para las actividades de la vida diaria, frecuente uso de recursos sociosanitarios de atención primaria y mayor número de ingresos hospitalarios. Esta situación tiene un gran impacto en la calidad de vida y bienestar de las personas que la sufren (Rothrock, *et al.*, 2010; Laiteerapong *et al.*, 2011; Ambriz *et al.*, 2014; Ramírez, 2007), así como en sus cuidadores (Garcés *et al.*, 2010). En la literatura encontramos diversos instrumentos que se encargan de valorar la calidad de vida en personas mayores, como por ejemplo el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), EuroQol (EuroQol Group, 1990) o WHOQOL-AGE (Caballero *et al.*, 2013). En este estudio se ha utilizado el EuroQol cuyo objetivo es la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este instrumento considera el efecto de una determinada enfermedad (o tratamiento) sobre la vida de las personas teniendo en cuenta factores relacionados con su sintomatología, su grado de funcionamiento tanto físico como psicológico y social, así como la percepción de bienestar psicológico y la percepción general de salud (Alonso, 2000). Además, la CVRS se utiliza como indicador en el estudio de la salud poblacional y en el análisis de la eficacia de distintos tipos de intervenciones sanitarias.

En este contexto ha aumentado de forma progresiva el interés de las administraciones públicas en el desarrollo de nuevas políticas destinadas a la optimización de los recursos destinados al cuidado de pacientes con patologías crónicas dentro de los sistemas de salud, así como a mejorar su calidad de vida. En la Comunidad Valenciana durante el año 2012 se implantó de forma piloto el programa Valcronic para pacientes con enfermedades crónicas, cuyo principal objetivo era la mejora de la eficiencia en la gestión de pacientes crónicos desde atención primaria utilizando las nuevas tecnologías-TIC (AVS, 2012). Este programa se centra básicamente en cuatro patologías crónicas –diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardíacas e hipertensión– y sus posibles combinaciones en pacientes. Valcronic implica la puesta en marcha de tecnologías de telemonitorización y telecuidado a la vez que sirve de apoyo a los profesionales clínicos para tomar decisiones. De este modo, el programa ofrece a los pacientes y profesionales implicados los siguientes servicios: a) *telemonitorización* de variables biológicas de los pacientes (presión sanguínea, ritmo cardíaco y respiratorio, saturación de oxígeno, nivel de glucosa y peso); b) recolección de datos asociados a distintos *cuestionarios de salud*; c) análisis automático de datos clínicos enviados por los pacientes –a través de aparatos de biomedidas y de cuestionarios– con un *sistema de alarma*; d) *sistemas de apoyo* para la toma de decisiones de los profesionales sanitarios; e) *formación* de los pacientes a través de TIC; y f) implementación de *guías clínicas* como apoyo adicional a los pacientes.

El funcionamiento de Valcronic está basado en la estratificación previa de los pacientes según su riesgo de sufrir ingresos hospitalarios futuros: a) a los *pacientes de riesgo alto* se les ofreció una Tablet para enviar los datos clínicos, dispositivos de toma de biomedidas de acuerdo a sus patologías y se les pautaban visitas y llamadas programadas con personal sanitario; b) los *pacientes de riesgo moderado* tenían acceso a dispositivos de toma de biomedidas y al envío de sus datos clínicos a través de sus propios Smartphones u ordenadores, la programación de visitas y llamadas era menos estricta que en el caso de los pacientes de alto riesgo; y c) los *pacientes de riesgo bajo* tenían acceso a una plataforma web con guías clínicas, que incluían una amplia información acerca de enfermedades crónicas. Este riesgo se obtenía de la aplicación del instrumento *The Community Assessment Risk Screen –CARS–* (Shelton, Sager y Schraeder, 2000) de forma automática en las bases de datos del sistema sanitario y la posterior revisión de los resultados por los médicos de atención primaria. De acuerdo al nivel de riesgo y necesidades específicas de cada paciente, los médicos establecían pautas sobre la frecuencia de la toma de datos clínicos y la implementación de cuestionarios, y los umbrales para cada uno de ellos. Además, los pacientes de riesgo alto y moderado fueron formados por personal técnico sobre cómo usar los dispositivos de toma de biomedidas, cómo rellenar los cuestionarios de salud y su envío a través de las aplicaciones pertinentes.

El objetivo del presente trabajo es examinar desde un estudio exploratorio y longitudinal la CVRS de una muestra de pacientes crónicos tras un año de participación en el programa Valcronic.

### **Metodología**

El estudio es de carácter longitudinal en el que se ha seguido un diseño exploratorio y descriptivo. La muestra se seleccionó de forma aleatoria y la recolección de datos se llevó a cabo al principio del estudio (datos basales) y un año después.

#### *Población diana y muestra*

##### Población diana

La población diana de este estudio fueron adultos mayores con enfermedades crónicas que participaban en el programa Valcronic clasificados dentro de la categoría riesgo ‘alto o moderado’ de sufrir ingresos hospitalarios futuros.

##### Muestra

Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de 100 pacientes cuyo centro de salud de referencia era de Sagunto o Puerto de Sagunto (ambos de la Comunidad Valenciana). En junio de 2012, los 100 pacientes cumplimentaron el EuroQol para valorar la CVRS; y un año después se consiguieron los datos del post-test de 74 pacientes de esa muestra inicial. De este modo, para los análisis estadísticos se consideró una muestra final de 74 sujetos.

#### *Recolección de datos*

##### Sociodemográficos y clínicos

Los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra se obtuvieron a través de entrevista telefónica con cada uno de los pacientes o a través de las bases de datos de sanidad (edad y género), cumpliendo con la normativa sobre protección de datos.

##### CVRS

Para la medición de la CVRS se utilizó la versión española del instrumento EuroQol (EQ-5D) (EuroQol Group, 1990; Badía *et al.*, 1999; Herdman, Badía y Berra, 2001). La información se obtuvo a través de entrevista telefónica, adecuando las instrucciones de administración y la formulación de las preguntas a la población que componía la muestra.

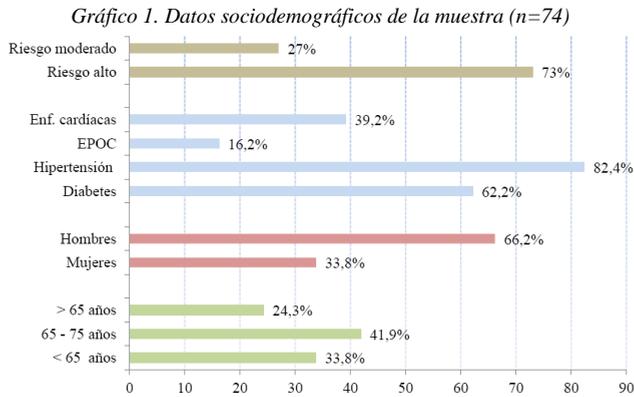
El EQ-5D está diseñado para que el propio individuo valore su estado de salud a través de dos modalidades: a) a través de un sistema descriptivo con niveles de gravedad por dimensiones; y b) a través de una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. El sistema descriptivo evalúa cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de estas dimensiones se codifican según el nivel de gravedad: con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas». La persona que cumplimenta el instrumento debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que lo cumplimenta. En nuestro estudio solo se incluyó la evaluación del sistema descriptivo (obteniendo el correspondiente índice EQ-5D); y se descartó la inclusión del VAS debido a que este ítem es cognitivamente más complejo especialmente para las personas más mayores de nuestra muestra.

#### *Análisis estadísticos*

Tras eliminar cualquier tipo de datos de índole personal, el procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo a través del programa PASW Statistics 19 software (SPSS). En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra. Se realizaron análisis a través de pruebas no paramétricas –como la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para comparar los índices de CVRS dentro de los grupos a partir de los que se estratificó la muestra en base a distintas variables (edad, género, diagnóstico de patologías y nivel de riesgo de ingreso hospitalario futuro). Para comparar los índices de CVRS basales y tras un año de seguimiento tanto en la muestra total como dentro de cada grupo, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

**Resultados**

En el gráfico 1 se presentan los principales datos sociodemográficos de la muestra. La edad media era de 68 ( $\pm 12$ ) años y la mayor parte de la muestra (66,2%) estaba compuesta por hombres. El 73% de los pacientes del estudio estaba incluido en la categoría ‘riesgo alto’ de sufrir ingresos hospitalarios futuros y el 27% en la de ‘riesgo moderado’. Las patologías más frecuentes eran la hipertensión (82,4%) y diabetes (62,2%); y, además, un elevado porcentaje de pacientes padecían diversas enfermedades al mismo tiempo, como es el caso del 25,7% de la muestra que presentaba tanto diabetes como hipertensión.



La media del índice EQ-5D de la muestra en su totalidad en el análisis basal fue de  $0,63 \pm 0,28$ , y un año después era de  $0,67 \pm 0,27$ . La tabla 1 describe los resultados obtenidos por la muestra según las estratificaciones generadas de acuerdo a distintas variables (edad, género, patologías crónicas y riesgo de ingreso hospitalario).

*Tabla 1. Valores del índice EQ-5D en la evaluación basal y un año después*

Categoría (%)	Índice EQ-5D	
	Pre-Media (DT)	Post-Media (DT)
Edad		
< 65	0.66 (0.22)	0.72 (0.27)
65-75	0.60 (0.30)	0.67 (0.26)
>75	0.63 (0.32)	0.61 (0.30)
Género		
Hombres	0.72 (0.24)	0.74 (0.23)
Mujeres	0.45 (0.27)	0.53 (0.30)
Enfermedades crónicas		
Diabetes	0.63 (0.30)	0.71 (0.28)
HTA	0.59 (0.27)	0.64 (0.28)
Enfermedad cardíaca	0.58 (0.30)	0.64 (0.27)
EPOC	0.67 (0.35)	0.62 (0.29)
Grupo de riesgo		
Riesgo alto	0.65 (0.29)	0.67 (0.27)
Riesgo moderado	0.58 (0.26)	0.68 (0.28)

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de análisis inferenciales no paramétricos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los índices EQ-5D tanto en la evaluación basal como en la realizada un año después ( $p < 0,005$ ).

Comparando el índice EQ-5D basal con el obtenido un año después se observa que la muestra total experimentó una mejora en su CVRS, aunque no significativa ( $p > 0.05$ ). Se observan resultados similares al analizar los datos según las distintas variables a partir de las que se ha clasificado la muestra. El grupo de pacientes diagnosticados con diabetes fue el único que mostró un índice EQ-5D estadísticamente significativo más alto que en la evaluación basal ( $p < 0.05$ ). Además, los pacientes de los grupos con edades comprendidas entre los 65 y 75 años y con diagnóstico de hipertensión mostraron resultados con tendencia estadísticamente significativa (con valores  $p$  cercanos a 1).

## Discusión

El objetivo de este artículo era comparar la CVRS en una muestra de pacientes crónicos tras una intervención de un año dentro del programa Valcronic.

Los resultados obtenidos indican que la muestra en su conjunto experimentó una mejora en su CVRS auto-percibida, aunque no significativa; únicamente se observó un incremento significativo en el índice EQ-5D en el grupo de pacientes diagnosticados con diabetes. Las mujeres de la muestra mostraron un índice de CVRS menor que el de los hombres, tanto en el análisis basal como en el llevado a cabo un año después; resultados que son coherentes con los de otros estudios presentes en la literatura (Guallar-Castillón *et al.*, 2005; Jansson *et al.*, 2009). Los pacientes mayores de 75 años y aquéllos con diagnóstico de EPOC fueron los únicos grupos que tras un año sufrieron un empeoramiento de su CVRS, debido seguramente a los deterioros inherentes a las edades más avanzadas y al hecho de que la EPOC es una patología que deteriora significativamente la calidad de vida y estado general de salud de los enfermos independientemente de su severidad (Jones *et al.*, 2011).

La gestión de pacientes crónicos en España tradicionalmente ha sido responsabilidad de los servicios de atención primaria y actualmente existe un amplio consenso respecto a que éste es el ámbito más adecuado para afrontar las situaciones de cronicidad de forma eficiente y sostenible. A pesar de que el programa Valcronic es una iniciativa innovadora y entusiasta para este fin, es necesario y preciso abordar este tipo de problemática desde una perspectiva mucho más integral y holística (SEDAP, 2010). En esta línea, tal y como resaltan Nuño y cols. (2012) se necesita reorientar los sistemas sanitarios hacia una asistencia de mayor calidad para crónicos integrando el papel de otros servicios y recursos comunitarios (Garcés y Ródenas, 2013), o el diseño de herramientas de simulación que permitan orientar a los profesionales en la toma de decisiones sobre los itinerarios asistenciales más eficientes (Grimaldo *et al.*, 2014).

Otro aspecto de relevancia a tener en cuenta en la atención a crónicos –tal y como se ha empleado en el presente estudio– es la aplicación de sistemas de estratificación de la población en función de niveles o grupos de riesgo, de manera que se puedan diseñar itinerarios asistenciales y/o programas de intervención de acuerdo sus propias características y necesidades. El sistema empleado en el presente estudio está basado en la herramienta *The Community Assessment Risk Screen –CARS* (Shelton, Sager y Schraeder, 2000), originalmente desarrollada y validada en Estados Unidos. En trabajos anteriores los investigadores del Instituto Polibienestar han podido observar que este instrumento se comporta con una eficiencia moderada a la hora de identificar pacientes con riesgo de sufrir ingresos futuros dentro del sistema sanitario español (Doñate-Martínez, Garcés y Ródenas, en prensa; Ródenas *et al.*, 2014). Asimismo, en España encontramos otros ejemplos a destacar. En el País Vasco se está aplicando un modelo predictivo de estratificación de la población en función de sus futuras necesidades asistenciales teniendo en cuenta distintos tipos de variables: diagnósticos, prescripciones y procedimientos (Orueta *et al.*, 2013). Y en Cataluña se han utilizado agrupadores de morbilidad que facilitan la estratificación de la población en función de la información disponible en los sistemas de información sanitaria, atención primaria y farmacia (Coderch, 2006). Asimismo, a nivel europeo, actualmente están en marcha diversos proyectos –como el *ASSEHS (Activation of Stratification and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services)* financiado por el II Programa de Salud de la Comisión Europea– que tratan de buscar modelos de estratificación que puedan ser implementados en diferentes países de la Unión Europea.

