



La salud de los adultos mayores

Una visión compartida



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina regional de la
Organización Mundial de la Salud

María Alcira Quintero Osorio
Editora

La salud de los adultos mayores: una visión compartida



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2011
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición.

Washington, D.C.: OPS, © 2011.

ISBN 978-92-75-33250-4

I Título

1. SALUD DEL ANCIANO
2. PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD
3. DERECHOS DEL ANCIANO
4. FENÓMENOS FISIOLÓGICOS Y NUTRICIONALES DEL ANCIANO
5. SERVICIOS DE SALUD PARA ANCIANOS
6. ASISTENCIA SOCIAL

NLM WT 100

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en América Latina. Se distribuye a través del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales del Instrucción (PALTEX)** de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

La salud de los adultos mayores: una visión compartida

SEGUNDA EDICIÓN

MARIALCIRA QUINTERO OSORIO
(COMPILADORA)



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Leobaldo Barrera Paz

Profesor titular Emeritus del Departamento de Salud Pública Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Doctor en Ciencias Médicas. Master en Epidemiología y Especialidad en Medicina Familiar. Docente del Postgrado de Administración del Sector Salud de LUZ. Miembro directivo de la Fundación de Medicina Familiar.

Ramona Rubio Herrera

Catedrática de Psicogerontología. Facultad de Psicología. Doctora por la Universidad de Barcelona. Profesora de la Universidad de Granada desde 1976. Directora del Máster y Experto en Gerontología Social Edic. XIV. Coordinadora del Doctorado en Gerontología Social. Directora del Proyecto Sócrates, Grundtvig 2 sobre Aulas de Mayores (Alemania, Grecia, Hungría, España). Directora de proyectos AECI con Argentina, Uruguay, Colombia. Coordinadora de varios proyectos I+D+I, IMSERSO, sobre Soledad en los mayores, relaciones intergeneracionales, etc. Directora del Aula Ciudad de Granada 1997-2007. Colaboradora de Aulas de Mayores de varias universidades europeas y latinoamericanas. Miembro de numerosas sociedades internacionales de Gerontología. Autora de doce libros y unos cien artículos.

Laura Rubio Rubio

Licenciada en Biología. Licenciada en Psicología. Máster en Gerontología Social. Diploma de Estudios Avanzados en el Programa de Doctorado en Gerontología Social. Tres Becas de Colaboración con la Fundación Orange para la Implantación del Proyecto EDAD (Estimulación Dinámica y Alfabetización Digital). Colaboración con el Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento de la Universidad de Granada para la realización de un estudio sobre la Soledad Social en los mayores.

Marialcira Quintero Osorio

Profesora Titular Emérito de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia-LUZ. Magíster en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Puerto

Rico. Fundadora del Programa de Desarrollo Gerontológico y ex Directora de la Escuela de Enfermería; ex coordinadora de la Gerencia de Recursos Humanos del Vicerrectorado Académico de LUZ. Asesora temporal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el área de los adultos mayores. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería y Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) auspiciada por la OPS. Es Profesora asociada al Laboratorio de Neurociencias de LUZ y coordinadora de la Escuela de Cuidadores para adultos mayores. Compiladora del texto La salud de los adultos mayores. Una visión compartida.

Luis Falque Madrid

Profesor titular Emérito de la Escuela de Nutrición y Salud Pública en la Universidad del Zulia. Licenciado en Nutrición y Dietética. Maestría en Salud Pública de la University of Michigan, Ann Arbor, USA. Ex Director de la Escuela de Nutrición y Dietética de LUZ. Ex Asesor de Nutrición del Gobierno Regional. Miembro del Consejo Directivo de la Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición. Miembro del Comité Editorial de la Revista Anales Venezolanos de Nutrición. Investigador Asociado del Laboratorio de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina. Asesor del Vicerrectorado Académico de LUZ.

Raquel Zambrano González

Profesora titular Emérito de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina de LUZ. Magíster en Nutrición Humana, Universidad Simón Bolívar (USB) Caracas. Investigadora del Laboratorio de Investigación y Desarrollo en Nutrición de la Escuela de Nutrición y Dietética. Investigadora asociada al Laboratorio de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina en el campo de nutrición y envejecimiento.

Jorge Luis Balzán Ballesteros

Odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de LUZ. Profesor Titular Jubilado de LUZ. Magíster en Salud Pública, Instituto de Desarrollo de la Salud en 1979, La Habana, Cuba. Doctor en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia, 1995. Ha cumplido actividades académicas en el pregrado y postgrado en la Facultad de Odontología; de asesoría a trabajos de ascenso, tesis doctorales, maestría y especialidad en LUZ, así como importantes

funciones administrativas. Ha sido conferencista en diversos eventos nacionales e internacionales.

Marisela Árraga Barrios de Montiel

Profesora titular de la Facultad de Humanidades y Educación, Escuela de Educación, Departamento de Psicología. Lcda. en Educación-LUZ, Magíster en Orientación-LUZ. Docente en las asignaturas: Orientación gerontológica. Práctica profesional en orientación, Psicología del desarrollo, entre otras. Investigadora de LUZ, Miembro del Programa de Promoción al Investigador (PPI) del Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Venezuela. Área de Investigación: Desarrollo humano, gerontología, orientación y transversalidad.

Leonor Luna Torres

Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia adscrita al Grupo Académico de Anciano. Magíster en Gerontología Social, Universidad Autónoma de Madrid y en Educación de Adultos, Universidad de San Buenaventura Bogotá. Licenciada en Enfermería, Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja- Universidad del Rosario. Miembro Titular de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria y de otras asociaciones nacionales e internacionales en ese campo. Conferencista, autora de publicaciones en revistas especializadas en Gerontología y Geriatria a nivel nacional e internacional y del libro *El anciano de hoy. Nuestra prioridad el cuidado de Enfermería*.

Gladys E. Maestre

Profesora titular de la Universidad del Zulia donde es Coordinadora del Laboratorio de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina en Maracaibo, Venezuela. Es investigadora asociada al G. H. Sergievsky Center de la Universidad de Columbia en Nueva York. Médico, con post-grado en el Departamento de Psiquiatría del Massachussets General Hospital, Universidad de Harvard, Boston. Magister y PhD en el Departamento de Patología de la Universidad de Columbia, Nueva York. Fundadora de la Unidad Clínica y de Investigación de la Memoria del Instituto de Estudios Cardiovasculares de la Universidad del Zulia en 1996 y coordinadora del Estudio Maracaibo del Envejecimiento. Autora

de artículos de investigación, del texto Descubriendo el rostro del Alzheimer y es una ávida escritora para el público general a través de medios impresos y digitales.

Gloria Pino Ramírez

Profesora asociada. Docente de pre y post grado en la Universidad del Zulia (LUZ) y la Universidad Rafael Urdaneta (URU). Psicóloga, con Maestría en Psicología Clínica y Especialización en Metodología de la Investigación. Jefe de la Cátedra Psicosocial de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad del Zulia. Investigadora Asociada del Laboratorio de Neurociencias (LUZ) en el Estudio Maracaibo del Envejecimiento. Coordinadora del Centro de Investigaciones Psicológicas (URU).

Hermes Florez

Médico cirujano. Ha realizado cursos de especialización en medicina interna, endocrinología y geriatría. Magíster en Salud Pública y Doctorados en Ciencias Médicas y Epidemiología. Director asociado del Posgrado de Endocrinología de la Universidad de Miami, USA. Investigador asociado al Laboratorio de Neurociencias del Instituto de Investigaciones Biológicas de LUZ. Miembro de importantes equipos de investigación en USA. Director de los Comités de Estudios de Longevidad y de Síndrome Metabólico del Programa de Prevención de Diabetes en la Universidad de Miami, USA.

Sumaya Castillo-Florez

Médico cirujano. Magíster en Salud Pública, Universidad de Miami, USA. Coordinadora Clínica del Programa de Prevención de la Diabetes de la Universidad de Miami. Ha participado en estudios de investigación en el Instituto de Diabetes y en entrenamiento a investigadores latinoamericanos en la dicha universidad.

Orlando Segá Nieto

Médico geriatra. Clínico asociado del Laboratorio de Neurociencias de la Universidad del Zulia, egresado del Postgrado de Geriatría, Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología, Caracas. Egresado del Curso Internacional de Geriatría y Gerontología (CIGER 91) OPS-Universidad Experimental Francisco de Miranda, Coro. Diplomado en Estadística para la Investigación y en Educación Superior en

LUZ. Entrenamiento en demencias en el Centro Regional para la Enfermedad de Alzheimer, Indiana University, USA. Miembro de la Sociedad Venezolana de Geriátría y Gerontología y de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA).

Eliana Horta

Profesora Clínica del College of Nursing New York University, USA, Especialista en Psiquiatría Clínica. Creó y dirigió durante veinticinco años la Clínica de Enfermería en el Mount Sinai Medical Center, New York City, para el cuidado de pacientes con enfermedad física y problemas emocionales y/o conductuales concomitantes a su condición primaria. Entre 1971 a 1973 desarrolló y dirigió en Chile, el 1º Máster en Enfermería en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es autora de innumerables publicaciones, asidua conferencista internacional y asesora de los proyectos para Enfermería en Latinoamérica de New York University.

Raima Rujano Roque

Egresada de la Escuela de Trabajo Social de LUZ; posee maestría en Desarrollo Social. Actualmente cursa el Doctorado de Ciencias Humanas en LUZ. Se desempeña como investigadora Asociada al Laboratorio de Neurociencia de la Facultad de Medicina de LUZ en la línea de investigación «Aspectos Sociales del envejecimiento». Participa como investigadora en el Instituto de Criminología de LUZ en la línea «Violencia Urbana y Sistema penal en Venezuela». Ha sido autora y coautora de varios artículos publicados en revistas arbitradas nacionales e internacionales en el área de la salud y la violencia urbana. Miembro del Programa de Promoción al Investigador (PPI nivel I) del Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Venezuela.

María Rosario Palmar

Bióloga, egresada de la Universidad del Zulia. Posee Maestría en Gerencia de Proyectos de Investigación y Desarrollo, Universidad Rafael Bellosillo Chacín, Maracaibo. Es Directora del Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina de LUZ. Miembro del Programa de Promoción al Investigador (PPI) del Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de Venezuela. Actualmente cursa el Doctorado Conjunto Universidad Politécnica de Madrid (UPM) y LUZ en Gestión Tecnológica.



Índice general

Prólogo	11
Presentación	15
<i>Marialcira Quintero Osorio</i>	
Capítulo I	
Demografía: el adulto mayor en la estructura poblacional	23
<i>Leobaldo Barrera Paz</i>	
Capítulo II	
El envejecimiento con éxito en el adulto mayor.	
Algunos indicadores europeos	37
<i>Ramona Rubio Herrera y Laura Rubio Rubio</i>	
Capítulo III	
Cuidados y cuidadores	67
<i>Marialcira Quintero Osorio</i>	
Capítulo IV	
Valoración nutricional del adulto mayor	89
<i>Raquel Zambrano G.</i>	

- Capítulo V**
Nutrición y vida activa. De la prevención a las necesidades nutricionales.....109
Luis Falque Madrid
- Capítulo VI**
La práctica odontológica y la atención del adulto mayor.....129
Jorge Luis Balzán Ballesteros
- Capítulo VII**
Sexualidad y salud en el adulto mayor.....143
Marisela Árraga Barrios de Montiel
- Capítulo VIII**
Adhesión al tratamiento en adultos mayores165
Gloria Pino Ramírez
- Capítulo IX**
Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores185
Leonor Luna Torres
- Capítulo X**
Farmacología y polifarmacia en el adulto mayor209
Orlando Segá N.
- Capítulo XI**
Diabetes en el adulto mayor: estrategias de tratamiento223
Hermes Florez y Sumaya Castillo-Florez
- Capítulo XII**
Cuidados de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ¿Cómo educar y motivar al cuidador?245
Gladys E. Maestre de Homes
- Capítulo XIII**
El trabajo social y la atención en salud del adulto mayor.....273
Raima Rujano Roque

Capítulo XIV**Estabilidad y cambio: desafíos para enfermería
en el cuidado de la salud mental del adulto mayor285***Eliana Horta***Capítulo XV****Gestión del conocimiento en organizaciones del sector
salud que prestan servicios a adultos mayores293***María Rosario Palmar Morales*

El perfil demográfico está creando una situación singular en América Latina y el Caribe, cuyas consecuencias superan los campos de la salud y educación, trascendiendo al político y económico. Los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010, aumentarán a casi 200 millones en el año 2050. La esperanza de vida a los 60 años también se incrementará de manera sostenida, estimándose que 81% de las personas que nacen en la Región superará los 60 años de edad, y que 42% de ellas, sobrepasarán los 80 años de vida. El índice de envejecimiento muestra la velocidad de los cambios.

En América Latina existe igual cantidad de personas de más de 60 años que de niños menores de cinco años de edad, pero en el año 2050, la cifra de adultos mayores de 80 años igualará la cantidad de estos niños en la Región. Aun cuando los países de mayor población concentrarán la mayor parte de este aumento, el crecimiento proporcional también será significativo en los países más pequeños.

Esta nueva situación demográfica y epidemiológica obliga a que los países se adecuen rápidamente a nuevos contextos y al impacto de este fenómeno en la seguridad social y la salud pública. Nuestra Región ha iniciado programas para avanzar hacia una visión integral de la salud de las personas mayores, ya que el conocimiento de sus necesidades y la atención que reciben no es uniforme, muestra desigualdades e inequidades, y muchos sistemas de salud en la Región aún no cuentan con indicadores para el seguimiento y análisis del impacto de las medidas sanitarias. La aprobación de la Estrategia y un Plan de Acción para la Salud de las Personas Mayores, en los

que se definen las prioridades para el período 2009-2018, por el 49.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en 2009, fue un avance extraordinario y su implementación se convierte en el verdadero reto en una Región con muchas prioridades sin resolver.

Es así como uno de los desafíos actuales es promover un nuevo contrato social, en donde la comprensión, el cuidado, la protección y la ayuda a la salud y la vida de las personas mayores constituyan un deber generacional, una necesaria expresión de amor por la humanidad y un imperativo ético de los sistemas de salud

En este contexto el Programa PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fiel a su misión de elevar la calidad y el impacto de procesos de desarrollo educacional y de fortalecimiento institucional en los países de la Región, mediante la oferta de materiales educativos relevantes, pertinentes, accesibles y actualizados para los estudiantes y trabajadores de la salud, pone hoy a disposición esta obra inédita *La Salud de los adultos mayores*. Una visión compartida, con un abordaje integral e interdisciplinario finamente desarrollado por un conjunto de profesionales académicos e investigadores de América Latina, Estados Unidos de América y España. Teniendo como eje transversal la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y de sus familias, la obra presenta una aproximación al tema de carácter holístico y complejo, en el que siete disciplinas de las ciencias sociales y de la salud entrelazan y plasman a lo largo de los capítulos del texto, sus saberes y experiencias sobre la salud y la vida de los adultos mayores.

Esta publicación se originó en el año 2007, cuando un grupo de profesores de las Universidades del Zulia (LUZ) y Rafael Urdaneta (URU) en Maracaibo-Venezuela, amigos de larga data y con caminos transitados individualmente y en colectivo en el área de la salud de los mayores, cumplieron con su compromiso de ofrecer por primera vez en Venezuela, el Diplomado Multidisciplinario en “Atención integral para adultos mayores”, e invitaron a participar a sus colegas de otras universidades de la Región y de España (Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Granada, Miami University y New York University). La experiencia altamente productiva motivó a compilar los principales contenidos desarrollados en el Diplomado, con el objeto de enriquecer la producción bibliográfica sobre el tema en

la Región. La propuesta obtuvo el aval del Programa de Colección de Textos Universitarios del Vicerrectorado Académico de la Universidad del Zulia y el libro se publicó en enero de 2008. En esta segunda edición revisada que se incorpora al Programa PALTEX, se han actualizado partes del libro, se han reeditado muchas otras y se ha dado a la información una orientación mayor hacia América Latina.

El libro *La Salud de los adultos mayores. Una visión compartida* está estructurado en quince capítulos, agrupados por áreas. Los tres primeros capítulos ofrecen al lector la posibilidad de conocer la situación demográfica a la que se enfrentan y proyectan los países de América Latina, y en particular Venezuela, por el aumento de la población de 60 años y más, y su impacto socioeconómico. En estos capítulos se revisa el análisis conceptual de aspectos relativos al proceso de envejecimiento saludable y activo (caso europeo), y desarrolla el tema del cuidado como una acción humana, y de los cuidadores como ejecutores de ese importante rol. Los cinco capítulos siguientes contienen explicaciones claras y recomendaciones concretas orientadas a promover la salud y el bienestar de los mayores y sus familias, en un contexto integral, que incluyen aspectos de nutrición, salud oral, sexualidad y adherencia al tratamiento. Otros cinco capítulos abordan los procesos patológicos frecuentes en los mayores latinoamericanos: síndromes geriátricos, manejo de comportamientos difíciles, polifarmacia y diabetes. Dos capítulos enfocan el quehacer de los trabajadores sociales en el ámbito de la atención de los mayores y los desafíos de enfermería en el cuidado de la salud mental de los mayores y el último capítulo se refiere a la gestión del conocimiento en organizaciones del sector salud.

Este libro no hubiese sido posible sin la participación comprometida y entusiasta de los autores y de la Universidad del Zulia en Venezuela, a quienes agradecemos altamente su generosidad. Especialmente, expresamos nuestro reconocimiento y gratitud a la Dra. Marialcira Quintero Osorio, quien con su dedicación y entusiasmo, convirtió esta segunda edición en realidad.

Confiamos en que esta publicación contribuirá a fortalecer las capacidades de estudiantes, profesionales y sujetos interesados en promover la salud y mejorar las condiciones de vida y el bienestar de los adultos mayores.

Con beneplácito presentamos este libro que recoge las experiencias de un nutrido grupo de expertos profesionales venezolanos e invitados internacionales en el campo de la salud de los adultos mayores. Se pretende dar respuesta a la necesidad sentida especialmente por la colectividad de estudiantes de pre y postgrado de las ciencias sociales y de la salud, de contar con referencias bibliográficas accesibles y actualizadas en el área de la salud y el envejecimiento humano.

Este libro *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*, es el producto de la visión interdisciplinaria desarrollada y ejercida por sus autores, en la que se evidencia que la atención a este grupo de personas supera la individualidad de un profesional de la salud. La visión individualista es sustituida por una de carácter holística y multidisciplinaria. Las ciencias de biología, educación, enfermería, nutrición, medicina, odontología, psicología y trabajo social, entrelazan sus saberes a través de los autores, en una secuencia de temas donde el hilo conductor es la *promoción de la salud* y el bienestar integral de los adultos mayores y sus familias. En este sentido, describimos a continuación, de manera resumida, los contenidos de cada uno de los capítulos en que se ha dividido este libro.

El capítulo 1 *Demografía: el adulto mayor en la estructura poblacional*, escrito por Leobaldo Barrera Paz, describe el proceso de transición demográfica de América Latina y en particular de Venezuela, y su impacto social actual y futuro. El índice de envejecimiento en Venezuela, medido por el número de personas de 60 años y más

por cada cien menores de 15 años, es de 20% y se estima alcance 54,6% para el año 2025 y 105,5% para el año 2050, tal como ocurre en el resto de Latinoamérica con algunas variaciones.

En el capítulo 2 *Envejecimiento con éxito en el adulto mayor: algunos indicadores europeos*, cuya autoría pertenece a Ramona Rubio Herrera y Laura Rubio Rubio, se aborda la problemática del envejecimiento con éxito. Parte del análisis de una serie de modelos teóricos que han analizado el tema, tales como los enfoques de las teorías del aprendizaje social, los modelos de las teorías humanistas, los de selectividad socioemocional, el Modelo de Baltes, el Modelo de Rowe y Kuhn, Erikson, etc. Se analizan después los conceptos de envejecimiento con éxito, envejecimiento activo, vejez competente y bienestar subjetivo y los componentes de cada uno de ellos.

Se plantea que dado que los caminos de la vejez están íntimamente ligados a los estilos de vida, de alguna manera la distribución que hacemos del tiempo está íntimamente ligada al envejecimiento satisfactorio. En esta línea se analizan algunos indicadores de la distribución del tiempo en los adultos mayores europeos, las horas dedicadas a las distintas actividades, especialmente a relaciones sociales, a ocio y tipos de ocio, etc. Concluye finalmente el capítulo planteando que lo importante no está en lo que hacen las personas, sino en lo que sienten por lo que hacen. Este supuesto parte del análisis de cuatro factores básicos que intervienen en el envejecimiento con éxito: la curiosidad, la repetición entendida como constancia, los proyectos y el saber darle valor a las pequeñas cosas.

El capítulo 3 *Cuidados y cuidadores*, escrito por Marialcira Quintero Osorio, ofrece a los lectores conceptos y recomendaciones que les ayudarán a adquirir o a fortalecer conocimientos en la búsqueda de la excelencia del ejercicio del rol de *cuidadores* de adultos mayores. Se enfatiza en el *cuidar* como una actividad propia y fundamental de la humanidad para la conservación de la vida y en la importancia del cuidado multidisciplinario profesional. Se puntualiza en la importancia de la formación académica para ser un cuidador calificado, lo que aunado a una gran disposición, permite ofrecer cuidados holísticos individuales y colectivos pertinentes, seguros y oportunos.

Se describen elementos relacionados con los conceptos cuidar y cuidado, tipos de cuidador y perfiles, así como necesidades de los adultos mayores, cambios esperados y sus consecuencias, estrategias que favorecen el aprendizaje y valoración integral, que constituyen

la base del conocimiento para el ejercicio del rol de cuidador. El capítulo ayuda a los lectores a comprender que el cuidar a los adultos mayores implica la ejecución planificada de acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud, cuyo propósito último es estimular su autonomía, independencia y mejorar la salud y la calidad de vida de ellos y la de sus familias, en hogares, comunidades, centros hospitalarios y de larga estancia.

En el capítulo 4, *Valoración nutricional*, la autora Raquél Zambrano destaca el rol fundamental que desempeña la nutrición en la salud y calidad de vida de los mayores y la necesidad de preservar un estado nutricional saludable hasta las edades más avanzadas. Motivado en estas necesidades, este capítulo pretende aportar a los profesionales de la salud y a quienes trabajan en el cuidado de los mayores, la información, técnicas y conocimientos necesarios para valorar la salud nutricional e identificar los riesgos más notables que la deterioran y afectan su calidad de vida.

Se presenta un esquema con los cuatro indicadores que conforman la valoración nutricional y se hace referencia de los instrumentos más comunes y prácticos que pueden ser utilizados por profesionales no especializados en nutrición y que le permitirán conocer el estado nutricional inicial, mientras que la profundización sobre la valoración nutricional integral será competencia del nutricionista.

Luis Falque Madrid en el capítulo 5, *Nutrición y vida activa. De la prevención a las necesidades nutricionales*, enfatiza que la adecuada promoción de salud y nutrición no sólo agrega años a la vida, sino vida a los años. Es decir que si el objetivo es prevenir la aparición de la enfermedad y la discapacidad en los adultos mayores, los esfuerzos preventivos deben comenzar precozmente en la vida. Una alimentación correcta, que cumpla con las leyes de la alimentación puede disminuir los cambios relacionados con el propio proceso de envejecimiento e influir directamente en el estado de salud de la persona, dando lugar a una mejor calidad de vida e induciendo a la prevención de numerosas enfermedades e incapacidades. La nutrición juega un papel importante en el proceso de envejecimiento, ya que permite que el organismo reciba y utilice las sustancias químicas -los nutrientes esenciales: glúcidos o hidratos de carbono, lípidos o grasas, proteínas o prótidos, vitaminas, sales minerales, agua- de los alimentos y la energía para vivir.

Se revisan además, los principales factores de riesgo de la malnutrición, los valores de referencia nutricionales para adultos mayores y se presentan algunas recomendaciones nutricionales claves para la prevención de enfermedades y para la promoción de la salud y la nutrición.

En el capítulo 6, *La práctica odontológica y la atención del adulto mayor*; Jorge Balzán Ballesteros destaca la importancia del complejo estomatognático y su importancia para el mantenimiento de las condiciones de salud bucal de la población adulta mayor. Se describen las condiciones epidemiológicas de ese grupo en lo que se refiere a la salud bucal, los cambios normales producto del envejecimiento natural y las consecuencias negativas que se pueden producir en la calidad de vida de la persona al existir una condición de alteración de la salud bucal. Incluye además, los procedimientos preventivos para obtener y conservar la salud bucal del adulto mayor y se desmitifican algunas afirmaciones relacionadas con el envejecimiento y la salud bucal.

Marisela Árraga Barrios presenta en el capítulo 7, *Sexualidad y salud en el adulto mayor*, una aproximación a la sexualidad de los mayores, su repercusión sobre la salud y las estrategias educativas para lograr un desarrollo sexual armónico que redunde en el mejoramiento de su salud y bienestar.

La sexualidad, al igual que los demás aspectos del ser humano, es objeto de cambios con el transcurso del tiempo, por lo que en el adulto mayor la actividad sexual es distinta que en otras etapas de la vida adulta. Para disfrutarla plenamente se requiere de una adecuada educación sexual que se constituya en un instrumento para desterrar los mitos y prejuicios acerca de la vejez, que les impide disfrutar y desarrollar una sexualidad plena. Una educación sexual que contemple el diseño de programas de promoción sexual para mayores, tanto en la educación formal como informal, y que facilite la creación de espacios de discusión intergeneracionales donde se diluciden temas relacionados con la sexualidad y sus diferentes formas de expresión, así como las maneras diversas de vivirla y experimentarla en cada etapa evolutiva.

El capítulo 8, *Adherencia al tratamiento en adultos mayores* de la autoría de Gloria Pino Ramírez, es una sistematización de la información publicada en el área, que considera las diversas definiciones existentes, las técnicas para la valoración del comportamiento adherente, las variables que lo modulan y las estrategias de intervención para incrementarlo.

En el capítulo 9, *Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores*, Leonor Luna Torres aborda este importante problema de salud que es un problema crónico prevalente en los adultos mayores y que debe ser identificado como tal y no como una característica de la vejez, y mucho menos, como condición del proceso normal del envejecimiento.

Se comenta en este capítulo que la geriatría ha acuñado la expresión «*síndromes geriátricos clásicos*», para referirse a las caídas, la inmovilidad, la incontinencia urinaria y la falla cerebral. También plantea que estudiar los síndromes geriátricos, lleva consigo comprender la posibilidad de que éstos pueden ser prevenidos. Lograr este resultado exige que el personal que atiende al adulto mayor esté calificado y entrenado, específicamente para tal tarea, porque es a ellos a quienes corresponde educar al adulto mayor en lo que concierne a cambios del proceso normal del envejecimiento, estilos de vida saludables, cómo enfrentar la enfermedad crónica y las multipatologías e indicar medidas de intervención cuando los síndromes geriátricos los afecta, labor que ha de ser extensiva al mismo adulto, a su familia, y por su puesto, a los cuidadores formales e informales que lo asistan.

Orlando Segá Nieto en el capítulo 10, *Farmacología y polifarmacia en el adulto mayor*, resume los principios farmacológicos para aplicación en las personas mayores, las precauciones con algunas drogas y la polifarmacia. El uso de medicamentos en los adultos mayores es un problema y un reto para los médicos, debido a que confluyen varios factores que se unen para hacer difícil el diagnóstico y la terapéutica, como son: los cambios en la farmacocinética y la farmacodinámica, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la automedicación. Esto aumenta el riesgo de interacciones y reacciones adversas medicamentosas en comparación con adultos jóvenes.

En el capítulo 11, *Diabetes en el adulto mayor: estrategias de tratamiento*, Hermes Florez y Sumaya Castillo-Florez abordan este problema de salud frecuente en la edad avanzada. El cuidado de los adultos mayores con diabetes constituye un reto clínico único. El manejo de la diabetes es complicado debido a la heterogeneidad médica y funcional de estos pacientes. Tomar en cuenta la heterogeneidad de esta población es primordial para el desarrollo de estrategias de intervención y para establecer metas de control clínico.

Se abordan los retos asociados con el control de la glicemia, principios del manejo terapéutico, medicamentos orales para el manejo de la glucosa, medicamentos inyectables y nuevos agentes, la insulina y análogos de insulina y finaliza con importantes recomendaciones para el manejo del adulto mayor que padece diabetes.

Gladys E. Maestre en el capítulo 12, *Cuidados de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ¿Cómo educar y motivar al cuidador?*, ofrece información práctica para los profesionales de salud, sobre cómo llevar a cabo el proceso de capacitación y motivación del cuidador de un adulto mayor durante los encuentros clínicos. Gran parte del tiempo del profesional de salud a cargo de la atención de un adulto mayor, es dedicado a dar instrucciones y orientaciones. Aquí se plantea que ese tiempo debe ser articulado de manera que el cuidador vaya aprendiendo lo fundamental del cuidado del adulto mayor, no sólo cuando se presenta la circunstancia, sino anticipando la necesidad.

Al tiempo que se indica porqué, y cómo educar al cuidador, también se menciona qué decirle al cuidador, aporta también el capítulo, recomendaciones específicas que se deben discutir con el cuidador y poner en práctica, para garantizar la calidad de vida del adulto mayor, sobre todo si tiene una enfermedad que le sustrae su autonomía como son las demencias tipo Alzheimer.

El capítulo 13, *El trabajo social y la atención en salud del adulto mayor*, Raima Rujano Roque plantea que el trabajo social como profesión tiene diversos campos de acción. Su rol en la mayoría de los casos está definido en función de la concepción que cada profesional asume en su praxis.

Plantea la autora que las universidades tienen la ardua tarea de formar estos agentes de cambio social, pero que, sin embargo, cada uno debe estar preparado para emprender labores en distintos campos de acción: la educación, la salud, la investigación, entre otros. En este capítulo se presenta una visión global del rol significativo que tiene el profesional del trabajo social en el área de la salud, específicamente, en la atención del adulto mayor, asumiéndolo como parte integral del equipo de salud.

Eliana Horta en el capítulo 14, *Estabilidad y cambio: desafíos para enfermería en el cuidado de la salud mental del adulto mayor*, expresa su preocupación por la calidad de atención que reciben los adultos mayores que presentan problemas con su salud mental y analiza el rol específico de la enfermera en el contexto del *cuidar-cuidado-cuidando*. Además la autora analiza el significado de la

vejez en nuestra sociedad y sus implicaciones en el abordaje social de sus problemas de salud.

Finalmente el capítulo 15, *Gestión del conocimiento en organizaciones del sector salud que prestan servicios al adulto mayor*, María Rosario Palmar explica que la gestión del conocimiento (GC) es un concepto que encierra todo un conjunto de estrategias que convierten los valores intelectuales de las organizaciones en mayor productividad, valor añadido e incremento de la competitividad. Surge como resultado de una profunda transformación organizacional, por el empuje de las nuevas tecnologías, el nacimiento de la era cibernética y la explosión de los sistemas de almacenamiento masivo de datos. En este capítulo se propone la implantación de un modelo de gestión del conocimiento en organizaciones que prestan servicios de salud a adultos mayores, a fin de mejorar la calidad del servicio a los pacientes, alcanzar la excelencia en la gestión de la organización, así como también, reflejar el compromiso social de la institución.

Los aspectos incluidos en este libro, constituyen una pequeña parte de los contenidos que deben conocer las personas que asuman el compromiso personal y profesional de la atención integral de la salud de los mayores. Esperamos que los lectores encuentren una fuente de conocimientos que los ayuden a ejercer su rol con mayor eficiencia y que les estimule a continuar formándose en los temas relacionados con la vida y la salud de los mayores.

Deseo expresar mi agradecimiento a todos los autores por su generosa, comprometida y entusiasta participación, gracias a la cual fue posible la edición de este libro. La idea de publicarlo surgió en febrero de 2007, durante el desarrollo de la 1ª cohorte del *Diplomado atención integral para adultos mayores*, adscrito al Laboratorio de Neurociencias, Instituto de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, en Maracaibo, Venezuela.

Los autores deseamos dejar constancia de nuestra gratitud al Programa Ampliado de Textos y Materiales de Instrucción (PAL-TEX), programa de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración con la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), por su deferencia al publicar este texto.

Marialcira Quintero O.
Compiladora

Demografía: el adulto mayor en la estructura poblacional

*Leobaldo Barrera Paz
Universidad del Zulia*

*«Cada individuo y población, en cada momento de su existencia, tiene necesidades y riesgos que le son característicos, sea por sus atributos individuales o por su ubicación geográfica o social, que se traducen en un perfil de problemas de salud-enfermedad que afectan su realización como proyecto personal o colectivo.»
(Dr. Ferran Martínez Navarro)*

La demografía es considerada como la ciencia que estudia las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo. Existen dos tipos de demografía: la demografía estática, que describe la situación en un lugar y tiempo establecido, y la demografía dinámica, que describe la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de poblaciones.

Son los cambios demográficos los que a través de la historia han generado controversias y conductas acerca del tratamiento que ha debido y deberá darse a las poblaciones humanas.