Aunque el estudio que se presenta en este trabajo es de carácter descriptivo y exploratorio –y se deben tener en cuenta las limitaciones propias de este tipo de diseños–, cabe resaltar su gran relevancia a la hora de examinar el impacto del programa Valcronic considerando su eficacia a partir de los cambios que se producen en la CVRS de los pacientes. Los resultados aquí expuestos nos indican, aunque incipientemente, que los usuarios evaluados del programa Valcronic en general se ven beneficiados por los servicios y recursos que éste les proporciona en términos de su CVRS. No obstante, para establecer más firmemente cuáles son sus beneficios o limitaciones sería necesario llevar a cabo investigaciones posteriores y más exhaustivas.

Las administraciones públicas tendrían que tener en cuenta los resultados obtenidos en estudios como el presentado para optimizar los programas destinados a mejorar la calidad asistencial y calidad de vida de los pacientes

crónicos, así como la eficiencia en la gestión de este tipo de pacientes. La detección precoz de pacientes con alto riesgo de cronicidad y su posterior derivación a itinerarios asistenciales que tengan en cuenta sus necesidades sociosanitarias y una adecuada atención preventiva, contribuiría a evitar ingresos hospitalarios futuros (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2006; Garcés, Carretero y Ródenas, 2011). En este sentido, los programas de telecuidado y telemonitorización, como el presentado en este trabajo, son pioneros en la gestión de pacientes crónicos así como en la promoción de un mayor empoderamiento e implicación de los mismos en la gestión de su propia enfermedad.

*Agradecimientos:* El estudio que se presenta recibió financiación de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana en 2011. Ascensión Doñate-Martínez posee una beca FPU predoctoral del Ministerio de Educación (AP2010-5354). Agradecemos a los investigadores del Instituto de Investigación Polibienestar de la Universidad de Valencia, a los técnicos de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana y a los profesionales de los centros de atención primaria de Sagunto y Puerto de Sagunto (Valencia) sus aportaciones.

## Referencias

- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14, 163-167.
- Ambriz, Y., Menor, R., Campos-González, I.D. y Cardiel, M.H. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatología Clínica*. Disponible online 9 mayo 2014. DOI: 10.1016/j.reuma.2014.03.006
- AVS (2012). *Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012. Líneas de actuación*. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia.
- Badía, X., Roset, M., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*, 112, 79-86.
- Caballero, F., Miret, M., Power, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Olaya, B., Haro, J.M. y Ayuso-Mateos, J.L. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11: 177.
- Coderch, J. (2006). Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): elementos clave en la evolución del hospital a la organización saniaatria integrada. En: P. Ibern (Ed.), *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson.
- Doñate-Martínez, A., Garcés, J. y Ródenas, F. (en prensa). Application of screening tools to detect risk of hospital readmission in elderly patients in Valencian Healthcare System (Spain). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Disponible online 28 Junio 2014. DOI: 10.1016/j.archger.2014.06.004
- EuroQol Group (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Garcés, J., y Ródenas, F. (2013). Sustainable social and health care transitions in advanced welfare states. En: J. Broerse y J. Grin (Eds.), *Towards system innovations in health systems: Understanding historical evolution, innovative practices and opportunities for a transition in healthcare, Part II. Innovation practices: Experiences and lessons*. New York: Routledge.
- Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006) Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach. *Health Policy*, 75, 121-130.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F. y Vivancos, M. (2010). The care of the informal caregiver's burden by the Spanish public system of social welfare: a review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 250-253.
- Garcés, J., Carretero, S. y Ródenas, F. (2011). *Readings of the social sustainability theory*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- García-Goñi, M., Hernández-Quevedo, C., Nuño-Solinís, R. y Paolucci F. (2012). Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: Evidence from Spain. *Health Policy*, 108, 236-245.
- Grimaldo, F., Orduña, J.M., Ródenas, F., Garcés, J. y Lozano, M. (2014). Towards a Simulator of Integrated Long-term Care Systems for Elderly People. *International Journal On Artificial Intelligence Tools*, 23, 1-24.
- Guallar-Castillón, P., Redondo, A., Banegas, J.R., López-García, E. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med*, 60, 1229-1240.
- Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 18(6), 425-429.

Jansson, K.Å., Németh, G., Granath, F., Jönsson, B. y Blomqvist, P. (2009) Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *J Bone Joint Surg*, 91-B, 210-216.

Jones, P., Brusselle, G., Dal Negro, R., Ferrer, M., Kardos, P., Levy, M.L., Perez T., Soler-Cataluña, J.J., van der Molen, T., Adamek, J. y Banik, N. (2011). Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory Medicine*, 105(1), 57-66.

Laiterapong, N., Karter, A.J., Liu, J., Moffet, H., Sudore, R., Schillinger, D., John, P. y Huang, E. (2011). Correlates of Quality of Life in Older Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 34, 1749-1753.

MSPS (2009). *Estudios sobre calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías*. Informes, estudios e investigación, Madrid.

Nuño, R., Coleman, K., Bengo, R. y Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICC Framework. *Health Policy*, 105, 55-64.

Orueta, J.F., Del Pino, M.M., Barrio, I., Nuño, R., Cuadrado, M. y Sola, C. (2013). Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. *Atención Primaria*, 45(1), 54-60.

Ramírez, R. (2007). Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Ciencia y Salud*, 5, 90-100.

Ródenas, F., Garcés, J., Doñate-Martínez, A. y Zafra, E. (2014). Aplicación de The Community Assessment Risk Screen en centros de atención primaria del Sistema Sanitario Valenciano. *Atención Primaria*, 46(1), 25-31.

Rothrock, N., Hays, R., Spritzer, K., Yount, S., Riley, W. y Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1195-1204.

SEDAP (2010). Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Disponible en: [www.sedap.es](http://www.sedap.es)

Shelton, P., Sager, M.A. y Schraeder, C. (2000). The community assessment risk screen (CARS): Identifying elderly persons at risk for hospitalization or emergency department visit. *American Journal of Managed Care*, 6: 925-933.

Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO global report. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf)

## CAPÍTULO 45

### Seguimiento de anticoagulados en Atención Primaria y su incidencia en población anciana

Marta Navarro Ortiz<sup>1</sup>, Rocío Díaz García<sup>2</sup> y Miriam Naranjo Rendón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCCU Pinillo Chico, Puerto de Santa María (España); <sup>2</sup>DCCU Bahía de Cádiz (España); <sup>3</sup>C.S. Las Delicias, Jerez de la Frontera (España)

Hasta hace unos años, el seguimiento de pacientes anticoagulados se realizaba desde los propios hospitales, pero desde hace unos años, debido a cambios en el contexto socio sanitario y a la aparición de numerosas evidencias, que procedemos a enumerar, son muchas las ventajas que proporciona en el seguimiento clínico del paciente anticoagulado por parte de los médicos y enfermeros de atención primaria:

Gracias a numerosos estudios que se han realizado en los últimos años, son cada vez mayores las indicaciones para el tratamiento con anticoagulantes orales (TAO), por lo tanto, es cada vez mayor el número de pacientes anticoagulados, fundamentalmente entre los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular sin patología valvular. Además, al ir en aumento la esperanza de vida, se incrementa la población de mayor edad, que como todos sabemos presentan una mayor dificultad de desplazamiento. Por todo ellos se estaba produciendo una sobrecarga de los centros hospitalarios a la que había que dar una solución.

En los últimos años el modelo de Atención primaria ha presentado un giro extraordinario, con una formación de sus profesionales extraordinaria y un aumento de los recursos y campo de acción. Ha ayudado también a una mayor seguridad para el tratamiento desde los propios centros de salud, La estandarización en los controles del tiempo de protrombina para los pacientes en tratamiento con TAO a través de los niveles del INR, a partir de los años 90, y un aumento de los márgenes de optimización.

Como ya remarcaremos a lo largo del estudio, es fundamental la accesibilidad a los servicios sanitarios en AP: tener en cuenta la proximidad del domicilio, la posibilidad de una consulta a demanda, o la extracción en domicilio si es necesario.

Hasta hace unos años era en los hospitales, a través del servicio de hematología, donde se llevaba el control de éstos pacientes, pero gracias a su seguimiento a través del centro de salud se consigue un abordaje integral, pudiendo manejar el conjunto de todas sus patologías u otros procesos o tratamientos que vayan introduciéndose

Desde los propios centros de AP se realizan grupos de trabajo y educación para este tipo de pacientes.

Por todo ello, como ya hemos dicho, se tiende a un seguimiento dual de estos pacientes, donde los más complejos son tratados desde los servicios de hematología hospitalarios y el resto, que se encuentran en situación estable (más de un 70%), son llevados por los profesionales de los centros de salud (Navarro *et al.*, 2007).

Caben destacar algunas características del tratamiento con anticoagulantes que hacen que se requiera un control periódico, vigilando niveles óptimos, correcta dosificación y un seguimiento clínico continuo. Entre ellas destacan: Una variabilidad diaria en la dosis individual de cada paciente, interferencias con otras medicaciones y con la dieta alimentaria, aparición de complicaciones, fundamentalmente hemorrágicas, incluso con un buen seguimiento, necesidad de extracción para analíticas con frecuencia.

Se considera como anticoagulante ideal aquel que reúne las siguientes características (Herimberg *et al.*, 2008).

- Rápido inicio de acción.
- Farmacocinética predecible.
- Efecto anticoagulante predecible.
- Administración vía oral.
- Escasa interacción Cit. P450.
- Disponibilidad de antídoto.
- Coste adecuado.
- Efectos adversos reducidos.

Por todo ellos el mejor El mejor modelo de seguimiento de estos pacientes debe cumplir los siguientes requisitos: mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación por parte del paciente.

Hay que tener en cuenta que un control inadecuado en este tratamiento, no sólo la hace ineficaz para su fin (prevención de enfermedades tromboembólicas), sino que podrá generar complicaciones muy graves. Es por eso que, hasta hace unos años el seguimiento de pacientes anticoagulados se realizaba desde los hospitales, pero desde hace unos años, debido a cambios en el contexto socio sanitario, junto a un aumento de indicaciones de estos tratamientos, la capacitación y desarrollo de los profesionales y prestaciones de la atención primaria y la necesidad de una mejor accesibilidad de los pacientes se ha producido un avance en el tratamiento y seguimiento de los pacientes desde los propios centros de atención primaria.

Durante muchos años sólo teníamos como única opción a los antagonistas de la vitamina K (AVK) (acenocumarol y warfarina) para el tratamiento anticoagulante oral (TAO) empleado para la prevención de trastornos tromboembólicos. Como tratamiento alternativo en pacientes con riesgos para el empleo de la TAO, por sus posibles efectos secundarios, se ha empleado a los antiagregantes plaquetarios. El uso de los antagonistas de la vitamina K requiere monitorización del tiempo de protrombina (TP), o INR como ya hemos referido más arriba (INR). Por todo esto, y por otras circunstancias como, el alto riesgo de interacciones y hemorragias graves, han determinado en muchas ocasiones a la infrautilización de los AVK, aunque es cierto que el número de pacientes en tratamiento ha aumentado considerablemente desde hace unos años.

Por todo lo anterior, en los últimos años, se han desarrollado nuevos medicamentos anticoagulantes (NAKO), como son el inhibidor directo de la trombina (dabigatrán etexilato), y los inhibidores directos del factor X activado (rivaroxabán y apixabán). Como veremos más adelante aportan beneficios y disminuyen riesgos en aquellas situaciones clínicas en las que es necesario el tratamiento anticoagulante (Mateos, 2013).

A diferencia de los AVKs, los nuevos ACOs tiene un tiempo de acción más rápido, una menor probabilidad de interacciones con la alimentación y con otros fármacos y un efecto antitrombótico predecible. Todas estas características farmacológicas hacen posible su administración a dosis fijas, sin que sea necesario su ajuste periódico y por lo tanto analíticas tan frecuentes.

Pero todo esto también conlleva una serie de inconvenientes o limitaciones; por ejemplo aunque podemos considerar la no necesidad de monitorización una ventaja, a la larga puede ser perjudicial, ya que puede afectar a la adherencia del paciente al tratamiento. Ya que la vida media de estos fármacos es más corta, es muy importante la adherencia al tratamiento ya que si no se toma la dosis diaria afectará a la efectividad del tratamiento en poco tiempo.

Aunque los estudios empiezan a demostrar que presentan menor número de interacciones que los AVK, tampoco están exentos de ellas. En el caso de dabigatrán, se han descrito interacciones con fármacos inductores e inhibidores de la glicoproteína-P. Rivaroxabán puede interactuar además con cualquier inductor o inhibidor de CYP3A4. Además, contrastando con la amplia experiencia de uso de los AVKs, aún no se tiene evidencia sobre la seguridad a largo plazo de los nuevos ACOs. También cobra importancia el no disponer de un antídoto específico para los nuevos ACOs, ya que ante la presencia de complicaciones hemorrágicas que puedan intercurrir durante el tratamiento será más difícil su manejo. Por último, es también destacado el coste superior de los nuevos ACOs respecto al tratamiento tradicional, aun incluyendo los costes que suponen los controles periódicos analíticos de los AVK.

Por todo lo anterior, la decisión de optar por un tratamiento u otro se debe hacer de manera individualizada, teniendo en cuenta el riesgo trombótico y hemorrágico en cada paciente. Puede establecerse como regla general que se recomienda la TAO (tradicionalmente con AVK hasta alcanzar un INR estable en un rango de 2-3) en pacientes con una puntuación CHADS<sub>2</sub> ≥ 2 (Gage *et al.*, 2001).

Tabla 1. Clasificación CHADS<sub>2</sub>

Factor de riesgo/ Puntuación
Insuficiencia cardiaca congestiva 1
Hipertensión 1
Edad > 75 años 1
Diabetes mellitus 1
Ictus o accidente isquémico transitorio previo 2
Puntuación = 0: riesgo bajo; puntuación = 1: riesgo moderado; puntuación ≥ 2: riesgo alto.

Con este estudio se pretende hacer una valoración y análisis individual de todos pacientes incluidos en el proceso de anticoagulados del centro de salud Pinillo Chico, Puerto de Santa María, para valorar el tratamiento que reciben actualmente, patología principal por la que se prescribe, su indicación, accesibilidad al centro para controles y si han presentado cambios en los últimos años.

## Metodología

Hemos realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.

La población estudiada son todos los pacientes incluidos en el proceso de anticoagulados registrados en el programa informático de Diraya del Servicio Andaluz de Salud, del centro de salud de Pinillo Chico, ubicado en el Puerto de Santa María, Cádiz. Tras revisión de sus historias clínicas, se han analizado distintas variables como son: la edad, el sexo, patología vascular registrada que justifique la inclusión en el proceso (fibrilación auricular, valvulopatía, enfermedad tromboembólica, enfermedad hematológica, arteriopatía), tratamiento que sigue actualmente (warfarina, acenocumarol, nuevos anticoagulantes: dabigatrán, rivaroxabán y apixabán), si actualmente están en tratamiento con heparina, si ha habido cambios en el tratamiento mismo en los últimos años y si requieren asistencia domiciliaria (fundamentalmente control de INR). Todo ello se ha analizado mediante el programa SPSS. Los datos se presentarán en tablas, histogramas y gráficos de barras y sectores para facilitar su lectura.

## Resultados

El centro de salud estudiado cuenta con una cobertura de población de 17.961.474 habitantes, incluidos y registrados en el programa informático de Diraya. Dentro de ésta hemos seleccionado, como ya hemos dicho, a todos los pacientes incluidos en el programa de anticoagulados. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes que siguen tratamiento con los distintos anticoagulantes están incluidos en el proceso y no ha sido fácil localizar a todos los que siguen tratamiento domiciliario, ya que no existe icono que así lo identifique.

Se encuentran incluidos en el proceso un total de 178 pacientes, de los cuales 99 son mujeres (55%) y 83 son varones (45%) (Figura 1).

Sólo hay registrados 14 menores de 50 años, Y la mayoría se encuentran entre los 70 y 79 años (40%) (Figura 3). 4 tienen más de 90 años.

Figura 1. Distribución por sexos

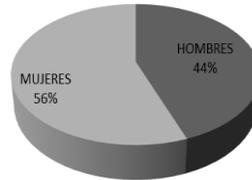
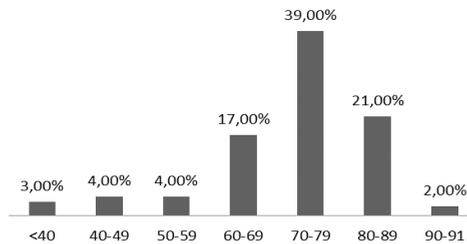
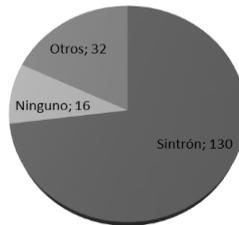


Figura 3. Distribución por edades



Reciben tratamiento actual con acenocumarol (sintrom) 130 y con warfarina (aldocumar) 5. Del resto de pacientes incluidos en el proceso, han dejado de tomar sintrom 17, para ser sustituido por los nuevos anticoagulantes sólo en 4 casos. Es de reseñar que están incluido en el proceso 16 pacientes en los que no figura ningún tratamiento anticoagulante ni actual ni previo. Figuran como tratamiento de inicio los nuevos fármacos en 10 pacientes y en 4, como ya se ha reseñado, se han empleado en sustitución del sintrom (Figura 4)

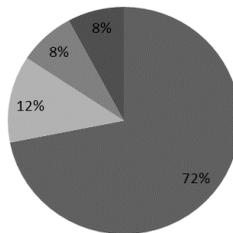
Figura 4. Tipo de tratamiento anticoagulante



Con respecto al motivo o patología principal por la que se prescriben los anticoagulantes es la Fibrilación Auricular (72%) (Figura 5). En muchos de los pacientes aparecen otros diagnósticos relacionados que figuran registrados, como son, la patología valvular, arteriopatía, enfermedad tromboembólica, pero en la mayoría figura como diagnóstico principal la fibrilación (Figura 5). Dentro del apartado otros figuran aquellos pacientes en los que no queda registrado ni codificado ningún diagnóstico en su historia clínica.

Figura 5. Patología por la que se prescribe

■ FA ■ VALVULOPATÍA ■ ARTERIOPATÍA ■ OTROS



De todos los pacientes registrados 24 son controlados desde su domicilio. En su mayoría (80%), mayores de 70 años. Hay que reseñar que no en todos los pacientes se ha podido confirmar este último dato ya que no en todas las historias clínicas está registrado este dato por lo que es posible que este cifra sea mayor a la reseñada.

### Conclusiones y discusión

Como resultados principales del estudio cabe destacar que, pese a haber aumentado las indicaciones de los anticoagulantes, sigue siendo la fibrilación auricular el principal motivo de prescripción. La Warfarina (sintrom) es el fármaco mayoritariamente prescrito. Otro dato importante que se obtiene de estudio es el número importante de pacientes que son atendidos en su propio domicilio, lo que facilita su control y adherencia. Pese a la aparición de los nuevos anticoagulantes, su uso es aún muy limitado entre la población estudiada.

Dada la reciente aparición de los nuevos anticoagulantes, todavía no hay una experiencia amplia sobre su uso en la vida real, sobre todo a largo plazo. Su seguridad y su eficacia fuera del contexto de los ensayos clínicos aún no son conocidas. Aún se necesita tiempo y nuevos estudios para confirmar su eficacia ACOs, motivo que parece más que suficiente para la lenta introducción de los mismos.

La falta de antídoto es una cuestión relevante respecto a la generalización en todas las situaciones y que genera incertidumbre, sobre todo por la poca experiencia existente en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas.

Un factor importante a valorar en la eficacia clínica de los nuevos ACOs es la adherencia al tratamiento. La mayor semivida de acenocumarol o warfarina, frente a la de los nuevos ACOs mantiene el efecto anticoagulante durante 4-5 días en caso de olvido de la dosis o abandono del tratamiento. Por lo tanto, una mala adherencia al tratamiento podría anular el beneficio clínico de los nuevos ACOs frente a warfarina, pudiendo incluso aumentar el riesgo de *ictus* o *ES*. De hecho, en el estudio ROCKET AF (36) se observó que los pacientes que discontinuaron el tratamiento con rivaroxabán, en comparación con los que discontinuaron warfarina, presentaron una mayor incidencia de *ictus* o *ES*. Por otra parte, la no necesidad de monitorización con los nuevos ACOs, unida a la falta de percepción de enfermedad en este tipo de pacientes, podría ocasionar una peor adherencia al tratamiento que condujera al fracaso terapéutico.

No disponer actualmente de un modo de medir el efecto de los nuevos anticoagulantes y el desconocimiento de los intervalos terapéuticos medidos según test biológicos dificultan su manejo en caso de interacciones medicamentosas o función renal alterada.

Es muy importante favorecer la adherencia de los pacientes, sobre todo mediante una educación específica como paciente anticoagulado, ya que, independientemente del anticoagulante prescrito, existen riesgos y precauciones comunes a todos los pacientes que reciben anticoagulantes. Si la adherencia a los anticoagulantes disminuye, en parte por la falta de controles y por la falsa sensación de seguridad, las posibles ventajas de eficacia y seguridad pueden verse sobrepasadas por una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en los pacientes con mala adherencia. Por todo esto, es crucial reforzar en el paciente la importancia de la adherencia y el correcto cumplimiento terapéutico. En este contexto, las unidades de tratamiento anticoagulante pueden tener un papel decisivo tanto en los procesos de transición terapéutica como en los educativos y de resolución de situaciones clínicas complejas.

Por último, y habiendo revisado numerosa bibliografía se puede concluir que no está justificado sustituir el tratamiento anticoagulante oral actual por los nuevos fármacos anticoagulantes en aquellos pacientes que el tratamiento convencional lo toleran bien y sus controles son estables. También se llega a la conclusión que para la introducción de los nuevos anticoagulantes es necesaria una coordinación interdisciplinar con el paciente tratado para garantizar su adherencia.

## Referencias

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Nuevos anticoagulantes orales para la prevención del ictus y la embolia sistémica en fibrilación auricular no valvular. Septiembre 2012. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaetsa/up/AETSA\\_2012-2\\_ACOs\\_def.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaetsa/up/AETSA_2012-2_ACOs_def.pdf). Fecha de acceso Junio 2014.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Aldocumar [Internet]. Disponible <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=63062&formato=pdf&formulario=FICHAS&file=ficha.pdf>. Fecha de acceso junio 2014.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Sintrom [Internet]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=58994&formato=pdf&formulario=FICHAS&file=ficha.pdf>. Fecha de acceso Junio 2014. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (2013). Disponible en <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/296844-criterios-anticoagulantes-orales.pdf>. Fecha de acceso Junio 2014.

Bereznicki, L.R. y Peterson, G.M. (2010). New antithrombotics for atrial fibrillation. *Cardiovasc Ther*, 28(5), 278-86.

Gage, B.F., Waterman, A.D., Shannon, W., et al. (2001). Validation of clinical classification schemes for predicting stroke. *JAMA*, 285, 2864-70.

Herimberg, J. et al. (2008). *Sem Thromb Haemat*, 34, 39-470.

Mateo, J. (2013). Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 13(C), 33-41.

Navarro, J.L., Cesar, J.M., Fernández, M.A., Fontcuberta, J., Reverter, J.C. y Gol-Freixa, J. (2007). Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. *Revista Española de Cardiología*, 60, 1226-32.

Patel, M.R., Mahaffey, K.W., Garg, J., Pan, G., Singer, DE., Hacke, W., et al. (2011). Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *New Engl J Med*, 365(10), 883-91.

Schulman, S. y Crowther, M.A. (2012). How I treat with anticoagulants in 2012: new and old anticoagulants, and when and how to switch. *Blood*, 119(13), 3016-23.



## CAPÍTULO 46

### Paciente anciano y cáncer de pulmón: ¿es posible el tratamiento radioterápico en este grupo de pacientes?

Rocío Del Castillo Acuña, Francisco José Peracaula Espino y María Acuña Mora  
*Hospital Punta de Europa (España)*

El cáncer en los pacientes ancianos, particularmente en aquellos mayores de 70 años, constituye en la actualidad uno de los grandes desafíos en medicina (Lamont, 1990).

La incidencia y prevalencia de cáncer en la población mayor de 65 años está aumentando de forma paralela al aumento de la esperanza de vida en esta franja de edad.

Actualmente en España la incidencia de cáncer es de 162.000 de casos nuevos por año, y aproximadamente un 60% de ellos se presentan en personas mayores de 65 años y un 30% de ellos en personas mayores de 75 años (Farré, 2000). Los cánceres más frecuentes en la población anciana son el cáncer de próstata, pulmón, colorrectal, vejiga urinaria y estómago en los hombres, y el cáncer de mama, colorrectal, estómago y cuerpo uterino en las mujeres.

En la siguiente tabla se exponen las causas más frecuentes de mortalidad por cáncer en función de la edad y el sexo y como se puede observar, el cáncer de pulmón ocupa la 1ª causa de muerte en hombres de 60 a 79 años y la segunda causa en aquellos hombres mayores de 80 años.

*Tabla 1*

60 a 79 años	Hombre	1º Pulmón
		2º Colorrectal
		3º Próstata
Mujer	1º Mama	
	2º Colorrectal	
Mayores de 80 años	Hombre	1º Próstata
		2º Pulmón
		3º Colorrectal
Mujer	1º Colorrectal	
	2º Mama	

Extraído de: Instituto Nacional de Estadística (2000)

La incidencia de cáncer de pulmón aumenta con la edad, presentándose cada vez más frecuentemente en las mujeres. Su causa principal es el consumo de tabaco y existe una relación directamente proporcional con el número de paquetes por año (Farré, 2000).

El carcinoma epidermoide es el tipo histológico más frecuente en los ancianos, representando aproximadamente del 40 al 50% de los casos de cáncer de pulmón diagnosticado en mayores de 65 años. El segundo tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma (30-35%), y por último el carcinoma de células pequeñas o microcítico representa el 25% de los casos.

Las personas ancianas están menos representadas en los ensayos clínicos aleatorizados y no se pueden extrapolar fácilmente los resultados de los ensayos realizados con pacientes más jóvenes (Firat, 2006). Sería necesario por tanto, realizar ensayos con población específica mayor de 65 años para tener en cuenta las características especiales de esta población.

#### Valoración Geriátrica

En los pacientes de edad avanzada el Performance Status por sí solo es un indicador poco fiable para la evaluación funcional. Para la completa y correcta valoración de un paciente anciano con cáncer se deben valorar conjuntamente no sólo los aspectos médicos del mismo sino que hay que tener en cuenta los aspectos funcionales y sociales para poder realizar un diagnóstico adecuado y poder planificar el tratamiento óptimo. Todo ello está resumido en la Valoración Geriátrica (VG) definida como un procedimiento diagnóstico interdisciplinario y multidimensional que intenta determinar las capacidades del anciano así como cuantificar los problemas funcionales, psicosociales y médicos para poder establecer un plan terapéutico y de seguimiento a largo plazo (Bernabei, 2000).

Los objetivos principales de la VG en el anciano oncológico son en primer lugar detectar e intervenir sobre aquellos factores reversibles que pueden interferir sobre el tratamiento como por ejemplo un estado de malnutrición previo, un soporte familiar insuficiente, etc. Otro de los objetivos es determinar el riesgo de mortalidad en función del estado funcional del paciente y de sus comorbilidades. Asimismo, otro objetivo de dicha valoración es estimar la tolerancia a los tratamientos. La principal desventaja de aplicar la VG es que precisa de mayor tiempo para su realización por lo que habitualmente se usan otras como la Escala de Fragilidad de Edmonton o el Indicador de Fragilidad de Groningen que no requieren tanto tiempo para su realización.

### **Tratamiento oncológico del paciente anciano**

Centrándonos en el tratamiento neoplásico de un paciente anciano debemos tener en cuenta que la edad por sí sola no debe ser un factor en contra para descartar un tratamiento antineoplásico. El paciente anciano, a diferencia de un paciente adulto joven, presenta una serie de características intrínsecas que hacen que el diagnóstico precoz de la enfermedad neoplásica sea más difícil y sobre todo que el paciente sea más susceptible al tratamiento y con ello a desarrollar más efectos secundarios por el mismo. Entre estas características destacamos una reserva funcional menor y más comorbilidades que pueden favorecer la aparición de más efectos secundarios derivados del tratamiento. Teniendo en cuenta todo lo anterior expuesto y además los recursos sociales y económicos de la persona anciana, el grado de dependencia funcional y la expectativa de vida, podremos planificar y establecer la mejor pauta terapéutica al paciente anciano.

Para indicar un determinado tratamiento antineoplásico en un paciente debemos tener en cuenta una serie de factores (según la Nacional Comprehensive Cancer Network): Estimar la expectativa de vida del paciente y el riesgo potencial de morbilidad originado por el propio cáncer y valorar las posibles complicaciones derivadas de la propia enfermedad o los tratamientos que podrían interferir en él. Para ello tendremos en cuenta el estadio tumoral, la agresividad de la enfermedad y el riesgo de recurrencia.