De las posiciones adoptadas por diferentes corrientes del pensamiento surgieron las llamadas *teorías demográficas natalistas*, que a pesar de las variaciones propias de cada momento histórico, se pueden resumir en dos grandes grupos: las natalistas y las antinatalistas. Los propulsores de las *teorías demográficas natalistas* argumentan a favor del crecimiento poblacional y promueven medidas que incrementen la natalidad. En las teorías demográficas antinatalistas, los argumen-

tos son en contra del crecimiento poblacional, y por tanto, favorecen medidas que disminuyan el número de nacimientos. En ambos casos las motivaciones varían dependiendo de la época y de las ideas de sus proponentes. Son estas posiciones las que sirven de base para establecer políticas demográficas en las diferentes naciones del mundo.

Posiblemente en cualquier era de la historia de la humanidad, desde el momento en que el «homo sapiens» tuvo raciocinio y fue capaz de tomar decisiones individuales o colectivas, los propios habitantes conscientemente adoptaron una posición acerca del tamaño más conveniente de su población. Hoy podemos suponer que la elevada mortalidad, la necesidad de fuerza de trabajo para la sobrevivencia, así como la lucha por el territorio, fueron sobradas motivaciones para procrear numerosos hijos y de esa manera contrarrestar la ley demográfica del momento, caracterizada por muy baja esperanza de vida al nacer.

De los reconocidos teóricos de la demografía, destaca Thomas Robert Malthus, antinatalista, considerado el padre de la demografía, quien argumentaba que el crecimiento constante de la población humana superaría a la producción de alimentos, y por tanto, era necesario frenar al crecimiento de la población. Los seguidores de corrientes natalistas, confrontaban las ideas maltusianas, señalando algunos que la propia naturaleza era capaz de auto controlar el crecimiento poblacional. Otros teóricos de la demografía, señalan que no se trataba de carencia de alimentos, sino de desorganización e inadecuada distribución de las riquezas.

Para la época contemporánea, igualmente existen teorías explícita o implícitamente natalistas o antinatalistas, pero en todo caso de modo general el comportamiento de las poblaciones tiende al crecimiento, lo que varía es el ritmo de crecimiento, acelerado en unas y lento en otras.

En muchos países está ocurriendo una transformación demográfica que se intensificará durante los primeros decenios del siglo XXI. Este hecho a su vez conlleva a un avance en el desarrollo de los países, ya que habrá un incremento de la población en edad productiva.

En América Latina se producirán cambios demográficos más profundos, dado a la existencia de países con tasas más elevadas de fecundidad y mortalidad, por lo que al variar notablemente estos indicadores, sus estructuras poblacionales se verán afectadas notoriamente.

El ritmo acelerado de crecimiento que en América Latina se prolongó hasta principios del año 1960, empezó a decrecer por la reducción de la fecundidad, pero la población siguió aumentando a

pesar de mantenerse una alta tasa de mortalidad, debido a una elevada proporción de mujeres en edad reproductiva.

Se estima un incremento en la tasa de mortalidad general, en la medida en que aumente la proporción de personas en edad avanzada. Se estima que no será hasta las postrimerías del año 2040, cuando la población de América Latina se estabilice.

En el año 1850, la población en América Latina y el Caribe era de 34.000.000 habitantes y pasó a 75.000.000 en el año 1900 (duplicándose en menos de cincuenta años). En el año 1950 habían 165.000.000 de habitantes y en el año 2000, aproximadamente 510.000.000, proyectándose para el año 2025 783.000.000 de habitantes.

Chackiel y Martínez (1993), señalan que América Latina se encuentra, "transitando la fase de disminución de la fecundidad que se ha producido en forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo aunque todavía con un amplio margen de posible reducción, con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso".

Tomando en consideración la tipología elaborada en CELADE (2002), que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países, **en el grupo I**, de transición demográfica incipiente, se encuentran Bolivia y Haití, con elevada fecundidad y una estructura muy joven, con alta relación de dependencia. **En el grupo II**, con transición moderada, se encuentran El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, donde hay un rejuvenecimiento por el descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia. Los países **del grupo III**, en plena transición son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago. La estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia. Por último, **en el grupo IV**, de transición avanzada, los países son: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Se distinguen dos subgrupos: Argentina, Uruguay y, en menor medida, Cuba con tasas de fecundidad y mortalidad bajas por un largo período con una estructura de edades similares a los de países desarrollados, y los otros países que recientemente han alcanzado tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad, pero su ritmo de crecimiento se mantiene alto, debido a su población relativamente joven.

Durante los años 1940 a 1960, Venezuela mantuvo un ritmo de crecimiento acelerado, superior a 3% anual, duplicando su población en veinte años, mientras que el mundo la duplicó en 70 años. A partir de entonces, el ritmo de crecimiento comenzó a estabilizarse y posteriormente a descender, ubicándose en el actual que es menor de 2% anual.

La evolución o cambios demográficos son debidos a dos tipos de variables: las primarias (natalidad y mortalidad) y las secundarias, representadas por las migraciones. El saldo de estas variables es lo que en definitiva modifica el número de habitantes y la estructura poblacional. De modo que la población para un año determinado, será el resultado de sumar al año anterior los nacimientos y las inmigraciones y restar las defunciones y las emigraciones. Así mismo, la distribución de la población por edad y sexo dependerá del volumen que en uno u otro sentido aporten las variables mencionadas.

La natalidad y mortalidad son las variables que fundamentalmente han sido consideradas en los cambios demográficos, debido a la gran dificultad que existe para controlar y cuantificar las migraciones, aun en los países desarrollados y en países como Venezuela, prácticamente se desconoce el número y cualidad de los habitantes que anualmente entran y salen de un país a otro, a pesar de que en años recientes se han hecho esfuerzos por estimar las personas extranjeras, residentes en el país.

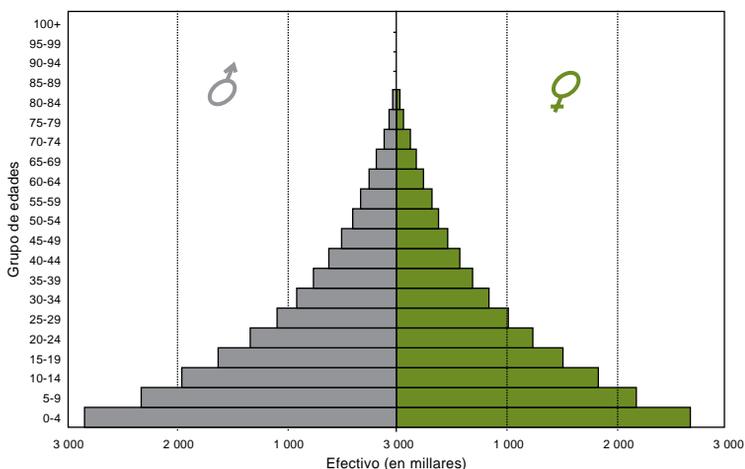
De cualquier manera, los cambios demográficos en el mundo, con las particularidades y períodos propios, se han caracterizado por pasar etapas de alta natalidad y alta mortalidad, etapas de alta natalidad y mortalidad en descenso, etapas de natalidad y mortalidad en descenso y etapas de natalidad y mortalidad baja. Dependiendo del grado de desarrollo los países se ubican en algunas de esas etapas. Venezuela actualmente mantiene una tasa de natalidad intermedia con tendencia a baja y una tasa de mortalidad general baja. La evolución demográfica en el mundo ha significado un incremento en el número de habitantes en todos los países y cambios en la composición o estructura poblacional, variable en cada uno de ellos.

La composición de la población en cuanto a edad y sexo en cada país le da sus propias particularidades y se representaron gráficamente en las llamadas pirámides de población, cuya configuración define las características del país. Así vemos que países con mucha población joven y escasa población de edad avanzada, se grafican en una pirámide en triángulo isósceles o pirámide expansiva, con

base ancha representada por la población joven y vértice estrecho representado por la población mayor de 70 años de edad. Ejemplo típico de este tipo de pirámide es la de países como Afganistán, tal y como se observa en el gráfico número 1, para el año 2005 (U.S. Census Bureau). Pirámide semejante, pero ya con un vértice menos estrecho es la que corresponde a Venezuela y se aprecia en el gráfico número 2, para el año 2000.

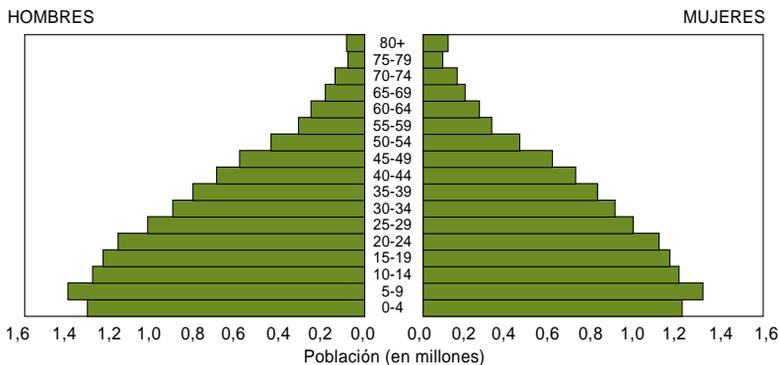
Gráfico N°1

Pirámide de edades, Afganistan, 2005



Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base.

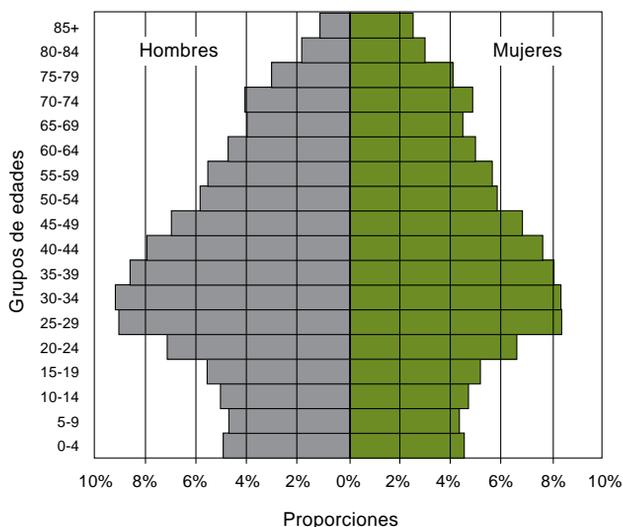
Gráfico N° 2
Venezuela: 2000



Fuente: U.S. Census Bureau, International Data Base.

En países con alta proporción de población adulta e importante población de edad avanzada, aunque en menor proporción que la población joven, sus pirámides presentan un estrechamiento con un menor número de personas en edades tempranas de la vida y se comienza a observar una creciente desproporción entre el número de mujeres y hombres a favor de las primeras, especialmente a partir de los 65 años, lo cual se debe a la esperanza de vida más larga en la población femenina. Este tipo de pirámide se describe en forma de campana o en ánfora; estos países están en fase de transición demográfica. Este es el caso de países como España, representado en el gráfico número 3.

Gráfico N° 3
Pirámide de población de España, año 2005



Fuente: U.S. Census Bureau. International Data Base.

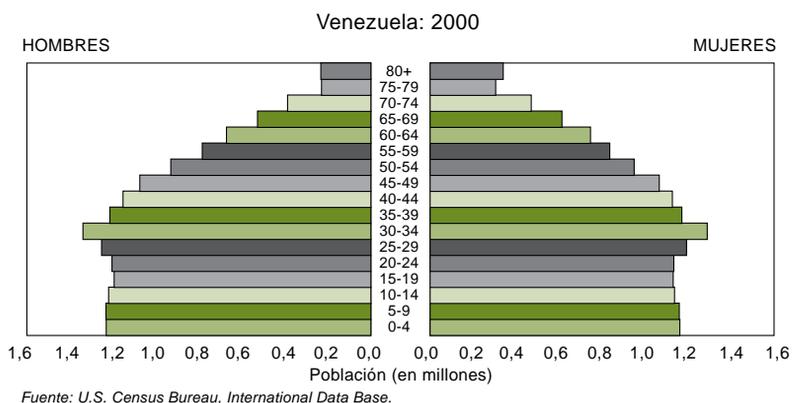
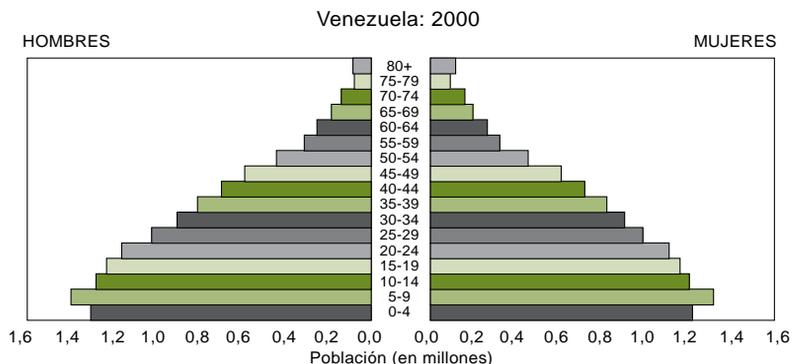
Países con alta proporción de población adulta, casi igual a la población más joven y una reducción importante en las edades muy avanzadas, con pirámide en forma de tonel que corresponde a poblaciones estacionarias, prácticamente no existen, y los países que más se asemejan a este tipo de pirámide son los escandinavos.

La tendencia general de la composición de la población es al

envejecimiento y en la medida que las tasas de natalidad y mortalidad general disminuyen esto se hace más evidente, con las consecuencias que significa no sólo la dependencia económica y efectos sociales de una población envejecida, sino también los cambios en el perfil epidemiológico, con el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas.

En los gráficos número 4 y 5 se evidencia las variaciones esperadas con el envejecimiento poblacional en las poblaciones de Venezuela para el año 2000 y las estimadas para el año 2025.

Gráficos N° 4 y 5
Pirámide poblacional de Venezuela para el año 2000
y la estimada para el año 2025



Esta situación obliga inevitablemente a un replanteamiento de las políticas demográficas y de salud, y es así como aparecen en los países más envejecidos los asuntos relacionados con los derechos del adulto mayor y los deberes en el interior de la familia y la sociedad.

La explosión demográfica del siglo XX da inicio en el siglo XXI a la implosión geriátrica, por lo que es pertinente hablar de globalización del envejecimiento, como consecuencia del avanzado proceso de transición demográfica y epidemiológica que se está viviendo a ritmos distintos, pero en la misma dirección, en todas las regiones del mundo. Juan Chackiel (1993) dice que «en las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas». Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores.

El crecimiento demográfico actual no es un asunto numérico solamente; se trata de lo complejo y dramático del desarrollo humano que enfrenta una gran parte de la humanidad en el nuevo siglo.

El desarrollo económico, tal y como es aceptado hoy en día, es concebible siempre que el crecimiento se traduzca en un incremento de la renta per cápita de *la familia, que conlleve a una mejoría del nivel de vida de las personas, unido a mayores posibilidades de acceso a la salud, la educación y al bienestar en general, acompañado también por la autoestima, el respeto, la dignidad y la libertad de elección de los individuos.*

Los índices de dependencia total, juvenil y de vejez, se están modificando dramáticamente. Es de hacer notar que se consideran “dependientes” a los menores de 15 años y a los mayores de 65 años. En este sentido, en muchos países de la Región, como es el caso de Chile, el índice total está descendiendo con el transcurso de los años, a medida que se va incrementando el número de senescentes (de 79 el año 1970 a 50 en 2010). Por el contrario, el índice de vejez pasó de 13 (año 1970) a 35 (año 2010). El índice juvenil se comporta a la inversa que el índice de vejez, que de 64 pasó a 33 en los años mencionados (INE-CEPAL).

Ante el incremento de las tasas de dependencia, el impacto económico y social del envejecimiento se hará evidente en los próximos decenios y la población en edad de generar ingresos será menor en términos relativos. Tanto la evolución de los indicadores demográficos como las fallas de mercado y de los sistemas gubernamentales, traerán en los próximos años consecuencias de tipo económico y social, con profundización de la situación de pobreza en la vejez, a pesar de que el principal objetivo de los sistemas de protección social y de ahorro debería ser prevenir la pobreza en la vejez.

De acuerdo a la estructura demográfica, Venezuela tiene una alta dependencia económica total, ya que su índice de dependencia refleja la gran cantidad de personas menores de 15 años y mayores de 64 años de edad, determinada casi en su totalidad por la dependencia económica juvenil. Esta es una característica de poblaciones con limitado desarrollo socioeconómico, como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos.

En relación con el nivel educativo, edad y género, recientemente un equipo de investigadores de diferentes universidades (Zunzunegui MV y col., 2006), con participación de la Universidad Carlos III de Madrid, ha realizado un estudio científico que analiza la discapacidad funcional de las personas mayores de 65 años y su relación con la edad, el género y la educación, entre otros parámetros. Los resultados obtenidos indican que en España las mujeres y las personas con un bajo nivel educativo suelen presentar mayores incapacidades y limitaciones funcionales.

Según los autores del estudio, la educación y el nivel de instrucción son factores muy relacionados con la dependencia de los ancianos. «Las personas mayores que tuvieron bajos niveles de educación han tenido mayores privaciones a lo largo de su vida, estando más expuestas a la adversidad social y económica y teniendo menor acceso a recursos tales como una buena nutrición y una buena vivienda», explican los autores que la exposición a las dificultades económicas y sociales aumentan el riesgo de trastornos crónicos y de discapacidad en la vejez.

Por otra parte, debido a la estratificación por género, las mujeres tienen menor instrucción, peores ocupaciones, menores ingresos y pocos recursos sociales y económicos a lo largo de su vida, por lo que suelen tener una mayor incapacidad funcional en la vejez, aunque se ha mejorado en los últimos años.

Es importante tener presente que al retrasarse la edad de inicio de la discapacidad y alargarse la esperanza de vida, aparecerá un nuevo grupo de personas muy mayores, mayoritariamente mujeres, con altos grados de discapacidad y que necesitarán ayuda para permanecer en su hogar. Lo ideal es prolongar la vida sin discapacidad.

La tasa global de fecundidad en América Latina y el Caribe disminuyó de 5,7 a 2,7 por mil habitantes en el período comprendido entre los años 1950 y 2000, mientras que la tasa bruta de mortalidad, pasó de 15,8 a 6,3 por cada mil habitantes. La esperanza de vida al nacer pasó de 51,8 a 70 años en el mismo período, con un porcentaje de población mayor de 60 años que se incrementa de 5,9% a 7,9% y una estimación de 14% y 23,4% para los años 2025 y 2050 respectivamente, según puede observarse en el cuadro 1.

Cuadro N° 1
América Latina y el Caribe. Indicadores de fecundidad, mortalidad y esperanza de vida al nacer, entre los años 1950 – 2050

INDICADORES	1950	2000	2025	2050
Tasa global de fecundidad	5,7	2,7	2,1	1,9
Tasa bruta de mortalidad	15,8	6,3	6,6	9,4
Esperanza de vida al nacer	51,8	70,0	75,2	78,9
% de población > 60 años	5,9	7,9	14,0	23,4

Fuente: CEPAL (2003). Boletín Demográfico N° 72

La población mayor a 60 años en el año 2050 será 8,8 veces mayor que en 1975, mientras que la población entre 15 y 59 años será solamente 2,8 veces mayor.

En términos porcentuales equivale a decir que los mayores de 60 años pasarán de 6,5% a 23,4% de la población total de los años referidos, tal como se observa en el cuadro 2:

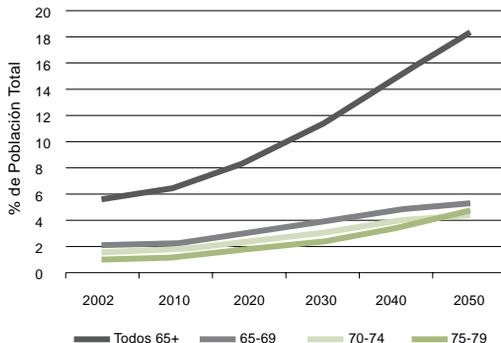
Cuadro N° 2
Envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. 1975 – 2050

POBLACIÓN	1975	2000	2025	2050
Total (*)	321,4	519,3	695,9	786,1
Mayor de 60 años	20,9	41,4	96,3	184,2
Porcentaje	6,5	8,0	14,1	23,4

Fuente: CEPAL (2003). Boletín Demográfico N° 72 (*) Población en millones

En el gráfico número 6, se observa además el comportamiento de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe, en el período 2002 a 2050, discriminado por grupos etáreos y se ve el ascenso en todos los grupos mayores de 65 años, ascendiendo de 5% en el año 2002 a 19% en el año 2050.

Gráfico N° 6
Crecimiento de la población mayor en América Latina y el Caribe, entre los años 2002-2050



Fuente: CEPAL (2003) Boletín Demográfico N° 72

En Venezuela, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2005), la población en el año 2007 era de 27.483.208 habitantes, cuya distribución por edad era de 29,1% de 0-14 años, 65,7% de 15-64 años y 5,2% de 65 y más años y para el año 2015 se estima que la población alcanzará a 31.017.064 habitantes.

Noventa por ciento de la población se ubica en áreas urbanas, lo que constituye uno de los porcentajes más altos del mundo y esto

se debe al largo y sostenido éxodo rural en busca de mejores condiciones de vida y mejor atención del estado venezolano.

La proporción de la población joven con respecto a la población total, sigue siendo muy significativa, aunque tiende a disminuir, como resultado del lento pero continuado descenso de la tasa de fecundidad (las mujeres tienen menos hijos a medida que pasa el tiempo) y esto hace más evidente en los últimos años, porque se observa un incremento relativo de la población mayor de 65 años de edad.

El hecho de la disminución progresiva de la natalidad se debe, principalmente, a la migración del campo a la ciudad, que trae como consecuencia la incorporación del hombre al trabajo ciudadano y de la mujer y los jóvenes al sistema educativo, dejando atrás una condición de ignorancia casi total por una condición educativa con nuevas perspectivas que incluye entre otras cosas la llamada liberación femenina, ya que la mujer ha comenzado a desplazar al hombre en numerosas profesiones universitarias que antes le estaban casi vedadas.

La incorporación de la población femenina a estudiar cada vez más carreras universitarias, hace que la mujer retrase sus planes relativos a la maternidad y que su nivel educativo determine una decisión consciente de limitar el número de hijos.

Los factores mencionados en Venezuela trajeron como consecuencia que en el año 2000 la población adulta mayor sea de 6,6% y para el año 2025 se estima un incremento de 13,2%, lo que equivale a un aumento del 100% y para el año 2050 la tendencia es alcanzar un incremento de 21,4%. Situación similar a lo que ocurre en casi todos los países de América Latina, con algunas excepciones, como Uruguay donde para el año 2003 la población adulta mayor alcanzó 17,2% y en Cuba se estima que para el año 2050 la tercera parte de la población se ubicará en esta edad.

El índice de envejecimiento para Venezuela, medido por el número de personas de 60 años y más por cada cien menores de 15 años, es de 20% y se estima alcance 54,6% para el año 2025 y 105,5% para el año 2050, tal como ocurre en el resto de Latinoamérica con algunas variaciones. Cuba, con un índice de envejecimiento de 65%, de mantenerse las condiciones alcanzará 156% en el año 2025 y 224% en el año 2050. Los Estados Unidos de América y algunos países europeos tienen un índice de envejecimiento que oscila entre 10% en Estados Unidos de América y cerca de 30% en Italia, Japón y Grecia.

El ritmo de crecimiento de la población general de Venezuela ha descendido a expensas de la población menor de 15 años, mientras que aumenta en términos porcentuales la población de 65 y más años, y al mismo tiempo aumenta la esperanza de vida al nacer, trayendo como consecuencia un mayor número de familias multigeneracionales.

Para finalizar se hace un llamado a la reflexión, que nos conduzca a un cambio de actitud y a un pensamiento de futuro, que hoy es un presente para muchos y que mañana será un presente para todos. Si se toma en cuenta que el planeta alcanzó mil millones de habitantes en 18 siglos y que ahora ese mismo aumento lo alcanza en poco más de un decenio; que para el año 2025 la población del mundo estará en aproximadamente 8.200 millones de habitantes y, que la población mayor de 65 años alcanzará 15% en los próximos cuarenta años y que para el año 2050 habrá muchos más ancianos que nunca, con una cifra que superará los 1.400 millones. Por todo ello, dejamos planteadas estas interrogantes:

- ¿Cuáles serían las políticas e intervenciones más factibles para resolver la inseguridad y exclusión económica de las personas mayores?
- ¿Cómo se pueden compatibilizar en el mercado laboral las necesidades de adultos mayores y jóvenes de generar ingresos adecuados sin violar los derechos y deberes ciudadanos ni humanos de uno ni otro?
- ¿Cómo se podría viabilizar la adecuación y aplicación de un nuevo contrato social en este campo? ¿Cuáles serían sus parámetros, exigencias, condicionantes y plazos?

Referencias bibliográficas

- CEPAL (2002). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). América Latina y el Caribe. Estimaciones y proyecciones de la población. 1950-2050. Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile.
- CEPAL (2003). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). América Latina y el Caribe: Envejecimiento de la Población 1950-2050. Boletín Demográfico N° 72. Santiago de Chile.

- Chackiel J y Martínez J. (1993). Transición demográfica en América Latina desde 1950. En: IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe. México, DF.
- INE – Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en línea en: <http://www.ine.gov.ve/>
- INE-CEPAL. Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050.
- Maltus TR. (1970) Primer ensayo sobre la población. Alianza Editorial, Madrid. España.
- Naciones Unidas (2002). Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Nueva York.
- U.S Census Bureau. International Data Base. Disponible en línea en: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/informationGateway.php>
- Zunzunegui MV, Nuñez O, Durban M, García de Yébenes MJ, Beland F and I Otero A. (2006). Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18 (5), p. 352-358.

El envejecimiento con éxito en el adulto mayor. Algunos indicadores europeos

Ramona Rubio Herrera

Laura Rubio Rubio

Universidad de Granada, España

Dice una antigua oración: Que algún Dios me conceda serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valentía para cambiar las que sí puedo y sabiduría para ver la diferencia.

Dicen que «la vejez es una enfermedad extraña; se la cuida para hacerla durar» (Rubio Herrera, 2003). En el proceso de esta enfermedad, de esta etapa del ciclo vital, posiblemente una de las decisiones más difíciles en el ser humano está en diferenciar entre lo que puede y quisiera hacer con su vida y en elegir el camino hacia donde desea orientar sus últimos días. En psicogerontología esos caminos reciben diferentes nombres: camino del éxito, camino hacia la competencia, camino hacia la felicidad, etc.

Caminos biológicos, psicológicos y sociales hacia el envejecimiento

La primera diferenciación que el ser humano debe hacer en ese camino, es fijar los límites que existen entre el envejecimiento normal y el patológico. El envejecimiento normal sería un envejecimiento con éxito, competente, de alguna manera óptimo a nivel global o en alguno de sus aspectos específicos, tales como la independencia funcional, la capacidad cognitiva, etc. Posiblemente la influencia de los estereotipos nos lleva a pensar que cuando hablamos de personas con éxito se trata de sujetos que por su sabiduría, su creatividad, o por la influencia que han ejercido en su entorno han destacado. Pensemos en el camino seguido por Ramón

y Cajal, Dalí, Picasso, Madre Teresa, etc. Por otro lado, tendríamos el envejecimiento patológico que simbolizaría un poco el fracaso, especialmente asociado a déficit biológicos, funcionales, cognitivos, o a fracasos de roles sociales.

La diferenciación entre envejecimiento normal y patológico no deja de ser un tema sumamente complejo, tal como manifiesta Solomón (1999). La distinción entre un envejecimiento natural y otro marcado por los efectos de una enfermedad es un tema espinoso, porque de alguna manera el envejecimiento «natural» es cada vez más susceptible de una enfermedad y de hecho, al final, mayoritariamente, las personas contraen y son víctimas de determinadas enfermedades muy concretas, como las que se analizan al final de este texto.

Por otra parte, en el envejecimiento normal habría que contemplar otra variable importante que es el ritmo de envejecimiento. Hay personas que a los 60 años físicamente están como si tuvieran 40 y viceversa. La variabilidad del ritmo de envejecimiento aumenta con la edad, marcando gran diferencia los ritmos de envejecimiento de un sujeto a otro, y a su vez, en la misma persona se da gran variabilidad entre los diferentes sistemas del cuerpo que envejecen a distinto ritmo (Rubio Herrera, 1996).

Para las ciencias sociales y del comportamiento el envejecimiento es un proceso más de desarrollo; mientras que desde un enfoque biológico, el envejecimiento hace más bien alusión a un proceso de deterioro y pérdidas que acontecen en las últimas etapas de la vida. Por tanto el criterio de envejecimiento con éxito es diferente en función de la perspectiva analizada.

Si siguiéramos las directrices de Edmund Cowdry (1990), el envejecimiento puede ser considerado como un proceso endógeno, un proceso involuntario que opera de forma acumulativa con el paso de los años finalizando con la muerte. Y a la vez, es un proceso exógeno, atribuible a accidentes, contaminaciones del ambiente externo, etc., en esa línea los modelos de intervención hacia el envejecimiento activo, envejecimiento con éxito, etc., harían referencia a la vertiente puramente exógena.

Aquí podemos diferenciar claramente los modelos biológicos, que de alguna manera son modelos de déficit, acumulativos, (da igual por las causas que se produce: teoría de los radicales libres, de mutación somática, teorías inmunológicas, teorías hormonales,

etc., etc.), todos ellos al final terminan hablando de una definición basada en la probabilidad de supervivencia de un organismo, focalizando sus intereses en los factores que generan los procesos de deterioro y muerte del organismo, mientras para los psicólogos el tema es muy distinto porque las diferentes funciones psicológicas pueden sufrir deterioro, o bien, incremento, tal es el caso de factores cognitivos como la sabiduría, o determinados aspectos de personalidad. Además, el envejecimiento debe contemplarse, según defienden las ciencias sociales, teniendo muy en cuenta los marcos contextuales generados por los cambios históricos en las normas culturales.

Modelos teóricos de envejecimiento

Analicemos ahora algunos modelos teóricos de envejecimiento, teniendo en cuenta que en última instancia son modelos que de alguna manera intentan dar respuesta a ¿qué factores determinan que algunas personas envejezcan con ilusión, con ganas de vivir más años y otros por el contrario, se conviertan en personas tristes, en sujetos sin motivación, sin ganas de vivir, etc.?

La respuesta puede ser múltiple. Para algunos autores el determinante es la competencia funcional; para otros es mantener la competencia intelectual, la independencia en su forma de vida, la salud, el apoyo social, etc. Tal vez esta multiplicidad de razones ha generado la multiplicidad de los modelos que exponemos.

- ***Modelos generados desde las teorías del aprendizaje social***

Estos modelos consideran que los grandes determinantes son los factores sociales (Lerner, 1995). En su teoría Lerner enfatiza el papel de las recompensas, de los castigos, de las conductas del modelado, de los vínculos de apego, etc. El envejecimiento podría optimizarse a partir del estudio minucioso y del control de esos factores sociales externos, entendiendo que el envejecimiento con éxito va muy ligado a las recompensas que el sujeto ha obtenido en la vida o a los fracasos.

- ***Modelos generados por las teorías humanistas***

Desde este enfoque humanista la optimización del envejecimiento debería partir del estudio de los «motivos» que tiene el ser humano para envejecer y la forma de hacerlo. En última instan-

cia, la meta sería la «autorrealización», el crecimiento personal (Maslow, 1970), el llegar a ser cada vez mejor persona de lo que somos, entendiendo la persona en un sentido holístico. En esta línea, el envejecimiento consistiría en desarrollar cada vez más nuestras facultades, experimentar como óptimo ese crecimiento personal.

- **Modelos cognitivos**

Aquí cabe distinguir entre los enfoques teóricos que proponen que las influencias casuales principales son distales o proximales en naturaleza. Para las teorías distales el envejecimiento cognitivo acontece por factores que ocurrieron en períodos anteriores del ciclo vital y que ejercen su influencia en los niveles de competencia actual, este marco permite explicar las diferencias que se producen entre personas de una misma edad (Salthouse, 1999).

- **Modelos socio-psicológicos**

Son aquellos que se centran en la incidencia que este tipo de variables ejercen en las influencias normativas, así como la decisiva influencia de las formas de afrontamiento, o las técnicas de control primario o secundario. El primario referido a la creencia por parte del individuo de su posibilidad de cambiar el mundo externo para ajustarlo a sus necesidades y la del control secundario referido a la capacidad del individuo para acomodar sus metas, sus deseos, sus creencias a las exigencias externas que se dan en un momento determinado (Brandtsädter y Greve, 1994).

Este modelo socio-psicológico nos lleva a un envejecimiento con éxito que en función del control primario o secundario, implicaría aplicar estrategias asimilativas que intenten prevenir pérdidas o bien sustituir determinados déficit por actividades alternativas que permitan adecuarse a las nuevas exigencias a través del reajuste de metas y expectativas.