En cuanto a la Radioterapia (RT) como tratamiento debemos señalar que es una de las armas terapéuticas de primera elección en los pacientes de edad avanzada, por delante de la Cirugía y la quimioterapia, y que no difiere en cuanto a eficacia y seguridad en comparación con pacientes menores de 65 años, ya que actualmente se realiza la planificación y el cálculo del tratamiento mediante algoritmos tridimensionales con lo que se intentan minimizar los efectos secundarios.

La planificación de un tratamiento de RT en la actualidad se basa en imágenes de TAC (tomografía axial computerizada), obteniendo una mejor conformación de haces de tratamiento. Ello conlleva a predecir de una manera mejor la posible toxicidad derivada del tratamiento con lo que pueden adoptar medidas de soporte, nutricionales, etc. para minimizar las consecuencias y poder llevar a cabo el tratamiento con la menor morbilidad asociada.

Con la Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) se ha conseguido alcanzar una mayor precisión en cada tratamiento mediante la modulación de dosis de cada campo, con ello se puede aumentar la dosis total al tumor sin que conlleve a un aumento de toxicidad secundaria (Ten Haken, 2006).

### **Cáncer de pulmón en el paciente anciano**

La RT en este grupo de pacientes juega un papel primordial, ya que normalmente se desestima la cirugía o quimioterapia por la edad y/o comorbilidades de los pacientes ancianos. La evidencia del papel de la RT en este grupo de pacientes es principalmente de series retrospectivas (Smith, 1995). Varias de estas series retrospectivas han comparado los resultados del tratamiento de pacientes afectos de carcinoma de pulmón no microcítico tratados con RT radical externa y mostraron que la edad no es un factor pronóstico negativo (Noordijk, 1988; Gauden, 2001). Del mismo modo, otro estudio retrospectivo de 1208 pacientes recogidos en 6 estudios de EORTC (European Organisation of Research and Treatment of Cancer) sobre RT en cáncer de pulmón mostró que no había diferencia en supervivencia global entre aquellos pacientes con 70 años o más y entre los pacientes más jóvenes aunque no fue de forma estadísticamente significativa ( $p=0,82$ ) (Pignon, 1998).

Sin embargo existen muy pocos datos en la bibliografía acerca del papel de la RT como tratamiento radical en pacientes octogenarios. Entre los pocos estudios existentes encontramos uno retrospectivo que incluyó a 21 pacientes tratados con RT pulmonar con intención curativa o radical. La tasa de respuesta observada fue del 77% y el tratamiento fue completado sin interrupciones en el 95% de los casos (Zachariah, 1997).

Varios estudios prospectivos han evaluado el papel de la RT en los pacientes ancianos. En uno de ellos, Yu *et al.* (2008) estudiaron 80 pacientes con 70 o más años diagnosticados de cáncer no microcítico de pulmón en estadios iniciales (I-II) tratados con IMRT hasta alcanzar 66.6 Gy con fraccionamiento de 1.8 Gy y observaron una mediana de supervivencia de 38 meses y una tasa de supervivencia global a los 2 y 5 años del 55,7% y del 25,3%

respectivamente. A su vez Pergolizzi (2002) incluyó en su estudio 40 pacientes con 75 años o más diagnosticados de carcinoma no microcítico de pulmón con un índice de Karnofsky (KPS) mayor o igual a 60 y recibieron RT sobre campo afecto hasta alcanzar una dosis media de 60 Gy. La supervivencia global a 3 y 5 años fue del 18 y 12% respectivamente. En este estudio observaron que existía una gran mejoría de síntomas relacionados con el tumor tras finalizar el tratamiento RT, como por ejemplo la tos productiva, hemoptisis y el dolor asociado al tumor.

Otro artículo basado en el registro SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) recogió datos de más de 6000 pacientes ancianos diagnosticados de carcinoma no microcítico de pulmón en estadios iniciales (I y II) no intervenidos quirúrgicamente entre los años 1992 y 2002. Comparó la supervivencia global de aquellos pacientes que recibieron RT exclusiva frente a aquellos que no recibieron tratamiento y demostraron que el uso de RT implicaba un aumento en supervivencia global aunque de forma moderada, probablemente justificado por las distintas técnicas de RT utilizadas (Wisnivesky, 2010).

Recientemente, Atagi (2012) comunicó los resultados de un estudio fase III (JCOG0301), randomizado, realizado por el Japan Clinical Oncology Group. Un total de 200 pacientes con 70 años o más diagnosticados de carcinoma no microcítico de pulmón estadio III fueron randomizados a recibir QT-RT concomitante (60 Gy más carboplatino a dosis bajas) o RT exclusiva. La mediana de edad fue 77 años en los dos grupos. La supervivencia global fue mayor en el brazo de tratamiento combinado (QT-RT vs RT: 22.4 meses vs 16.9 meses respectivamente) (HR: 0.68, 95.4% CI 0.47-0.98, P=0.0179). Asimismo la toxicidad fue también mayor en el grupo de tratamiento combinado. Éste es el primer estudio prospectivo randomizado que demuestra que el tratamiento combinado con QT y RT es factible en este grupo de pacientes y que además existe un beneficio clínico asociado con esta modalidad terapéutica. Sin embargo, este estudio incluyó exclusivamente población asiática, con buen Performance Status y con pocas comorbilidades por lo que habrá que ser cautos para extrapolar dichos resultados a la población anciana en general (Atagi, 2012).

Con las técnicas diagnósticas disponibles en la actualidad como por ejemplo la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) fusionada con imágenes de TAC se pueden diseñar tratamientos radioterápicos más restrictivos en cuanto a volúmenes de tratamiento. Además en los últimos años la indicación de irradiación ganglionar es electiva, es decir, se tratan las áreas ganglionares afectas sin hacer profilaxis ganglionar. Todo ello contribuye a una mayor tolerancia de los tratamientos y a alcanzar mayores dosis en el tumor y con ello una mayor radicalidad en los tratamientos (Yu, 2008).

La toxicidad radioinducida tiene gran impacto sobre la calidad de vida del anciano. Un estudio sobre RT en cáncer de pulmón mostró una mayor tasa de neumonitis radica en los pacientes ancianos y que además dicha complicación era dosis dependiente (Koga, 1988). El estudio de Pignon (1998) demostró a su vez que no había diferencias en toxicidad radioinducida aguda o tardía en pacientes ancianos, incluyendo disnea y esofagitis (Pignon, 1998). Los avances actuales en la planificación del tratamiento RT como la IMRT, la RT guiada por la imagen (IGRT), la SBRT (radioterapia estereotatica extracraneal) hacen posible incluir a más pacientes ancianos que con técnicas más convencionales no eran subsidiarios de recibir tratamiento porque consiguen alcanzar dosis radicales minimizando la toxicidad derivada del tratamiento (Haasbeek, 2009).

El uso combinado de nuevas terapias moleculares o diana de forma concomitante a RT están siendo estudiados en la actualidad y pueden ser un alternativa muy útil y menos tóxica respecto a la combinación clásica de Quimioterapia y Radioterapia en este grupo de pacientes ancianos.

## **Conclusiones**

En el paciente anciano afecto de cáncer de pulmón la edad cronológica no debe ser el único factor decisivo para desestimar el tratamiento radioterápico. Los pacientes ancianos normalmente presentan junto con la enfermedad oncológica múltiples síntomas o enfermedades que pueden interferir en la eficacia y tolerancia del tratamiento oncológico. Se hace necesario por tanto evaluar al paciente de forma global, mediante una correcta valoración geriátrica realizada por un equipo multidisciplinar.

En la actualidad existen pocos datos acerca del tratamiento RT de este grupo de pacientes. La mayoría de los datos existentes han sido extraídos de análisis por subgrupos de estudios retrospectivos y no de estudios prospectivos aleatorizados, por lo que los resultados deben ser interpretados con cautela.

Por tanto, en la sociedad actual en la que la esperanza de vida es cada vez mayor, se hacen necesarios futuros estudios prospectivos sobre tratamiento del cáncer de pulmón en el paciente anciano para poder optimizar el tratamiento de este grupo de pacientes.

## Referencias

- Atagi, S., Kawahara, M., Yokoyama, A. et al. (2012). Thoracic radiotherapy with or without daily low-dose carboplatin in elderly patients with non-small-cell lung cancer: a randomised, controlled, phase 3 trial by the Japan Clinical Oncology Group (JCOG0301). *Lancet Oncol*, 13, 671-678.
- Bernabei, R., Venturiero, V., Tarsitani, P., et al. (2000). The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Crit. Rev. Oncol. Hematol*, 33, 45-56.
- Clinical Practice Guidelines in Oncology. Senior Adult Oncology. Disponible en: <http://www.nccn.org>.
- Instituto Nacional de Estadística (2000). Disponible en <http://www.ine.es>
- Farré, M.V. y Benavent, R. (2000). Cáncer. Neoplasias más frecuentes. *Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Tratado de Geriátria*, 74, 747-759.
- Firat, S., Pleister, A., Byhardt, R.W. y Gore, E. (2006) Age is independent of comorbidity influencing patient selection for combined modality therapy for treatment of stage III no small cell lung cancer (NSCLC). *Am J Clin Oncol*, 29, 252-257.
- Gauden, S.J. y Tripcony, L. (2001). The curative treatment by radiation therapy alone of stage I non-small cell lung cancer in a geriatric population. *Lung Cancer*, 32, 71-9.
- Haasbeek, C.J., Slotman, B.J. y Senan S. (2009). Radiotherapy for lung cancer: clinical impact of recent technical advances. *Lung Cancer*, 64, 1-8.
- Koga, K., Kusumoto, S., Watanabe, K., Nishikawa, K., Harada, K. y Ebihara, H. (1988). Age factor relevant to the development of radiation pneumonitis in radiotherapy of lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 14, 367-71.
- Lamont, D.W., Gillis, C.R. y Caird, F.I. (1990). Epidemiology of cancer. In Caird FI, Brewin TB, eds. *Cancer in the Elderly*, Wright, Butterworth & Co: 9-15.
- Noordijk, E.M., vd Poest Clement, E., Hermans, J., Wever, A.M. y Leer, J.W. (1988) Radiotherapy as an alternative to surgery in elderly patients with resectable lung cancer. *Radiother Oncol*, 13, 83-9.
- Pergolizzi, S., Santacaterina, A., Renzis, C.D., Settineri, N., Gaeta, M., Frosina, P., et al. (2002) Older people with non-small cell lung cancer in clinical stage IIIA and co-morbid conditions. Is curative irradiation feasible? Final results of a prospective study. *Lung Cancer*, 37, 201-6.
- Pignon, T., Gregor, A., Schaake, C., Roussel, A., Van Glabbeke, M. y Scalliet, P. (1998). Age has no impact on acute and late toxicity of curative thoracic radiotherapy. *Radiother Oncol*, 46, 239-48.
- Smith, T.J., Penberthy, L., Desch, C.E., Whittemore, M., Newschaffer, C., Hillner, B.E., et al. (1995). Differences in initial treatment patterns and outcomes of lung cancer in the elderly. *Lung Cancer*, 13, 235-52.
- Ten Haken, R.K. y Lawrence, T.S. (2006). The clinical application of intensity-modulated radiation therapy. *Semin Radiat Oncol*, 16, 224-231.
- Yu, H.M., Liu, Y.F., Yu, J.M. et al (2008). Involved-field radiotherapy is effective for patients 70 years old or more with early stage non-small cell lung cancer. *Radiother Oncol*, 87, 29-34.
- Wisnivesky, J.P., Halm, E., Bonomi, M. et al (2010). Effectiveness of radiation therapy for elderly patients with unresected stage I and II non-small cell lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med*, 181, 264-269.
- Zachariah, B., Balducci, L., Venkattaramanabalaji, G.V., Casey, L., Greenberg, H.M. y DelRegato, J.A. (1997). Radiotherapy for cancer patients aged 80 and older: a study of effectiveness and side effects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 39, 1125-9.

## CAPÍTULO 47

### Las creencias de salud en fibromialgia

Rubén Uclés Juárez, Zaida Callejón Ruiz y Juana María Mateu Mateu  
*Universidad de Almería (España)*

La importancia que pueden desempeñar las creencias surgidas durante el inicio o curso de cualquier enfermedad queda fuera de toda duda. Y no es menos en el caso de la enfermedad de fibromialgia. Dada su importancia, resulta útil poner sobre la mesa la literatura existente acerca de las creencias dadas en esta enfermedad, por lo que tomamos como objetivo del presente trabajo hacer una revisión teórica de las creencias en la enfermedad de fibromialgia.

#### ¿Qué es la fibromialgia?

En primer lugar, para situarnos, hemos de explicar brevemente de qué enfermedad estamos hablando. La fibromialgia es un trastorno musculoesquelético de etiología desconocida (Theadom y Cropley, 2008; Brecher y Cymet, 2001; Nampiaparampil y Shmerling, 2004; Rivera *et al.*, 2006) que según el American College of Rheumatology (ACR) se clasifica como crónica, con dolor presente en un mínimo de tres meses y con sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de los 18 puntos gatillo miofasciales (Wolfe *et al.*, 1990). Se da predominantemente en mujeres (Theadom y Cropley, 2008) y tiene una prevalencia entre el 2 y 3% de la población general (Wolfe, Ross, Anderson, Russel y Herbert, 1995; Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001). En la población española tiene una prevalencia del 2,4% de la población general mayor de 20 años, según el estudio EPISER, y con un 4,2% para el sexo femenino y un 0,2% para el masculino (Sociedad Española de Reumatología, 2001). En términos absolutos, supone alrededor de 700.000 personas diagnosticadas con tal trastorno en España (Rivera *et al.*, 2006).

En cuanto a las características clínicas, el dolor y la fatiga son los síntomas centrales de tal trastorno (Yunus, Masi, Calabro, Miller y Feigenbaum, 1981). Tal dolor se extiende progresivamente por amplias zonas corporales y es definido como continuo por el paciente, aunque con ciertas oscilaciones en el tiempo que implican un empeoramiento por la mañana y por la noche (Rivera *et al.*, 2006). El paciente refiere que el dolor es intenso o insoportable utilizando descriptores tanto sensoriales (tirantez, agarrotamiento) como afectivos (deprimente, agotador) (Leavitt, Katz y Golden, 1986). Por su parte, también presentan un tercer síntoma frecuente, y es la alteración del sueño (Rivera *et al.*, 2006). La mayoría de los pacientes tienen un sueño ligero, despertándose con facilidad ante pequeños ruidos o pensamientos molestos (Bennett, 2002). Además de estos síntomas presentan otros como angustia psicológica, disfunción endocrina, disautonomía, desentrenamiento, crisis existencial y disfunción cognitiva, así como otros trastornos asociados como Síndrome de colon irritable, Síndrome de vejiga irritable, mareos, intolerancia al frío y sensibilidades múltiples (Bennett, 2002).