- **Los modelos de selectividad socioemocional**

Son modelos muy vinculados a las teorías sociopsicológicas que entienden que los cambios en la reducción de las interacciones sociales que parece darse en los mayores, se debe a dos posibles causas que son las que generaron las famosas teorías de la actividad o de la desvinculación.

La teoría de la actividad y la de la desvinculación son claves para entender el modelo de envejecimiento que debe asumirse. La primera, aboga por una participación activa, ya que entiende que la inactividad, si se da en los mayores viene generada por las normas sociales, jubilación, estereotipos sobre estilos de vida, etc., que inducen a la persona a reducir su nivel de interacción social. Por el contrario, la teoría de la selectividad socioemocional sostiene que de hecho se da una reducción de las redes sociales y de participación social de los mayores en el contexto, pero esto está motivado por una reestructuración que hace el propio sujeto de sus recursos.

Otros modelos psicológicos que han sido relevantes en los estudios del envejecimiento

Merece destacarse la figura de Baltes, quien plantea un modelo de envejecimiento óptimo que implicaría generar una serie de medidas selectivas con los esfuerzos que vamos a realizar, y por otra parte emplear estrategias y actividades adecuadas para compensar las pérdidas que incuestionablemente conlleva el proceso de envejecimiento, magníficamente expuesto en el año 1990 en su modelo de selección, optimización y compensación.

Indudablemente la base de este modelo, como la de muchos otros, se basa en el concepto de plasticidad, concepto que hace referencia a la plasticidad conductual existente en todas las etapas del ciclo vital. Este es el lema básico para intentar cualquier línea de envejecimiento con éxito.

Los sujetos que son capaces de utilizar esta plasticidad, de trabajar con su capacidad de reserva, pueden maximizar sus cualidades, las condiciones de apoyo de su entorno y de alguna manera, envejecen mejor y muestran ser más competentes, según los estudios de Baltes y Reichert (1992).

También es importante plantearnos el impacto que tiene en esa «plasticidad» el entorno social, así suele entenderse que es mejor y más fácil envejecer en sociedades tradicionales donde el papel del anciano juega un importante rol como depósito de sabiduría, consejos, etc., que en las modernas sociedades industrializadas. Pero tal vez un buen envejecimiento necesita también de muchos otros factores, por ejemplo, servicios de salud adecuados, una red de servicios sociales adaptados a las nuevas necesidades, unas condiciones mínimas de

viviendas adaptadas, etc., aspectos que suelen ser más deficientes en las sociedades tradicionales.

Dentro de esta línea, Baltes manifiesta que las personas mayores son conscientes de que pierden capacidades y entonces, automáticamente, se limitan a las actividades que consideran más importantes, y reduciendo mejoran la eficacia. Paul y Margaret Baltes nos han facilitado un modelo que en el fondo propone una serie de medidas de afrontamiento, estrategias para enfrentarse con el inevitable deterioro físico y cognitivo. La estrategia por tanto consistiría en que los individuos fijen sus propios objetivos, valoren sus propias capacidades y de alguna manera busquen la forma de llegar a las metas propuestas a pesar de las limitaciones y de los inevitables declives de la vida (Baltes y Baltes, 1990).

Asistimos diariamente a experiencias en que las personas mayores se sienten con más energía que cuando eran jóvenes, que desean seguir viviendo y disfrutar de la vida. Hay ejemplos de estrategias muy significativas empleadas por personas mayores, tales como el de una mujer que hacía sus compras en una de las tiendas más alejadas de su casa, situada cerca de la parada final del autobús, de esta forma, se aseguraba encontrar un asiento libre en el viaje de vuelta. O el ejemplo de un hombre que sigue conduciendo a edad avanzada, pero antes planea la ruta exacta para no perderse.

Baltes y Carstensen (1999) son tal vez los autores que más han avanzado en esta línea, entendiendo que los mayores no sólo reaccionan ante los distintos cambios contextuales, sino que además son capaces de manejar de forma proactiva su propio mundo social.

En esta línea, tal vez podemos citar uno de los modelos más destacados: el modelo propuesto por Baltes (1997) denominado la selección, optimización y compensación (SOC), según el cual en todos los períodos de la vida se dan pérdidas y ganancias psicológicas, pero es en la vejez donde las pérdidas se descompensan superando significativamente a las ganancias. Así en las últimas etapas, según Baltes, los apoyos sociales por ejemplo, no compensan lo suficientemente el deterioro que se da en la estructura fisiológica y en las pérdidas de funcionalidad conductual creciente (Baltes y Smith, 1999). En última instancia la selección, optimización y compensación sería una estrategia de organización aplicada por el individuo para enfrentarse a la vida, estrategias que si son adecuadas pueden ser claros índices de envejecimiento saludable (Freund y Baltes, 1998).

Este modelo de selección, optimización y compensación (SOC) es uno de los marcos conceptuales más útiles para describir los procesos relacionados con un envejecimiento óptimo (Baltes y Carstensen, 1996, Heckhausen y Lang, 1996), y a la vez un importante punto de partida para la intervención. La teoría de Baltes permite aplicarla a muchas áreas de la vida, e incluso el propio Baltes nos plantea las estrategias que el ser humano puede emplear para alcanzar el éxito (Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995). Según Baltes es necesario seleccionar, ya que no podemos hacer todas las cosas. Debemos centrar nuestras energías y nuestros esfuerzos en aquellas actividades de la vida que sean realmente importantes para nosotros. A la vez, una visión de éxito exige optimización. Para poder desarrollar nuestro potencial es necesario trabajar en áreas fundamentales de la vida. Y finalmente, una vida con éxito necesita de compensación. En la medida que el ser humano no es competente para hacerlo todo por sí mismo, incluso en los ámbitos seleccionados, debemos buscar apoyo externo para llevarlo a cabo.

- ***Modelo dialéctico-contextual***

Este modelo dialéctico propuesto en su día por Riegel (1975, 1976), parte del supuesto de considerar al individuo como un organismo vivo, activo, cambiante, en interacción continua con un entorno también activo y cambiante. Así tenemos por un lado, un sujeto cambiante en el sentido ontogénico y por otro, unas estructuras sociales que van modificándose y generando profundas modificaciones de conductas relacionadas con la edad (Riley y Riley, 1994).

De alguna manera el sujeto se ve influenciado por la sociedad donde vive, por la familia donde nació, por el lugar que fue testigo de sus juegos infantiles y aunque el tiempo y por ejemplo, las transformaciones urbanísticas hagan irreconocibles los lugares, y los edificios de nuestra esquina preferida ya no estén, o aquellos árboles de una plaza... en el corazón de esa persona mayor perdurará por siempre esa imagen, así posiblemente el éxito esté en no olvidar (Rubio Herrera, 1993).

Los modelos dialécticos-contextuales han abierto importantes líneas de intervención, partiendo del supuesto de la multidireccionalidad (cambios que puede producirse en diferentes direcciones), multidimensionalidad (cambio que comprende

diferentes componentes o dimensiones), destacando en que el desarrollo a lo largo de los años viene marcado por diversas influencias, incluido el contexto total de quiénes somos y dónde estamos en el tiempo.

Por tanto, el procedimiento del ser humano sería primero seleccionar entre las inmensas posibilidades, elegir una opción, luego esforzarse en ella (optimización) y finalmente, buscar apoyo, (compensar) en las áreas que es menos fuerte. De manera que si las estrategias empleadas son importantes a lo largo de toda la vida, en esta etapa aún lo es más, en la medida que el sujeto debe enfrentarse con las pérdidas propias de la edad.

- **Modelo de Rowe y Kahn (1987)**

Es un modelo que intenta valorar de forma práctica lo que ellos denominan envejecimiento con éxito, entendido como el logro de un envejecimiento positivo, el cual no sólo se limita a la vejez, sino también a la evaluación que hace la persona a lo largo de toda su vida. Hablan de tres componentes básicos:

- Evitar la enfermedad e incapacidad
- Conservación de la capacidad cognoscitiva
- Compromiso activo con la vida

Evitar la enfermedad e incapacidad: evidentemente este componente vinculado al funcionamiento fisiológico no está bajo el control absoluto de la personalidad, pero sí es cierto que podemos intervenir en el mismo mediante hábitos de vida saludables como una buena dieta, ejercicio físico, etc.

Funcionamiento cognitivo y funcionalidad física: este factor abarca las características físicas, psicológicas, sociológicas que son bastante predictivas de los niveles de envejecimiento. De alguna manera mantener la independencia y la autonomía son metas comunes del envejecimiento con éxito, aunque debemos tener presente que el mantenimiento de estas capacidades permite pero no garantiza el compromiso activo con la vida; las relaciones interpersonales, las actividades productivas y el deseo de vivir son elementos también básicos.

Ahora bien, los modelos de envejecimiento con éxito tropiezan con un gran problema: ¿dónde se sitúa el bienestar subjetivo del enveje-

cimiento? Precisamente los estudios de la Universidad de Harvard, definen el envejecimiento con éxito en términos de bienestar en la vejez y hablan de seis dominios de evaluación:

- Salud física objetiva.
- Salud física subjetiva.
- Longitud de la vida activa, libre de incapacidades físicas subjetivas; serían los años hasta que el ser humano se convierte en incapacitado.
- La salud mental objetiva (éxito en el trabajo, jubilación temprana, ausencia de visitas al psiquiatra, etc.).
- La satisfacción vital (analizada en cuatro áreas, durante los últimos 20 años, pareja, trabajo, niños y amigos).
- Los apoyos sociales, medidos a través de la proximidad con pareja, hijos, hermanos.

Los resultados fueron expuestos en el libro de *Aging Well 2002*, de George Vaillant, director del estudio de Harvard sobre el desarrollo adulto. Las principales conclusiones a las que llegan son:

Las variables que están bajo nuestro control son fuertes predictores del envejecimiento óptimo, es decir que el envejecimiento de forma positiva es una experiencia que no depende únicamente de la condición genética y el azar de nuestra vida diaria, sino que hay variables sujetas al control voluntario. De ahí que la prevención, promoción e intervención con el objetivo de fomentar experiencias positivas del envejecimiento es una posibilidad real porque el envejecimiento exitoso depende o emana en gran parte de uno mismo.

Desde este enfoque los factores que pueden contribuir al envejecimiento con éxito son: buscar y mantener relaciones positivas con los otros, practicar la generatividad, interesarse por la vida, dar a los otros, compartir y cuidar de los otros y de nosotros mismos. Tener sentido del humor y capacidad para reírse de uno mismo, aprender a hacer amistades nuevas, practicar la curiosidad intelectual, seguir aprendiendo cosas nuevas, estar abierto a nuevas ideas y perspectivas, aceptar las limitaciones y pedir ayuda cuando sea necesario, apreciar el pasado pero vivir el presente, fomentar el optimismo, tomando como referencia a personas y acontecimientos positivos de nuestra vida, etc.

- **Modelo de Erikson: reintegración o desesperación**

Según Erikson (1979, 1982), la vejez puede ser entendida como un período de vida en el que la principal tarea consiste en buscar el equilibrio entre la integridad del yo y un cierto sentido de desesperación. Según cómo resolvamos este conflicto, llegaremos a alcanzar uno de los mayores logros del ser humano: «la sabiduría». Para llegar a ella, la persona debe revisar su vida e intentar encontrarle sentido. Revisar la vida es unir cada uno de sus trozos, integrarla para darle un sentido. Y en este proceso la «desesperación» es un componente básico, porque la revisión de la vida conlleva tomar conciencia de muchos desaciertos, errores cometidos a lo largo del ciclo vital. Decía Erikson, que la persona que no es capaz de encontrar errores en su vida, no es un sabio sino un neurótico.

Es normal también que en ese proceso de revisión afloren emociones negativas, porque además de esa cierta decepción con los fracasos analizados a lo largo de esa revisión de la vida, también se suma la tomar conciencia de esta última etapa y las limitaciones físicas, psíquicas e incluso sociales que la misma conlleva (Butler, Lewis y Sunderland, 1991), y en muchas ocasiones soledad experimentada ante la desaparición de personas queridas, de lugares, etc. (Katzko, Dittman-Kohli y Rubio Herrera, 1998).

La denominada crisis de la integridad frente a la desesperanza, es la última del ciclo vital; es un intento de una vez en el tramo final de la vida por integrar y unificar las experiencias personales y únicas. Algunas personas desarrollan un sentimiento de orgullo y satisfacción respecto a su vida pasada, mientras que otras se sienten mal, sienten que les queda poco tiempo, muy poco para empezar una nueva vida y comenzar caminos alternativos para compensar lo perdido. Y es en este punto donde el objetivo debe ser alcanzar la integridad del ciclo vital, integridad que debe aunar las decisiones y las vivencias personales que han dado forma a nuestra vida e integrarlas en un todo con significado. Según Erikson, incluso los que ya en la madurez pasaron por períodos de desdicha o inquietud y se sintieron arrepentidos de una serie de pasos que dieron en la vida, a la altura de la vejez, mirando hacia atrás, se sintieron satisfechos de haber podido vivir su vida.

Dice Erikson (1963: 268):

«La aceptación del ciclo vital singular y único de uno como algo que tenía que ser y que, por necesidad, no admitía sustitutos... una camaradería con los órdenes de tiempos lejanos y diferentes metas... (pero) el poseedor de la integridad está preparado para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica... Porque en realidad sabe que la vida individual no es más que la coincidencia accidental de un ciclo vital dentro de un segmento de la historia».

En resumen, Erikson plantea este proceso de integración versus desesperación como una de las principales crisis del ser humano, un reto cuyo mayor problema radica en el miedo, miedo a la dependencia económica, miedo al deterioro de salud, miedo a la falta de apoyo familiar y social, etc. Así las personas que han alcanzado la integridad del ego sienten que su vida tiene un significado y paradójicamente, este sentido de la importancia personal les va a permitir captar su insignificancia en la vida y la cercanía de la muerte. Cercanía que debe asumir y que de alguna manera conducirá a una nueva visión de la supervivencia a través de hijos, de nietos, de creación de libros, pinturas, etc, etc. Todo este enfoque nos lleva a una importante labor de intervención clínica, por ejemplo: sesiones de reminiscencia o de repaso de la vida ayuda a los mayores a librarse de la depresión.

Posiblemente el propio Erikson (1986) sea el mejor ejemplo de su teoría, de encontrar un sentido a la vida y quien a sus 90 años continuaba escribiendo y decía:

«La vida nos proporciona muchos motivos y bastantes realistas para sentir desesperación, con aspectos del presente que provocan una pena inconsolable y aspectos de un futuro inciertos y aterradores. Y, por supuesto, ahí está la muerte inevitable, único aspecto del futuro del que tenemos absoluta certeza, pero que también desconocemos por completo. Así pues, debe admitirse un cierto grado de desesperación que debe reconocerse e integrarse como un componente de la vejez.»

Por otra parte, la teoría de Erikson reconoce que no hay un camino universal para alcanzar la integridad, no hay un camino de vida, ni una cultura que conduzca a la misma, sino que *cada persona debe marcar su rumbo y aún más importante, creer en ese rumbo*

que ha tomado. Por tanto, no existe el camino de imitar a los demás, de compararnos con otros, el camino de la integridad debe asumirse a nivel individual generando una visión realista y segura de sí mismo.

En síntesis, los distintos modelos que hemos analizado buscan la optimización del envejecimiento, la vivencia positiva de esta última etapa, aunque los apellidos que ponen a la palabra envejecimiento sean diferentes: envejecimiento con éxito, envejecimiento activo, vejez competente o bienestar subjetivo. Analicemos a continuación cada uno de ellos.

Envejecimiento con éxito, vejez competente, envejecimiento activo, bienestar

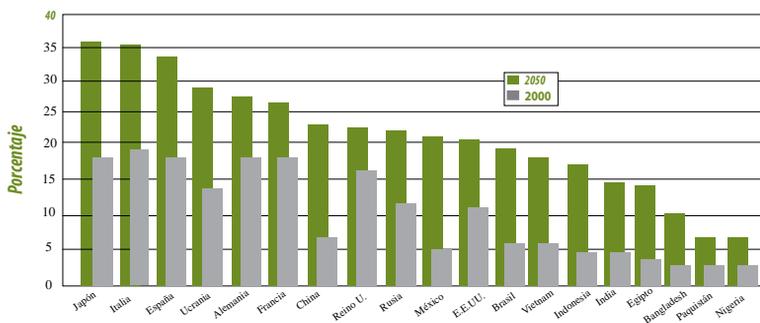
El diccionario de la Real Academia española define el éxito como «fin o terminación de un negocio o asunto». En este caso *Fin de un asunto llamado Vida*, en donde lo importante tal vez no sea el que la vida termina, sino el cómo termina la vida. Cómo es y cómo debe terminar la vida para los demás, para nosotros, para la sociedad, para nuestra época histórica... nos lleva a una primera interrogante: el de la diversidad, tal vez existan tantas formas de terminar con éxito como sujetos existieron, existen y existirán en nuestro planeta, aunque la mayoría utilizan como medición los parámetros de longevidad y de satisfacción vital junto a la ausencia de enfermedad, buena salud física y cognitiva.

Desde la perspectiva psíquica, Maddox en la *Enciclopedia sobre el envejecimiento* considera un buen final el alcanzar un envejecimiento con éxito, entendiendo por tal aquel que combina tres elementos básicos:

- Supervivencia (longevidad)
- Salud (índices de dependencia)
- Satisfacción con la vida (felicidad)

El primer elemento es la supervivencia. Si nos atenemos a este criterio, a nivel mundial los países con mayor longevidad, una variable importante en el envejecimiento con éxito serían: España, Japón, Italia y Ucrania, quienes estarían entre los mejores situados en función del indicador longevidad (tabla 1).

Tabla 1
Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años, 2000 y 2050



Países

El segundo factor es la salud. En la tabla 2 se puede apreciar a nivel europeo los problemas de salud que más afectan a los adultos mayores y que restarían calidad de vida. Merece destacarse en esta tabla la clara diferencia de la variable hombre/mujer

Tabla 2
Defunciones según la causa y la edad y tasas por 100.000 habitantes de cada grupo (ambos sexos), 2004

	Total		65 y más años		Resto		Distribución 65 y más	% 65 y más /total
	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa	Absoluto	Tasa		
Todas las causas	371.934	861,0	306.965	4.204,4	64.969	181,0	1000,0	82,5
I. Infecciosas	7.218	16,7	4.645	63,6	2.573	7,2	15,1	64,4
II. Tumores	100.485	232,6	74.065	1.014,4	26.420	73,6	241,3	73,7
III. Sangre	1.291	3,6	1.101	15,1	190	0,5	3,6	85,3
IV. Endocrinas	11.918	27,6	10.774	147,6	1.144	3,2	35,1	90,4
V. Mentales	11.878	27,5	11.359	155,6	519	1,4	37,0	95,6
VI-VIII. Nerviosas	14.123	32,7	12.556	172,0	1.567	4,4	40,9	88,9
IX. Circulatorias	123.867	286,7	112.437	1.540,0	11.430	31,8	366,3	90,8
X. Respiratorias	39.149	90,6	36.527	500,3	2.622	7,3	119,0	93,3
XI. Digestivas	19.357	44,8	15.368	210,5	3.989	11,1	50,1	79,4
XII. Piel	994	2,3	942	12,9	52	0,1	3,1	94,8
XIII. Osteomusculares	3.546	8,2	3.349	45,9	197	0,5	10,9	94,4
XIV. Genitourinarias	8.534	19,8	8.049	110,2	485	1,4	26,2	94,3
XV. Parto	21	0,0	0	0,0	21	0,1	0,0	0,0
XVI. Perinatales	1.002	2,3	0	0,0	1.002	2,8	0,0	0,0
XVII. Congénitas	1.002	2,3	110	1,5	892	2,5	0,4	11,0
XVIII. Otros síntomas	10.505	24,3	8.767	120,1	1.738	4,8	28,6	83,5
XX. Causas externas	17.044	39,5	6.916	94,7	10.128	28,2	22,5	40,6
Población total	43.197.684		7.301.009		35.896.675			16,9

Fuente: INE: INEBASE: Defunciones según la causa de muerte, 2004. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. INE, 10/04/2006

En relación con la salud nos encontramos en Europa con tres causas principales de mortalidad: enfermedades circulatorias, tumores y enfermedades respiratorias, importantes a tener en cuenta para la mejora de la calidad de vida.

Y finalmente, el tercer componente del envejecimiento con éxito es la satisfacción con la vida. En un estudio de *Life Satisfaction in Older People* / (satisfacción de la vida en personas mayores) evaluado a través de la escala «Philadelphia Geriatric Center (PGC Morale Scale), y aplicado en 2.165 sujetos, se encontró que los niveles más altos se daban en los hombres, con independencia de su nivel económico, cultural, etc.

Se han visto tres componentes básicos de la calidad de vida: longevidad, salud y niveles de satisfacción, factores que van a estar íntimamente relacionados con la capacidad funcional y sobre todo, con nuestra forma de organizar la vida.

En esta misma línea de indicadores de calidad de vida para un envejecimiento con éxito (Lawton, 1975), utiliza el término de «buena vida», la cual está condicionada a cuatro grandes dimensiones:

- Competencia comportamental (salud, percepción, comportamiento motor y cognición).
- Logros psicológicos (felicidad, optimismo, congruencia entre lo deseado y lo conseguido).
- Percepción de que se tiene calidad de vida (a nivel familiar, de amigos, de hogar, de actividades, etc.) Rubio Herrera (2003)
- Contexto objetivo (cosas de que dispone en su hogar, ingresos, relación con los vecinos, etc.).

Vejez competente

Otros autores prefieren hablar de envejecimiento o vejez competente. El diccionario de la Real Academia española entiende por el vocablo competente:

«... proporcionado, oportuno, adecuado, buen conocedor de la técnica de una disciplina...» , aplicado al envejecimiento, tal vez conocedor de sus procesos y generador de conductas adecuadas para hacer frente a ese proceso, autonomía, etc.

Maddox (1995) define la vejez competente como la habilidad individual de cuidar de uno mismo y de ser capaz de llevar a cabo las actividades requeridas para vivir independientemente, tanto desde la perspectiva funcional, como desde la dimensión psicológica, en-

tendida como la disposición de una serie de habilidades cognitivas necesarias para solucionar los problemas de la vida diaria.

Envejecimiento activo

Birren J. et al. (1996) utiliza un nuevo término, el de envejecimiento activo, formado por aquellos mayores que en la última etapa de la vida son relativamente aptos y tienen los recursos necesarios para llevar a cabo actividades de forma consistente. Es importante tener en cuenta aquí dos cosas:

- a) Que no existen diferencias excesivas entre los conceptos que hemos analizado.
- b) Que posiblemente sea un error intentar hablar de éxito, de competencia, de envejecimiento activo pensando en un envejecimiento universal. En esta fase del ciclo vital, tal vez siguiendo la teoría de la canalización de Wadignton, paralelamente a la edad aumenta la diversidad y las diferencias individuales terminarán siendo la esencia de la vida humana.

Bienestar psicológico

Numerosos investigadores señalan que la última meta del envejecimiento con éxito debería ser el bienestar psicológico, pero ¿qué es el bienestar psicológico? En última instancia es algo que se experimenta a través de una sensación de satisfacción, un sentimiento o estado positivo percibido por la persona, derivada de una evaluación afectiva y cognitiva que el sujeto hace de la vida en conjunto.

Concretamente Liang (1985) describe este estado como «las evaluaciones cognoscitivas y afectivas que el individuo hace de la vida como un todo», es decir, que hace referencia a un concepto multidimensional medible a través de numerosos indicadores, entre ellos, Liang (1984) citaba: la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la felicidad, la congruencia y el afecto. Analicemos cada uno de estos factores:

1. Satisfacción con la vida: Para Krause (1991) la satisfacción por la vida puede ser analizada a través de cinco dimensiones: en primer lugar, entusiasmo versus apatía, relacionado con el nivel en que el individuo participa en actividades, se interesa por otras personas, actividades, etc. En segundo lugar estaría la resolución y fortaleza,

referida al grado en que las personas asumen la responsabilidad de su propia vida. En tercer lugar estaría la congruencia relacionada con la adecuación entre las metas y los logros. En cuarto lugar el autoconcepto, relacionado con la imagen positiva que la persona tiene de su yo físico, psíquico y social. Y finalmente en quinto lugar, tendríamos el tono del estado de ánimo, vinculado a las actitudes optimistas y sentimientos felices de la persona.

Según Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) el *bienestar psicológico* se da cuando:

- a) La persona obtiene placer de las actividades que realiza en su vida cotidiana.
- b) Cuando la persona evalúa que su vida ha sido significativa y la acepta.
- c) Cuando la persona experimenta que ha alcanzado sus principales metas.
- d) Cuando la persona logre un autoconcepto positivo.
- e) Y cuando la persona mantenga una actitud optimista y un estado de ánimo feliz.

2. Ánimo: Es el segundo factor del bienestar subjetivo, que puede ser entendido como una condición mental o emocional de la persona relacionada con la alegría, la confianza, el entusiasmo, etc. El instrumento más empleado para medir este factor es la "Escala del ánimo del Centro Geriátrico de Filadelfia", la denominada PGC de Lawton (1975) que analiza tres componentes básicos:

- a) los niveles de agitación: estudiados a través de frases como «este año me molestaron pocas cosas», «tengo miedo de muchas cosas», «ahora me enfado más que antes», etc.
- b) Insatisfacción: analizada a través de frases como: «la vida no vale la pena», «la vida me resulta difícil», «tengo muchas razones para estar triste», etc.
- c) Actitudes hacia el envejecimiento: «cuando uno envejece las cosas empeoran», «cuando uno envejece deja de ser útil», etc.

Los estudios de Liang y Bollen (1983) destacan la utilidad de esta prueba del bienestar subjetivo.

3. Felicidad: Es considerada otro aspecto importante del bienestar subjetivo, entendida como una cualidad o estado caracterizado por placer, deleite, etc., Liang (1985) la define como «un afecto positivo o una evaluación cognoscitiva de afecto positivo a largo plazo». Suele entenderse que la felicidad no es algo heredado sino una capacidad para desarrollar.

Rojas E. (2004) la define como «*un estado de ánimo personal e intransferible, de alegría y paz, como resultado de lo qué es la vida hasta un momento determinado*», incluso insiste en que no se trata de una variable objetiva aunque pueda requerir condiciones materiales, pero su logro está vinculado a una cierta madurez de la personalidad como puerta de entrada y luego a la vida como proyecto, de alguna manera vinculado a tres grandes referentes: amor, trabajo y cultura (Rubio Herrera, 1996).

Los estudios que se han centrado en la felicidad, entre los que merece citarse las aportaciones de los psicólogos Averill y More (1993) cuando destacan que la felicidad está relacionada con el buen funcionamiento de tres sistemas conductuales: biológico, psicológico y social. Así, en primer lugar, el funcionamiento óptimo del sistema biológico es un elemento importante en el logro de la felicidad; el segundo elemento es el sistema psicológico, el cual enfatiza en que un elemento relevante, es por ejemplo, la motivación psicológica que conduce a la «autorrealización». El tercer componente sería el aspecto social. Hay que tener en cuenta que nuestra interacción con los otros y con el entorno es crucial para el logro de la felicidad.

Estos tres sistemas adquieren mayor o menor peso en cada persona en particular, así por ejemplo, para un individuo hedonista es más importante lo biológico; para el individualista, lo psicológico, y para el altruista, la social.

La felicidad al final puede ser interpretada, según Rojas E. como *El Arte de Vivir*, un difícil arte que muy pocos lo logran.

4. Congruencia: Es generada por la evaluación cognoscitiva entre las metas o proyectos de una persona y lo qué se ha alcanzado. Rapkin y Fischer (1992) manifestaban que la congruencia es un importante elemento para encontrarle significado a la vida, para darle coherencia.

En un estudio realizado por Reker, Peacock y Wong (1987) manifiestan que el propósito de vida y el control de la vida predecían el bienestar psicológico y físico, mientras que las dimensiones de vacío de existencia, búsqueda de metas y aceptación de la muerte predecían aflicción física y psicológica. En los ancianos se data un sentimiento creciente de propósito de vida y una mayor aceptación de la muerte. Mientras que el vacío existencial es mayor en los jóvenes y en los ancianos, lo cual se explicaría porque los jóvenes aún no han encontrado unas metas profesionales claras y los mayores están delante de una pérdida de roles, laborales, familiares, etc.

5. Afecto: Se entiende como el sentimiento positivo o negativo de una persona. El afecto se apoya en las emociones y sentimientos. Los estudios de Baker et. al. (1992) señalan que el afecto tiene un componente hereditario y otro ambiental, y es uno de los aspectos más importantes del bienestar subjetivo.

Encontrar el significado a la vida: estamos aquí ante un aspecto clave, ya comentado en la teoría de Erikson. La *búsqueda del significado de la vida* es un aspecto esencial del desarrollo ontogénico del hombre. El no encontrarle sentido conduce a la ansiedad, depresión, vacío existencial, etc.

Para otros autores, el éxito está vinculado con llegar a la sabiduría. Son muchos los estudios que han señalado a la sabiduría como última meta del desarrollo, pero ¿qué es la sabiduría?

Hace diez años en un capítulo escrito en la obra *Desarrollo cognitivo*, publicada en Ed. Síntesis por V. Bermejo, en la pág. 472, definía la sabiduría como «un tipo de inteligencia capaz de operar con los principios de contradicción, paradoja y cambio». Personas capaces de resolver los problemas de la vida, de identificar la verdadera dimensión, las alternativas y las soluciones utilizando de forma combinada, los aspectos cognitivos, los reflexivos y los afectivos.

Diez años más tarde vuelvo a preguntarme ¿cuál es el sendero que conduce a la sabiduría? entendiéndolo por tal las ganas de seguir viviendo, la capacidad de diseñar proyectos, de entender los principios de la contradicción y del cambio constante. Diez años más tarde respondería que hay que tener en cuenta tres supuestos al hablar de ese sendero:

- a) Que la sabiduría es un camino y no una meta.
- b) Que el primer condicionamiento de ese camino está en el equipaje que traemos. Hay quien llega a este sendero con maletas de inmenso peso construidas en orfanatos, en pueblos asolados por las guerras, hay maletas llenas de portarretratos vacíos, maletas llenas de soledad, de marginación, hay maletas llenas de éxitos, de esperanza....
- c) El tercer condicionante para iniciar ese sendero con nuestra maleta son las **fuerzas**, hablemos de fuerzas llamadas motivación, llamadas deseos de aprender, deseos de vivir.

La sabiduría es uno de los atributos más importantes que puede asociarse a las personas mayores. Hemos visto que se trata de un concepto difícil de precisar ya que una persona sabia depende en gran medida del contexto en el que se valoren sus pensamientos y acciones. Smith y Baltes (1990) entienden la sabiduría como un *conocimiento experto en los aspectos pragmáticos fundamentales de la vida*, que va a permitir al individuo una comprensión y un criterio excepcional sobre los aspectos complejos e inciertos de la condición humana. Por último queremos destacar algunas pautas para la exploración cognitiva (Rubio y Cabezas, 2010, en Millán Calenti), obra en la que analizamos distintos métodos para su valoración.

6. Algunos indicadores de los estilos de vida en los adultos mayores europeos

Hemos hablado hasta aquí de envejecimiento con éxito, envejecimiento activo, etc., el camino para llegar hasta ellos lo marca en parte nuestros estilos de vida.

La OMS define los estilos de vida «como una forma general de vida, basada en la interacción de las condiciones de vida en un sentido amplio y de los patrones individuales de conductas determinadas por variables socioculturales y las características personales.

El estudio de los estilos de vida es hoy uno de los temas prioritarios de la investigación. Realmente cuando hablamos de estilos de vida estamos haciendo alusión a maneras o formas de vivir, posiblemente este concepto fue utilizado inicialmente por la filosofía marxista y posteriormente por el sociólogo Max Weber cuando, por ejemplo, señalaba que el nivel económico, la educación o la ocupación son determinantes importantes de un nivel o status social. Más recientemente

merece citarse la teoría de Coleman, que define los estilos de vida como patrones generales de estilos cognitivos, de motivos, etc.

Pero para hablar de los estilos de vida hay que comenzar hablando de la distribución del tiempo, de las actividades desarrolladas a lo largo de las 24 horas, porque en la *distribución que hacemos de esas 24 horas*, es donde se plasman las desigualdades sociales y las diferencias entre individuos.

Los primeros estudios del tiempo se iniciaron en los años sesenta, (Havighurst, 1961; Rowe and Kahn, 1998; Everard, 1999), correlacionando la distribución del tiempo con el envejecimiento satisfactorio, es decir, que el estudio del tiempo es un importante indicador de los procesos de envejecimiento que nos permite conocer los aspectos cualitativos de la calidad de vida de las personas mayores a nivel individual y en el contexto de cada sociedad, la cual está a su vez sufriendo importantes cambios históricos.

En las figuras 1a, 1b y 2 se presentan algunos datos a modo de radiografía europea, que dan cuenta de las actividades de los individuos, mediatizadas por la edad, género, nivel cultural, etc., y de las tendencias sociales que se dan en cada país y en cada momento histórico, datos que serán básicos para la formulación de políticas sociales destinadas a las personas mayores.

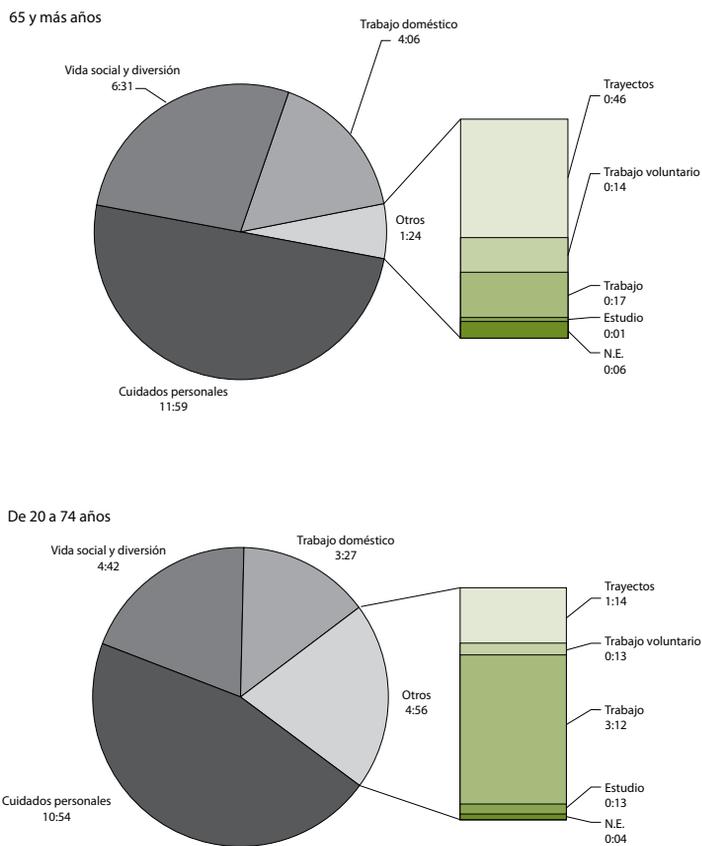
¿A qué dedican su tiempo los mayores europeos? Se exponen a continuación algunos datos de esa distribución horaria.

Nos hemos detenido dentro de los indicadores de calidad de vida, en «la actividad», porque se correlaciona con la salud, las relaciones sociales, la independencia y autonomía; ya decía Goethe «una vida inactiva es una vejez prematura».

En la población europea encontramos las siguientes actividades preferentes:

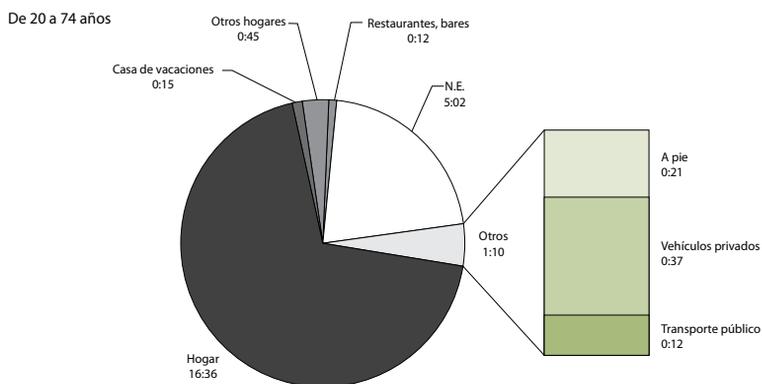
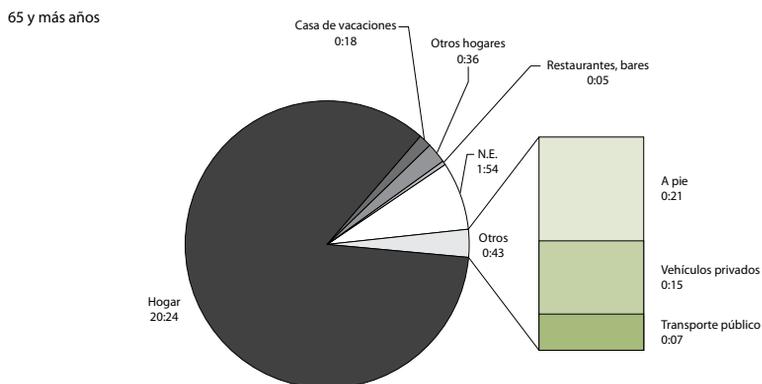
- actividad vinculada con el trabajo doméstico y familiar,
- actividad destinada a trabajo voluntario y apoyo informal,
- actividades vinculadas al tiempo libre (ocio, relaciones sociales, deportes, etc.) (tablas 3 y 4).
- actividades vinculadas con trabajo profesional, y
- actividades vinculadas con las necesidades del primer nivel de la pirámide de Maslow: las biológicas.

Figura 1a
Distribución del tiempo en un día promedio entre las actividades principales
en catorce países de la Unión Europea.
Mayores de 65 años y población de 20 a 75 años



N.E.: Empleo del tiempo no especificado

Figura 1b
Distribución del tiempo en un día promedio entre las distintos lugares en doce países de la Unión Europea.
Mayores de 65 años y población de 20 a 74 años



En ambos géneros son las actividades vinculadas al hogar las que ocupan mayor espacio de tiempo (figura 2).

Figura 2
Distribución del tiempo en un día promedio entre distintos lugares
en doce países de la Unión Europea, según sexo.

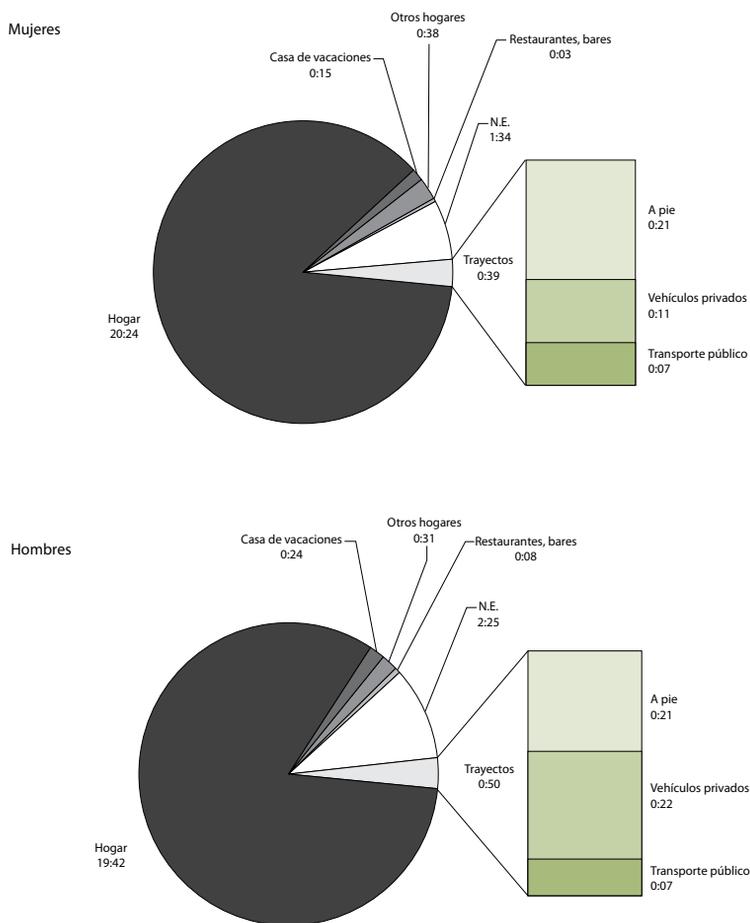
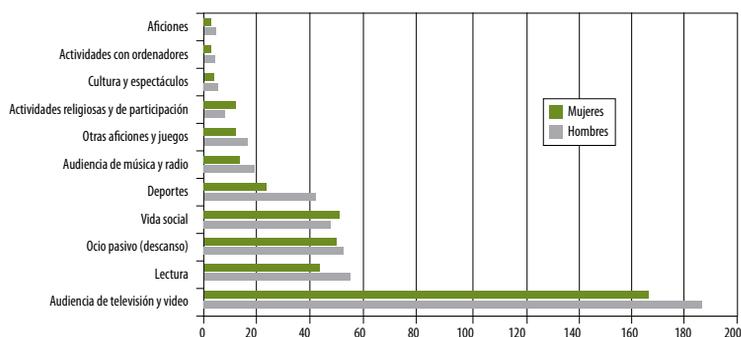


Tabla 3
Tiempo en actividades de ocio de las personas mayores
según sexo en catorce países de la Unión Europea (y II)

	Francia	Hungría	Italia	Letonia	Lituania	Polonia	Suecia
Hombres							
TOTAL	379	436	433	380	356	403	450
Actividades religiosas	4	3	7	2	5	16	1
Otras actividades de participación	-	1	1	0	1	1	3
Vida social	38	45	64	33	36	49	51
Cultura y espectáculos	3	1	2	3	0	1	4
Ocio pasivo (descanso)	9	66	60	45	44	34	49
Deportes	53	19	56	41	27	33	44
Aficiones artísticas	3	2	2	2	1	1	5
Juegos de ordenador y video-juegos	3	1	0	0	-	0	0
Otras actividades con ordenadores	-	0	2	1	0	1	5
Otras aficiones y juegos	20	12	25	5	2	8	24
Lectura de libros	1	12	5	21	6	10	18
Otras lecturas	52	35	32	33	30	27	57
Audiencia de televisión y vídeo	184	224	172	177	168	202	176
Audiencia de música y radio	9	14	4	16	36	20	15
Otras actividades	0	-	0	0	-	0	1
(N)	(1.297)	(2.686)	(3.865)	(444)	(654)	(2.498)	(448)
Mujeres							
TOTAL	329	392	332	340	297	355	424
Actividades religiosas	6	8	19	11	12	38	2
Otras actividades de participación	-	1	0	0	1	0	2
Vida social	44	47	55	37	36	52	66
Cultura y espectáculos	2	0	1	0	0	0	4
Ocio pasivo (descanso)	8	56	61	46	36	34	43
Deportes	26	7	19	20	13	19	30
Aficiones artísticas	1	8	1	1	0	1	3
Juegos de ordenador y video-juegos	0	0	0	0	-	0	0
Otras actividades con ordenadores	-	0	0	0	-	0	2
Otras aficiones y juegos	18	7	7	3	4	6	31
Lectura de libros	2	12	6	17	10	13	16
Otras lecturas	42	18	15	25	19	17	51
Audiencia de televisión y vídeo	175	218	144	163	153	159	155
Audiencia de música y radio	5	9	4	16	13	16	17
Otras actividades	0	-	0	1	-	0	1
(N)	(1.749)	(4.401)	(5.140)	(765)	(964)	(3.652)	(398)

Tabla 4
Actividades de ocio y tiempo libre de las personas mayores según sexo



Relaciones sociales, dónde viven y con quién conviven

En general, los adultos mayores de los 14 países europeos dedican más de cuatro horas a las tareas domésticas. En este contexto, España es uno de los países que ocupa menos tiempo en esta actividad, tan sólo tres horas y cuarenta y un minuto, superado sólo por Finlandia con tres horas y ocho minutos. También es importante señalar que las diferencias de género son muy importantes en España, junto a Eslovenia e Italia, mientras que en otros países la diferencia hombre/mujer no es tan acentuada.

Merece destacarse en los datos que hemos presentado, la gran parte del tiempo que los europeos dedican a las relaciones personales, con algunas excepciones como Francia o Letonia que dedican menos de una hora.

Y en relación al ocio predomina el denominado ocio pasivo, ver televisión y video, seguido de la lectura para los hombres, y de ocio pasivo. Tal vez es importante cuando estudiemos los niveles de satisfacción vital correlacionarlos con el predominio o ausencia de actividad, música, deporte, vida social, pues posiblemente son actividades que deberían incrementarse.

Conclusión

Hemos expuesto algunos datos sobre estilos de vida de la población europea, pero quizás lo importante no está en lo que hacen las personas, sino lo que sienten por lo que hacen. A modo de síntesis este camino que hemos planteado hacia el envejecimiento con éxito, o envejecimiento activo, debería contar con los siguientes factores:

a) La curiosidad

Dicen los psicólogos evolutivos que los niños entre los 4 y 8 años formulan un promedio de treinta y cinco preguntas por hora; cuando nos hacemos adultos las preguntas disminuyen; cuando llegamos a mayores casi desaparecen. Sólo los que *continúan preguntando, continúan siendo jóvenes, continúan creciendo.*

Preguntar es manifestar una curiosidad y tener curiosidad es seguir aprendiendo y seguir teniendo esperanza. Pero muchas personas mayores ya dejaron de preguntar, muchas personas mayores claudicaron diciendo «ya a mi edad qué puedo aprender», una frase que se parece mucho al letrero que Dante pone a la entrada del infierno: «Dejad aquí toda la esperanza».

No, no podemos dejar de perder la esperanza porque cumplimos 70, 80 ó 90 años. En psicología hablamos de teorías de la motivación. ¿Cuál es el móvil que lleva al ser humano en la senectud a seguir preguntando, a seguir aprendiendo, a seguir buscando? Podríamos dar mil respuestas, pero tal vez hay una que reúna a casi todas ellas: *La búsqueda de la felicidad*, de ese bienestar subjetivo que hemos analizado anteriormente.

b) La repetición entendida como constancia

Este es otro factor esencial en el aprendizaje. Decía Kierkegaard que «los adultos debemos aprender de los niños a disfrutar de la repetición». Cuando hay bienestar subjetivo, cuando hay felicidad, la repetición se da, se busca. Pensemos cuando estamos a gusto en un lugar, o con una persona, o con una actividad, tendemos a repetir la situación. Quizás convenga aquí diferenciar entre la repetición buscada, que culmina en el aprendizaje, en la satisfacción, de la repetición monótona de lo cotidiano, de lo cíclico y de los efectos de habitualización.

c) Los proyectos

La búsqueda de la felicidad se encarna en los proyectos, en lograr un amigo, un viaje o aprender algo. Y el valor de los proyectos no está en las metas, sino en el camino que pone en marcha toda la maquinaria para avanzar, para vivir.

Dejar de hacer proyectos es el camino más directo a la depresión. La muerte más triste es la del aburrimiento.

d) Valorar la importancia de las pequeñas cosas

Tal vez un rasgo de sabiduría está en que en la juventud, la felicidad se asocia a la conquista de grandes cosas: matrimonio, dinero, grandes viajes, etc. Con la edad necesitamos *aprender* que no son las grandes cosas las que dan sentido a la vida, sino las pequeñas. Debemos aprender a leer la letra minúscula y recordar que tal vez cuando hablemos de éxito se debe tener en cuenta que: *El éxito en la vida no se mide por lo que hemos logrado, sino por los obstáculos que hemos tenido que enfrentar en el camino.*

Referencias bibliográficas

- Averill J. y More T. (1993). Handbolk of Emotions. Happiness. En Lewis y Haviland (eds.) Nueva York: The Guildford Press, 617-630.
- Baker LA et al. (1992). Genetic and environmental influences on positive and negative affect: support for a 2-factor theory. *Psychology and Aging*, 7, 158-163.
- Baltes Py Baltes M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. y Baltes, M.(Eds.). *Successful Aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes PB. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: selection, optimization and compensation as foundations of the developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-381.
- Baltes MM y Reichert M. (1992). Successful ageing: the product of biological factors, environmental quality, and behavioural competence. In George, J. and Ebrahim, S. (Eds) *Health care for Older women*, 236-256, Oxford: Oxford University Press.
- Baltes MM y Carstensen LL. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes MM y Carstensen LL. (1999). Social-psychological theories and their application to aging. From individual to collective. In Bengtson, V. and Schaie, K.W. (Eds.). *Handbook of theories of aging*, 209-226, New York: Springer Publishing Co.
- Baltes P y Smith J. (2003), *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to de dilemmas of the fourth age*. *Gerontology*. 49, 123-135.
- Baltes P y Smith J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V.L. Bengtson and K.W. Schaie (Eds). *Handbook of theories of aging*, 153-173. New York: Springer Publishing Co.
- Birren J et al. (1996) *Encyclopaedia of Gerontology, age, aging and the aged*. Academic Press.
- Brandstädter J y Greve W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 1-29.
- Butler R, Lewis M y Sunderland T. (1991). *Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches (4th. Ed.)* New York: MacMillan.
- Cowdry E. (1990): *Problems of aging*. Baltimore. Wiilliams, M.D. and Wilkins Craig. F. (1990). Changes in memory with normal aging: A functional view. In Wurtman. R. J. (Eds). *Advances in neurology, Alzheimer's Disease*, 51, 201-205. New York: Raven Press.

- Erikson E. (1979), Reflections on Dr. Borg's life cycle. In Erikson, E. (Eds.) *Adulthood*. New York, Norton.
- Erikson E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson E. (1982). *The life cycle completed: a review*, New York, Norton.
- Erikson E. y Cobs. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: Norton.
- Freund AM y Baltes PB. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- Gerontological Books. (2001). *Kassler Gerontologische Schriften*, 16.
- Havighurst R. (1961). Successful Aging. *Gerontologist*, 1(4-7).
- Heckhausen J y Lang ER. (1996). Social construction and old age: normative conceptions and interpersonal processes. In Semin, G. and Kiedler, K. (Eds.). *Applied social psychology*. London: UK, Sage.
- Katzko MW, Steverink N, Dittmann-Kohli F y Rubio Herrera R. (1998). The self-concept of the elderly: A cross-cultural comparison. *International Journal of Aging and Human Development*, 46(3), 171-187.
- Krause N. (1991). Stressful events and life satisfaction among elderly men and women. *Journal of Gerontology*. 46, 584-592.
- Lawton MP. (1975). *Planning and managing housing for the elderly*. New York: Wiley.
- Lerner RM. (1995): Developing individual within changing contexts: Implications of developmental contextualise for human development, research, policy and programs. In T.A. Kindermann and J.Valsiner (Eds.) *Development of person-context relations*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Liang J. (1984). Dimensions of the Life Satisfaction Index A: A structural formation. *Journal of Gerontology*, 39, 613-622.
- Liang J. (1985). A structural integration of the affect balance scale and the Life Satisfaction Index A. *Journal of Gerontology* 5, 552-561.
- Liang J y Bollen K. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Centre Moral Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Maddox G. et al. (1995). *The Encyclopaedia of Aging* (2da. Ed.). New York: Springer Publishing Company. Cfr. Imtersomayores.csic.es
- Marsiske M, Lang F, Baltes P y Baltes M. (1995). Selective optimization with compensation: life-span perspectives on successful human development. En R. Dixon y Backman L. (Eds.). *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. Mahwah, NJ: Erlgaum, 35-79.
- Maslow AH. (1970). *Motivation and personality* (2da. Ed.) New York: Harper and Row.
- Millán Calenti JC. (2010) *Gerontología y Geriatría. Sección Médica*. Edición Panamericana.

- Neugarten B, Havighurst R y Tobin S. (1961). The measurement of life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Rapkin V y Fischer K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging / 7*:138-149.
- Reker G, Peacock E y Wong P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42, 44-49.
- Riley M y Riley J. (1994). Age integration and the lives of older people. *Gerontologist*, 34, 110-115.
- Rojas E. (2004). Los lenguajes del deseo. Madrid: Editorial Temas de hoy, 31.
- Rowe JW and Kahn, RL. (1998). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Rubio Herrera R. (1993), «Estudio sobre los posibles selves en jóvenes adultos y ancianos españoles». Capítulo en el libro de la Serie Kassel.
- Rubio Herrera R. (1996). Desarrollo de la inteligencia en la adultez. En Bermejo, V. Desarrollo cognitivo, Madrid: Editorial Síntesis Psicología.
- Rubio Herrera R. (2003) ¿Cuándo comienza la dependencia en el mayor? *Geriatría*, 19 (9-10), 11-18.
- Rubio Herrera R. (2003). En Rubio Herrera y Schmitz-Scherzer, R. (2003). Die familie in Spanien. Zwischen tradition und wandel. *Gero. Kreuzlingen*.
- Rubio Herrera R y Casado JL. (1996). El sistema de significación personal. En: Sáez Narro, N., Rubio Herrera, R. y Dosil M.
- Rubio Herrera R y otros (Eds). (1996). *Temas de Gerontología*. Granada: Publicaciones Máster de Gerontología.
- Sáez Narro N, Rubio Herrera R y Dosil Maceira A. (1996). *Tratado de Psicogerontología*. Promolibro, Valencia.
- Salthouse TA. (1999): Theories of cognition. In V.Bengtson and K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of theories of aging*, pág. 196-208, New York, Springer Publishing Co.
- Smith J y Baltes P. (1990). Wisdom-related knowledge: age/cohort differences in response to life-planning problems. *Developmental Psychology*, 26, 494-505.
- Solomón DH. (1999). The role of aging processes in aging-dependent diseases. In V. Bengtson y K. Schaie (Eds.) *Handbook of theories of aging*. New York: USA, Springer Publishing Co., 133-150.

Cuidados y cuidadores

Marialcira Quintero Osorio
Universidad del Zulia

Introducción

Cuidados y cuidadores son términos muy usados en el lenguaje diario de profesionales y legos al referirse a adultos mayores. Sin embargo, la bibliografía específica sobre estos dos importantes conceptos es escasa, general y muy dispersa, razón por la cual se estimó pertinente desarrollar en este capítulo los aspectos más relevantes del proceso humano y profesional de *cuidar* y de las *acciones de los cuidadores*, con el propósito de ofrecer a estudiantes y profesionales algunas orientaciones sobre las competencias éticas, cognoscitivas, afectivas y psicomotoras, que todos los interesados en el área deben adquirir y demostrar.



En términos generales, se asocia el término *cuidar* a situaciones de enfermedad, fragilidad, vulnerabilidad y abandono, a carencias, a necesidad de apoyo y a otras similares, especialmente, cuando se hace referencia a personas mayores, lo cual puede ajustarse a la realidad, pero no es la única visión que se pretende ofrecer en este capítulo.

Conceptualizar al cuidado sólo como acciones que se emprenden cuando existe una debilidad o carencia, es limitar su verdadero alcance. Cuidar a adultos mayores implica la ejecución planificada de acciones de promoción, fomento, mantenimiento y protección de la salud, cuyo propósito último es estimular la autonomía, la inde-

pendencia y mejorar la salud y la calidad de vida de los mayores en sus hogares, comunidades, centros hospitalarios y de larga estancia, y la de sus familias.

Cuidar de acuerdo a algunas acepciones referidas en el Diccionario de la Real Academia Española (2007) es *poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. Asistir, guardar, conservar. Cuidar un enfermo. Discurrir, pensar. Cuidados* en consecuencia, son acciones que todas las personas realizan en el diario vivir, en la familia, en el ambiente laboral y social. Se cuida a los niños, a las plantas, a los animales, a objetos inanimados, al prestigio, etc., en otras palabras, todos los humanos cuidamos a alguien o a algo. El cuidar es indispensable para la vida y la supervivencia.

Pese a lo anterior, al referirnos a *cuidados* en este capítulo nos estaremos refiriendo tanto a las acciones planificadas, organizadas, ejecutadas y evaluadas por personal profesional de salud, que ha recibido formación académica y que ha adquirido competencias específicas para ofrecer apoyo a los adultos mayores sanos o enfermos, a sus familias y a las comunidades, así como por el personal no profesional que ha recibido entrenamiento para ejercer algunas acciones de cuidados de baja complejidad y con supervisión.

Malvárez (2007) en el documento *El reto de cuidar en un mundo globalizado*, presenta profundas reflexiones sobre el *cuidado* y *el cuidar*. Señala que «el cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia». Plantea, además, que el cuidado incluye dos aspectos que están estrechamente relacionados:

«el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, que supone una implicación afectiva con el otro, cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción; cuidar también es pensar.»

Este capítulo ha sido escrito con el propósito de ofrecer a todas las personas que participan en la promoción, fomento, mantenimiento, recuperación o rehabilitación de la salud de los adultos mayores, herramientas que les ayuden a adquirir o a fortalecer competencias en la búsqueda de la excelencia del ejercicio de su rol de *cuidadores*.

Cuidados

Médicos, enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, gerontólogos y sociólogos entre otros profesionales, cumplen acciones dirigidas a la atención de la salud de las personas, pero de todas las profesiones de las ciencias de la salud, *enfermería* es la que asume el *cuidado* como la esencia del ejercicio profesional. La definición de *enfermería* que ofrece el Consejo Internacional de Enfermería (2007), expresa que:

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

Son las enfermeras y enfermeros, quienes mediante importantes procesos educativos han profesionalizado el arte del cuidado de la vida de las personas y los colectivos, convirtiendo al *cuidado* en la base conceptual de la profesión. García y Martínez (2001) afirman que «el saber enfermero se configura como un conjunto riguroso y sistemático de conocimientos sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado, el cual constituye la función propia de la profesión».

Coincidimos con lo expresado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG, 2006) cuando afirma que el cuidar es una situación que muchas personas experimentan en el transcurso de sus vidas y que la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera entre cuidadores, tales como: por qué se cuida, a quien se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de dependencia, el apoyo que prestan otras personas y miembros de la familia de la persona cuidada, entre otros.

Cuidar es una actividad propia y fundamental de la humanidad para la conservación de la vida. El cuidar no es una acción exclusiva del personal de enfermería. Todos los integrantes del equipo de salud ejercen acciones de cuidado en cada una de sus especialidades, si consideramos que las mismas están dirigidas a la promoción, mantenimiento y restauración de la salud. Sin embargo, ser un cuidador calificado y ofrecer cuidados de calidad, no es un asunto del azar ni de improvisaciones. Ser un cuidador de adultos mayores requiere,

además de una gran disposición, un proceso de formación y de adquisición de competencias, que son las que le permitirán realizar los cuidados holísticos individuales y colectivos necesarios.

Cuidadores

Un cuidador, es la persona que realiza acciones de cuidado profesionales o no profesionales. Los primeros ejercen su actividad laboral con la autonomía que les proporciona sus competencias, su nivel académico de formación y las leyes que regulan el ejercicio de su profesión. Siendo así, los profesionales miembros del equipo de salud desde su perspectiva profesional específica, cumplen con sus roles de asistencia, investigación, docencia y gerencia enfocados en la salud y la vida de los adultos mayores.

Una de las mayores responsabilidades de los profesionales de la salud es su permanente formación. Si bien es cierto que las instituciones formadoras de recursos humanos, especialmente las de educación superior, son responsables por ofrecer respuestas académicas a las necesidades actuales y futuras de la población sobre la base de la situación del envejecimiento demográfico, no es menos cierto que los profesionales que a diario se enfrentan con situaciones para las cuales no recibieron formación, tiene responsabilidad de exigir dicha formación a los entes académicos y gremiales, así como también el deber de convertirse en autogestores independientes de nuevos aprendizajes.

Estudios de población en América Latina realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2002), dan cuenta del crecimiento sostenido del grupo de personas mayores de 60 años. En el futuro próximo, en las comunidades de América Latina vivirán muchas más personas mayores con edades superiores a la actual expectativa de vida, razón por la cual la anticipación a sus demandas de salud se impone ahora; los cuidados en el hogar y en la comunidad serán imperativos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) en el documento CSP26/13 *La salud y el envejecimiento*, presentado en el marco de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, del 23-27 de septiembre en Washington D.C., plantea que:

El envejecimiento de la población de la Región de las Américas tiene tres características esenciales: todas las naciones lo están experimentando; el rápido crecimiento de la población que está envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores social y de la salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención; y la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores es posible solo si los gobiernos prestan el apoyo adecuado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) citándose a sí misma en el documento EB115/29 define *envejecimiento activo* como «el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece». Además se expresa en el documento que la inversión en la salud de las personas adultas mayores en toda la Región de las Américas es una inversión en el desarrollo y que las evidencias demuestran la eficiencia de las estrategias de salud pública para la promoción del envejecimiento en actividad y la disminución de discapacidades prematuras.

Ante estos hechos irrefutables, resulta imperiosa la planificación anticipada a las demandas que surgirán en el campo de la salud. Los países deberán asumir el compromiso de crear las condiciones sociales y económicas que garanticen la atención integral de los adultos mayores, y las instituciones de educación superior, la de formar cuidadores profesionales competentes en todas las áreas de las ciencias sociales y de la salud, a nivel de pre y de posgrado.

Tipos de cuidadores

Se reconocen dos tipos de cuidadores para atender las necesidades de salud de los adultos mayores: los profesionales y los no profesionales. Los primeros son aquellos egresados de instituciones de educación superior, que han adquirido durante su formación de pre o posgrado competencias en el área gerontológica o geriátrica. Por su parte, los no profesionales son personas que han recibido algún tipo de entrenamiento para ayudar en las actividades de mínima complejidad del cuidado, y los cuales actuarán siempre bajo la supervisión de un profesional calificado. Generalmente, son personas con conocimientos básicos de enfermería y con buena disposición para el trabajo con personas mayores: empleados formales y en muchas ocasiones la familia, vecinos y voluntarios. Estos aspectos se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1
Tipo de cuidador, actividad y nivel

Tipo de cuidador	Actividades	Nivel
Profesional	Autónomas	Complejas
No profesional	Supervisadas	Baja complejidad

Fuente: Quintero, M (2007)

Competencias generales de los cuidadores

Un aspecto fundamental se refiere a las *competencias de un buen cuidador*. ¿Cuál es el perfil deseado de un cuidador de adultos mayores? ¿Pueden existir diferencias en el perfil de un cuidador profesional y uno no profesional? ¿Cuáles competencias deben tener los cuidadores? En los siguientes párrafos, intentaremos responder a estas interrogantes.

Al referirnos a las competencias de los cuidadores profesionales y no profesionales, entendemos aquéllas de tipo éticas, cognoscitivas, psicomotoras y afectivas, que les permiten promover y mejorar la salud y la calidad de vida de los adultos mayores; el nivel de formación académica de los cuidadores sólo define los límites y nivel de cuidados que se ofrecen, y no la calidad de los mismos. En este sentido, la afinidad de los trabajadores de la salud por los adultos mayores debe reflejarse en actitudes fundamentales para lograr una efectiva interacción humana y profesional: paciencia, tolerancia, buen humor, respeto, compasión y empatía, son condiciones fundamentales que todos los cuidadores de adultos mayores deben poseer, ejercitar y demostrar.

Una actitud positiva hacia la vejez, es otro factor determinante; un buen cuidador reconoce que cada adulto mayor es único, que cada uno envejece de forma diferente, que no todos sufren de enfermedades, de discapacidades, ni que son frágiles al extremo, que la mayoría es autónoma y capaz de tomar sus propias decisiones de vida, que con su experiencia pueden enseñar y ayudar a otros, que pueden aprender nuevos conocimientos y adquirir nuevas habilidades y que pueden vivir a plenitud con salud, optimismo y esperanza. En la tabla 2 se presentan las condiciones requeridas en un cuidador de adultos mayores.

Tabla 2
Condiciones de los cuidadores de adultos mayores

Paciencia
Tolerancia
Buen humor
Optimismo
Respeto
Compasión
Empatía
Salud
Actitud positiva sobre la vejez

Fuente: Quintero, M (2007)

No puede dejar de mencionarse que una importante competencia pocas veces referida pero fundamental en el cuidado a los adultos mayores, es la capacidad que deben desarrollar todos los integrantes del equipo de salud, para interactuar en el ejercicio del liderazgo funcional. El centro de las acciones profesionales es la persona mayor sobre la cual giran en forma dinámica, armónica y organizada, los gerontólogos, nutricionistas, enfermeros, trabajadores sociales, médicos, odontólogos, psicólogos y otros profesionales, cuyo objetivo común es mejorar su salud y calidad de vida.

Además de las competencias éticas y afectivas, es imperativo en el caso de los cuidadores profesionales, el dominio de conocimientos generales y específicos de cada profesión sobre el envejecimiento y la salud de las personas mayores. El cuidado profesional parte del hecho de conocer al sujeto de nuestra acción profesional: los adultos mayores y sus necesidades.

En términos generales y en la práctica diaria, los cuidadores no profesionales entrenados y bajo supervisión, ayudan en la satisfacción de las necesidades básicas, con acciones tales como las relacionadas con la higiene, comodidad, arreglo personal, cambios de posición en cama, cuidados de la piel, de las uñas, alimentación oral, control de signos vitales y de líquidos ingeridos y eliminados, curaciones sencillas, prevención de accidentes, etc. Así mismo, pueden ayudar en la satisfacción de las necesidades de seguridad, al ofrecer compañía, demostrar respeto y al realizar sus tareas con eficiencia.

Afortunadamente en la mayoría de los países de América Latina, los adultos mayores viven con sus familias y se espera que así se mantenga y fortalezca, pues es un valor importante en nuestra cultura. Ello implica que la familia o alguno de sus miembros, principalmente las mujeres, se conviertan en cuidadores, situación para la cual hay que prepararse con el propósito de que el cuidar a un familiar que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades no se convierta en una pesada carga, sino en una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias de la vida.