Por otro lado, en cuanto al tratamiento, que por lo común suelen emplearse fármacos, está dirigido a la mejoría de los síntomas, no a su curación (Rivera *et al.*, 2006). Como no existe un mecanismo fisiopatológico universalmente aceptado como causante de todos estos síntomas, dicho tratamiento farmacológico continúa siendo empírico en gran medida y dirigido hacia síntomas individuales (Barkhuizen, 2002). En cuanto al tratamiento no farmacológico orientado al dolor, al estrés y a la disfunción física y psicológica se utilizan estrategias físicas, cognoscitivas, conductuales y educativas (Bennett, 1996; Burckhardt, 2002).

En definitiva, es una enfermedad inmersa en una total incertidumbre tanto para los profesionales como para los pacientes en cuanto que, a saber: a) su etiología es desconocida a día de hoy (Barkhuizen, 2002; Rivera *et al.*, 2006); b) el curso es impredecible (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005); c) su tratamiento es paliativo, no estandarizado (Bennett, 2002; Rivera *et al.*, 2006), incompleto (Marder *et al.*, 1991) y posee multitud de efectos secundarios (Alegre, Pereda, Nishishinya y Rivera, 2005); d) afecta a la situación económica personal de quienes lo sufren (Penrod *et al.*, 2004); y e) presenta determinados síntomas de forma variable entre pacientes (Bennett, 2002).

Sobre la base de la atmósfera de incertidumbre circunscrita a esta enfermedad, hemos de entender que surjan desde el primer momento ciertas creencias acerca de la enfermedad que en cierta medida impliquen determinadas estrategias de regulación, y que en definitiva, supongan un obstáculo de cara al curso de la enfermedad. Las creencias sobre la enfermedad adquiridas en el curso de la fibromialgia pueden tener que ver con el ajuste a la enfermedad,

como por ejemplo, en cuanto a las preferencias al tratamiento, el seguimiento de ciertas estrategias de autorregulación o conductas relacionadas con salud (Glattacker, Opitz y Jäckel, 2010). Incluso algunos autores han sugerido la importancia que puede tener en la intensidad de la experiencia de dolor ciertas creencias o percepciones sobre el mismo (Arntz y Claassens, 2004; Lamé, Peters, Vlaeyen, van Kleef y Patijn, 2005). Todo esto nos muestra la importancia que implica evaluar ciertas creencias en este grupo de pacientes.

### Creencias dadas ante la incertidumbre

Existe una cierta variedad de trabajos que evalúan creencias en esta enfermedad, entre los que destacan los de *locus de control*, autoeficacia y coherencia en la comprensión de la enfermedad. Aquí se expondrá una pequeña muestra de los mismos.

Stuifbergen, Philips, Voelmeck y Browder (2006) mostraron que las pacientes veían su enfermedad como *crónica*, con *consecuencias importantes en sus vidas*, mostraban *falta de coherencia en la comprensión de su enfermedad*, *angustia emocional*, *falta de control personal* sobre la enfermedad, así como la *atribución de ciertos síntomas* a la enfermedad.

En comparación con otras enfermedades como el síndrome de fatiga crónica o la artritis reumatoide, los pacientes con fibromialgia presentan menos entendimiento de su enfermedad, ven el curso de su enfermedad como más crónico, informan de más síntomas como relacionados con su enfermedad, ven mayores consecuencias negativas, refieren de más problemas emocionales debidos a su enfermedad, y presentan creencias negativas similares sobre la controlabilidad de su enfermedad y sobre las consecuencias que genera (Van Ittersum, Van Wilgen, Hilberdink y Groothoff, 2009). En lo referente a estas creencias, Nielson y Jensen (2004), hallaron mejores resultados de tratamiento en pacientes con fibromialgia que presentaban percepciones de la enfermedad positivas, tales como creer tener el control del dolor y creer que la fibromialgia no es necesariamente discapacitante, en comparación a pacientes que mostraban las creencias inversas. Esto puede relacionarse con altas expectativas de *autoeficacia* como predictoras de un mejor resultado de salud en esta enfermedad (Buckelew, Huyser, Hewett, Parker, Johnson, Conway y Kay, 1996).

Por otra parte, puesto que estos pacientes presentan problemas de sueño, algunos estudios han evaluado la posible existencia de creencias sobre la base y han hallado más *creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño* (por ejemplo, “cuando me siento enfadada, deprimida y ansiosa durante el día es debido a que no dormí bien la noche anterior”) en comparación a un grupo control, que se asocian con pobre calidad de sueño (Theadom y Cropley, 2008). Tales creencias disfuncionales también se han visto en anteriores trabajos, como en Osorio, Gallinaro, Lorenzi-Filho y Lage (2006).

Además, en cuanto a *creencias relacionadas con la(s) causa(s)* de su enfermedad, Van Ittersum y colaboradores (2009) encontraron altas puntuaciones en causas referidas al estrés o preocupaciones, la mala suerte, la herencia, problemas del sistema inmunológico y personalidad.

Por otro lado, se han identificado *creencias relacionadas con el ejercicio*. McVeigh y colaboradores (2003) encontraron que las intervenciones en fibromialgia con programas que implican ejercicio físico muestran beneficios en términos de forma física y de bienestar; sin embargo, la mayoría de los pacientes no creen que tal participación en el programa les resultara útil en reducir su dolor a pesar de conocer la importancia que tiene el ejercicio en el tratamiento de su enfermedad.

Finalmente, la creencia de controlabilidad antes mencionada se ha estudiado recurriendo al constructo de *locus de control*, si bien ha sido menos estudiado en comparación con otros constructos como el de expectativas de *autoeficacia* (Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Terol y Rodríguez-Marín (2001). Siguiendo el estudio de estos autores, los pacientes con mayor nivel educativo presentan puntuaciones más altas en *locus de control interno*. Asimismo, otros han mostrado que el *locus de control interno* sobre la salud correlaciona negativamente con mayor sensibilidad, emocionalidad y afectividad en personas con fibromialgia (Malt, Olafsson, Lund y Ursin, 2002). Por otra parte, Torres y colaboradores (2009) mostraron que los pacientes que presentaban un *locus de control* caracterizado por expectativas negativas sobre el curso de su dolor, así como la percepción de discapacidad predecía de forma negativa la probabilidad de regresar al trabajo. A parte de esto, a falta de más estudios en estos constructos, se ha relacionado con la demanda de ayuda a los profesionales, en enfermedades como la artritis reumatoide (Riemsma, Klein, Taal, Rasker, Houtman, van Paassen y Wiegman (1998).

### Conclusión

Como hemos visto en la literatura recogida, en este tipo de enfermedad se presenta gran número de creencias relacionadas con la misma. Y este hecho es muy esperable, ya que, desde el primer momento en el que dichos

pacientes comienzan a sufrir los síntomas, pueden surgir creencias por lo inexplicable del dolor y por los intentos fallidos por parte de los profesionales de la salud de detectar qué les ocurre a esos pacientes. Según Glattacker *et al.* (2010), es frecuente que pasen algunos años desde los primeros síntomas hasta su diagnóstico, entre los cuales los afectados pasan por multitud de procedimientos de diagnóstico e innumerables tratamientos sin ningunos resultados favorables. De esta forma, pueden surgir creencias relacionadas con la enfermedad, que como hemos visto, se resumen en las siguientes, a saber: a) las posibles causas de la enfermedad, b) las consecuencias que implica la enfermedad, c) los síntomas, d) el control que ejercen sobre su enfermedad (*locus de control*), e) relacionadas con el ejercicio y el sueño y f) el carácter crónico. Todo este amalgama de creencias puede jugar un determinado papel en cuanto a servir de *control* de determinadas conductas, o dicho de otra forma, pueden regular el ajuste a la enfermedad (p. ej., las preferencias en el tratamiento, o el seguir ciertas estrategias de regulación que impliquen ciertos resultados de salud).

Por tanto, además de conocer qué creencias predominan en este tipo de pacientes, hemos de saber en qué medida ciertas creencias predicen determinados comportamientos. No obstante, hemos de ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados y no olvidar que en ocasiones estamos trabajando con correlaciones, que no causaciones. Por ejemplo, siguiendo el estudio de Martín-Aragón y colaboradores (2001) los pacientes con mayor nivel educativo presentan puntuaciones más altas en *locus de control* interno; sin embargo, aquí no podemos atribuir que la causa de que tengan mayor *locus de control* interno se deba al mayor nivel educativo. Es por ello que en primera instancia, hemos de tomar los resultados como útiles descripciones del fenómeno.

## Referencias

- Arntz, A. y Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*, 1, 20-25.
- Barkhuizen, A. (2002). Tratamiento farmacológico racional y dirigido de la fibromialgia. En R.M. Bennett (Ed.), *Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 2. Tratamiento racional de la fibromialgia, pp. 223-248). Madrid: Panamericana.
- Bennett, R.M. (1996). Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 2, 351-367.
- Bennett, R.M. (2002). Tratamiento racional de los pacientes con fibromialgia. En R.M. Bennett (Ed.), *Rheumatic Disease Clinics of North America*. (Vol. 2. Tratamiento racional de la fibromialgia, pp. 157-172). Madrid: Panamericana.
- Brecher, L.S. y Cymet, T.C. (2001). A practical approach to fibromyalgia. *Journal of American Osteopathic Association*, 4, 125-175.
- Buckelew, S.P., Huysen, B., Hewett, J.E., Parker, J.C., Johnson, J.C., Conway, R. y Kay, D.R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis and Rheumatism*, 2, 97-104.
- Burckhardt, C.S. (2002). Estrategias de tratamiento no farmacológico en la fibromialgia. En R.M. Bennett (Ed.), *Rheumatic Disease Clinics of North America* (Vol. 2. Tratamiento racional de la fibromialgia, pp. 249-260). Madrid: Panamericana.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R. y Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1, 1040-1045.
- Glattacker, M., Opitz, U. y Jäckel, W.H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 2, 367-387.
- Lamé, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S., van Kleef, M. y Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than pain intensity. *European Journal of Pain*, 1, 15-24.
- Leavitt, F., Katz, R.S. y Golden, H.E. (1986). Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 6, 775-781.
- Malt, E.A., Olafsson, S., Lund, A. y Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 3, 1-8.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, A. López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Martín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 4, 586-591.
- McVeigh, J.G., Lucas, A., Hurley, D.A., Basford, J.R. y Baxter, J.D. (2003). Patient's perceptions of exercise therapy in the treatment of fibromyalgia syndrome: A survey. *Musculoskeletal Care*, 2, 98-106.
- Nampiaparampil, D.E. y Shmerling, R.H. (2004). A review of fibromyalgia. *American Journal of Managed Care*, 11, 794-800.
- Nielson, W.R. y Jensen, M.P. (2004). Relationship between changes and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 3, 233-241.

Osorio, C.D, Gallinaro, A.L., Lorenzi-Filho, G. y Lage, L.V. (2006). Sleep quality in patients with fibromyalgia using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *The Journal of Rheumatology*, 9, 1863-1865.

Riemsma, R.P., Klein, G., Taal, E., Rasker, J.J., Houtman, P.M., van Paassen, H.C. y Wiegman, O. (1998). The supply of and demand for informal and professional care for patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1, 7-15.

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.

Sociedad Española de Reumatología. (2001). Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. *Revista española de reumatología*, 1, 18-25.

Stuifbergen, A.K., Philips, L., Voelmeck, W. y Browder, R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *Women's Health Issues*, 6, 353-360.

Theadom, A., y Cropley, M. (2008). Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine*, 9, 376-381.

Torres, X., Collado, A., Arias, A., Peri, J.M., Bailles, E., Salamero, M. y Valdés, M. (2009). Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *General Hospital Psychiatry*, 2, 137-145.

Van Ittersum, M.W., Van Wilgen, C.P., Hilberdink, W.K. y Groothoff, J.W. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 1, 53-60.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fichtner, J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, T.J., Russell, I.J. y Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 2, 160-172.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, J.I. y Herbert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 1, 19-28.

Yunus, M.B., Masi, A.T., Calabro, J.J., Miller, K.A. y Feigenbaum, S.L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1, 151-171.

## CAPÍTULO 48

### Disnea como motivo de demanda en Unidad Móvil en pacientes ancianos con EPOC

Rocío Díaz García<sup>1</sup>, Marta Navarro Ortiz<sup>2</sup> y Miriam Naranjo Rendón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Especialidades La Longuera, Chiclana de la Frontera (España); <sup>2</sup>Centro de Salud Pinillo Chico, El Puerto de Santa María (España); <sup>3</sup>C.S. Las Delicias, Jerez de la Frontera (España)

La disnea se define como la dificultad respiratoria que se corresponde con una sensación subjetiva de falta de aire en los pulmones. Para conocer las causas y llegar a un diagnóstico de la causa de disnea, hay que realizar una anamnesis detallada, mediante preguntas simples tales como; desde cuándo comenzaron los síntomas, si el inicio de la disnea fue brusco o progresivo, si aparece en reposo o tras un esfuerzo físico, si coinciden otros síntomas asociados como tos o dolor torácico, si fuma o no, desde cuándo y cuántos cigarrillos al día, si toma medicación o tiene enfermedades previas conocidas (por ejemplo, asma bronquial o insuficiencia cardíaca).

Por tanto para llegar a un diagnóstico final de disnea hace falta realizar una exploración física detallada del paciente con una inspección, palpación y auscultación adecuadas, aparte de la realización de exploraciones complementarias tales como una gasometría para medir cómo es el intercambio de gases en el pulmón mediante la medición de oxígeno y dióxido de carbono en sangre, y una radiografía del tórax. A veces es necesario un análisis de sangre, un electrocardiograma o una espirometría para valorar mejor la dificultad respiratoria, midiendo la función pulmonar. Una vez enfocado el diagnóstico, puede resultar necesario realizar otras pruebas complementarias a fin de poder determinar el tratamiento correcto de la disnea.

La mayoría de los pacientes que presentan disnea suelen padecer enfermedades respiratorias, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que es una de las afecciones más frecuentes en nuestro medio, que conlleva una alta repercusión económica tanto para los pacientes como para los servicios sanitarios así como una disminución de la calidad de vida y aumento de la mortalidad.

La EPOC en España alcanza una prevalencia de 10,2% en la población comprendida entre los 40-80 años, mayor en varones, con un índice de infradiagnóstico superior al 70%. Dicha prevalencia aumenta con la edad, historia de tabaquismo y con el menor nivel educacional (Miratvilles *et al.*, 2009). Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, la EPOC en España es la quinta causa de muerte en la población general –la cuarta en varones– y es una de las pocas afecciones cuya mortalidad sigue aumentando. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que en el año 2020 la EPOC sea la quinta causa nivel mundial de años de vida perdidos o vividos con incapacidad (López *et al.*, 2006).