Necesidades de los adultos mayores

Conocer las necesidades de las personas a quienes se cuida es un aspecto básico en el proceso de cuidado, por ello se hará referencia a las necesidades de los mayores apoyándonos en algunos autores expertos en esa materia.

La mayoría de los currícula de las ciencias sociales y de la salud incluyen el estudio de la Teoría de la Motivación Humana desarrollada por el psicólogo Abraham Maslow (1970), expresada gráficamente en la pirámide de la jerarquización de las necesidades humanas, en la cual la base está representada por las necesidades fisiológicas, seguidas por las de seguridad, las de amor y pertenencia, autoestima y finalmente en el vértice, la de autoactualización —o autorrealización—, en la que las necesidades fisiológicas corresponden a las de supervivencia, sin cuya satisfacción no es posible la vida; cuando éstas se satisfacen, emergen las siguientes en la pirámide y así en forma sucesiva hasta el lugar más alto en la que se ubican las de auto actualización.

Las necesidades fisiológicas incluyen entre otras: alimentación, descanso y sueño, actividad física, respiración, reproducción, ingesta de líquidos, eliminación de desechos, termorregulación, homeostasis, y comodidad. Las necesidades de seguridad se refieren a los requerimientos de vivienda, leyes y normas jurídicas de protección, ausencia de amenaza a la vida, vivienda, cobijo, estabilidad. Las necesidades de amor y pertenencia se refieren a las interacciones de afecto con la familia, pareja, grupos, amigos, echar raíces, compromiso, *sentirse parte de*. Las necesidades de autoestima se relacionan con el reconocimiento de los otros, del autoconcepto, confianza en sí mismo, independencia, libertad, estatus y dignidad. Autoactualización o autorrealización es la necesidad de alcanzar los sueños, llegar a ser, desarrollar todo el potencial, *ser lo que se pueda ser*.

Utilizando los conceptos de esta teoría, el rol del cuidador de un adulto mayor consiste en garantizar el mantenimiento de las necesidades que tiene satisfechas e identificar las no satisfechas o interferidas y ayudar a su satisfacción mediante acciones profesionales planificadas, que se inician siempre por las del nivel inferior o de supervivencia y continúan, en forma secuencial y ascendente, hasta las de autorrealización.

Otra clasificación de necesidades humanas de más reciente data es la planteada por las enfermeras Yura y Walsh en *Enfermería Gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*, de Burke & Walsh (1998), según la cual las necesidades se agrupan en: necesidades de supervivencia, de proximidad y de libertad. La tabla 3 recoge el planteamiento de esas autoras.

Tabla 3
Necesidades humanas

Necesidades de supervivencia	Necesidades de proximidad	Necesidades de libertad
Actividad	Aceptación	Autonomía
Adaptación	Apreciación	Belleza
Aire	Pertenencia	Desafío
Eliminación	Confianza	Conceptualización
Ingesta de líquidos	Humor	Ausencia de dolor
Intercambio de gases	Amor, ser amado	Autocontrol
Nutrición	Reconocimiento personal	Realización personal
Protección frente al temor	Integridad sexual	Experiencia espiritual
Percepción de la realidad	Cansancio	Territorialidad
Descanso, ocio	Imagen corporal saludable	Sistema de valores
Seguridad		
Integridad sensorial		
Integridad cutánea		
Sueño		

Fuente: Adaptación de Yura H. y Walsh, M.B., en Burke, M. y Walsh, M.B, (1998) *Enfermería gerontológica*, Harcourt Brace, Madrid

La teoría de la *necesidad humana* de Helen Yura y Mary Walsh, contempla a la persona mayor como un todo integrado y organizado, que busca satisfacer sus necesidades humanas. Plantean las autoras,

que cuando el enfermero apoya y estimula los intentos de los adultos mayores por satisfacer sus necesidades, se practica una asistencia holística y se reconoce la integridad de la persona mayor.

Sea cual fuere la teoría sobre la cual se fundamenten las acciones profesionales, es importante reconocer que de las necesidades básicas que ayudemos a satisfacer, dependerá en gran medida la salud y la calidad de vida de las personas mayores a quienes cuidamos.

Una de las competencias de los cuidadores en la que expresamente deseamos enfatizar es la que se refiere a la identificación de las fortalezas y capacidades de la persona mayor. En términos generales, los profesionales de la salud esperan identificar durante la valoración integral que se realiza al adulto mayor, sus problemas, carencias y quejas, pues se asume que es lo normal y hacia ese objetivo dirigen sus acciones. Craso error de interpretación. Una de las tareas más importantes que los cuidadores profesionales deben acometer durante la valoración es precisamente, la identificación de las fortalezas físicas, sociales, espirituales, mentales y éticas del adulto mayor, pues esta información les permitirá planificar acciones en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades interferidas.

Son fortalezas de un adulto mayor, entre otras: si vive en su hogar y tiene familia que lo cuida y respeta, si es independiente y se puede desplazar físicamente, si es autónomo en sus decisiones, si tiene fuentes de ingreso, si se percibe sano, si tienen acceso a servicios de salud, si cumple las recomendaciones de los profesionales de la salud, si disfruta de la compañía de amigos y familia, si es activo, si no fuma y no ingiere bebidas alcohólicas, si realiza actividades diversas que le satisfacen, etc. Cada una de las fortalezas identificadas debe ser reforzada y utilizada por los cuidadores como elementos de apoyo en el plan terapéutico de la atención integral de su salud.

Los adultos mayores, al igual que los adultos jóvenes y maduros, necesitan tener satisfechas todas sus necesidades para mantenerse en equilibrio y en salud; con frecuencia los cuidadores dedican mayores esfuerzos a ayudar a satisfacer las necesidades fisiológicas y de seguridad; sin embargo, no deben olvidarse las necesidades de amor y pertenencia, autoestima y autorrealización, frecuentemente interferidas en la vejez, y que se reflejan en situaciones como abandono familiar, soledad, disminución de ingresos económicos, pobreza, rechazo social, duelo o pérdida de la autonomía, entre otros.

Un cuidador formado debe ser competente en la identificación de los factores de riesgo de los adultos mayores, para ejecutar acciones de promoción de la salud que eviten la aparición de problemas físicos o sociales prevenibles (caídas, úlceras por presión, estreñimiento o aislamiento social). Otra acción que los cuidadores deben incluir en su planificación es la identificación de los miembros de la familia que puedan convertirse en apoyo efectivo a los efectos de su incorporación temprana al plan terapéutico y educativo. La familia es factor fundamental de soporte en la vida de los mayores.

Por otra parte, los cuidadores profesionales deben conocer los recursos formales e informales de la comunidad para utilizarlos oportunamente, así como las experiencias exitosas de programas en otros países, que puedan ser adaptados al medio local. La *Guía de Programas para Adultos Mayores*, de la Universidad Internacional de la Florida (2007), ofrece una excelente recopilación bibliográfica al respecto.

Conocer las necesidades básicas humanas es fundamental al ejercer el rol de cuidador de una persona mayor, así como también es imprescindible conocer los cambios propios del envejecimiento y sus consecuencias.

Cambios esperados en el envejecimiento y sus consecuencias

La primera evidencia objetiva de que se está envejeciendo, es a simple vista la aparición de canas en el cabello y arrugas en la piel, una de las manifestaciones externas de los cambios que se han ido produciendo en el organismo y en las funciones de las personas durante los años vividos. Vale decir, que los cambios son externos, internos, generalizados, heterogéneos y universales, que se producen en el transcurso de la vida y que afectan las funciones en las que intervienen; estos cambios por otra parte, dependen en gran medida del estilo de vida de la persona, de las condiciones de salud pre-existentes y de su interacción con el entorno. En la tabla 4 se presenta un resumen de los efectos generales de envejecimiento en los órganos y sistemas, y sus consecuencias.

Tabla 4
Cambios y consecuencias del proceso de envejecimiento

Sistemas-Órganos	Cambio	Consecuencias
Piel	Adelgazamiento de la epidermis, degeneración de fibras elásticas que dan soporte, engrosamiento del colágeno, disminución de glándulas sudoríparas y sebáceas y del flujo sanguíneo por disminución de la vascularización. Canas, cabello fino, arrugas, hundimiento de los ojos, caída del pelo. Lesiones benignas y malignas. Uñas frágiles y engrosadas, especialmente en los pies. Cambios pigmentarios. Placas seborréicas. Hiperqueratosis	Piel seca y frágil, con predisposición a lesiones, retardo en la cicatrización. Predisposición a úlceras por presión. Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel necesarias para la termorregulación. Dificultad para la adaptación al frío. Prurito.
Sentidos	Ojos: disminución de la elasticidad del cristalino, sequedad de la conjuntiva, cambios degenerativos en los músculos de la acomodación. Aparición del arco senil alrededor de la córnea. Oído: disminución de la audición de alta frecuencia. Presbiacusia. Excesiva acumulación de cerumen. Disminución de la producción de endolinfa. Degeneración del Órgano de Corti. Olfato, gusto y fonación: atrofia de las mucosas, degeneración neuronal, reducción de las papilas gustativas, atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.	Deterioro de la visión, especialmente en la oscuridad, dificultad para ver de cerca (Presbicia), dificultad para el cálculo de profundidad y la discriminación de los colores, disminución de producción de lágrimas. Es común el deslumbramiento. Dificultad para discriminar sonidos de tonos de frecuencia alta y la percepción, localización y discriminación de los sonidos. Alteraciones en el equilibrio, deterioro del control postural reflejo. Deterioro en el sentido del gusto y olfato; disminución en el reflejo de la tos y la deglución; cambios en la voz.
Sistema osteomuscular	Disminución de la masa muscular, de la potencia y resistencia de los músculos. Disminución de la densidad ósea. Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílagos. Disminución en la elasticidad y resistencia en las articulaciones. Rigidez articular.	Disminución de la fuerza muscular. Pérdida de masa corporal. Dolor articular. Calambres. Disminución de la estatura, cifosis. Limitación en el rango y velocidad de movimientos. Alteraciones de la marcha.
Sistema cardiovascular	Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima. Incompetencia valvular venosa. Calcificación en las válvulas cardíacas. Rigidez en paredes venosas. Aumento en la resistencia periférica. Disminución del gasto cardíaco. Deterioro de la microcirculación.	Insuficiencia venosa. Predisposición a tromboembolismos. Mayor riesgo de hipertensión arterial. Disminución en la capacidad para realizar actividad física. Aparición de soplos cardíacos.

Sistemas-Órganos	Cambio	Consecuencias
Sistema respiratorio	Atrofia y pérdida de la elasticidad alveolar. Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas. Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartilagos costales. Debilidad de músculos respiratorios.	Disminuye la capacidad vital y la eficiencia respiratoria. Disminución de los mecanismos de defensa: aclaración de moco, movimiento ciliar y tos.
Sistema genitourinario	Engrosamiento de la membrana basal de la Cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad; cambios degenerativos en los túmulos y atrofia y reducción en el número de neuronas. Atrofia de los músculos perineales. Atrofia de la mucosa vaginal. Hiperplasia prostática.	Disminuye la capacidad de concentración de orina, se incrementa la cantidad de orina residual en la vejiga; aumento del riesgo de infecciones, nicturia,. Incontinencia. Dispareunia. Disminución en la capacidad de excreción del riñón lo que produce aumento de la susceptibilidad a intoxicación por drogas y aumento de efectos secundarios. Dificultad para orinar en hombres por hiperplasia prostática, poliaquiuria.
Sistema gastrointestinal	Atrofia de mucosa oral y tejidos blandos, retracción de las encías. Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, reducción del tamaño del hígado; reducción de la velocidad del tránsito intestinal.	Predisposición a edentulismo y enfermedad periodontal. Sequedad de labios y mucosas. Dificultad en la masticación. Mayor reflujo esofágico, retraso del vaciado gástrico.
Sistema nervioso central y autónomo	Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida progresiva de neuronas. Disminución de procesos dendríticos y sustancia blanca; disminución de la velocidad de conducción nerviosa y aumento del tiempo de respuesta refleja. Disminución en la síntesis e hidrólisis de neurotransmisores y en el número de receptores postsinápticos.	Enlentecimiento en la coordinación sensorimotora. Puede observarse disminución en las respuestas intelectuales. Disminución de la memoria reciente. Modificaciones en el patrón del sueño. Disminución en la sensibilidad de los barorreceptores, que predispone a hipotensión postural. Poca sensación de sed. Deterioro en la termorregulación. Puede ocurrir alteraciones en la apreciación del dolor visceral.

Resulta interesante la propuesta de Sloane (1995) en su *Regla de los Tercios*, según la cual aproximadamente un tercio de los problemas físicos de la vejez obedece a la enfermedad, otro tercio a la falta de actividad y el tercio restante al proceso de envejecimiento en sí mismo. La representación de la regla de los tercios se observa en la figura 1.

Figura 1
Regla de los tercios

Cambios del envejecimiento= enfermedad+desuso+envejecimiento normal

Fuente: Sloane, P (1995)

De los argumentos de Sloane, podríamos inferir la importancia del uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales de los adultos mayores, para promover su envejecimiento saludable, activo y sin discapacidades; este principio resulta fundamental y de alta recomendación para ser tomado en cuenta por los cuidadores profesionales al planificar acciones de promoción de la salud de los adultos mayores.

Teorías psico-sociológicas del envejecimiento

Resulta importante para los cuidadores conocer las teorías psicosociológicas del envejecimiento y sus expresiones conductuales, pues ese conocimiento les permitirá seleccionar los abordajes más expeditos para la atención de la persona mayor.

En el capítulo II de este texto se profundizó en los modelos de envejecimiento de mayor referencia internacional, por lo que se recomienda ampliamente a los lectores a consultar dicho capítulo y extrapolar sus contenidos al ejercicio de su rol de cuidador de adultos mayores.

Conocer la forma cómo envejece socialmente un adulto, ayuda a los cuidadores a entender su conducta y a planificar los ajustes de vida que posiblemente deberá realizar. En los siguientes capítulos de este texto se abordan los problemas de salud física, social y mental comunes entre la población de adultos mayores, razón por la cual en éste no se hace referencia a los mismos.

Valoración integral

El siguiente aspecto a considerar para el dominio de competencias se refiere a la valoración integral que debe realizar todo cuidador. García, Rodríguez y Toronjo (2001), afirman que la atención integral al anciano debe ser realizada por un equipo pluridisciplinar de profesionales —sociólogos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, etc.— y de no profesionales —el propio adulto mayor, su familia, voluntarios, vecinos—, en la que cada uno tendrá su responsabilidad, pero todos en forma conjunta y en estrecha coordinación habrán de compartir el objetivo común de que el adulto mayor alcance el mayor grado posible de salud y de bienestar. Ofrecer atención y cuidados a una persona mayor se inicia con el primer paso de todo proceso científico: la valoración integral de su salud.

Es preciso recordar lo expresado al inicio de este capítulo, en el sentido que la valoración integral permite identificar, por una parte, los problemas de salud de la persona mayor y por la otra, es la fuente de información que le permite al cuidador identificar sus fortalezas y capacidades.

Es importante mencionar que las técnicas y métodos de evaluación tradicionales, tales como la observación, la entrevista y el examen físico, se mantienen vigentes para la valoración del estado de salud de una persona mayor. Sin embargo, la utilización

de instrumentos de valoración específica para mayores se está haciendo una práctica muy común en el ámbito gerontológico y geriátrico. En este capítulo se hará mención a las de mayor uso, por su carácter multidimensional e interdisciplinario. Tres aspectos deben considerarse antes de su utilización: recibir entrenamiento sobre su uso, saber qué se quiere medir exactamente para poder realizar una interpretación correcta de los hallazgos, y considerar la validez y grado de confiabilidad del instrumento, específicamente, porque han sido desarrollados en países con otros patrones culturales y perfiles de mayores.

Gallo, Reichel y Andersen (1988) en su libro *Handbook of Geriatric Assessment*, se refieren a la necesidad de realizar a los adultos mayores una valoración multidimensional que incluya el estado mental, funcional, social, de valores, económica y física, utilizando varios instrumentos o escalas que son complementarios, y cuya interpretación debe ser realizada por el equipo interdisciplinario de salud. En la tabla 5, se presentan los instrumentos más utilizados en nuestro medio, recopilados por dichos autores.

Tabla 5
Instrumentos de valoración para adultos mayores

Tipo de valoración	Instrumento-Escala
Estado Mental	Cuestionario Mini mental de E. Pfeiffer
Estado Mental	Mini mental de Folstein
Funcional	Actividades de la vida diaria de Kats
Funcional	Actividades instrumentales de la vida diaria
Funcional	Índice de Barthel
Funcional	Índice de Lawton
Funcional	Escala de la Cruz Roja
Social	Apgar familiar
Afectiva	Depresión de Yessavage
Afectiva	Depresión de Zung

Fuente: Gallo, Reichel y Andersen (1988)

Sobre la valoración integral y otros aspectos específicos de la salud de los adultos mayores, recomendamos a los lectores consultar la Publicación de la Organización Panamericana de la Salud del año 2004, *Guía Clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores*.

El aprendizaje en los mayores

El perfil de un cuidador no estaría completo, si no desarrolla competencias para estimular el aprendizaje de los mayores, como vía expedita para la promoción, el fomento y mantenimiento de la salud. González, Balo y Gómez (2006), refieren que investigaciones recientes afirman que algunas de las actividades cognitivas no decrecen con la edad o se ven poco afectadas por el paso de los años y que el envejecimiento cognitivo se caracteriza por una gran variabilidad individual, de modo que dista mucho de ser un fenómeno homogéneo.

La conservación de las funciones cognitivas, inteligencia, memoria y razonamiento, no sufren alteraciones significativas en la mayoría de los adultos mayores, lo cual les permite interactuar eficazmente en su entorno familiar y social. En ese contexto es importante que los cuidadores asuman que una de las actividades más importantes en el desempeño de su rol de cuidador es la educativa, convencidos de la disposición y capacidad de los mayores para nuevos aprendizajes que favorezcan su estado de salud y bienestar.

Es sumamente importante reconocer que en el envejecimiento normal se producen modificaciones que deben considerarse al planificar cualquier actividad educativa. Los cambios en los órganos de los sentidos, afectan especialmente las funciones de la visión y la audición, condiciones que pueden limitar cualquier proceso de aprendizaje. A mayor dificultad para ver y escuchar, menor probabilidad de éxito.

En cuanto a la memoria, la información inmediata se capta con mayor lentitud, es más difícil recuperarla y puede haber problemas con el recuerdo y la evocación. En el campo de la inteligencia, se describen deficiencias en el procesamiento de la información, disminución en la inteligencia fluida —la que se refiere a la capacidad para resolver nuevas situaciones— y se mantiene estable o aumenta la cristalizada —la que se relaciona a la acumulación de experiencias y conocimientos adquiridos durante toda la vida.

En relación al lenguaje se observa que puede mejorar el vocabulario y en algunos casos declina la fluencia verbal. El estado afectivo es otro elemento a considerar: se observa en los adultos mayores mayor cautela, conformismo y aceptación. Finalmente, tres aspectos importantes que no pueden obviarse: la percepción está disminuida al igual que el tiempo de reacción y se enlentece la velocidad de procesamiento de la información.

Todos reconocemos la importancia de la memoria para el aprendizaje, pero hay que puntualizar que ésta no es una función aislada y que en ella intervienen diversos factores como la atención, la motivación y el estado de ánimo. En la adultez mayor, estos elementos son determinantes al realizar una actividad educativa y deben tomarse en cuenta al planificar las estrategias que serán consideradas más adelante.

Asumiendo que luego de realizar la valoración integral al adulto mayor, el cuidador concluye que sus funciones cognoscitivas son normales, es fundamental que en el plan de acción se incluyan tantas actividades de aprendizaje formales y no formales, como sean necesarias; éstas pueden ser de diversa índole, desde ingerir líquidos durante el día, tomar los medicamentos según las órdenes médicas, hacer ejercicio, participar en actividades sociales o recreativas, iniciar una nueva actividad económicamente productiva, hasta la auto administración de insulina y otras de mayor complejidad. Un propósito fundamental del cuidador es ayudar a quien cuida, a asumir responsabilidad por su salud y calidad de vida.

Es muy importante que los cuidadores reconozcan que los adultos mayores son seres libres, que tienen un importante cúmulo de experiencias de vida, que no son sujeto de la educación sino objeto de la misma, y que autónomamente pueden decidir participar o no en actividades educativas, ya que pudieran darse casos en que las mismas, no estén entre sus prioridades.

Millán y Santos (2006) proponen un modelo didáctico abierto, motivador, compensador, flexible e integrador para la enseñanza de los mayores, basado en los principios de acción y participación. Ello implica que el facilitador del aprendizaje, atiende las iniciativas y necesidades de cada persona y grupo, mantiene nexos de unión y cohesión con intereses comunes, parte de la individualidad de cada persona basándose en su historia de vida; se adapta a las individualidades, integra a todo el grupo. Tomando en cuenta estas variables,

el facilitador incorpora áreas transversales de interés, durante todo el proceso educativo.

Los mismos autores establecen siete principios metodológicos sobre los que se engranan los aprendizajes y la acción docente en relación con las personas mayores:

- Aprendizajes significativos: se parte de los conocimientos previos.
- Aprendizajes funcionales: que tenga aplicabilidad y funcionalidad.
- Actividad: que exista interacción entre el que enseña y el que aprende.
- Participación: presente durante todo el proceso.
- Aprendizaje autónomo: es intrínseco a la persona mayor.
- Aprendizaje cooperativo: es más efectivo el hecho de aprender con otros.
- Horizontalidad: alumno y profesor deben estar en plano de igualdad.

Los conceptos previamente expuestos coinciden en su totalidad con el modelo andragógico de Knowles (1990), el cual se basa en los postulados de la necesidad de conocer el autoconcepto, la experiencia del que aprende, la disposición y orientación para aprender y la motivación. Los adultos necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo, de manera que la primera tarea del que pretende enseñar es ayudar a que la persona tome conciencia de la necesidad de conocer y aprender. Por otra parte, los mayores se perciben y desean que los otros los perciban, como capaces de tomar sus propias decisiones y de responsabilizarse por ellas y sus vidas; ningún adulto mayor aprenderá bajo condiciones que no sean congruentes con su autoconcepto.

Se ha insistido en que la experiencia de la vida es un factor importante en la educación de adultos, pero en algunas ocasiones pudiera convertirse en barrera; es tal caso, el facilitador deberá utilizar estrategias especiales para minimizar dicha situación. Los mayores se sienten dispuestos a aprender cuando perciben que les será de utilidad práctica y a corto plazo, y finalmente, el elemento determinante en el aprendizaje siempre será la motivación.

Quintero (1994) destaca que conocer los principios andragógicos, los modelos de enseñanza y los cambios físicos propios del envejecimiento son factores determinantes para que los cuidadores

realicen una adecuada planificación y ejecución de las actividades educativas formales y no formales, a individuos y a colectivos. De allí las recomendaciones generales en cuanto a las estrategias y al entorno de aprendizaje, que a continuación se especifican para el establecimiento de las mejores condiciones para el aprendizaje de los adultos mayores. Las estrategias recomendadas para promover un proceso educativo exitoso se indican en la tabla 6.

Tabla 6
Estrategias para favorecer el aprendizaje en adultos mayores

- Diríjase a las personas con respeto, llamándolas por su nombre y tratándolas de *usted*.
- Identifique las fortalezas y limitaciones de la persona o grupo.
- Identifique las necesidades y motivación de aprendizaje, individuales y colectivas.
- Explore experiencias de vida, incluyendo nivel de estudios y profesión desempeñada.
- Promueva la verbalización de las motivaciones y expectativas.
- Planifique grupos que no superen las 20 personas.
- Hable claro, articule bien las palabras, utilice un tono de voz grave.
- Use ejemplos significativos, utilice la experiencia de los participantes.
- Use imágenes de personas mayores como modelos en láminas y proyecciones.
- Preferiblemente siéntese frente al grupo, de modo que todos puedan verle.
- Planifique las sesiones para un máximo de 30 minutos.
- Investigue, documéntese, prepare sus contenidos a profundidad.
- Organice los contenidos, preséntelos fraccionados en forma secuencial.
- Use la repetición, el reforzamiento y los cierres pedagógicos.
- Controle las participaciones «acaparadoras» con tacto y gentileza.
- Use el humor respetuoso con frecuencia.
- Utilice las técnicas de las representaciones, evocación con música y baile, salidas a lugares de interés.
- Reconozca públicamente los logros.
- Estimule el apoyo mutuo y la solidaridad.
- Ofrezca material de apoyo escrito para reforzamiento sin sobrecarga de contenidos.
- Utilice letras grandes, de imprenta, preferiblemente negras sobre fondo blanco.
- Presente mayor número de gráficos que de contenido escrito.
- Use la técnica de la demostración cuando aplique y solicite demostraciones voluntarias.
- Cumpla sus ofrecimientos y compromisos.
- Disponga de mayor tiempo del programado.
- Sea paciente y tolerante.

En la tabla 7 se presentan las condiciones físicas ideales para la realización de actividades educativas individuales o colectivas.

Tabla 7
Condiciones del ambiente físico

- Provea un espacio físico bien ventilado, iluminado, silencioso, con sillas cómodas.
- Ubique a los participantes en forma semicircular.
- Prepare los equipos y materiales con anticipación al inicio de la actividad y asegúrese que todo el grupo tenga acceso visual.

Fuente: Quintero, M (2007)

Cualquier actividad educativa, planificada y ejecutada con esmero para el aprendizaje de los adultos mayores tiene grandes probabilidades de ser exitosa y gratificante para todos los involucrados en el proceso. Es sumamente importante para el logro de los objetivos de aprendizaje que el entorno emocional, social y físico resulten seguros para las personas y grupos.

Consideraciones finales

Los aspectos incluidos en este capítulo han pretendido ofrecer elementos generales que los cuidadores de los adultos mayores deben considerar durante el ejercicio de sus roles; sin embargo, quedan muchos por abordar, pues el conocimiento del área del envejecimiento es muy amplia y se enriquece día a día con los aportes de todos los interesados en ofrecer mejores condiciones de salud a ese grupo de personas. Se invita a los lectores de este texto a profundizar en los contenidos aquí presentados y en los de los próximos capítulos. Igualmente, en las competencias específicas por profesión y en todos aquellos aspectos que los ayuden a mejorar y a desarrollar sus competencias como cuidadores holísticos, que consideran a los adultos mayores como seres únicos, con necesidades básicas por satisfacer, con deseos, fortalezas, intereses y derecho a disfrutar de una vida plena.

Referencias Bibliográficas

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores, Boletín informativo, edición especial, Santiago: Chile.
- Consejo Internacional de Enfermería (2007). Extraído el 20 de junio de 2007 desde <http://www.icn.ch/definitions.htm>.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2007). Extraído el 19 de junio de 2007 desde <http://www.rae.es>.
- Gallo J, Reichel W y Andersen L. (1988). Handbook of Geriatric assessment, Maryland: USA, An Aspen Publication.
- García López M, Rodríguez Ponce C, Torajo Gómez AM. (2001). Enfermería del anciano, Madrid: España, Ediciones DAE.
- García C y Martínez ML. (2001). Historia de la Enfermería. Barcelona: Editorial Harcourt.
- González I, Balo A y Gómez M. (2006) en Millán C., José, Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: España, McGraw-Hill-Interamericana.
- Knowles M. (1990). The Adult Learner. A neglected Species. 4th Ed., Houston: USA. Gulf Publishing Company.
- Maslow A. (1970). Motivation and Personality. Harper & Row, Publishers, New York: USA.
- Millán J y Santos M. (2006). Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: España, McGraw-Hill-Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2004). 115ª Reunión Consejo Ejecutivo, Ginebra: Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Guía para la atención primaria de las personas mayores, Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo. Serie Materiales de Capacitación N° 1, 4ta. Edición, extraído el 20 de julio de 2007 desde http://www.almageriatria.org/guia_clinica.htm.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Resolución CSP26.R20. La Salud y el Envejecimiento, Washington, DC.
- Quintero M. (1994). En La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación Científica N° 546, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

- Sloane P. (1995). El envejecimiento normal en atención primaria en Geriatría. Ham R y Sloane P. Madrid: España.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Cuidadores (2006). Extraído el 7 de julio de 2007 desde http://segg.es/html/cuidadores/cuidador/quienes_son.htm.
- Universidad Internacional de la Florida, Centro Pro Envejecimiento. Guías de Programas para Adultos Mayores, Editado por Pamela Elfendein y Ligia Houben- Extraído el 12 de junio de 2007 desde <http://www.fiu.edu>.
- Yura H y Walsh M. (1998). En Enfermería Gerontológica. Washington D.C: USA.

Valoración nutricional del adulto mayor

*Raquel Zambrano G.
Universidad del Zulia*

La condición de salud o enfermedad de los adultos mayores está condicionada fuertemente por el estilo de vida que han mantenido a lo largo de su existencia. Entre estos estilos destaca la dieta como modulador del proceso de envejecimiento, a la par de los procesos biopsico-sociales que sobrevienen al envejecer y contribuyen a modificar el estado nutricional. De tal manera que la alimentación puede influir directamente, no sólo porque lo que un buen estado nutritivo representa con respecto a una menor morbilidad y mortalidad, sino también por lo que supone en relación con la prevención de numerosas enfermedades e incapacidades frecuentes en los las personas de la tercera edad.

Las personas mayores en relación con los adultos más jóvenes tienen un mayor riesgo de manifestar problemas nutricionales. Según reportes de diferentes investigaciones (Landi y otros, 1999; Carter, 2006; Menke y otros, 2007) esto ocurre principalmente cuando coexisten con otras enfermedades debido a una inadecuada ingestión de nutrientes que usualmente ocurre con el envejecimiento, y condicionada por aspectos genéticos, ambientales, nutricionales y los relativos a la actividad física.

La relación entre nutrición y salud es incuestionable, la malnutrición es uno de los problemas clínicos más frecuentes entre la población de la tercera edad, el déficit de peso y la desnutrición es una complicación muy común en edades más avanzadas (Falque y otros, 2005; Newman y otros, 2001) y muchas veces la evaluación de los mayores plantea desafíos a los profesionales de la salud por-

que los indicios de un problema nutricional también pueden ser el resultado de causas no nutricionales.

De tal manera que conocer la salud nutricional de las personas mayores, valorar la utilidad de los distintos indicadores como marcadores del estado de nutrición y determinar qué variables tienen mejor correlación con la malnutrición es de importancia capital. Por ello, la valoración del estado nutricional en geriatría deberá formar parte de la valoración geriátrica integral (Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 1999), la cual constituye la herramienta para evaluar y diagnosticar los problemas clínicos, mentales y sociales que puede presentar el adulto mayor, con el objetivo de elaborar un plan de atención o terapéutico, de cuidado y seguimiento, a fin de prevenir complicaciones propias del envejecimiento.

Objetivos de la valoración nutricional

- Identificar los riesgos de malnutrición y de salud.
- Diagnosticar el estado de nutrición.
- Identificar la etiología de problemas nutricionales.
- Diseñar un plan de atención nutricional que conduzca a la mejoría del estado nutricional.
- Evaluar el efecto del soporte nutricional.

Factores que influyen en el estado nutricional en los mayores

En la población de la tercera edad, las variaciones individuales respecto al estado de salud, actividad física, cambios fisiológicos y psicológicos, son mayores que en los más jóvenes y pueden influir de manera mucho más importante en el estado nutricional. Entre los aspectos más resaltantes destacan:

• **Cambios fisiológicos**

Los cambios fisiológicos que ocurren con el envejecimiento constituyen aspectos importantes, sobre todos aquellos que se presentan en el sistema digestivo y que contribuyen a incrementar los problemas de alimentación y nutrición y afectan la calidad de vida.

Ocurren modificaciones importantes, comenzando por la boca, tal vez la más significativa sea la falta de piezas dentarias y su principal consecuencia la dificultad para masticar. Así mismo, con la edad se ve afectado el sentido del olfato haciendo poco apete-

cibles las comidas; disminución de la sensación de sed asociada al proceso de envejecimiento; lo cual puede ocasionar un riesgo alto de deshidratación, especialmente, en aquellas circunstancias en las que se producen pérdidas excesivas de líquido, sudoración, vómitos, diarreas, empleo de diuréticos, entre otras.

La disminución de la secreción de saliva y la percepción de los sabores de manera diferente genera una dificultad para la deglución. El retardo en el vaciado esofágico conlleva a disfagia y contracciones musculares dolorosas o ineficaces para controlar el alimento, tos y atragantamiento al comer y beber, bronco-aspiraciones y trastornos de la motilidad.

Los cambios funcionales en el estómago se manifiestan con alteraciones del vaciamiento gástrico, disminución del ácido clorhídrico, aparición de gastritis atrófica, disminución de células parietales de la mucosa gástrica, reducción de secreción del factor intrínseco, disminución de la absorción de vitamina B₁₂ y reflujo gastroesofágico por debilitamiento del esfínter esofágico inferior.