En los últimos años ha aumentado la información que se tiene sobre la EPOC, conocemos mejor su etiopatogenia y ha habido numerosos avances en su tratamiento, ya que han aparecido nuevos fármacos y se ha abandonado en gran parte el escepticismo terapéutico en el que se encontraba la enfermedad, lo que ha mejorado el pronóstico. En la actualidad la EPOC se considera una enfermedad prevenible y tratable, con una gran comorbilidad asociada (Almagro *et al.*, 2010).

#### EPOC y envejecimiento

La EPOC es una enfermedad que cursa con una lenta progresión hasta las fases avanzadas de la enfermedad. Existe una mayor prevalencia en sujetos ancianos. La EPOC en el anciano tiene unas características clínicas diferentes, esto unido a las limitaciones propias de la senectud hacen que esta entidad tenga un gran impacto en los síndromes geriátricos, ya que existe una gran interacción con otras afecciones que generalmente sufren este tipo de pacientes. De hecho, algunos autores se refieren a la EPOC como envejecimiento acelerado del pulmón junto con una afección extrapulmonar pluripatológica: afectación muscular, inflamación sistémica, malnutrición,...

En los ancianos se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que en parte se parecen a los cambios que genera la EPOC, entre ellos destaca; cambios anatómicos tales como modificación de la estructura ósea apareciendo una cierta cifoescoliosis con calcificación de los músculos intercostales, disminuyendo así la fuerza de los músculos respiratorios; y cambios fisiológicos tales como un aumento del tejido colágeno pulmonar junto con una disminución de la elasticidad, un aumento de las resistencias respiratorias y una disminución de los flujos espiratorios con aumento del volumen residual (Tolep y Kelsen, 1993). A todos estos cambios producidos por la edad hay que

añadirles los de la propia EPOC. Actualmente se considera que la EPOC no es una enfermedad limitada a los pulmones, sino que la inflamación característica de la enfermedad afecta prácticamente a todo el organismo.

A pesar esta prevalencia y repercusión en los pacientes ancianos, la mayor parte de los estudios y revisiones no definen las peculiaridades de la EPOC en la edad avanzada, ni la interacción con otras enfermedades prevalentes en la vejez o su impacto en los síndromes geriátricos. No obstante se ha demostrado que en pacientes mayores de 80 años hospitalizados por exacerbación de EPOC existe una mayor comorbilidad y dependencia funcional que los pacientes más jóvenes y que los mayores de 85 años tienen el triple de posibilidades de fallecer durante el ingreso o en los 90 días siguientes al alta que el resto (Connolly *et al*, 2006).

Se ha demostrado que existe una gran interacción de la EPOC con otras enfermedades observándose que son más frecuentes en los pacientes con EPOC grave algunas enfermedades tales como la depresión, la malnutrición, el deterioro cognitivo o las caídas (Roig, 2011).

### Objetivo

Analizar la demanda asistencial que hay por disnea en domicilio en una población de Cádiz, Chiclana de la Frontera, a través del Dispositivo móvil (DCCU), y así conocer la morbilidad que crean las enfermedades respiratorias crónicas.

### Método

Se revisaron 684 historias escritas en formato papel recogidas durante 3 meses en época de mayor incidencia de patología respiratoria (Enero, Febrero y Marzo) del año 2014, de una Unidad móvil DCCU de Chiclana de la Frontera. Se recogieron un total de 115 historias cuyo motivo de la demanda era disnea. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, analizando diferentes variables: edad, sexo, diagnóstico de EPOC, si se derivaron al Hospital o no y por qué medio, y la frecuentación de los pacientes en generar demanda domiciliaria.

### Resultados

De todos los motivos de consulta registrados en las 684 historias que se revisaron se comprobó que la prevalencia de disnea como motivo de consulta alcanzaba un 16,81%. De las 115 historias que presentaban como motivo de consulta disnea se detectaron 36 pacientes con EPOC. La mayoría de los pacientes eran mayores de 70 años (83%), con un leve predominio de pacientes hombres (57%) con respecto a las mujeres. El 51,30% de estos pacientes atendidos fueron derivados al Hospital, ya sea en ambulancia convencional o en UVI móvil, y el resto de pacientes se quedó en domicilio con control por su MAP.

Tabla 1. Distribución por edades

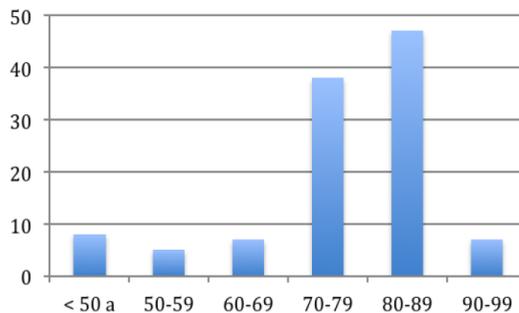
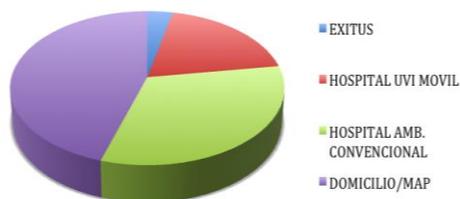


Tabla 2. Tipos de derivación



## Conclusión

La disnea es un motivo de consulta frecuente en la demanda domiciliaria. El envejecimiento de la población conlleva un incremento de las enfermedades respiratorias crónicas como la EPOC, la cual supone consecuencias importantes de morbilidad, con gran movilización recursos en salud. Por lo tanto, es fundamental aportar un correcto tratamiento y educación sociosanitaria a estos pacientes.

Los pacientes con EPOC precisan conocimientos específicos que incluyen conceptos sobre su enfermedad, así como adquirir destreza para seguir el tratamiento regular y actuar inmediatamente en caso de deterioro. La enseñanza de estos conceptos y habilidades es lo que se entiende como educación sanitaria de los pacientes y tiene como meta mejorar el cumplimiento terapéutico (Burgos, 2002).

Los programas educativos orientados a la deshabituación del tabaco, a la correcta aplicación de las técnicas inhalatorias y al reconocimiento temprano de las exacerbaciones, junto con las campañas de vacunación, han demostrado que tienen gran impacto en la progresión de la enfermedad. Estas intervenciones son fundamentales y deben situarse en el primer escalón terapéutico en el abordaje de la EPOC. El conocimiento de su propia enfermedad y del tratamiento es esencial, ya que con ello los pacientes pueden modificar su comportamiento, aumentar su grado de satisfacción y consecuentemente mejorar su calidad de vida y reducir los costes sanitarios. Para alcanzar los mejores resultados es preciso también mejorar las competencias y habilidades en salud de los cuidadores. Los autores de la Guía Española de la EPOC (GESEPOC) destacan el papel crucial del autocuidado en la mejora de los resultados del proceso asistencial.

El autocuidado es un término aplicado a un programa de educación de pacientes encaminado a enseñar las aptitudes necesarias para realizar regímenes médicos específicos para la EPOC, guiar el cambio de conducta de salud y prestar apoyo emocional a los pacientes para controlar su enfermedad y vivir una vida funcional (Bourbeau, 2003). Así como en el asma los programas de autocuidado y de educación del paciente han probado su éxito, en la EPOC los datos de la revisión realizada por Monnikhof todavía no han sido contundentes para plantear recomendaciones.

Posteriormente se han publicado varios estudios y Effing et al. (2008) realizaron una revisión para la Cochrane con el objetivo de evaluar la influencia de los programas de autocuidado sobre los resultados de salud y la utilización de la asistencia sanitaria en la EPOC. Como conclusiones los autores describen una disminución de los ingresos hospitalarios en los pacientes que han recibido los programas de educación y detectan efectos positivos sobre la utilización de los servicios de asistencia sanitaria: reducción de las visitas médicas y de enfermería, y una disminución pequeña pero significativa de la puntuación de la disnea en la escala de Borg. También observan una tendencia positiva en la calidad de vida. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de las intervenciones, las poblaciones de estudio, el período de seguimiento y las medidas de resultado, los datos todavía no son suficientes para formular recomendaciones claras sobre la forma y los contenidos de los programas de educación en autocuidado para los pacientes con EPOC.

Recientemente se han producido cambios importantes en el abordaje de la EPOC que han modificado el enfoque de la enfermedad hacia una medicina personalizada, predictiva, preventiva y participativa del paciente en su proceso de salud y en las actuaciones preventivas.

La lucha contra el tabaquismo es un punto esencial en la educación sanitaria en el paciente con EPOC, ya que el abandono del tabaco es la intervención individual más efectiva y rentable para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad y retrasar su progresión. Es bien conocido que las estrategias antitabaco intensivas aumentan la probabilidad de que el abandono del hábito se mantenga, así como la trascendencia de las nuevas leyes que regulan la prohibición de fumar en lugares públicos. Al mismo tiempo, una revisión sobre tabaco y publicidad muestra cómo la incidencia y el impacto de la publicidad de tabaco son altas y hacen uso de mensajes adaptados cultural y socialmente (March, 2010).

Un estudio reciente realizado en la Comunidad de Madrid analizó la actitud frente al tabaco de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas en fase avanzadas, principalmente EPOC, en tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria, y se observó una elevada proporción de enfermos que continúan fumando, más los varones y los más jóvenes, pero además llamaba la atención que el 17% de los fumadores no reconocían haber sido alertado sobre el alto grado de dependencia física a la nicotina y sobre la necesidad de abandonar el tabaco. Estos resultados son paralelos a algunos encontrados en estudios en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, en los que el porcentaje de fumadores activos permanece estable en el tiempo.

Otro punto clave de la educación sanitaria es la enseñanza de la utilización de la vía inhalatoria para la administración de medicación, ya que existen numerosas evidencias de que no se está obteniendo un óptimo beneficio de la terapia inhalada, debido fundamentalmente a la incorrecta utilización de los inhaladores. Por ello es imprescindible en cada visita revisar el tratamiento del paciente y valorar la técnica inhalatoria. El profesional ha de adiestrar en la técnica de inhalación: explicar la técnica de utilización del dispositivo, hacer demostraciones prácticas y usar dispositivos sin fármaco para asegurar el manejo adecuado, realizar una valoración periódica de los errores, explicar el mantenimiento, los efectos secundarios y cómo evitarlos.

Respecto al paciente con EPOC, el componente perceptivo (conocer la opinión de las personas afectadas, sus preocupaciones y preferencias), la adherencia y cumplimiento terapéutico han ganado protagonismo recientemente. En muchas ocasiones esta percepción no queda reflejada en los marcadores funcionales que se emplean para monitorizar la enfermedad. Por ello se han diseñado herramientas para obtener esta información, bien a través de los cuestionarios de calidad de vida bien a través de los denominados PRO (Patient Out Come Report), como sugiere la estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud donde se obtiene del paciente una dimensión de la enfermedad sin necesidad de realizar pruebas funcionales.

Ante la complejidad de las enfermedades crónicas, y la EPOC en particular, son muchas las iniciativas que se están desarrollando para mejorar el conocimiento, los circuitos o la planificación estratégica y mejorar la educación sociosanitaria a estos pacientes.

## Referencias

- Almagro, P., Salvadó, M., García-Vidal, C., Rodríguez-Carballeira, M., Delgado, M., Barreiro, B., et al. (2010). Recent improvement in long term survival after a COPD hospitalisation. *Thorax*, 65, 298-302.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., et al. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 163, 585-91.
- Burgos, F. (2002). Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. *Arch Bronconeumol*, 38, 297-9.
- Connolly, M.J., Lowe, D., Anstey, K., Hosker, H.S., Pearson, M.G., Roberts, C.M., et al. (2006). Admissions to hospital with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: effect of age related factors and service organisation. *Thorax*, 61, 843-8.
- De Castro, S. (2007). *Manual de Patología General Capítulo 16: Trastornos del control de la respiración. Disnea*; 6ª Edición; Elsevier.
- Effing, T., Monnikhof, E.M., van der Valk, P., van der Palen, J., van Herwaarden, C., Partidge, M.R., et al. (2008). *Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd; Número 4.
- Jiménez, C.A., Sobradillo, V., Miravittles, M., Gabriel, R., Villasante, C., Masa, J.F., et al. (2000). Análisis de tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. *Prev Tab*, 2, 189-93.
- López, A.D., Shibuya, K., Rao, C., Mathers, C.D., Hansell, A.L., Held, L.S., et al. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease: currentburden and future projections. *Eur Respir J*, 27, 397-412.
- March, J.C., Suess, A., Danet, A., Prieto, M.A., Romero, M. (2010). Tabaco y Publicidad. Revisión de los estudios publicados entre 2000 y 2008. *Aten Primaria*, 42, 206-10.
- Miravittles M., Soriano J.B., García-Río F., Muñoz L., Durán-Tauleria E., Sánchez G., et al. (2009). Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*; 64:863-8.
- Roig M., Eng J.J., MacIntyre D.L., Road J.D., FitzGerald J.M., Burns J., et al. (2011). Falls in people with chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study. *Respir Med*, 105, 461-9.
- Tolep K. y Kelsen S.G. (1993). Effect of aging on respiratory skeletal muscle. *Clin Chest Med*; 14, 363-78.

## CAPÍTULO 49

### Edad y ciudadanía como ejes de desigualdad en la incidencia de la tuberculosis

Juan García<sup>1</sup>, Carmen Pardo<sup>2</sup>, Maritza Valdés<sup>2</sup> y Laura Fernández-Sarabia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Castilla-La Mancha (España); <sup>2</sup>Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (España); <sup>3</sup>Clínica Privada

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y que en el año 1993 fue declarada, por la Organización Mundial de la salud (OMS), como enfermedad reemergente y este organismo estableció la emergencia global frente a la misma (Heymann, 2011; Salleras, Altet y Domínguez, 2008). En la Unión Europea y Área Económica Europea (UE/AEE), sigue siendo un importante problema de salud pública con más de 225.000 casos notificados en el trienio 2009-2011 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013). El riesgo de enfermar de tuberculosis presenta grandes diferencias entre los distintos países, Rumania es el país con la incidencia más elevada (89,7/100.000) frente a países como Luxemburgo o Alemania cuyas tasas apenas sobrepasan los 5,0 casos/100.000 habitantes (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013). España presentaba, en el año 2011, una tasa de incidencia de 14,7 casos/100.000 habitantes, frente a la media europea que fue de 14,3 casos/100.000 habitantes, es decir, un 2,8% superior. Sin embargo, en el año 2012 esta tasa disminuyó al 13,1/100.000 habitantes (Mínguez, Chover, Repullés, Borrás, Zanón y Salazar, 2013).