En el intestino es frecuente la reducción de la motilidad intestinal del área de absorción y de la altura de las vellosidades. Igualmente disminuye la motilidad del colon, siendo frecuente el estreñimiento. Se dificulta la capacidad de adaptación a los cambios en la dieta y se presenta una absorción intestinal disminuida de carbohidratos y aminoácidos, vitaminas (A, D, complejo B y ácido fólico) y de ciertos minerales como calcio y hierro, conllevando a deficiencias nutricionales importantes (Schlenker, 1994).

La tasa metabólica disminuye con el envejecimiento de forma importante, como consecuencia de que el metabolismo basal y la actividad física se reducen por los hábitos de vida de las personas mayores.

Los órganos anexos como hígado, páncreas y vesícula biliar, también disminuyen su capacidad de funcionamiento, afectando el proceso digestivo y ocasionando molestias e intolerancias frecuentes a muchos alimentos, de manera que las enfermedades digestivas, son más frecuentes en los las personas de la tercera edad.

- **Aspectos sociales**

Las condiciones de vida de las personas mayores dependen fuertemente de los factores sociales y del medio ambiente en las

cuales se desenvuelven (como el sexo, la viudez en mujeres de edad avanzada, ingresos económicos, nivel de pobreza, la baja escolaridad también limita aportes suficientes, vivir solo y la incapacidad física para comprar y preparar alimentos), y de inadecuados hábitos de vida y de consumo de alimentos; de tal manera que las condiciones sociales tienen un impacto importante en la ingesta de alimentos de la gente mayor y puede hacerlos muy vulnerables a la malnutrición por déficit o por exceso, constituyendo un riesgo nutricional y de salud importante, pues incrementa su fragilidad cuando no cuentan con apoyo social, familiar o institucional.

- ***Cambios psicológicos***

Los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad son el resultado de unos patrones de conducta establecidos durante muchos años y por tanto difíciles de cambiar. Diversas situaciones pueden alterar la alimentación: depresión, soledad, deterioro cognitivo, demencia, aislamiento, alejamiento de la familia, enfermedad o muerte del cónyuge, incapacidad física y hospitalización prolongada. Por tanto, resulta un reto para el equipo de salud detectar y resolver los problemas psicológicos de las personas mayores, debido al fuerte impacto que ocasionan en la salud de éstos.

- ***Hábitos y actividad física***

El nivel de actividad física influye en la acumulación de masa corporal en todas las edades. Las personas mayores son más sedentarias por lo tanto van acumulando masa más fácilmente que los jóvenes más activos. La reducida actividad física contribuye también con la pérdida de masa muscular, la disminución del flujo sanguíneo, la potencia muscular, e incrementa la incapacidad funcional, contribuyendo a elevar las caídas y el deterioro de la función respiratoria. Según Matsudo y otros (2000), el ejercicio en los mayores es muy importante, ya que influye en los cambios en la composición corporal, en el mantenimiento de la masa ósea y tejido muscular preservando la capacidad funcional y evita la fragilidad a que está expuesta la gente mayor.

- ***Fármacos, alcohol y tabaco***

Las personas de la tercera edad consumen con frecuencia varios medicamentos, debido a la elevada prevalencia de enfermedades

crónicas que presentan. Los fármacos pueden influir en el estado nutricional de las personas, ejerciendo acciones fisiológicas y biológicas que alteran los patrones de absorción, utilización y excreción de nutrientes. A la inversa, la mejoría en la dieta puede causar profundos cambios en el metabolismo y eficacia de los fármacos.

Las alteraciones entre fármacos y nutrientes son significativamente problemáticas en los ancianos, sobre todo en aquellos de mayor riesgo nutricional y pueden aumentar con el consumo crónico y de múltiples de fármacos. Incluso éstos pueden inducir cambios en el apetito o en el sentido del gusto y el olfato y afectar la ingesta dietética. También el alcohol y el tabaco pueden afectar al estado nutricional, ocasionando en ellos disminución importante del apetito y deterioro nutricional.

Componentes de la valoración nutricional integral del adulto mayor

La evaluación nutricional es la integración e interpretación de datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos para determinar el estado de salud y nutrición de individuos o grupos de población. La valoración se puede hacer mediante variadas formas, en todo caso, el resultado es identificar los riesgos de malnutrición y caracterizar el estado nutricional de la población o el individuo evaluado. Usualmente, de estos cuatro componentes, ninguno es definitorio, un resultado sin el otro, no nos daría una completa información de la situación nutricional de la persona (tabla 1).

Tabla 1
Componentes de la evaluación nutricional para adultos mayores

Antropométrico	Bioquímico	Clínico	Dietético
Peso Estatura/altura de la rodilla Circunferencias pliegues Impedancia Bioeléctrica	Estado de la proteínas Inmunológicos Estado del hierro y folato Niveles de Colesterol	Signos y síntomas Estado funcional Estado cognitivo Salud oral Uso de fármaco	Historia Dietética Frecuencia de consumo Seguridad alimentaria

Tal valoración puede adoptar varias formas, tales como encuestas, vigilancia o cribado (*screening*); para ello se obtienen datos de la población o individuos. Dicha información se utiliza para identificar riesgo de malnutrición con el objeto de profundizar en la valoración, establecer vigilancia y control continuo de los indicadores del estado de nutrición con el propósito de detectar cambios e implementar medidas de intervención.

- **Tamizaje nutricional**

La OPS-OMS (2002), recomiendan realizar el tamizaje a todos los adultos mayores enfermos o saludables en el entorno comunitario o de aquéllos con incapacidad o dependencia funcional y se utiliza más eficazmente como una herramienta de detección y de educación pública sobre los factores de riesgo asociados a la malnutrición; se puede aplicar como primer nivel de detección por cualquier profesional de la salud.

- **Evaluación inicial**

Esta forma parte de la valoración integral que se debe realizar a todo adulto mayor, el método identifica a las personas expuestas a riesgos nutricionales o a enfermedades relacionadas con la nutrición. Actualmente se utilizan diferentes instrumentos que permiten una evaluación inicial del estado nutricional, que incorporan datos sobre capacidad funcional, dietéticos antropométricos y subjetivos. Estos instrumentos son prácticos y fáciles de aplicar. En el primer nivel de evaluación permiten clasificar personas en riesgo nutricional que deben ser intervenidos y referidos para una valoración

bioquímica y clínica realizada por un profesional de nutrición de forma de completar una valoración integral. Entre los instrumentos más conocidos están:

- Mini examen del estado nutricional/Mini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz y otros, 1994)
- DSN/Determine su salud nutricional/Nutrition Screening Initiative (Kondrup, 2003)
- INR/ Índice de riesgo nutricional (Degoot, 1998).
- MUST/Malnutrition Universal Screening Tool (Stratton, 2004)

Evaluación antropométrica

La antropometría es la técnica que permite medir las dimensiones físicas y es particularmente útil para evaluar los compartimientos corporales, y detectar grados de malnutrición por déficit y por exceso. Su uso está muy generalizado en el área de salud por ser técnicas relativamente sencillas, rápidas y económicas. No obstante, se requiere de equipos, técnicas específicas y personal entrenado para su utilización.

En los adultos mayores su uso no resulta fácil porque los cambios esqueléticos, musculares y tisulares que ocurren con el envejecimiento, tales como disminución del contenido de agua, de la estatura, y la laxitud de la piel, entre otros, que experimentan los ancianos, dificultan su aplicación. Su interpretación puede no ser apropiada cuando no se cuenta con estándares de referencias específicos para personas mayores, condición ésta muy generalizada en la mayoría de los países. Las medidas antropométricas más frecuentemente utilizadas y que permiten la construcción de indicadores nutricionales del estado de nutrición son:

• **Peso corporal**

Es la medición antropométrica más común en el adulto mayor, sola o combinada es un buen indicador del estado nutricional, pero no es suficiente para medir la composición corporal. Las variaciones de peso y en especial las recientes, son valores que indican cambios nutricionales importantes. La comparación del peso actual con el peso habitual es de utilidad considerando que pérdidas significativas son predictores de discapacidad en adultos de edad avanzada y de identificación de riesgos de desnutrición e incluso de muerte (Neuman y otros, 2001).

El peso corporal está constituido fundamentalmente por masa grasa, masa libre de grasa, músculo, agua y estructura ósea. Quizás de todos los componentes los que más se pierden con el envejecimiento son el agua y el tejido muscular, afectando éste último la función neuromuscular, y lo cual conduce a una disminución de la autonomía funcional. Esto es lo que se conoce como sarcopenia, que no es más que la pérdida de fuerza y masa muscular (Soto y otros, 2003). Es considerada como el elemento más importante que ocasiona la fragilidad en el adulto mayor.

Es conveniente valorar los estados de deshidratación, edema, ascitis; condiciones que afectan el peso corporal y pueden arrojar un alterado diagnóstico nutricional. La utilización del peso sólo como predictor de riesgo nutricional se puede determinar utilizando la siguiente fórmula:

Porcentaje de pérdida de peso = $[\text{Peso habitual (Kg)} - \text{Peso actual (Kg)} / \text{Peso habitual (Kg)}] \times 100$. La tabla 2 muestra la manera de interpretar la pérdida de peso.

- **Talla**

Por ser una medición que al relacionarla con el peso nos proporciona el índice de masa corporal, es de valoración útil y práctica. La estatura no obstante tiene la desventaja que va disminuyendo con el envejecimiento y más intensamente después de los 60 años. También se ve afectada por los procesos de cifosis, lordosis y osteoporosis, que son frecuentes en los mayores. Resulta muy difícil de medir en personas encamadas y discapacitadas.

Tabla 2
Cambio de peso como valoración nutricional

Tiempo	Pérdida de peso	
	Significativa	Severa
1 semana	1 - 2 %	> 2 %
1 mes	5 %	>5 %
3 meses	7.5 %	> 7.5 %
6 meses	10 %	> 10 %

Fuente: www.novartimedicalnutrition.es

En la búsqueda de un diagnóstico nutricional preciso, algunos estudios (Chumlea y otros, 1985) han propuesto diversos métodos para estimar la talla cuando se obstaculiza su obtención y están basados en segmentos corporales como la altura de rodilla. Al respecto, varios investigadores (Bermudez y col, 2000 y Borba de Amorin y col, 2008) coinciden en la practicidad de la toma de la medida y la menor afectación de ésta por los cambios propios de la edad, en pacientes discapacitados y encamados, para la cual se utiliza un antropómetro y se determina utilizando las ecuaciones derivadas que permiten estimar la talla con reducidos márgenes de error, tal como se indica en la tabla 3 a continuación:

Tabla 3
Ecuación para estimar la talla utilizando la altura de rodilla

$\text{Talla estimada(hombre) = } 64,19 - (0,04 \times \text{edad}) + (2,30 \times \text{AR})$
$\text{Talla Estimada(Mujeres)= } 84,88 - (0,24 \times \text{edad}) + (1,83 \times \text{AR})$

AR: Altura de rodilla

Fuente: Chumlea y col 1985

La técnica de medición de la altura de rodilla es recomendable por ser fácil de obtener. Este puede medirse con un antropómetro, o en su defecto, utilizando una cinta medidora convencional y puede aplicarse en individuos acostados o sentados.

- **Índice de masa corporal**

Una de las variables de combinaciones más usadas para la valoración del estado nutricional es el índice de masa corporal: $\text{IMC} = [\text{peso(Kg)} / \text{Talla(mt)}^2]$, por ser un indicador rápido, práctico que refleja la masa corporal total. El IMC para adultos mayores no está definido. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997) propone como rango de normalidad $18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$ para todas las edades, no obstante, es importante considerar al interpretar el índice de masa corporal en el anciano que no existe un único punto de corte y es posible que la evaluación del sobrepeso y la obesidad en ellos requiera de un ajuste de los valores que comúnmente se le asignan al IMC en el adulto; en este sentido (Bray, 1988), sugiere puntos de corte entre $23-28 \text{ kg/ (mt)}^2$ como rango normal para adultos mayores de 55 años. Igualmente los datos derivados

del estudio del Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, por sus siglas en inglés) (2000) en una muestra representativa en mayores de 60 años de los Estados Unidos de América, reflejaron que el IMC decrece con el incremento de la edad y que los mismos se utilizan como datos de referencia para la interpretación de las medidas antropométricas en ancianos americanos (tabla 4).

Tabla 4. Índice de masa corporal normal NHANES III

Edad	Hombres	Edad	Mujeres
50 - 59	24.7 - 31	50 - 59	23.6 - 32.1
60 - 69	24.4 - 30	60 - 69	23.5 - 30.8
70 - 79	23.8 - 26.1	70 - 79	22.6 - 29.9
80 y mas	22.4 - 27	> 80	21.7 - 28.4

Fuente: Tercer estudio para el examen de la salud y la nutrición (NHANES III, 2000)

● **Circunferencias**

Las medidas de circunferencias son recomendadas para el adulto mayor por ser de gran utilidad, de fácil medición por personal entrenado y sólo se requiere una cinta métrica flexible. Una razón importante para medir la circunferencia media del brazo y de cintura en las personas mayores se fundamenta en la vinculación existente entre la distribución de la grasa corporal y la salud. La circunferencia media del brazo es un buen indicador en ancianos, en quienes no es posible tomarles el peso. Valores menores de 24 cm revelan déficit importante de grasa subcutánea y deterioro del estado nutricional.

La circunferencia de cintura es una medida importante de la adiposidad visceral y un excelente predictor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Cabrera y otros, 2007; Wannamethee y otros, 2005; Menke y otros, 2007); valores mayores de 88 cm en mujeres y de 102 cm en hombres revelan altos riesgos de enfermedades cardiovasculares (Dobbelsteyn y otros, 2001).

● **Pliegues cutáneos**

Los pliegues cutáneos son medidas que permiten cuantificar el tejido adiposo en la región subcutánea, zona donde están localizados los mayores depósitos de grasa corporal y existen evidencias de que la suma de los diferentes pliegues obtenidos en varios lugares del cuerpo proporciona una buena medida de la grasa corporal

subcutánea total. A pesar de estas consideraciones en los adultos mayores las medidas de pliegues presentan varias limitaciones inherentes al envejecimiento, como son: la redistribución de la grasa corporal, la menor elasticidad de la piel y la atrofia de los adipositos que contribuyen a la mayor compresión de los tejidos.

Independientemente de las limitaciones que puedan tener dichas medidas, en la valoración antropométrica de los ancianos son numerosos las investigaciones en los diferentes países, en las cuales se presentan datos e indicadores antropométricos del componente graso y muscular, derivados de las medida del pliegue de tríceps y la circunferencia media del brazo (Santos y otros, 2004; Fanelli y otros 2000; Falque y otros, 1996), por ser estas medidas más usadas y accesibles en las personas mayores. Frisancho (1981), elaboró estándares de referencia para todas las edades y establece que valores de pliegue de tríceps por debajo del percentil 10 son indicadores de déficit nutricional.

Es un hecho bien demostrado en la mayoría de las investigaciones en personas mayores de 60 años en las diferentes razas, que todas las medidas antropométricas disminuyen con el envejecimiento y dicha reducción tiende a ser mayor a partir de los 75 años (Perissinotto y otros, 2000; Corish C y otros, 2003; Falque y otros, 2005). Por lo tanto, en edades más avanzadas el deterioro del estado nutricional es mayor y por ello es necesario realizar tamizaje nutricional periódico para detectar los riesgos y minimizar los daños que la malnutrición conlleva en los adultos mayores.

Evaluación bioquímica

La bioquímica sanguínea de los mayores refleja las alteraciones del estado nutricional antes de que los cambios, puedan detectarse con otros métodos, de hecho son mucho más sensibles que los antropométricos y clínicos. Cuando ocurre una deficiencia de nutrientes, las reservas tisulares se agotan de forma gradual. Dicha depleción da lugar a reducción de los niveles de nutrientes de reserva.

Entre los indicadores bioquímicos más importantes que son necesarios valorar en las personas mayores están:

- **El estado del hierro**

El hierro es uno de los minerales más importante y se considera la deficiencia nutricional más común en los ancianos. Puede ocurrir por disminuida ingesta calórica, pérdidas sanguíneas, excesiva ingesta de

medicamentos, procesos inflamatorios comunes y se evidencia por descensos de la hemoglobina y hematocrito que permiten diagnosticar anemia, frecuentemente ligada a problemas nutricionales.

● **Proteínas séricas**

Los indicadores diagnósticos más confiables de desnutrición en la población de adultos mayores son los niveles de albúmina, prealbúmina y la transferrina sérica. En personas con dietas deficientes en proteínas se presenta disminución en las concentraciones de estas proteínas y se relaciona con mayor morbilidad, incremento de las infecciones y mortalidad. En general, se considera la albúmina el indicador más comúnmente utilizado por su bajo costo, la cual tiene una vida media de 20 días y es transportadora de hormonas, enzimas y oligoelementos. Es un buen indicador ya que valores < de 3,5 g/dl se consideran indicadores de algún grado de malnutrición proteica. No obstante, es necesario relacionar dichos valores con deshidratación, enfermedades crónicas e ingestión de algunos medicamentos como esteroides. Es sabido que estas condiciones disminuyen las concentraciones de albúminas.

La prealbúmina por tener una vida media de dos y medio día refleja cambios rápidos del estado nutricional. La transferrina sérica por ser una glucoproteína transportadora del hierro tiene una vida media muy corta, de cuatro a ocho días, por lo tanto responde más rápidamente a estados proteicos en períodos cortos y se constituye en un buen marcador del estado nutricional del hierro. Valores < de 200 mg/dl se utilizan para detectar deficiencia proteica y su labor principal es ligar y transportar el hierro sérico y algunos elementos traza. En la tabla 5 se muestran los valores:

Tabla 5. Parámetros bioquímicos e inmunológicos como indicadores del estado nutricional

	Normal	Leve	Desnutrición Moderada	Severa
Albúmina (gr/dl)	3.6 - 4.5	2.8 - 3.5	2.1 - 2.7	< 2.1
Transferrina (mg/dl)	250 - 350	150 - 200	100 - 150	<100
Linfocitos (cel/mm)	> 2000	800 - 1200	800 - 1200	<800

Fuente: En Salas Salvado J y col 2008

- **Indicadores inmunológicos**

Entre las pruebas más usadas para valorar el estado nutricional se encuentran las inmunológicas: el conteo total de linfocitos y las pruebas de hipersensibilidad cutánea. Las mismas, se afectan por el estado nutricional, así como por las deficiencias de proteínas y de otros nutrientes esenciales. Con la desnutrición descende el recuento total de linfocitos y se deteriora la respuesta de éstos a los antígenos. Las pruebas de sensibilidad son útiles para evaluar la inmunidad celular y tienen significado pronóstico respecto a la mortalidad. Es preciso tener en cuenta factores de estrés como infecciones severas y neoplasia, la administración de esteroides que afectan su recuento, así como cambios importantes inmunológicos que ocurren con el envejecimiento.

Un conteo total de linfocitos inferior a 1500/mm indica depleción moderada y un recuento inferior a 800/mm indica una desnutrición grave (tabla 5). Existen evidencias de que la recuperación de la competencia inmune se relaciona con soporte nutricional (Ahluwalia, 2004).

Colesterol

Los niveles de colesterol elevados se consideran un factor de riesgo importante de la enfermedad coronaria en adultos jóvenes y en adultos mayores entre 65 y 80 años (Emmanuel y otros, 2004). Se ha observado que la mejoría o corrección de factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad de esta patología sobre todo en menores de 75 años.

En otro sentido, la hipocolesterolemia (valores de colesterol < de 160 mg/dl) ha sido descrita como un indicador de mortalidad en adultos mayores de 65 años, sobre todo, asociada a enfermedades crónicas y puede ocurrir aumento de deterioro cognitivo, y de funciones y trastornos psiquiátricos. La hipocolesterolemia en las personas mayores se considera un marcador de inflamación en situaciones agudas y crónicas (García, 2003). De allí la necesidad de hacer controles de colesterol en ancianos aparentemente saludables y seguimiento en quienes padecen enfermedades crónicas.

- **Estado de las vitaminas / folato, B6 y B12**

Algunos estudios en ancianos han mostrado una relación inversa entre las concentraciones de homocisteína y los niveles séricos de

ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12, por lo que se sugiere que la homocisteína se considere un índice que proporcione datos de deficiencia de estas vitaminas del complejo B y en especial del ácido fólico (Hsu-Ko Kuo y otros, 2005; Molero, 2006). Estas deficiencias pueden ser causadas por ingestas bajas de folato, síndrome de mala absorción o el consumo de ciertos fármacos como el uso continuo de aspirina y de alcohol.

Su concentración normal en el plasma es alrededor de 5-10 $\mu\text{mol/L}$. La hiperhomocisteinemia se refiere a concentraciones mayores de 16 $\mu\text{mol/L}$. Se ha reportado en muchos estudios una relación importante entre homocisteinemia y riesgo cardiovascular (Merteens y otros, 2007; Giusti y otros, 2006).

Evaluación clínica

Esta valoración debe incluir una historia con información médica y de examen físico y el objetivo es cualificar y cuantificar los signos y síntomas clínicos, sobre todo los relacionados con enfermedad nutricional sintomática. La evaluación clínica incluye una inspección, la observación y el interrogatorio de la persona, aunque no siempre permite identificar deficiencias nutricionales. Revisten especial interés los síndromes geriátricos, caracterizados por provocar alteraciones funcionales importantes que llevan con frecuencia a la incapacidad. La evaluación clínica incluye:

- **Signos y síntomas clínicos de desnutrición**

Estos son generalmente inespecíficos y se desarrollan en las etapas avanzadas de desnutrición. Entre los indicadores de problemas nutricionales es importante considerar los siguientes: adelgazamiento o emaciación, edema, palidez, deshidratación, debilidad general, apatía, lesiones en la piel, lesiones en la cavidad oral y temblores.

La mayoría de los signos clínicos de déficit nutricional carecen de especificaciones; es importante considerar que éstos son habitualmente encontrados en la población de mayores y pueden tener causas etiológicas no nutricionales. Cuando los signos clínicos aparecen, indican que se trata de deficiencias nutricionales graves de uno o varios nutrientes.

En todo caso, los hallazgos de una valoración clínica nutricional deben relacionarse con los indicadores antropométricos, bioquímicos y dietéticos, y con alguna patología presente que de lugar a confusión en el diagnóstico nutricional.

Otros aspectos clínicos a valorar que pueden impactar fuertemente el estado nutricional son: enfermedades crónicas y del tracto gastrointestinal, deterioro cognitivo y demencia, depresión, incapacidad funcional o dependencia, trastornos del sueño, pérdidas de fluidos aumentadas y necesidades metabólicas incrementadas.

Aun cuando los anteriores aspectos no son de carácter nutricional, su padecimiento en los adultos mayores constituye un factor de riesgo importante que afecta el estado nutricional, de allí la necesidad de valorarlos dentro del examen clínico.

Evaluación dietética

Cuando se requiere evaluar el estado nutricional integral de la persona mayor, se necesita conocer la ingesta de energía y nutrientes y es pertinente saber cómo cambia el comportamiento alimentario de los adultos mayores en el transcurso del tiempo, porque ocurren variaciones de los hábitos alimentarios y el estilo de vida que ponen en riesgo la integridad del estado nutricional de este grupo poblacional. El adulto mayor tiende a ingerir una menor cantidad de alimentos (De Goot y otros, 1998) y las razones son múltiples, tal y como se ha analizado en este capítulo. Diversos estudios reportan consumo deficientes de energía, vitamina C, tiamina, calcio, hierro y ácido fólico, entre otros (Clarke y otros, 2004; Cervantes y otros, 2003). Por todo ello, es inminente valorar el aporte y los hábitos dietéticos, como un indicador del estado nutricional de los mayores.

En general, existen diferentes métodos para valorar la ingesta dietética, los cuales proporcionan información descriptiva, cualitativa y cuantitativa sobre la energía y nutrientes consumidos, y que integrados con los diferentes indicadores del estado nutricional permiten establecer un diagnóstico nutricional más confiable.

Actualmente se cuenta con varios instrumentos de rápida aplicación e interpretación y fácilmente correlacionables con el estado de salud y nutrición de los adultos mayores, incluso que pueden ser aplicados por personas entrenadas en la atención de ancianos. Estos instrumentos incorporan preguntas sobre consumo de alimentos y hábitos dietéticos, que son útiles para valorar riesgos y tomar decisiones rápidas. No obstante cuando los mismos revelan mediano o alto riesgo, la valoración nutricional integral con todos los indicadores deberá ser aplicada por un especialista en nutrición.

Entre los instrumentos más conocidos y utilizados en la mayoría de los países para tener una información más detallada sobre el consumo dietético están:

- **La historia dietética**

En la práctica una completa historia dietética puede resultar difícil de realizar y costosa en tiempo, sin embargo algunas cuestiones específicas pueden ayudar a los profesionales de la salud a identificar a aquellos ancianos con gran riesgo de malnutrición, entre éstas tenemos:

- Número de comidas en un día
- Número de alimentos por comidas
- Patrón de comidas
- Si vive solo
- Capacidad para adquirir y preparar alimentos
- Dificultad para comer solo

Es evidente que cuando se sospeche un inadecuado aporte nutricional, deben utilizarse escalas simples para medir el consumo. En todo caso, cuando se requiere de una evaluación exhaustiva al detectar riesgo nutricional o de salud de la persona, el nutricionista es el profesional idóneo para realizar dicha historia porque cuenta con las competencias para aplicar los instrumentos específicos para una evaluación dietética detallada del consumo de alimentos y para interpretar dichos hallazgos a la luz de otros indicadores del estado nutricional. Ésta se realiza mediante una entrevista que incluye la descripción del patrón de alimentación diario, el consumo frecuente y ocasional de alimentos, el tamaño habitual de las porciones durante un período de tiempo así como cualquier irregularidad en los hábitos, que el especialista en nutrición detecte.

- **Recordatorio de alimentos de 24 horas**

Consiste en un método que proporciona una estimación de las ingestas habituales de las personas. La misma, debe recordar todos los alimentos y cantidades de comidas y bebidas consumidas en las 24 horas previas (Schlenker, 1994). Es un método relativamente sencillo y goza de gran aceptación, pero se requiere de destreza profesional para su aplicación porque las personas son propensas a no decir siempre la verdad o a imprimir gran subjetividad en las respuestas. Para aplicarlo se utiliza un instrumento estructurado, el cual es llenado por el nutricionista en la entrevista.

Su aplicación en adultos mayores tiene la gran desventaja de que requiere de la memoria para suministrar la información, que en muchos mayores puede estar afectada, porque presentan deterioro cognitivo o demencia. Por ello, lo recomendable en su aplicación en ancianos, es acompañarse de un familiar o cuidador para corroborar la información.

- ***Frecuencia de consumo de alimentos***

Es un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario que proporciona información cualitativa y que es aplicado por personal entrenado. Tiene como objetivo obtener a partir de la sistematización de un listado de alimentos, la frecuencia habitual de ingesta de un alimento o grupos de alimento durante un período de tiempo determinado que puede variar por día, semana o mes.

Toda la información obtenida sobre el consumo dietético debe correlacionarse con los diferentes indicadores antropométricos bioquímicos y clínicos e interpretar el diagnóstico nutricional. Para determinar la ingesta se realiza el análisis de alimentos mediante programas computarizados, que permiten conocer la adecuación del consumo en relación con las recomendaciones de energía y nutrientes y de esta manera determinar la calidad de la dieta y su impacto en el estado nutricional.

Conclusiones

Considerando que la prevalencia de malnutrición es elevada en las personas mayores, tanto en las personas institucionalizadas como en aquellas que mantienen vida libre en sus hogares y que siempre existe la posibilidad de establecer medidas preventivas, es apropiado seleccionar instrumentos que permitan medir el riesgo nutricional no solo en el primer momento de despistaje sino en forma continua una vez establecido el plan de atención de salud. Esto conlleva a minimizar los riesgos de la malnutrición y enfermedades, y contribuye a mantener la salud y calidad de vida de este grupo de población.

Finalmente, no se debe olvidar la necesidad de valorar la eficacia del tratamiento elegido, lo que se consigue integrando la valoración del riesgo nutricional en la práctica clínica diaria como parte fundamental de una valoración geriátrica exhaustiva.

Referencias bibliográficas

- Ahluwalia N. (2004). Aging, Nutrition and Immune Function. *Journ of Nutrition Health Aging*, 8(1), 2-6.
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra (1999). Valoración geriátrica Integral, I, II, III. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 22(1).
- Bermudez O y Tucker KL. (2000). Uso de la altura de rodilla para corregir la talla de ancianos de origen hispano. *ALAN*, Mar, vol.50, no.1, p.42-47
- Borba de Amorim R, Coelho Santa Cruz MA, Borges de Souza JP, Corrêa da Mota J, González CH. (2008). Medidas de estimación de la estatura aplicadas al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. *Rev Chil Nutr*:35 Sup1.:272-279.
- Bray GA, Gay DS. (1988). Obesity Part I Pthogenesis *West J. Med.*, 149, 431.
- Cabrera MA, Gebara OC, Diament J, Nussbacher A, Rosano G, Wajngarten M. (2007). Metabolic syndrome, abdominal obesity, and cardiovascular risk in elderly women. *Int J Cardiol* ;114:224-229
- Carter AO, Hambleton IR, Broome HL, Fraser HS, Hennis AJ. (2006). Prevalence and risk factors associated with obesity in the elderly in Barbados. *J Aging Health*, 18, 240-258.
- Cervantes LA, Montoya DM, Núñez NL, Borges YA, Gutiérrez LM. (2003). Aportes dietéticos de energía y nutrientes en adultos mayores de México. *Nutrición Clínica*, 6(1), 2-8.
- Chumlea WC, Roche A, Steinbaugh ML. (1985). Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Am J Geriatr. Soc.*, 33, 116.
- Corish C, Kennedy N. (2003). Anthropometric measurements from a cross-sectional survey of Irish free-living subjects with smoothed centile curves. *J Nutr.*, 89, 137-145.
- Clarke R, Grimley EJ, Schneede J, et al. (2004) Vitamin B12 and folate deficiency in later life. *Age Ageing* 2004;33:34-41.
- De Goot LC, Beck AM, Schroll M, van Staveren WA. (1998). Evaluating the Determine your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans.
- Dobbelsteyn CJ, Joffres MR, Mac Laren DR, Flowerdew G. (2001). A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors, the Canadian Heart Health Surveys. *Inter J Obes*; 25, 652-661.

- Emmanuel A, Anum MB, Tilahun A. (2004). Hypercholesterolemia and coronary heart disease in the elderly: a meta-analysis. *Annals Epidemiology*, 14(9), 705-721.
- Falque L, Maestre G, Zambrano R, Morán Y. (2005). Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. *An Venez Nutr*. 18(1), 82-89.
- Falque L, Piñero M, Zambrano N, Quintero J, Souki A, Arias N. (1996). Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados del Estado Zulia. Venezuela. *Arch Lat Nutr*; 46, 190-195.
- Fanelli M, Kuczmariski R, Najjar M. (2000). Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *J Am Diet Assoc*, 100(1), 59-66.
- Frisancho AR. (1981). New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr.*, 34, 2540-2545.
- García ME. (2003). Hipocolesterolemia: riesgo de mortalidad y su papel en la depresión, el deterioro cognitivo y el suicidio y la disminución de la funcionabilidad. *Nutrición Clínica*; 6(1), 80-83.
- Giusti B, Gori AM, Marcucci R, Saracini C, Bolli P, Abbate R. (2006) Homocysteine as an emerging risk factor for cardiovascular disease in the elderly *Aging Health*, 2(6), 983-997.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. (1994). Mini Nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts, Research in Gerontology*. (Suppl 2): 15-59.
- Kuo HK, Sorond FA, Chen JH, Hashmi A, Milberg WP and Lipsitz LA. (2005). The Role of Homocysteine in Multisystem Age-Related Problems: A Systematic Review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60, 1190-1201.
- Kondrup J, Allinson M, Elia M, Vellas B, Plaus, M. (2003). Espen Guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-221.
- Landi F, Zuccala G, Gambassi G, Incalzi RA, Manigrasso L, Pagano F, Carbonin P, Bernabei R. (1999). Body Mass Index and mortality among older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*, 47: 1072-1079.
- Matsudo MS, Keihan VR, Barro Neto L. (2000), Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Cien e Mov.*, 8(4): 21-32.
- Menke A, Muntner P, Wildman RP, Reynolds K, and He J. (2007). Measures of adiposity and cardiovascular disease risk factors. *Obesity (Silver Spring)*, 15, 785-795.
- Molero AE, Altamari CA, Durán D, García E, Pino RG, Maestre G. (2006). Total plasma homocysteine values among elderly subjects: Findings from the Maracaibo Aging Study *Clinical Biochemistry* 39, Issue, 10, 1007-1015.