Aunque desde el año 2007 las tasas de incidencia de tuberculosis europeas han disminuido a razón de un 4,0% anual, se ha ido consolidando un perfil de riesgo dual caracterizado por áreas de alta incidencia (siete países aportan el 50,0% de los casos declarados en el año 2011), y países de baja incidencia como es el caso de España, que paralelamente se evidencia un número creciente de casos incidentes en inmigrantes (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013). Si bien la llegada de inmigrantes no necesariamente determina el incremento de la transmisión de tuberculosis en el seno de una comunidad, es muy probable que lleguen a convertirse en un grupo vulnerable que obstaculice el camino hacia la erradicación de la tuberculosis en estos países de baja incidencia (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013).

En España, en contra de una opinión muy extendida, la incidencia de tuberculosis disminuyó de 18,0/100.000 en 2003 a 13,1/100.000 en 2012 (Mínguez, Chover, Repullés *et al.*, 2013), periodo de tiempo que coincidió con un importante crecimiento de la población inmigrante, especialmente extracomunitaria (BirsI y Solé, 2004). Paralelamente a esta tendencia, y junto con la efectividad de las terapias antirretrovirales, se fue configurando un nuevo perfil en la epidemiología de esta patología, la tuberculosis vinculada con los pacientes inmunodeprimidos descendió y, en su lugar, apareció un nuevo grupo poblacional vulnerable, los inmigrantes económicos (Sanz y Blasco, 2007).

En un estudio publicado en 2006 (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006), los autores afirmaron que a pesar de que los inmigrantes presentaron una frecuencia de infección superior a los autóctonos en el momento de su llegada a España, aportaron pocos casos al conjunto de la prevalencia de la enfermedad ya que, por lo general, la población inmigrante no suele llegar enferma de tuberculosis (Mejide *et al.*, 2011). Por el contrario, y debido a las condiciones socioeconómicas desfavorables de este colectivo en el país receptor, la incidencia de tuberculosis se podría incrementar en los primeros cinco años de su residencia, con un pico en la frecuencia del diagnóstico de la enfermedad alrededor de los dos años (Vázquez y Otero, 2004).

En la actualidad, se desconoce si la tuberculosis en los inmigrantes es una reactivación endógena de una infección adquirida en el país de origen, o una infección exógena, al igual que el sentido de la infección: inmigrante-autóctono o viceversa (Borrell *et al.*, 2010; Diel, Rusch-Gerdes y Niemann, 2004). Algunos autores han manifestado que el mayor porcentaje de infecciones exógenas en los inmigrantes se produce dentro del mismo colectivo debido a su bajo estatus social (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006).

Abordar la problemática de la tuberculosis, para ambos colectivos, pasaría por el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo, ya que no se puede afirmar que la mayor prevalencia de la infección tuberculosa en inmigrantes sea debida al proceso migratorio y, en consecuencia, a la adscripción de migrante (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006). El proyecto migratorio no es aleatorio ya que hay una selección de las personas que pueden emigrar (Mota, 2007). Éste se inicia cuando se dispone de un adecuado nivel funcional de partida (personas jóvenes y

sanas) que suele ir disminuyendo drásticamente debido, entre otros aspectos, a la influencia de factores tales como la situación de pobreza, el tipo de vivienda y los problemas de acceso a los dispositivos asistenciales (Newbold, 2005). La paradoja entre inmigración y proceso salud/enfermedad/atención es el denominado “teoría del inmigrante sano” (La Parra, Mateo, Albert y López, 2007; Mota, 2007).

En España se han llevado a cabo numerosos estudios de la prevalencia de la infección tuberculosa con una gran variabilidad en sus resultados (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006) como consecuencia del peso relativo de la inmigración en cada comunidad (Chaves y Íñigo, 2007). En el año 2012, se declararon un total de 6.046 casos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) de los cuales el 31,2% fueron inmigrantes, con una edad promedio de  $34,0 \pm 13,0$  años, mayoritariamente varones (59,9%), siendo Marruecos y Rumania los países que más número de casos aportaron (Rodríguez, Villarrubia, Díaz y Tello, 2013).

La RENAVE sigue poniendo de manifiesto importantes lagunas sobre las características sociodemográficas de los enfermos en nuestro país. En este sentido, en el año 2012 sólo se dispuso de información relativa al país de nacimiento en el 53,0% de los casos notificados (Rodríguez *et al.*, 2013).

En la Provincia de Albacete, la variable “ciudadanía” se incorporó al “Programa de control y prevención de la tuberculosis” en el año 2007. Sin embargo, en la actualidad no se han publicado trabajos que describan la epidemiología de la tuberculosis en la población inmigrante, dimensión clave para ajustar estrategias en la calidad de la atención de cualquier programa de salud. Es por ello que se justifica el objetivo del presente trabajo que se propone identificar las características socio epidemiológicas de los casos declarados de tuberculosis en la Provincia de Albacete durante el sexenio 2007-2012.

## **Método**

Estudio descriptivo en el que se analizó el total de casos de tuberculosis declarados en la Sección de Epidemiología de Albacete (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha), desde el 1º de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2012, lo que supuso un total de 175 personas.

La fuente de información ha sido el Registro Provincial de Tuberculosis de las Enfermedades de Declaración Obligatorias (EDO), concretamente el “cuestionario de casos de tuberculosis” del Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis en Castilla-La Mancha. Este cuestionario sirve de base para la declaración individualizada de los casos sospechosos. Las poblaciones se han obtenido de la Estadística del Padrón Continuo que aporta el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1º de enero de los años abordados. El estatus de ciudadanía (autóctono/inmigrante) se recogió mediante autodeclaración.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: casos registrados con diagnóstico clínico de tuberculosis y con residencia en la Provincia de Albacete.

Se recopiló información de variables sociodemográficas, clínicas, de tratamiento pautado, pruebas diagnósticas, microbiología, factores de riesgo y nivel de declaración. Para clasificar los municipios según el ámbito urbano/rural, se utilizó el criterio demográfico de población mayor o igual a 10.000 habitantes (Sancho y Reinoso, 2012). La construcción empírica de la clase social se ha resuelto con el concurso de la ocupación, a través de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, y siguiendo la propuesta del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany, Bacigalupe, Carrasco, Espelt, Ferrando y Borrell, 2013).

Se efectuó análisis univariante y bivariante de las variables estudiadas. La probabilidad de enfermar, o riesgo de padecer tuberculosis, se abordó a través de las tasas de incidencia acumuladas por 100.000 habitantes, definida como la relación de individuos que presentaron la enfermedad durante el sexenio estudiado tomando como referencia la población del año 2007 (Villa, Moreno y García, 2012). El análisis de tendencias de las tasas se abordó a través de la recta de regresión. Para detectar agrupaciones temporales en las series anuales de casos, se utilizó el test Scan (Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud, 2006). Las estimaciones puntuales se acompañaron de sus respectivos intervalos de confianza del 95%. La significación estadística en la comparación de grupos se consideró para un valor de  $p < 0,05$ , los intervalos eran significativos si no incluían el valor de la unidad en las razones y el valor cero en las diferencias de promedios. Con el fin de controlar el sesgo de la estructura de población, se llevó a cabo el ajuste de tasas de incidencia acumulada por el método directo, tomando como población estándar la definida por Waterhouse (Waterhouse, Muir, Correa y Powell, 1976).

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 19,0), y para el tratamiento de datos tabulados, como el ajuste de tasas, se recurrió al programa EPIDAT (versión 3,1).

## **Resultados**

### *Tendencias y riesgos según estatus de ciudadanía*

Durante el sexenio 2007-2012, se declararon un total de 175 casos, 83 autóctonos (47,4%) y 92 inmigrantes (52,6%), no identificándose diferencias estadísticamente significativas en la diferencia de proporciones.

El riesgo de enfermar fue superior en la población inmigrante a lo largo de todo el periodo, sin embargo, ambas poblaciones presentaron un perfil de ligera disminución en las tendencias de las tasas (tabla 1 y figuras 1-2).

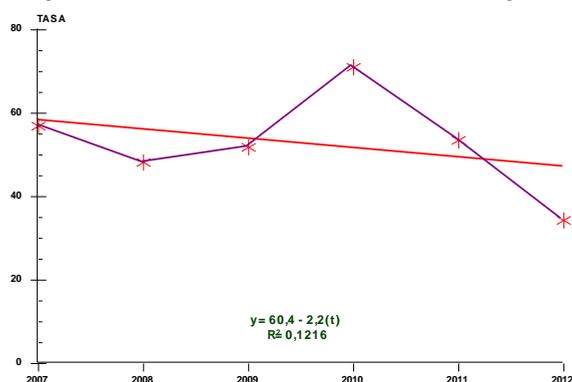
La tasa promedio de incidencia fue de 3,8/100.000 en autóctonos y de 52,7/100.000 en inmigrantes, es decir, el riesgo de enfermar fue casi 14 veces superior en la segunda población. El año donde se evidenció un diferencial de riesgo mayor fue el año 2007.

Tabla 1. Tasas y razón de tasas según estatus de ciudadanía y año

AÑO	AUTÓCTONOS		INMIGRANTES		RAZÓN TASAS
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
2007	8	2,2	15	56,9	26,0
2008	20	5,5	15	48,2	8,8
2009	18	4,9	17	51,8	10,6
2010	15	4,1	23	71,0	17,5
2011	12	3,3	11	53,5	16,2
2012	10	2,7	11	34,2	12,7
TOTAL:	83	3,8	92	52,7	13,9

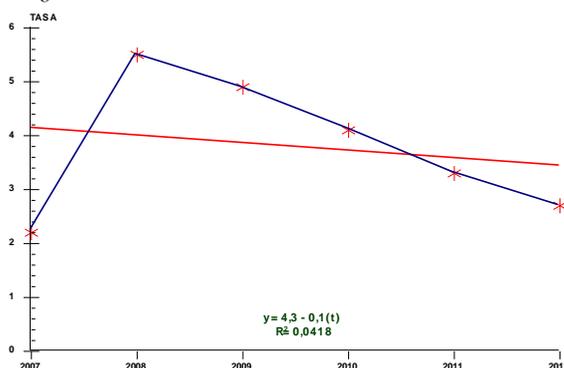
No se ha observado agregación temporal estadísticamente significativa según la distribución anual de los casos tanto a nivel global como desagregado por estatus de ciudadanía.

Figura 1. Tendencia de la Tuberculosis. Población inmigrante



Como puede observarse, la tendencia es decreciente en ambas poblaciones, sin embargo, esta tónica es ligeramente más marcada en el colectivo de inmigrantes.

Figura 2. Tendencia de la Tuberculosis. Población autóctona



La incidencia acumulada (tasas brutas y ajustadas por edad) a lo largo del sexenio, según estatus de ciudadanía, fue superior en la población inmigrante (Tabla 2).

Tabla 2. Tasas de incidencia acumulada (2007-2012) según estatus de ciudadanía

POBLACIÓN	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA	IC 95%
Autóctonos	22,7	22,8	17,9 – 27,7
Inmigrantes	259,2	216,1	169,8 – 262,4

IC95%: Intervalo de confianza de la tasa ajustada

#### Características sociodemográficas (tabla 3)

La distribución de los casos por sexos es similar. Sin embargo, los inmigrantes son más jóvenes que los autóctonos. No se han declarado casos de tuberculosis en la población inmigrante mayor de 65 años, y la incidencia de la tuberculosis pediátrica es mayor en la población autóctona.

La clase social más desfavorable tiene mayor riesgo de enfermar, pero sin vincular este riesgo con el estatus de ciudadanía.

Los inmigrantes manifestaron residir en un municipio de tipología urbana. El grado de hacinamiento no se ha asociado con el estatus de ciudadanía.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos

	Autóctonos (n=83)	Inmigrantes (n=92)	Valor de p
<i>Sexo</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	NS
Hombre	52 (62,7)	64 (69,6)	
Mujer	31 (37,3)	28 (30,4)	
<i>Edad<sup>a</sup></i>	41,4±22,9	33,1±12,7	0,003
<i>Grupos de edad</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p&lt;0,001</i>
0 – 14 años	10 (12,0)	6 (6,5)	
15 a 34 años	27 (32,5)	45 (48,9)	
35 a 64 años	29 (34,9)	41 (44,6)	
≥ 65 años	17 (20,5)	0 (0,0)	
<i>Clase social</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	NS
Trabajadores no manuales	6 (15,4)	3 (6,8)	
Trabajadores manuales	33 (84,6)	41 (93,2)	
<i>Número de convivientes<sup>b</sup></i>	2,6±1,8	2,5±1,8	NS
<i>Tipo municipio residencia</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	0,004
Urbano	51 (61,4)	74 (81,3)	
Rural	32 (38,6)	17 (18,7)	

<sup>a</sup>Años ± desviación estándar. NS: No significativo. <sup>b</sup>Personas ± desviación estándar

Del total de casos notificados, 89 (50,9%) correspondieron a inmigrantes económicos. Rumania fue el país que más casos aportó con 41 (44,6%), seguido de Bolivia con 13 casos (14,1%), y en tercer lugar Marruecos con 6 (6,5%). El tiempo medio de residencia en España fue de 4,5±4,8 años (con una mediana de 3,0 años), con grandes diferencias según áreas geográficas de procedencia. Los ciudadanos provenientes de Europa del Este fueron los que menos tiempo llevaban residiendo en España (3,5±3,1 años), en segundo lugar los latinoamericanos (4,5±4,0 años) y, en tercer lugar, los africanos (5,8±7,4 años). El 17,1% [8,0-26,2] de los inmigrantes llevaba menos de un año residiendo en nuestro país.

No se ha identificado significación estadística entre la edad de los casos y el área geográfica de procedencia. Sin embargo, y en relación al sexo, la razón de masculinidad (hombres/mujeres) entre los casos procedentes de Europa del Este y África fue de 3,4 y 2,5 respectivamente. Por el contrario, en la población originaria de Latinoamérica, el valor de la razón descendió hasta la unidad (1,0).

#### Perfil clínico de los casos

Las características clínicas más relevantes de los casos de tuberculosis declarados fueron la novedad (casos nuevos sin tratamiento ni diagnóstico previo), enfermos no asociados a brotes y localización pulmonar. En este sentido, no se identificó un perfil clínico diferencial entre autóctonos e inmigrantes.