- NHANES III. (2000). Descriptive Anthropometric Reference Data for Older Americans. *J Am Diet Assoc*; 2000;100:59-66.
- Newman AB, Yaney D, Harris T, Duxbury A, Enright PL, Fried LP. (2001). Weight Change in old age and its association with mortality. *J Am Geriatr Soc.*, 49, 1309-1318.
- OPS-OMS (2002). Guía clínica para la atención primaria del adulto mayor. Módulo 5, Valoración nutricional del adulto mayor.
- Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Gigoletto F, Enzi G. (2000). Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *Br J Nutr*, 100(1), 59-66.
- Salas Salvado J, Bonada A, Trallero C, Salo M, Burgos R. (2008). *Nutrición y Dietética Clínica*, 2ª edición. Elsevier Masson; España, 100-102.
- Santos JL, Albala M, Lera L, Arroyo P, Pérez F, Peláez M. (2004). Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile. *Nutrition*, 20, 452-57.
- Schlenker E. (1994). *Nutrición en el Envejecimiento*. 2ª Edic., España: Mosby/Dogma, 125-148.
- Soto MA, Revuelta A, Gili P, Rodríguez L. (2003). Buscando las bases biológicas de la fragilidad: la sarcopenia. *Actual Neurol Neurocien Envejec*, 1(6), 331-334.
- Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, King C & Elia M (2004). Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr* 92, 799-808.
- Wannamethee G, Shaper AG, Morris RW and Whincup PH.(2005). Measures of adiposity in the identification of metabolic abnormalities in elderly men. *Am J Clin Nutr.*, 81, 313-1321.
- World Health Organization (WHO) (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, 3-5.

Nutrición y vida activa: de la prevención a las necesidades nutricionales

*Luis Falque Madrid
Universidad del Zulia*

Introducción

Para Peter Laslett (1996), renombrado humanista y científico social, el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. Para Lalett, el término «viejo» es, por consiguiente, un «estado adscrito», generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido. Ello conduce a la no existencia de homogeneidad acerca de las características de ese «estado adscrito» y de la fijación de la edad de su inicio. Varían de país a país, de cultura a cultura y a través del tiempo. Dicho autor menciona la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida: la «primera edad» relacionada con la infancia y la juventud; la «segunda edad» vinculada a la vida activa y reproductiva; la «tercera edad» referida a la etapa activa de retiro; y «la cuarta edad» que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado.

Considerado de esta manera, el término «tercera edad» no sería sinónimo de «vejez», sino que sólo se refiere a una etapa específica de esa condición. Con este término se trata de describir aquella etapa de la vejez en que las personas son relativamente autónomas, activas y socialmente integradas.

En América Latina se utiliza el término «adultos mayores» tanto para designar a la «tercera edad» como a la «cuarta edad». Este hecho es importante puesto que en materia de necesidades nutricionales, los valores de referencia publicados para los distintos países, así como aquellos que proceden de organismos internacionales de las Naciones

Unidas, no son uniformes en cuanto a este concepto y, por supuesto, dichos valores varían de acuerdo al grupo de edad que se refiere.

Por otro lado, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid (2002), advirtió sobre las causas y consecuencias del envejecimiento de la población a nivel mundial:

«...El envejecimiento de la población seguirá afectando a la salud y la atención médica, la composición y organización de la familia, la vivienda y las migraciones ... Existen fuertes diferencias regionales en la cantidad y la proporción de personas de edad. En las regiones más desarrolladas, en 2000, casi un quinto de la población tenía 60 años o más, mientras que para 2005 se prevé que esa proporción llegará a un tercio. En los países menos desarrollados, sólo el 8% de la población tiene más de 60 años; sin embargo, para 2050 las personas de edad constituirán casi el 20% de la población.»

En América Latina y el Caribe, la población de 60 años y más representó el 8% de la población total para el año 2000 (CEPAL, 2000), aunque esta cifra todavía es relativamente baja en comparación con países de Europa, Estados Unidos de América, Canadá y otros países desarrollados, está creciendo en la pirámide de población y en el año 2025 llegará a representar el 14%, superando los 98 millones de individuos. Según la CEPAL (2000), algunos países de la región se encuentran en la fase de plena transición demográfica, que se expresa en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la mortalidad; hay un envejecimiento por la base de la pirámide, al ocurrir una contracción en el porcentaje de niños. El hecho es de la existencia de un número considerable de personas con necesidades especiales y específicas que tienen que ser atendidas integralmente en forma inter y pluridisciplinaria. Es así como el progreso científico ha alcanzado un nivel tal, en el que el manejo nutricional adecuado puede jugar un papel decisivo en la prevención de enfermedades degenerativas, mejorando la calidad de vida.

La promoción de la salud a través de la nutrición

Todas las evidencias y realidades científicas actuales muestran que en el envejecimiento no sólo cuenta la cantidad sino también la calidad de la vida. Estilos y formas de vida saludable y principalmente mantenerse activos, conduce a mayor longevidad, agregan más años de independencia y protegen contra la comorbilidad en los últimos años. Es decir, la gente no desea vivir más tiempo, solamente para tener más años de enfermedad y de infelicidad; los años agregados deben ser los más sanos.

En este contexto, la adecuada promoción de salud y nutrición no sólo agrega años a la vida, sino vida a los años. Es decir que si el objetivo es prevenir la aparición de la enfermedad y la discapacidad, los esfuerzos preventivos deben comenzar precozmente en la vida. A tal efecto el modelo de Wellman (2007), describe el verdadero espectro en lo que a prevención y nutrición se refiere.

Nutrición	Prevención primaria Promoción de la salud	Prevención secundaria Reducción del riesgo	Prevención terciaria Tratamiento
Definición	Prevenir la enfermedad y la discapacidad reduciendo o eliminando factores de riesgo potenciales.	Disminuir los riesgos de salud a través de la detección y tratamiento oportuno y temprano antes de la aparición de los síntomas y signos clínicos. Incluye acciones de recuperación de la salud.	Tratamiento y rehabilitación de individuos con diagnósticos de enfermedad, a fin de que puedan utilizar sus capacidades y de esta manera, reintegrarse a la sociedad.
Objetivos	Promoción y mantenimiento de la salud a través de cambios de conducta y del ambiente.	Mantenimiento y mejora del estado nutricional, y/o evitar la enfermedad entre aquellos más susceptibles debido a sus estilos de vida, condiciones socioeconómicas, genética, etc.	Prevenir o retardar la progresión de la enfermedad, la discapacidad, el dolor y la muerte prematura.
Actividades	Educación y consejería nutricional, proveer dietas saludables, entre otros.	Despistaje o cribaje nutricional.	Atención nutricional individualizada de acuerdo al tipo y evolución de la enfermedad.
Ejemplos de programas y/o servicios a implementar	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas grupales en servicios de atención primaria sobre temas clave en materia de alimentación y nutrición. • Desarrollo de material impreso con participación de la empresa privada para su financiamiento y distribución. • Desarrollo de servicios de consejería nutricional en locales de salud, clubs, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de instrumentos de valoración temprana de riesgo nutricional en servicios de salud públicos y privados. • Desarrollos de servicios especializados de atención integral del adulto mayor. • Consejería y educación nutricional. • Referencia oportuna a servicios especializados de atención integral del adulto mayor. • Programas de asistencia alimentaria para adulto mayor en situación de pobreza. • Programas de dotación e implante de prótesis dentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación nutricional completa e individualizada. • Sesiones de educación y consejería nutricional especializada en situaciones específicas, patologías y síndromes.

Fuente: Adaptado de Wellman (2007)

Los profesionales de salud en general y especialmente los nutricionistas, tienen no sólo la oportunidad sino también la obligación de ampliar y mejorar los servicios de asistencia y atención nutricional que proporcionan a los adultos mayores. Los programas de promoción de la salud para la población anciana tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo. En cada uno

de los países es necesario proveer más y mejores servicios para los adultos mayores, que promuevan la salud y reduzcan el riesgo de enfermedad.

Una alimentación correcta, que cumpla con las leyes de la alimentación (calidad, cantidad, adecuación, armonía y pureza) puede disminuir los cambios relacionados con el propio proceso de envejecimiento e influir directamente en el estado de salud de la persona; dando lugar a una mejor calidad de vida e induciendo a la prevención de numerosas enfermedades e incapacidades.

La nutrición juega un importante papel en el proceso de envejecimiento, ya que permite que nuestro organismo reciba y utilice las sustancias químicas (los nutrientes esenciales: glúcidos o hidratos de carbono, lípidos o grasas, proteínas o prótidos, vitaminas, sales minerales, agua) de los alimentos y la energía para vivir.

A tal efecto, es importante revisar los principales factores de riesgo de malnutrición en los adultos mayores

Causas y factores de riesgo de malnutrición

Factores fisiológicos relacionados con la edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la composición corporal • Disminución de la actividad física • Alteración gusto y olfato • Disminución del apetito • Problemas dentales: falta de piezas, prótesis mal adaptadas • Disminución de la secreción y absorción intestinal
Socioeconómicos y medioambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Baja disponibilidad de alimentos • Bajos ingresos, pobreza, desastres naturales, guerras • Ignorancia, incultura • Hábitos alimentarios incorrectos: bajo N° de comidas, alimentos inadecuados • Aislamiento, soledad. Pérdida del cónyuge • Mal soporte familiar o social: red de apoyo insuficiente • Institucionalización
Deterioro funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad o incapacidad para la compra, preparación y conservación de alimentos • Dificultad para la ingesta, deglución • Inactividad, inmovilidad
Enfermedades y sus consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas (ICC, EPOC, Demencia) • Enfermedades y situaciones agudas: Traumas, Cirugía, Infecciones, Úlceras • Consumo de medicamentos • Deterioro cognitivo • Trastornos afectivos: Depresión

Fuente: OPS. Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. OPS, Publicación Científica y Técnica N° 595. Washington, DC. 2004.

Valores nutricionales de referencia de los adultos mayores

Desde comienzos de siglo, los Valores de Referencia de energía y nutrientes están basados y expresados en los siguientes conceptos (MSDS/INN, 2000).

1. Requerimiento Promedio Estimado (RPE) [Estimated Average Requirement (EAR)]. Es un valor de ingesta diaria promedio de un nutriente que cubre las necesidades de 50% de un grupo homogéneo de población sana de igual edad, sexo y con condiciones fisiológicas y estilo de vida similares. Se usa para establecer la Ingestión Recomendada (IR), pero sólo cuando RPE se ha estimado con suficiente y contrastada información científica. RPE es el valor de referencia de elección para valorar la adecuación de consumo de energía y nutrientes de grupos poblacionales, y para planificar dietas adecuadas para grupos de población a nivel comunitario e institucional.

2. La Ingestión Recomendada (IR) [Recommended Dietary Allowances (RDA)]. Se define como la cantidad de un nutriente que se juzga apropiada ingerir para cubrir los requerimientos nutricionales de casi todas las personas (97-98%) de un grupo homogéneo de población sana de igual edad, sexo y con condiciones fisiológicas y estilo de vida similares. La IR se calcula matemáticamente a partir de RPE. A tal efecto, tomando en consideración la variabilidad en los requerimientos entre individuos, los valores de RPE se incrementan en una cantidad determinada para tener la seguridad de que quedan cubiertas las necesidades del 97-98% de las personas del grupo. Todos los nutrientes se estiman de esta forma, a excepción de la energía que se establece como el requerimiento promedio, sin ningún margen de seguridad.

Dado que se marcan con un amplio margen de seguridad, una ingesta de micronutrientes inferior a las IR entre 90 o 95% no necesariamente indica que el criterio de adecuación no se haya cubierto en una determinada persona. No se recomienda su uso en la valoración y programación de dietas de grupos de población.

3. Ingesta adecuada (IA) [Adequate Intake (AI)]. Son estimaciones o valores aproximados que se usan cuando no hay suficiente evidencia científica para establecer el valor de RPE y calcular IR. En el caso de muchos nutrientes hay pocos datos científicos sobre los requerimientos por lo que no es posible identificar el nivel de ingesta que es suficiente para 50% de los individuos de

un determinado grupo. En tales casos se hace una estimación del nivel de consumo que parece ser suficiente para virtualmente toda la población. Se basan en datos de ingestas promedios de grupos de individuos sanos, determinadas por observación, experimentalmente o por extrapolación.

4. Nivel Superior Tolerable (NST) [Tolerable upper intake levels (UL)]. Se define como el nivel más alto de ingesta diaria de un nutriente (proveniente directamente de los alimentos, agua, alimentos fortificados y suplementos) y que incluso de forma crónica, a largo plazo, no entraña riesgo para la salud de la mayor parte de los individuos de un grupo de población. Según aumente la ingesta sobre el nivel de NST, el riesgo de efectos adversos aumentará. La cantidad aportada por una dieta variada muy difícilmente puede superar los valores de NST.

De tal forma, para que la dieta sea correcta y nutricionalmente equilibrada, tienen que estar presentes en ella la energía y todos los nutrientes, en las cantidades adecuadas y suficientes para cubrir las necesidades de los adultos mayores y conseguir un buen estado de salud, tal como se indica a continuación.

Energía

Algunos estudios realizados al final del siglo XX (Weindruch y Walford, 1998; Lakowski y Hekimi, 1998; Wanagat y col., 1999) e inicios del XXI (Roth y col., 2001; Lin y col., 2000), pusieron en evidencia que roedores y otras especies sometidos a dietas con restricción calórica de un 30 a 50% de sus necesidades, con aportes suficientes de proteínas y micronutrientes, podían prolongar la vida.

Por otro lado, recientes estudios (De la Maza y col., 2004) realizados exclusivamente con hombres sugieren que aquellos de mediana edad que mantienen el peso corporal a través de su vida adulta, podrían asemejarse a otros mamíferos con restricción energética, puesto que de hecho ingieren menos calorías y acumulan menos tejido grasa. En este mismo estudio se encontró que los hombres adultos que reportaron aumento de peso progresivo, sin llegar a obesidad, consumían 18% más de energía comparados con los mantenedores de peso. De más está decir que un peso corporal estable lo que indica es un balance energético en equilibrio, por lo que esta energía extra se almacena como masa grasa, distribuida principalmente en los

compartimentos subcutáneos. Igualmente, los autores mencionan algo ya observado con anterioridad y es el hecho que los métodos y técnicas de recolección, medición y evaluación de consumo de alimentos en términos de energía y nutrientes, subestiman la ingesta energética real. El hecho es que tanto los animales con restricción calórica como los humanos que mantienen el peso corporal durante su etapa de adultez y vejez, tienen significativamente menos grasa corporal y menor prevalencia de diabetes mellitus, cáncer, alteraciones renales y aterosclerosis.

Por otro lado, después de los 65 a 70 años disminuye la grasa corporal, aun en personas sanas; incluso después de esta edad, la pérdida de peso de origen desconocido es relativamente frecuente y 30-50% de las personas de edad avanzada institucionalizadas presentan desnutrición protéico-energética (Fischer y Jonson, 1990). Los factores ya expuestos anteriormente son las causas de esta pérdida de peso, aunque algunos autores sostienen que los principales están relacionados directamente con la soledad, la poca variedad de alimentos en la dieta (monotonía dietaria) y la llamada «anorexia del envejecimiento» (Morley y Silver, 1988).

Sin embargo, es necesario acotar que en nuestra experiencia, aportes inferiores a 1.500 Kcal/día comprometen la capacidad de la dieta de aportar satisfactoriamente los nutrientes esenciales, especialmente vitaminas y minerales. Por tanto, aunque las necesidades energéticas en el anciano son más bajas, debe asegurarse el aporte suficiente para cubrir los requerimientos en dichos nutrientes.

Las necesidades calóricas individuales están determinadas por la tasa de metabolismo basal (TMB) de acuerdo a la edad y sexo (60% aproximadamente), la actividad física, tanto ocupacional como discrecional (30%) y el gasto que supone la digestión de los alimentos y la absorción de nutrientes (10%). La TMB disminuye entre 10 a 30% entre los 30 a 75 años por disminución de la masa muscular. Ello, aunado a una menor actividad física durante esta etapa, hace que la Ingesta Recomendada (IR) también disminuya. De tal forma que la IR para los adultos mayores pueden ser establecidas entre valores de 1,4 a 1,8 de la TMB, para mantener el peso corporal en los diferentes grados de actividad física.

Proteínas

El aporte de proteínas de alto valor biológico por la dieta puede verse comprometido en el adulto mayor debido a múltiples causas tales como: baja disponibilidad de alimentos, elevado costo de los alimentos proteicos de origen animal, problemas y trastornos de la masticación, cambios de hábitos y conductas alimentarias, dificultad para la preparación de la alimentación, alteraciones digestivas y procesos patológicos intercurrentes, entre otros.

La malnutrición debido a carencia de proteínas puede ser más frecuente en adultos mayores con algún tipo de demencia, Parkinson, entre otras, y aparece después de haber mantenido durante un tiempo prolongado, una dieta deficiente en proteínas.

Aun cuando hay una disminución de la masa magra, los adultos mayores son menos eficientes en la utilización de las proteínas. Lo cierto es que las deficiencias proteicas en personas mayores no son raras y se manifiestan con sensación de fatiga, retardo en la cicatrización y disminución de la resistencia física. Pero también es cierto que con un buen nivel de ingesta calórica no suelen producirse déficit en la ingesta proteica.

A diferencia de la energía, las necesidades de proteínas no disminuyen con la edad, existe un mayor recambio a nivel hepático e intestinal y el catabolismo proteico está aumentado.

La RDA norteamericanas establecen un mínimo de 0,8 g/kg de peso de referencia. Una ingesta de proteínas segura estaría entre 1,0 a 1,2 g/kg peso/día. El sentido de esta recomendación es, más que perseguir un aumento de la masa muscular, que haya suficiente cantidad de proteína para alcanzar el equilibrio en el balance nitrogenado y mantener el estado proteínico nutricional (Gariballa y Sinclair, 1998). Los valores de referencia para la región podrían estar en un mínimo de 0,75 g/kg/día a 1,2 g/kg/día, para evitar pérdidas de masa magra y mantener el balance de nitrógeno positivo, con la recomendación expresa de realizar actividad física constante moderada. Este suministro proteico pasa por la ingesta de alimentos con proteína de alto valor biológico.

Lípidos

El adulto mayor necesita un aporte de grasa adecuado como fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y también para mejorar la palatabilidad de la dieta. Se aconseja que la proporción de grasa de la dieta no sea mayor a 30% del total de energía/día. La Ingesta Adecuada (IR) norteamericana está entre 20 a 35%. Se

continúa con los mismos valores de referencia que para cualquier edad, con mayor presencia de ácidos grasos monoinsaturados, menor cantidad de ácidos grasos saturados (< 8%) y presencia de cantidades significativas de ácidos grasos polinsaturados (no más de 10%), especialmente los provenientes del pescado. Los ácidos grasos trans isómeros (AGT)¹ no deben exceder a un 5% de la dieta global. A este respecto, es importante recalcar que diversos estudios epidemiológicos y metabólicos han encontrado fuertes asociaciones entre los ácidos grasos trans isómeros y enfermedad cardiovascular, y que esta asociación es mayor que la de las grasas saturadas (Ascherio y col., 1999). De hecho las «grasas trans» como se las conoce popularmente, pueden alterar la relación LDL/HDL, disminuyendo las HDL colesterol y aumentando el LDL colesterol.

En un reciente reporte, investigadores de la Universidad de Harvard (Mozaffarian y col., 2006) indicaron que en Estados Unidos de América se podría prevenir 30.000 muertes cada año por enfermedad coronaria e infarto al corazón, simplemente quitando las grasas trans de todos los alimentos y productos alimenticios existentes en el país, tales como algunas margarinas, la grasa para cocinar conocida en inglés como shortening; las mezclas preparadas para pasteles y panecillos; las mezclas para hacer sopas; los pasteles, galletas, galletas saladas, donas y productos de repostería y los bocadillos fritos (snack en inglés) como las papitas y hojuelas de maíz fritas. En Estados Unidos de América, desde enero de 2006 la ley exige que en la etiqueta de los alimentos que se expenden incluya los gramos de grasas trans que contiene cada porción. A este respecto, es necesario destacar que algunas grasas trans se encuentran naturalmente en la carne de res y los productos lácteos y se producen por bacterias en los intestinos de los rumiantes como el ganado bovino y el ovino. Estas grasas trans parecen no comportarse de la misma manera que las grasas trans que se forman durante la hidrogenación de los aceites vegetales. Recientemente, un informe surgido de un Grupo de Trabajo de la OPS/OMS (2007), estableció para América Latina:

1 Los ácidos grasos trans (AGT) de producción industrial, conocidos generalmente como «grasas trans», han sido definidos por la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius como «ácidos grasos insaturados que contienen uno o varios enlaces dobles aislados (no conjugados) en una configuración trans». Los AGT se forman durante la hidrogenación parcial de aceites vegetales líquidos para formar grasas semisólidas que se emplean en margarinas, aceites para cocinar y muchos alimentos procesados, que resultan atractivos para la industria debido a su tiempo de conservación prolongado, su mayor estabilidad durante la fritura y su mayor solidez y maleabilidad para su uso en productos y dulces de repostería. Los AGT también se forman de manera natural en pequeñas cantidades por la acción de microorganismos presentes en el estómago de los rumiantes (por ejemplo, ganado bovino, ovino y caprino).

«...La medida normativa clave recomendada es adoptar, mediante medidas legislativas, un límite de <2% de la cantidad total de grasa como AGT en los aceites vegetales y las margarinas blandas para untar y de <5% para los demás alimentos, como ha propuesto el grupo de trabajo canadiense de los AGT. Otras posibles medidas normativas son: a) el etiquetado nutricional para dar a conocer el contenido de AGT de los alimentos en toda la Región; b) el establecimiento de normas para reglamentar las afirmaciones sobre propiedades saludables de los alimentos y c) la declaración de los tipos de grasas y aceites, en especial los AGT, que contienen los alimentos que se sirven en restaurantes, en los programas de ayuda alimentaria y de alimentación escolar; y proveedores de servicios de alimentación».

En contraposición una ingesta adecuada de dos ácidos grasos de cadena larga de la serie omega-3, el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el docosahexaenoico (DHA), se ha asociado a una incidencia más baja de la enfermedad cardíaca coronaria y de la muerte cardíaca repentina (Von Schacky, 2004). Otros estudios clínicos han confirmado lo que se había mostrado en estudios epidemiológicos relativos a que el consumo 2 veces a la semana de aceite de pescado o tomar» 500 mg/día o más de EPA + DHA mejora el pronóstico después del infarto del miocardio (Burr y col., 1989; Marchioli y col., 2002; Singh y col., 1997). Específicamente, en relación con el adulto mayor, Mozaffarian y col. (2004) reportaron que el consumo de atún u otro pescado horneado o hervido correlacionó con una menor incidencia de fibrilación atrial en mayores de 65 años.

En relación al aporte por la dieta de colesterol, no debe exceder el límite de 100 mg de colesterol /1000 kcal.

Glúcidos o carbohidratos

La ingesta adecuada de carbohidratos debe ser entre 56 a 69% de las calorías totales de la dieta, provenientes sobre todo hidratos de carbono complejos y reducir al máximo los azúcares simples, los cuales no deben exceder 25 g/1000 kcal. Esto se debe a que existen hiperglucemias y diabetes que aparecen sobre todo en edad senil. La ingesta adecuada de carbohidratos debe ser entre 56 a 69% de las calorías totales de la dieta, provenientes sobre todo hidratos de carbono complejos y reducir al máximo los azúcares simples, los cuales no deben exceder 25 g/1000 kcal. Esto se debe

a que existen hiperglucemias y diabetes que aparecen sobre todo en edad senil.

A esto hay que añadir que las investigaciones sugieren que los hidratos de carbono muy refinados causan aumento de las concentraciones de colesterol y triglicéridos en sangre, cuando sustituyen a los hidratos de carbono complejos. En nuestro medio, el exceso de azúcar en dulces caseros y de repostería, refrescos, mermeladas y otros productos alimenticios puede desplazar de la dieta de los adultos mayores a otros alimentos que contienen nutrientes esenciales, mientras que el consumo recomendado de hidratos de carbono totales alrededor de 60% de la energía total, puede mejorar la ingesta de vitaminas, minerales y fibra.

Se recomienda la ingesta habitual de alimentos ricos en fibra que regula la motilidad intestinal y reduce el riesgo de padecer cáncer de colon y otras enfermedades. De tal forma que un aporte entre 15 y 20 g de fibra/día se considera adecuado para esta edad.

Algunos mayores pueden presentar intolerancia a la lactosa, ocasionando problemas digestivos e incluso diarreas. En el mercado ya existen productos lácteos sin lactosa.

Vitaminas

Se siguen las mismas recomendaciones que para los adultos jóvenes, pero teniendo en cuenta algunas consideraciones:

Vitaminas del complejo B

Concentraciones bajas de vitamina B6 –Piridoxina ha sido asociado al incremento de estados inflamatorios (Ross, 1999; Chiang y col., 2005), factor importante en la enfermedad coronaria y en la aterosclerosis, por lo que suficiente consumo de esta vitamina puede ser considerado como factor protector de estos estados. La IA estaría entre 1,7 mg/día y 1,5 mg/día para hombres y mujeres de 70 años y más respectivamente.

Por otro lado, la disminución con la edad de la secreción gástrica de ácido reduce la habilidad del intestino para absorber vitamina B12 y ácido fólico. A ello se suma la interacción de la B12 con algunos fármacos de uso común como la cimetidina.

Un aumento en el estado de vitaminas B6, B12 y/o folato en sangre confiere protección contra elevación de homocisteína (factor de riesgo

independiente de enfermedad cardiovascular, depresión y cierto déficit de la función neurocognitiva). Debido a que algunos autores han mostrado que la suplementación con ácido fólico solo o en combinación con otras vitaminas del complejo B, disminuyen las concentraciones plasmáticas de homocisteína (Brattstrom, 1996), se ha propuesto la suplementación con estas vitaminas; sin embargo, se necesitan mayores investigaciones, dado la existencia de resultados contradictorios.

Un estudio reciente realizado en Venezuela en adultos mayores con edades comprendidas entre 60 y 89 años muestra un consumo deficiente de folatos y vitamina B12, niveles séricos de B12 dentro del rango normal y de ácido fólico próximos al límite de riesgo (Meertens, L y col., 2007). En relación con este aspecto, el estudio de envejecimiento que se realiza en Maracaibo, encontró igualmente consumos deficientes de ácido fólico y B12, con niveles de homocisteína en sangre superiores a los reportados para otras poblaciones de origen hispano residentes en el Caribe. Dichos valores fueron significativamente mayores en hombres que en mujeres y mostraron correlación inversa con los niveles de folato y vitamina B12, (Molero y col., 2006), con porcentajes de adecuación de consumo de folatos de 15,7% y 14,2 para hombres y mujeres respectivamente y 108,1% y 81,9% respecto a la B12 (Molero y col., 2001).

De tal forma que la ingesta recomendada (IR) es de 2,5 μg /día de vitamina B12, mediante suplemento dietético o de alimentos fortificados con esta vitamina, y de 400 μg /día de ácido fólico para todas las edades después de 51 años.

Vitamina D

Como es sabido, el envejecimiento disminuye la capacidad de la piel para sintetizar vitamina D y los bajos niveles de Vitamina D en adultos mayores están asociados a la pérdida de masa ósea, osteoporosis y otras enfermedades musculoesqueléticas. Estudios recientes muestran la relación entre la suplementación de colecalciferol y la incidencia de caídas en mujeres mayores de 65 años (Bischoff-Ferrari y col., 2006). Aún más, el consumo de suplemento de vitamina D es sólo efectivo en reducir el riesgo de fracturas, si el mismo está acompañado de suplementos de calcio (Boonen y col., 2007). Las IA de esta vitamina están entre 10 y 15 μg /día para adultos de 51 a 70 años y de 70 años y más respectivamente.

Vitaminas C, E, A y beta-caroteno

El aporte de cantidades óptimas de antioxidantes es necesario para el mantenimiento de la función inmune a través de todo el ciclo biológico, especialmente en la tercera edad. El envejecimiento trae aparejado el incremento de radicales libres, debido principalmente a la peroxidación lipídica. En relación con este grupo de vitaminas, se ha demostrado que ancianos sanos con niveles elevados de vitaminas C, E y b-caroteno tienen menor riesgo de cáncer, cataratas y enfermedades cardíacas.

La vitamina E es considerada como un potente antioxidante y su deficiencia en los adultos mayores está relacionada con problemas en la absorción de la grasa. De tal forma que su requerimiento aumenta al incrementarse el consumo de ácidos grasos poliinsaturados en la dieta en una relación de 0,4 mg de a-tocoferol por cada gramo de ácidos grasos poliinsaturados. La recomendación de esta vitamina es de 15 mg/día.

En relación con la Vitamina C, las recomendaciones varían con el género, debido probablemente a las diferencias existentes en la masa grasa. La ingesta recomendada está entre 60 y 100 mg/día para hombres y mujeres respectivamente.

La vitamina A está presente y disponible en la dieta en forma de carotenoides (precursores de vitamina A) ó como vitamina A (ésteres de retinilo). En algunos países de América Latina, como es el caso de Venezuela, la legislación prevé la fortificación de las harinas de maíz que se producen en el país, con retinol (2.500 ER/kg de harina) y hierro (50 mg/kg de harina), de tal forma que los valores de referencia de vitamina A son de 1.000 equivalentes de retinol/día (ER).

Minerales

Los estudios que se realizan en los adultos mayores muestran ingestas deficitarias de minerales, especialmente importantes son el calcio, zinc, magnesio, hierro, selenio y cromo.

Es conocido que con la edad, disminuye la absorción de calcio, por la disminución de la secreción ácida gástrica y los niveles más bajos de vitamina D. Además, la disminución de la actividad física y la menopausia favorecen la pérdida de masa ósea. Es conocido la existencia de diversos y variados factores que intervienen en la biodisponibilidad y en el metabolismo por lo que la IA americana

para adultos mayores de 51 años es de 1.200 mg/día, con un Nivel Superior Tolerable (NST) de 2.500 mg/día.

La deficiencia marginal de zinc es común en ancianos y se puede relacionar con síntomas tales como disminución de la agudeza gustativa, letargo mental, inapetencia, y retardo en la cicatrización de las heridas. Es un nutriente antioxidante de difícil ajuste, sobre todo en situaciones de ingesta energética menor de 1.500 kcal/día. Las RDA de zinc son de 11 y 8 mg/día para los hombres y mujeres respectivamente.

Aún cuando los adultos mayores no son un grupo de riesgo para la anemia ferropénica, sí tienen factores que están asociados a la carencia de hierro, tales como enfermedades digestivas y procesos inflamatorios. Las RDA norteamericanas establecen valores de 8 a 10 mg/día de hierro para los adultos mayores de ambos sexos.

El selenio es otro mineral potencialmente antioxidante, su déficit estaría relacionado con mayor riesgo de enfermedad coronaria, cáncer e inmunosupresión. Las RDA están entre 50 y 70 µg/día para todos los adultos de ambos sexos.

Por otro lado, el déficit de magnesio en el adulto mayor, está asociado con síndromes neuromusculares como tetania y fatiga crónica y es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, tales como, hipertensión arterial, arteriosclerosis y arritmias cardíacas. Costello y Moser-Veillon (1992), en una revisión sobre este mineral mostraron que en la vejez, podría tener un papel importante en la menor respuesta a la insulina. Las deficiencias pueden agravarse debido al abuso de medicamentos como diuréticos y a procesos como el alcoholismo crónico, mala absorción intestinal, vómitos severos y acidosis diabética. Los valores de referencia norteamericanas están en 420 mg/día, aunque se supone que las ingestas nutricionales de este mineral en los países occidentales, que se han calculado entre 225 y 280 mg/día, parecen ser suficientes para individuos mayores de 65 años (OPS, 2004).

Desde que en 1959 se mostrara como el cromo mejoraba la tolerancia a la glucosa (Schwarz y Mertz, 1959), mucho se ha escrito sobre este importante oligoelemento. El cromo cumple funciones vitales en el organismo: potencia el metabolismo de los macronutrientes, incrementa la eficacia de la insulina y tiene efecto sobre los hipocluemias en diabetes tipo II (Anderson, 2005). La

IA norteamericanas son de 30 y 20 $\mu\text{g}/\text{día}$, para hombres y mujeres respectivamente mayores de 50 años.

Agua

Los adultos mayores pueden presentar problemas tanto de deshidratación como de hiperhidratación. La recomendación expresa es que se debe ingerir agua (y/o líquidos) abundantemente (excepto en los casos en que se aconseje lo contrario) con el fin de mantener una hidratación adecuada. Además, una restricción hídrica puede conducir a infección, estreñimiento, disminución de la capacidad de la vejiga y desequilibrio de los balances hídrico-electrolíticos. Los factores causantes de una restricción hídrica pueden ser: menor sensación de sed, falta de motivaciones personales, miedo a incontinencia o nocturia, inaccesibilidad a fluidos, incapacidad para beber sin ayuda y estado mental alterado.

Los problemas de exceso de líquido se relacionan generalmente con una función renal y/o vascular disminuida.

Debe evitarse la ingesta excesiva de sal para evitar la retención hídrica, ayudando a reducir la hipertensión. Para ello, se evitarán muchos alimentos procesados y sazonados con alto contenido en sal, así como las bebidas gaseosas por su contenido en sodio.