#### Características relativas al tratamiento

La mayoría de los casos requirieron hospitalización, el tratamiento específico consistió en la administración de tres-cuatro fármacos que la mayor parte de los pacientes completaron, y el lapso promedio de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento fue, globalmente, de mes y medio (Tabla 4).

Salvo en la hospitalización, se evidenció asociación estadística entre el perfil del tratamiento y la ciudadanía. A los inmigrantes se les administró un mayor número de fármacos, demoraron menos el inicio del tratamiento y tuvieron menores tasas de adherencia terapéutica.

Tabla 4. Características del tratamiento según estatus de ciudadanía

	Autóctonos (n=83)	Inmigrantes (n=92)	Valor de p
<i>Hospitalización</i>	n (%)	n (%)	NS
Sí	72 (91,1)	78 (86,7)	
No	7 (8,9)	12 (13,3)	
<i>Fármacos<sup>a</sup></i>	3,5±0,5	3,8±0,6	0,001
<i>Número de fármacos</i>	n (%)	n (%)	p<0,001
< Tres	0 (0,0)	4 (4,4)	
Tres	38 (46,9)	7 (7,8)	
Cuatro	42 (51,9)	77 (85,6)	
Cinco	1 (1,2)	2 (2,2)	
<i>Demora<sup>b</sup></i>	54,6±70,2	37,1±40,5	0,044
<i>Resultados del tratamiento</i>	n (%)	n (%)	0,001
Completado	44 (55,7)	39 (43,8)	
Fracaso/abandono	3 (3,8)	19 (21,3)	
Defunción	7 (8,9)	2 (2,2)	
Otros resultados	25 (31,6)	29 (32,6)	

<sup>a</sup>Fármacos ± desviación estándar. NS: No significativo. <sup>b</sup>Tiempo (días) ± desviación estándar.

#### Características de las pruebas diagnósticas y de identificación del germen

No se ha observado un perfil significativamente diferencial entre autóctonos e inmigrantes respecto a las pruebas diagnósticas y microbiológicas (Tabla 5). En 125 casos (96,9%) el agente implicado fue *M. tuberculosis*, y en los 4 restantes (3,1%) se distribuyó de manera equitativa entre *M. bovis* y *M. africanum*.

Tabla 5. Perfil de las pruebas diagnósticas según ciudadanía

	Autóctonos (n=83)	Inmigrantes (n=92)	Valor de p
<i>Radiografía</i>	n (%)	n (%)	NS
Normal	6 (7,8)	2 (2,3)	
Anormal cavitada	25 (32,5)	37 (42,0)	
Anormal no cavitada	46 (59,7)	49 (55,7)	
<i>Mantoux</i>	n (%)	n (%)	NS
Positivo	40 (81,6)	54 (90,0)	
Negativo	9 (18,4)	6 (10,0)	
<i>Cultivo del esputo</i>	n (%)	n (%)	NS
Positivo	48 (76,2)	61 (77,2)	
Negativo	15 (23,8)	18 (22,8)	

#### Resultados relacionados con los factores de riesgo y el nivel de declaración

El apartado del “cuestionario de casos de tuberculosis” que caracteriza el perfil de los factores de riesgo ha evidenciado un elevado nivel de subregistro. La proporción de casos perdidos en los factores y situaciones de riesgo fue del 34,3% [27,0–41,6] y de 60,0% [52,5–67,5] respectivamente. Esta situación implica que el potencial analítico sea limitado por el escaso espacio numérico. Sin embargo, y con la información disponible, no se ha observado asociación estadística del riesgo entre los casos de autóctonos e inmigrantes.

El 76,4% de los casos [69,6–83,1] se declararon en el nivel hospitalario; la Sección de Vigilancia Epidemiológica declaró el 17,6% de los casos [11,5–23,7], y el restante 6,0% fue notificado por otros niveles (Prisiones, Atención Primaria). No se observó asociación estadística entre el estatus de ciudadanía y el nivel de declaración.

#### Discusión

Se ha evidenciado una tendencia decreciente en la incidencia de tuberculosis en Albacete, siendo los casos de procedencia fundamentalmente urbana y con mayor riesgo de enfermar en los inmigrantes económicos.

No se han observado diferencias entre autóctonos e inmigrantes respecto a las características clínicas, pruebas diagnósticas, microbiología, nivel de declaración y perfiles de factores de riesgo. Pero los inmigrantes son más jóvenes, presentan menor adherencia terapéutica, demoran menos el inicio del tratamiento y se les prescribe un mayor número de fármacos.

Globalmente, el riesgo de enfermar es superior en varones, salvo en los casos procedentes de Latinoamérica donde la incidencia entre sexos es similar.

En España, la tendencia en la incidencia de tuberculosis mantiene un perfil decreciente a lo largo de los últimos años (Grupo de Infecciosas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, 2013). Sin embargo, cuando el análisis se desagrega por áreas geográficas, los diferentes estudios no alcanzan el mismo grado de coincidencia debido, según algunos autores (Molina, Martín-Vivaldi y Molina, 2013), a que cada territorio ha tenido migraciones y movibilidades geográficas dispares. La tendencia decreciente, evidenciada en el presente trabajo, también ha sido descrita en otros estudios llevados a cabo en Madrid y Navarra (Castilla *et al.*, 2006; Vieira, Bischofberger y Pérez, 2003). Por el contrario, en Castellón, se reveló un aumento de tuberculosis que los autores del estudio justificaron por el creciente aumento de casos en extranjeros (Gil, Moreno, Marín, Romeu, Gomila y González, 2011).

Existe un amplio consenso en identificar a los inmigrantes económicos como un grupo poblacional vulnerable (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006). El mayor riesgo de enfermar que presentan los inmigrantes frente a los autóctonos de nuestro estudio ha sido corroborado en otros trabajos (Gil, Moreno, Marín *et al.*, 2011; Lucerna, Rodríguez-Contreras, Barroso, Martínez, Sánchez-Benítez y García, 2011), si bien es cierto que la mayoría de los estudios se inclinan más por medir esta probabilidad a través de la distribución porcentual de los casos según ciudadanía (Rodríguez *et al.*, 2013), que mediante las tasas de incidencia.

El perfil por edad y sexo de los casos, observado en nuestro trabajo según ciudadanía, es compatible con otros estudios (Mejide *et al.*, 2011; Rodríguez *et al.*, 2013; Vieira, Bischofberger y Pérez, 2003).

En publicaciones de ámbito nacional e internacional (Alonso *et al.*, 2004; Diel, Rusch-Gerdes y Niemann, 2004; Molina, Martín-Vivaldi y Molina, 2013; Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006), se constata, al igual que en el presente estudio, que la mayor frecuencia de presentación de la enfermedad ocurre dentro de los primeros años de residencia en España. Esta situación nos permitiría afirmar que el mayor porcentaje de tuberculosis en los inmigrantes fue por reactivación endógena debido a las malas condiciones sociales de acogida (Borrell, Español, Orcau *et al.*, 2010; Molina, Martín-Vivaldi y Molina, 2013). Por el contrario, y al igual que en otros estudios donde el 20% de los casos en inmigrantes se produce por infección exógena (Borgdorff, Nagelkerke, De Haas y Van Soolingen, 2001), el peso relativo de las posibles primoinfecciones encontradas nos indicaría la presencia de los dos mecanismos en la cadena epidemiológica (Sanz-Peláez, Caminero-Luna y Pérez-Arellano, 2006).

Por último, los resultados relacionados con las pruebas diagnósticas, microbiología y tratamiento son similares a los aportados por otros estudios (Ruiz *et al.*, 2006). En este sentido, la posible resistencia a isoniazida en inmigrantes, que ha sido descrita por otros autores (Caminero, 2001), justificaría la necesidad de utilizar cuatro fármacos de inicio. Por el contrario, otros autores (Ruiz *et al.*, 2006) recomiendan que esta pauta se extienda a la población autóctona debido a que los modelos de convivencia son cada vez menos endogámicos.

En conclusión, este trabajo pone en evidencia que las mayores diferencias identificadas entre ambos autóctonos e inmigrantes respecto a la incidencia de tuberculosis son de naturaleza social. La mayor tasa de tuberculosis que se observa en inmigrantes estaría asociada a las precarias condiciones de vida y a una mayor prevalencia de la infección en dicha población. El grado de envejecimiento en la incidencia de tuberculosis es muy superior en autóctonos. Se debería profundizar en este tipo de estudios pero subsanando las limitaciones generadas por el subregistro en variables de naturaleza social. Cualquier medida de control que se desee implementar debe ser similar en autóctonos e inmigrantes puesto que ser inmigrante no constituye un factor de riesgo de la enfermedad.

## Referencias

- Alonso, F., García, M., Lougedo, M., Comas, J., García, M., López, F., Pérez, N., Sánchez, R. y Soto, M. (2004). Prevalencia de infección tuberculosa en las personas inmigrantes del área de salud de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 78(5), 593-600.
- Birsl, U. y Solé, C. (2004). *Migración e interculturalidad en Gran Bretaña, España y Alemania*. Rubí: Anthropos.
- Borgdorff, M., Nagelkerke, N., De Haas, P. y Van Soolingen, D. (2001). Transmission of Mycobacterium tuberculosis depending on the age and sex of source cases. *American Journal of Epidemiology*, 154(10), 934-943.

Borrell, S., Español, M., Orcau, À., Tudó, G., March, F., Caylà, A., Jansà, J., Alcaide, F., Martín-Casabona, N., Salvadó, M., Martínez, J., Vidal, R., Sánchez, F., Altet, N., Rey, E., Coll, P. y González-Martín, J. (2010). Tuberculosis transmission patterns among Spanish-born and foreign-born populations in the city of Barcelona. *Clinical microbiology and infection*, 16(6), 568-574.

Camínero, J. (2001). Origen, presente y futuro de las resistencias en tuberculosis. *Archivos de Bronconeumología*, 37(1), 35-42.

Castilla, J., Urtiaga, M., Hueto, J., Sola, J., Dorronsoro, I., Torroba, L., Domínguez, F., Bernalda, E., Rubio, M., Irisarri, F. y Barricarte, A. (2006). Evolución en las características epidemiológicas de la tuberculosis en Navarra (1994-2003). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(2), 237-245.

Chaves, F. y Íñigo, J. (2007). Tuberculosis e inmigración en España [Editorial]. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 585-587.

Diel, R., Rusch-Gerdes, S. y Niemann, S. (2004). Molecular epidemiology of tuberculosis among immigrants in Hamburg, Germany. *Journal of clinical epidemiology*, 42(7), 2952-2960.

Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J., Espelt, A., Ferrando, J. y Borrell, C. (2013). Propuesta de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263-272.

EPIDAT: Vigilancia en Salud Pública. Detección de clusters. Agregaciones temporales. Casos agrupados. Método Scan. Ver. 3.1. Consellería de Sanidade y Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, Santiago de Compostela y Washington, D.C.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data (en línea). Accedido el 30/5/2014. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/\\_layouts/forms/Publication\\_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=989](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=989).

Gil, M., Moreno, R., Marín, M., Romeu, M., Gomila, B. y González, F. (2011). Influencia de la inmigración en los patrones de transmisión de la tuberculosis en Castellón. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 122-126.

Grupo de Infecciosas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. (2013). Actualización epidemiológica de la tuberculosis (en línea). Accedido el 2/7/2014. Disponible en: <http://grupoinfecciosomamfyc.files.wordpress.com/2013/12/epidemiologia-tuberculosis-2013-diciembre.pdf>.

Heymann, D. (2011). *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington, D.C.: OPS.

La Parra, D., Mateo, M., Albert, M. y López, S. (2007). Estado de salud y demanda de servicios de salud de la población ecuatoriana en España. *Inguruak*, 44, 193-208.

Lucerna, M., Rodríguez-Contreras, R., Barroso, P., Martínez, M., Sánchez-Benítez, M. y García, D. (2011). Epidemiología molecular de la tuberculosis en Almería. Factores asociados a transmisión reciente. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 174-178.

Mejide, H., Wiersman, D., Castro, Á., Cabanela, D., Álvarez, N., Mena, Á., Baliñas, J. y Domingo, J. (2011). Prevalencia de VIH, hepatitis, sífilis y tuberculosis en la población inmigrante del área sanitaria de A Coruña sometida a un examen de salud. *Gaceta Sanitaria*, 72(4), 159-163.

Mínguez, A., Chover, J., Repullés, L., Borrás, M., Zanón, V. y Salazar, A. (2013). *Diez años de vigilancia de la tuberculosis en Valencia* (en línea). Accedido el 3/6/2014. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/829/959>.

Molina, M., Martín-Vivaldi, A. y Molina, F. (2013). Tuberculosis e inmigración: un reto pendiente de salud pública [Cartas a la directora]. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 186-187.

Mota P. 2007. *Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Filosofia i Lletres. Departament de Geografia.

Newbold, K. (2005). Self-rated within the Canadian immigrant population: risk and healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 39(3), 545-565.

Rodríguez, E., Villarubia, S., Díaz, O. y Tello, O. (2013). *Situación epidemiológica de la tuberculosis en España, 2012* (en línea). Accedido el 3/6/2014. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/821/947>.

Ruiz, F., Zarauz, J., Ortiz, M., Valero, J., Peñalver, C., Sánchez, F. y Lorenzo, M. (2006). Tuberculosis en la comarca de Lorca: adaptarse o resistir. *Anales de Medicina Interna* (Madrid), 23(7), 321-325.

Salleras, L., Altet, M. y Domínguez, A. (2008). Epidemiología y medicina preventiva de la tuberculosis. En: Piédrola Gil (Ed.), *Medicina preventiva y salud pública* (pp. 631-51). Barcelona: Elsevier.

Sancho, J. y Reinoso, D. (2012). La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. *Estudios Geográficos*, LXXIII(273), 599-624.

Sanz, B. y Blasco, T. (2007). Características sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticada de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 21(2), 142-146.

Sanz-Peláez, O., Caminero-Luna, J. y Pérez-Arellano, J. (2006). Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversias. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(7), 259-269.

Vázquez, M. y Otero, A. (2004). Tuberculosis en inmigrantes: intervalo desde la llegada a España hasta el diagnóstico de la infección [Cartas al director]. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 122(20), 796.

Vieira, M., Bischofberger, C. y Pérez, C. (2003). Estudio epidemiológico y clínico de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el área noroeste de Madrid. *Anales de Medicina Interna (Madrid)*, 20(1), 10-15.

Villa, A., Moreno, L. y García, G. (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Waterhouse, J., Muir, C., Correa, P. y Powell, J. (1976). *Cancer incidence in five continents*, Vol III. Lyon: IARC.