A continuación se listan las recomendaciones generales de la OMS para un envejecimiento exitoso (OPS, 2004):

- Promover, facilitar, educar, difundir y crear ámbitos propicios para el desarrollo de la actividad física.
- Motivar a la población a consumir alimentos ricos en nutrientes, como pescado, carnes magras, hígado, huevos y productos de soja.
- Alentar a la industria alimentaria y a las cadenas de comidas rápidas para que produzcan comidas listas con bajo contenido de grasa animal y ácidos grasos trans.
- Desarrollar campañas de salud pública que promuevan la importancia del valor de la buena nutrición para desarrollar y mantener una buena salud física y mental.
- Remarcar la importancia de la ingesta de agua para mantenerse hidratado, especialmente en climas cálidos.
- Remarcar los beneficios de la actividad física y sus repercusiones en la población, especialmente en los adultos mayores, cuya movilidad e independencia al mantenerse sanos les

permite participar y contribuir como miembros activos de la sociedad.

Para culminar, se presentan algunas recomendaciones nutricionales claves para la prevención y promoción de la salud y nutrición de los adultos mayores:

- Considerar que la dieta ideal debe provenir del consumo de una gran variedad de alimentos que permita la ingesta de vitaminas y minerales claves.
- Considerar que las recomendaciones deben estar basadas en el régimen de alimentación específica para cada país y cada cultura y, por supuesto, en las necesidades individuales.
- Entender que las necesidades nutricionales de una población que envejece exigen atención especial.
- Promover el equilibrio energético de las personas mayores a través de la evaluación de su estado nutricional y la recomendación de alimentos específicos que contribuyan a restituir el gasto energético propio del envejecimiento.
- Promover el consumo de alimentos ricos en nutrientes y componentes bioactivos que ayudan y protegen contra los principales trastornos relacionados con la edad, como el deterioro cognitivo y la inmunodependencia.
- Promover la importancia e influencia de la buena nutrición como medio para mantener la movilidad, la independencia, la función cognitiva, el estado psicológico y las relaciones y redes sociales en la vejez.
- Promover el consumo de vegetales, especialmente los de color rojo y verde intenso, así como las frutas, ya sea solas, en jugo o como acompañantes de otros alimentos.
- Disminuir drásticamente el consumo de grasas de origen animal y ácidos grasos *trans* y promover el consumo de aceites de oliva, maíz, girasol, maní y soja.
- Educar en las formas de moderar el consumo de azúcar, refrescos y productos de repostería, caramelos y otras golosinas.
- Promover formas de cocción saludables: cocido, horneado, asado, parrilla, a la plancha, al vapor, en lugar de frituras.

- Incentivar el consumo de alimentos ricos en calcio y vitamina D como leche descremada, yogurt, queso, pescado y arepas, alimentos enriquecidos con estos nutrientes o suplementos.
- Consumir alimentos ricos en vitaminas del complejo B como leche descremada, queso, pescado y cereales integrales cocidos.
- Incentivar el consumo de magnesio y zinc a través de los alimentos o como suplemento.
- Educar sobre la moderación del consumo de sal y alimentos que contengan sodio y formas de sazonar los alimentos. Aprovechar para informar sobre formas de consumir potasio a través de los alimentos.
- Especialmente relevante es la educación sobre higiene e inocuidad de alimentos, así como los peligros del consumo de leche no pasteurizada, huevos crudos, y carnes, pollo, pescado y mariscos cocinados insuficientemente.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Evitar la soledad y comer en compañía.
- Repartir la alimentación diaria en 4 ó 5 comidas, evitando suprimir el desayuno, realizando el almuerzo, la cena y dos meriendas.
- No es recomendable recalentar las preparaciones repetidamente, pues ello produce pérdidas de vitaminas sensibles como la vitamina C y el folato.

Referencias bibliográficas

- Ascherio A, Katan MB, Zock PL, Stampfer MJ y Willett WC. (1999). Trans fatty acids and coronary heart disease. *N Engl J Med* 340: 1994–1998.
- Anderson R. (2005). Chromium and aging. Proceedings of the International Academy of Nutrition and Aging, May 6-8, 2005, St Louis, MO.
- Bischoff-Ferrari HA, Orav EJ, Dawson-Hughes B. (2006). Effect of cholecalciferol plus calcium on falling in ambulatory older men and women: a 3-year randomized controlled trial.. *Arch Intern Med.*, 166(4): 424-430.
- Boonen S, Lips P, Bouillon R, Bischoff-Ferrari HA, Vanderschueren D and Haentjens P. (2007). *Need for Additional Calcium to Reduce the Risk of Hip Fracture with Vitamin D Supplementation: Evidence from a Comparative Metaanalysis of Randomized Controlled Trials.* *J Clin Endocrinol Metab* 92: 1415-1423.
- Brattstrom L. (1996). Vitamins as homocysteine-lowering agents, *J Nutr* 126: 1276–1280.
- Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, Rogers S, Holliday RM, Sweetnam PM, Elwood PC, Deadman NM. (1989). Effects of changes in fat, fish, and fiber intakes on death and myocardial reinfarction: diet and reinfarction trial (DART), *Lancet* 2: 757–761.
- CEPAL (2000). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CE-LADE). Extraído el 14 de julio de 2007 desde <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/4917/lc11411e.pdf>.
- Chiang EP, Smith DE, Selhub J, Dallal G, Wang YC and Roubenoff R. (2005). Inflammation causes tissue-specific depletion of vitamin B6. *Arthritis Res Ther*, 7: 1254-1262.
- Costello RB, Moser-Veillon PB. (1992). A review of magnesium intake in the elderly. A cause of concern? *Magnes Res*, 5: 61-67.
- De la Maza MP, Gattás V, Zavala A, Cataldo V, Guerra J, Barrera G, Leiva L, Hirsch S, Bunout D. (2004). La mantención de peso en humanos: ¿podría ser equivalente a la restricción calórica de los modelos animales? *Revista Médica de Chile*, 132 (10): 1155-1172.
- Fischer J, Johnson MA. (1990). Low body weight and weight loss in the aged. *J Am Diet Assoc*, 90: 1697-706.
- Gariballa SE y Sinclair AJ. (1998). Nutrition, aging and ill health. *Br J Nutr* 80: 7-23.
- Lakowski B y Hekimi S. (1998). The genetics of calorie restriction in *Caenorhabditis elegans*. *Proc Natl Acad Sci*, 95: 13091-13096.
- Laslett P. (1996). What is Old Age? Variation Over Time and Between

- Cultures. En *Health and Mortality among Elderly Populations*, editado por Graziella Caselli y Alan D. Lopez. Oxford: Clarendon Press Oxford.
- Lin SJ, Defossez PA, Guarente L. (2000). Requirement of NAD and SIR2 for life span extension by calorie restriction in *Saccharomyces cerevisiae*. *Science*, 289: 2126-2128.
- Marchioli R, Barzi F and Bomba E., et al. (2002). Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time-course analysis of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI)-Prevenzione, 105: 1897-1903.
- Meertens L, Díaz N, Solano L, Baron MA, Rodríguez A. (2007). Homocisteína, ácido fólico y vitamina B₁₂ en adultos mayores venezolanos. *Arch Lat Nutr* 57(1). Extraído desde <http://www.alanrevista.org/ediciones/2007-1/homocisteina.asp>
- Molero A, Altimari C, Durán D, García E, Pino-Ramírez G and Maestre GE. (2006). Total plasma homocysteine values among elderly subjects: Findings from the Maracaibo Aging Study. *Clin Biochem*, 39(10): 1007-1015.
- Molero A, Calmón G, Pino-Ramírez G, Falque L, Haak R y Maestre GE. (2001). Homocisteína y Micronutrientes como Factores de Riesgo Cardiovascular y Cognitivo en Adultos Mayores de 55 Años en una Población Marabina. Investigación no publicada, Universidad del Zulia.
- Morley JE and Silver AJ. (1988). Anorexia in the elderly. *Neurobiol Aging*, 9: 9-16.
- Mozaffarian DB, Psaty M, Rimm EB, Lemaitre RN, Burke GL, Lyles MF, Lefkowitz D, Siscovick DS. (2004). Fish intake and risk of incident atrial fibrillation, *Circulation*, 110: 368-373.
- Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. (2006). Trans fatty acids and cardiovascular disease. *N Engl J Med*, 354: 1601-1613.
- MSDS/INN. (2000). Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana. Revisión 2000. Marco E, Landaeta de JM, Meza CR, Bengoa JM y Chávez JF. (Editores). Serie de Cuadernos Azules. Caracas, 53.
- OPS (2004). Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. OPS, Publicación Científica y Técnica, No. 595. Washington, DC.
- OPS/OMS (2007). Grupo de Trabajo. Las Américas Libre de Grasa Trans. Conclusiones y Recomendaciones. 26 y 27 de abril de 2007, Washington, D.C. Extraído desde <http://www.dpaslac.org/uploads/1181679542.pdf>

- Ross, RA. (1999). Atherosclerosis: an inflammatory disease, *N Engl J Med.*, 340: 115–126
- Roth GS, Ingram D, and Lane MA. (2001). Caloric restriction in primates and relevance to humans. *Ann NY Acad Sci*, 928: 305–315.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (2002). Madrid. Extraído el 12 de julio de 2007 desde <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
- Singh RB, Niaz MA, Sharma JP, Kumar R, Rastogi V, and Moshiri M. (1997). Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of fish oil and mustard oil in patients with suspected acute myocardial infarction: the Indian experiment of infarct survival—4. *Cardiovasc Drugs Ther*, 11(3): 485–491.
- Schwarz K y Mertz W. (1959). Chromium (III) and the glucose tolerance factor. *Arch Biochem Biophys*, 85: 292–295.
- Von Schacky C. (2004). Omega-3 fatty acids and cardiovascular disease, *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 7: 131–136.
- Wanagat J, Allison DB, Weindruch R. (1999). Caloric intake and aging: mechanisms in rodents and a study in nonhuman primates. *Toxicol Sci*, 52: 35-40.
- Weindruch W and Walford, R.L. (1988). The retardation of Aging and Diseases by Dietary Restriction. Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- Wellman NS. (2007). Prevention, prevention, prevention: Nutrition for successful aging. *J Am Diet Assoc*, 107 (5): 741-743.

La práctica odontológica y la atención del adulto mayor

*Jorge Luis Balzán Ballesteros
Universidad del Zulia*

*«No es por que hemos vivido
un cierto número de años que envejecemos;
envejecemos porque abandonamos nuestro ideal».
Gral. Douglas MacArthur*

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno nuevo al cual muchos países están tratando de adaptarse (Petersen, 2005). Lo que en el pasado era una característica de algunas naciones, pasó a ser una experiencia creciente en todo el mundo. Las causas para la ocurrencia de este fenómeno se relacionan con varios factores, entre los cuales cabe mencionar: los avances médicos, que aumentan la expectativa de vida de la población y su calidad de vida; la acentuada reducción de las tasas de mortalidad, particularmente en los primeros años de vida y la reducción de las tasas de fecundidad, principalmente en los centros urbanos.

Sí comparamos los actuales días con treinta o cuarenta años atrás, encontramos una mejoría en el aspecto nutricional de la población; un aumento en los niveles de higiene personal y una mejora sustancial en las condiciones ambientales de trabajo y de las viviendas. Igualmente, se presenta un cambio en el patrón reproductivo; debido al número de necesidades crecientes de limitar a los integrantes de las familias —causado esto dentro del contexto de crisis económica— ante la progresiva incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, así como por los cambios en los patrones socio-culturales y una creciente difusión y uso de medios anticonceptivos.

En este contexto, los adultos mayores comienzan a ganar importancia y a ejercer cada vez más influencia sobre la sociedad. El rol y la responsabilidad de la profesión odontológica en relación con ese grupo poblacional es mantener unas condiciones óptimas, que no comprometan la función nutricional y no originen consecuencias negativas sobre su salud general, las cuales resulten en alteraciones o trastornos en el bienestar físico y psicológico de cada individuo; favoreciéndose así el lograr alcanzar, mantener y conservar una buena calidad de vida.

Situación epidemiológica bucal del adulto mayor

La situación epidemiológica bucal del adulto mayor en la región latinoamericana es posible calificarla como bastante severa y grave, más aún, si consideramos que ese grupo se encuentra expuesto a situaciones de exclusión, abandono y riesgo que potencian en forma negativa sus condiciones de salud.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1985), mundialmente la población envejece 1,7% anualmente, esperándose para el año 2025 sean aproximadamente 1.100.000.000 de personas mayores de 60 años. De ellos, según el Centro Latinoamericano de demografía (CELADE, 2002), 82.000.000 se encontraran en América Latina.

La caries dental y la enfermedad periodontal representan las patologías bucales más comunes a nivel mundial. En los países desarrollados la caries dental afecta a entre un 60 a 90% de niños en edad escolar, y a la mayoría de adultos (NIH, 2001). En los países en vías de desarrollo esta situación es aún mayor. El nivel de afectación de la salud bucal se mide empleando el índice CPOD, el cual permite describir el número de piezas dentarias que presentan lesiones por caries dental (“C”); pérdidas (extraídas) debido a caries dental (“P”) y obturadas (“O”), asumiendo como unidad de análisis el diente (D).

En América del Sur, a la edad de 12 años, en países como Brasil, Ecuador y Venezuela el índice CPOD presenta un promedio de 2 y 3 unidades dentarias cariadas, mientras que Bolivia y Colombia lo tienen entre 4,5 y 5. La situación a nivel global nos refleja que dos tercios de los adultos de 35 a 45 años han perdido por lo menos un diente permanente debido a la enfermedad caries dental.

Asimismo, se sabe que, para muchas poblaciones, la gingivitis marginal o simple, la cual es considerada la primera etapa del proceso de enfermedad periodontal, afecta a la mitad de personas a partir de los 4 años, mientras que la periodontitis severa genera por

lo menos una pérdida dentaria en 5 al 20% de individuos adultos y la población de adultos mayores.

Para todos los individuos, una mala salud bucal trae consecuencias como el dolor local, infecciones bucales, halitosis (mal aliento) o pérdida de piezas dentarias, las cuales pueden generar problemas para masticar, en la fonación y son causa de una baja autoestima, entre otros. Un estudio en Tailandia (Sudaduang y Autrey, 2004) encontró que debido a problemas de salud bucal el 90% de los niños tenían afectadas funciones clave como el comer, sonreír o el contacto social. Además, se han asociado algunos problemas bucales a un mayor riesgo de diabetes descompensada, artritis, eventos trombóticos y partos pretérmino. Esta situación aumenta el riesgo de enfermar en los adultos mayores.

Cuando se analiza la enfermedad periodontal, encontramos que la población infantil mayoritariamente muestra signos de gingivitis, mientras que entre los adultos prevalece la fase inicial de las enfermedades periodontales. Diversos estudios afirman que del 5 al 15% de la población mundial padece de periodontitis severa, lo cual es una de las principales causa de la pérdida de los dientes. En cuanto a la enfermedad periodontal expresada en el índice periodontal (IP), la región no escapa a este problema de salud pública, sus valores se hacen mayores en los estratos de menores recursos, encontrando además, que existen cifras elevadas de dientes no aplicables para el examen, es decir dientes que fueron extraídos, lo cual nos demuestra que no existe o es muy escasa la atención odontológica preventiva y/o conservadora, esto hace que la prevalencia de la enfermedad periodontal sea cada vez mayor, incrementándose en la medida que aumenta la edad del individuo.

Si a lo anterior le agregamos que la ausencia de dientes, –por caries y/o enfermedad periodontal– se nos manifiesta en condiciones tempranas de edentulismo, lo cual conlleva a unas elevadas necesidades de tratamientos protésicos en la población, que no pueden ser satisfechos por el sector público y son poco accesibles en el sector privado de la profesión, nos enfrentamos a una situación de extrema gravedad para la población en general, y aún mayor y más severa para el adulto mayor.

La información proveniente de los diferentes estudios epidemiológicos realizados en la región latinoamericana coinciden, por lo cual podemos afirmar que no se han presentado variaciones en las condiciones de salud bucal durante los últimos cuatro decenios, esto posiblemente responde a las características de la atención odon-

tológica, con énfasis en la mutilación (extracción) dental; con una desigual distribución en la atención y el acceso a los servicios para los diferentes estratos sociales; la carencia o falta de políticas de salud efectivas y el predominio de un modelo de atención esencialmente curativo. Estas situaciones, se incrementan de manera considerable en Latinoamérica cuando nos enfocamos en la población adulto mayor, lo cual empeora sus condiciones de salud general.

Situación epidemiológica bucal – Venezuela

Indicadores epidemiológicos - Menores de 15 años		
	CPOD	Prevalencia
Año 1968	12 años = 5,32	12 años = 80%
	15 años = 8,62	15 años = 88%
Año 1998	12 años = 2,12	12 años = 62%
	15 años = 3,41	15 años = 75%
CPOD / Sexo		
	H = 9,76	M = 11,17
Estudios Epidemiológicos		
EPIO - Fundacredesa 67 - 72 / 81 - 87	x CPOD 10 años	% Perm Afectados
	3,48	21,75
Otros estudios 67 - 99	x CPOD 8 años	% Perm Afectados
	2,43	15,25

Fuente: elaboración propia

Notemos la severidad de esas enfermedades en la población adulta y el adulto mayor.

Situación epidemiológica bucal – Venezuela

Indicadores epidemiológicos - Adulto y adulto mayor			
	Caries dental	CPOD	Extraídos
Mujeres	56 - 64 = 99,67	12 años = 80%	11,03
	65 y mas = 99,37	18,62	13,29
Hombres	55 - 64 = 99,98	17,50	12,02
	65 y mas = 99,57	19,77	14,12
Prevalencia	Enfermedad periodontal		
	Adulto	Adulto mayor	
	55 %	68%	

Fuente: elaboración propia

Alteraciones de los tejidos bucales resultantes del proceso de envejecimiento

El desarrollo de la región orofacial se produce a partir de la cuarta semana de desarrollo intrauterino, partiendo de los arcos braquiales (Moore, 2008). Esto es un indicativo de que la importancia y función de dicha región en el cuerpo humano, está determinada desde los primeros momentos en la vida del ser humano, en su primera expresión de vida, que es el llanto; de ahí se incorpora a la alimentación para su supervivencia y posteriormente esta región forma una etapa esencial para el desarrollo de la personalidad (May Calvin et al, 1988). Con el miedo nace una de las formas más primitivas de defensa del individuo: enseñar los dientes, al igual que muchas fieras lo hacen para intimidar a su enemigo, de ahí la expresión popular «te ríes de nervios», viva representación de dicho reflejo de supervivencia y muchas expresiones más. Podemos recordar algunas referencias de los libros de semiología médica, en los cuales se describe la facies dolorosa, la sardónica, o la facies inexpresiva del parkinsonismo, por ejemplo.

Además, la cavidad oral al encontrarse expuesta al exterior ha elaborado secreciones capaces de controlar el desarrollo de bacterias, virus y demás microorganismos potencialmente patógenos y que se encuentran presentes en ella.

El sistema estomatognático es definido como el grupo anatómo-fisiológico de órganos y estructuras que realizan la función de masticación, deglución y fonación, conjuntamente con la función estética. Está conformado por músculos, huesos y el resto de las demás estructuras de cabeza y cuello. Podemos destacar dos funciones sustantivas del sistema estomatognático: el habla y la alimentación. Sin embargo, no es posible dejar de considerar el componente psicológico que acompañará todas las funciones de esta región anatómica del ser humano durante toda la vida. En la cavidad bucal del adulto mayor encontramos modificaciones tanto en los tejidos blandos como en los tejidos duros.

Algunas alteraciones en la cavidad bucal que siempre se han asociado con el aumento de la edad son atrición, abrasión, periodontopatías, hiperplasia fibrosa inflamatoria y úlceras traumáticas (Echeverría et. al, 1997). Como consecuencia de presiones y lesiones ocasionadas por aparatos protésicos inadecuados o mal adaptados;

alteraciones degenerativas de la mucosa y las estructuras óseas de soporte, disminución de los mecanismos de estímulo neuromuscular, formación de dentina secundaria o reparativa, mayor aposición de cemento dental y reabsorción radicular.

Cambios morfológicos

Los diferentes cambios que se originan en el ser humano causados por el envejecimiento son objeto de estudio de la odontogeriatría, y se le conoce como el envejecimiento orofacial, el cual podemos definir como los cambios normales presentados en la mayoría de los individuos durante la continua degeneración y marchitar de la vida (Ship, 1998).

Si bien en las estructuras de la cavidad bucal se producen cambios propios del envejecimiento, algunas situaciones como el edentulismo –pérdida parcial o total de piezas dentales– no es propio de la edad, sino un indicativo de un mal estado de salud bucal del paciente.

Uno de los primeros cambios que sufre el individuo es consecuencia del traumatismo oclusal a lo largo de la vida por el desarrollo de las fuerzas masticatorias, los tejidos que soportan el diente o periodonto –sistema de unión dentomaxilar– se engrosan y se retraen, lo cual expone una mayor superficie de los dientes al medio bucal.

El ligamento periodontal se ensancha en el anciano (Teng Y., et al, 2002), posiblemente debido a una inflamación crónica del ligamento pues, es uno de los componentes del aparato de unión encargado de la sensibilidad para la apertura de los maxilares en caso necesario, es decir, de distinguir entre morder un fruto de una piedra y soportar las cargas oclusales originadas por la fuerza de la masticación. Es importante recordar que el músculo masetero llega a comprimir los alimentos con una fuerza de 200 Kg/cm² y la pérdida de los dientes desequilibra la distribución de las fuerzas de compresión a lo largo de los tejidos de soporte, provocando trastornos en los dientes restantes. El exceso y desequilibrio de las fuerzas oclusales también provoca que el cemento radicular muchas veces aumente de volumen en la zona apical del diente ya sea en forma benigna o un estado neoplásico del cemento dental.

El tono muscular orofacial se ve disminuido en pocas personas, pero al igual que las demás zonas musculares puede presentar sarcopenia. Tal vez éste sea el motivo de la pérdida del tono muscular que produce un escurrimiento de saliva, generalmente confundido con hipersalivación – psialorrea –, considerada erróneamente como una consecuencia normal del envejecimiento.

La facies característica de muchos ancianos se produce por la pérdida de los dientes, ya que éstos tienen un importante componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y los molares un 5%, en los dos tercios inferiores de la cara. El individuo, al perder los dientes, el soporte de la musculatura facial se pierde, lo cual condiciona el aspecto «típico» al rostro del anciano.

Las glándulas salivales pierden cerca de un 30% del parénquima, sin embargo no hay pérdida en la cantidad de saliva producida. La articulación témporo-mandibular presenta en muchos casos un aplastamiento del cóndilo mandibular; sin embargo, en algunos pacientes podemos observar la presencia de una patología dolorosa de origen articular lo cual no es común en todo individuo adulto mayor.

Cambios fisiológicos

Aunque los cambios en la síntesis de proteínas declinan la calidad de saliva, la cantidad de producción se preserva. En realidad con gran frecuencia la hiposalivación es principalmente de etiología medicamentosa, ya que existen un gran número de fármacos con este efecto indeseable. Es importante recordar que la fase inicial de degradación de los hidratos de carbono es realizada en la cavidad oral por la saliva; una disminución en su calidad o la cantidad ocasionan una deglución inadecuada por la inadecuada consistencia del bolo alimenticio.

Otro problema que involucra a la síntesis de proteínas es la disminución del grosor de la mucosa bucal, que sufre cambios muy parecidos a los de la piel por una disminución en la microcirculación ante el deterioro de la red microvascular. La disposición celular cambia, lo cual debilita la mucosa y esto representa un factor de riesgo para infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de la cavidad oral.

El adulto mayor presenta disminución en los movimientos mandibulares, lo que hace más dificultosa su masticación y los movimientos linguales, principalmente por trastornos en la unidad

neuromuscular del aparato masticatorio. Los dientes pierden sensibilidad debido a la producción de dentina reparativa, disminuyendo el espacio para las fibrillas de Tomes, –prolongaciones axónicas de los tejidos nerviosos del diente– y continúa su calcificación, curiosamente contrario a lo que sucede en los tejidos óseos. La retracción de la pulpa dental por la producción de dentina secundaria, disminuye la sensibilidad al dolor, por lo que a pesar de las condiciones deplorables de la cavidad oral el paciente puede no reportar dolor. Esto contribuye a aumentar el número de cuadros «atípicos» que parecen caracterizar la clínica geriátrica.

La placa dentobacteriana aumenta el número de bacterias gram-negativas, lo que pone en mayor riesgo al paciente para desarrollar padecimientos de vías respiratorias y digestivas.

La pérdida del gusto que manifiestan muchos ancianos se debe más a una pérdida del olfato y a la obturación de los receptores de textura, temperatura y gusto del paladar, con frecuencia agravadas o condicionadas por los diseños de las prótesis dentales. Las papilas gustativas no muestran una disminución con respecto a la edad, sólo hay un ligero aumento en el tiempo de producción, probablemente por una falta de estimulación. Si bien el estado de salud oral no influye en el estado nutricional de manera directa, sí interviene en la selección del tipo de alimentos esencial para la estimulación de todos los receptores mencionados y en forma indirecta, puede ser un factor de desnutrición.

Cambios en los tejidos bucales del adulto mayor

A continuación, se enumeran algunos cambios que se producen en los tejidos bucales asociados con el proceso de envejecer, los cuales es posible clasificar en: *alteraciones fisiomorfológicas de la mucosa bucal* de orden funcional por deformidades en el complejo estructural de la mucosa, o de orden natural por envejecimiento; *alteraciones fisiopatológicas de la mucosa bucal* de orden funcional por los procesos patológicos de factores sistémicos y muchas veces por factores externos; *alteraciones fisiomorfológicas de los dientes* que originan cambios en el complejo esmalte-dentina-pulpa-cemento ocurridas por factores sistémicos o por el desgaste natural de su debido o indebido uso; y *alteraciones fisiopatológicas periodontales*, ocasionadas por afecciones sistémicas, por hábitos, o por la situación de falta de motricidad para la debida higiene. Entre estas alteraciones se tienen:

- *En glándulas salivares.* Probablemente en función de la pérdida de entre un 20 a 30% de los acinos que la conforman, la textura superficial de la mucosa oral es afectada por una disminución en la lubricación de los tejidos por la saliva y por las glándulas mucosas. También es frecuente la presencia de sequedad en los labios por deshidratación y pérdida de elasticidad en los tejidos periorales, lo cual favorece la aparición de fisuras en los labios y en las comisuras labiales, lo que se conoce como queilitis angular. Vale destacar que la xerostomía o sensación de sequedad en la boca no es producto del envejecimiento, está más asociada con ciertas enfermedades como el síndrome de Sjögrens y otras de carácter autoinmunes, al uso de medicamentos y a la irradiación por cáncer de cabeza y cuello. La prevalencia de la xerostomía es de hasta 50% en personas mayores de 60 años y puede llegar a más de 90% en pacientes hospitalizados.
- *En lengua.* Con el envejecimiento la lengua se torna lisa, plana y puede presentar atrofia de las papilas filiformes e hipertrofia de las papilas foliáceas, condición ésta resultante de la deficiencia de hierro o de otras combinaciones de deficiencias causadas por factores nutricionales. Existe también una reducción de la capacidad gustativa y la presencia de vórices linguales.
- *En dientes.* Una revisión sobre trabajos recientes en esa área, Walls (1996) refiere una proporción de hasta un 68% de individuos con una o más lesiones de caries radicular en el grupo de 60 a 69 años. El incremento del índice de caries en el adulto mayor se relaciona con la exposición de las raíces, que se encuentran expuestas por la presencia de problemas periodontales y no está relacionada con la edad o el envejecimiento. Otros factores que también influyen en el desarrollo de este tipo de lesiones son la xerostomía, una masticación deficiente originada por la pérdida de dientes y una dieta altamente cariogénica. Se encuentra también retracción de la pulpa dentaria, como resultado de la formación de dentina secundaria o recuperativa o de calcificaciones. Igualmente se produce reducción de la permeabilidad con una considerable

disminución de la sensibilidad al dolor y alteraciones en el color del esmalte (Baum y Ship, 1990, Morse, 1991).

- *En encía*. Se presenta una reducción en la queratinización y en el número de células de tejido conjuntivo, con un aumento acentuado de sustancias intercelulares y una reducción en el consumo de oxígeno y de la actividad metabólica. Aumenta el tamaño de la encía insertada o adherida con disminución del puntillado que la caracteriza
- *Ligamento periodontal*. En el ligamento se presenta una disminución del espacio por la continua aposición de hueso y cemento, unido a un aumento en el número de fibras elásticas, mas sin embargo, ellas muestran una pérdida en su capacidad elástica. Asimismo, presenta disminución de la vascularización, fibroplasia, retracción o migración hacia apical de la encía y disminución en el número de células funcionales del ligamento periodontal.
- *Hueso alveolar*. Con el envejecimiento el hueso alveolar pierde cualidades, el contenido de agua se reduce, el trabeculado óseo se reduce en número, las láminas corticales se adelgazan, disminuyendo la vascularización y se presenta una reabsorción más intensa que lo hace más susceptible a las fracturas.

En forma general, los tejidos periodontales reflejan la condición de salud o enfermedad en el paciente adulto mayor. En pacientes con una adecuada salud periodontal la encía se encuentra firme y con apariencia normal, ausencia de sangramiento, los dientes no presentan movilidad y al examen radiográfico se observa poca o ninguna recesión ósea. Sin embargo, algunas modificaciones se pueden presentar en función de la presencia de infecciones, de placa bacteriana e irritantes locales o de factores de índole anatómico.

La pérdida de las estructuras de soporte acompañadas de una pérdida de la inserción epitelial y de hueso alveolar, que comúnmente encontramos en el paciente adulto mayor, parece estar más asociada al aumento de la placa bacteriana y del cálculo dental que al proceso de envejecimiento de los tejidos (Kuc et al, 1999). La disminución de la función motora o mental del individuo frecuentemente limita la higiene bucal, llevando al deterioro de los tejidos periodontales y, a medida que aumenta la susceptibilidad a las infecciones en los

tejidos periodontales, aumenta el riesgo de recesión gingival y la exposición de la superficie radicular también crece, presentándose las condiciones propicias para la aparición de caries radicular.

En el adulto mayor se afectan las facultades para disfrutar la comida, la bebida y los aromas agradables, igualmente se interfiere con la capacidad de percibir sustancias químicas y gases potencialmente nocivos, o que pueden tener consecuencias graves para la salud. Se produce por igual disminución en la posibilidad de sentir cambios en la temperatura, la textura y el tacto.

Cabe resaltar que varios problemas encontrados en la salud bucal del adulto mayor como xerostomía, deficiencias masticatorias, reducción de la capacidad gustativa, cambios en la facultad para deglutir y de hablar, no son naturales del envejecimiento. Sin embargo, cuando están presentes y no son tratadas oportunamente, se pueden constituir en factores negativos y de gran severidad para la salud del individuo y de su calidad de vida, de quienes los padecen.

Prevención y cuidados en relación a la salud bucal del adulto mayor

La salud bucal en la tercera edad significará mayor calidad de vida o un problema adicional, depende de lo que podamos hacer en el campo de la promoción de la salud. El autodiagnóstico de los problemas bucales representa una importante posibilidad de ampliar la cobertura por parte del sistema de salud y de apoyar al mantenimiento de la salud bucal del adulto mayor. Los individuos mayores que conservan sus dientes se muestran capaces de estimar en forma adecuada su apariencia, su capacidad masticatoria y las relaciones entre salud general y salud bucal, aunque fallan en especificar con una mayor precisión sus necesidades de tratamiento (Schou, 1995; Drake et al, 1990; Otchere et al, 1990).

Enfatizar en las informaciones ofrecidas por los propios individuos, las ideas, conceptos y opiniones sobre autoestima, las interrelaciones entre salud bucal y calidad de vida, pueden desempeñar un papel de gran importancia, decisivo en un programa de atención al adulto mayor que una simple realización de exámenes clínico – odontológicos en forma regular. Por tanto, existe necesidad de intensificar y desarrollar las acciones educativas en salud, instruyendo a la población de la tercera edad con los conocimientos y técnicas de autoexamen. Sugerimos una sistematización incremental y gradual de contenidos

educativos ligados a la salud bucal durante seis semanas, iniciando con la discusión de los comportamientos y creencias del paciente y culminando con la enseñanza de técnicas de auto – examen para identificar signos y síntomas del cáncer bucal y otros problemas. Un instructivo de auto – monitoreo sobre práctica de cepillado e higiene bucal se puede utilizar para introducir cambios hacia un comportamiento saludable (Jitomirski y Jitomirski, 1997). Algunos autores en diferentes momentos han sugerido esquemas de monitoreo de la salud bucal del adulto mayor para ser desarrollados por el profesional. (Schou, 1995; Holm-Pedersen y Løe, 1986).

El adulto mayor institucionalizado o que viven en sus casas con ayuda de familiares o terceros, requieren cuidados especiales. En términos generales, los cuidadores o familiares del adulto mayor deben orientar el cuidado de la salud bucal en el sentido de:

- Observar cambios de comportamiento al comer, hablar, sonreír, verificando si se encuentran relacionados con problemas bucales.
- Prestar atención al comentario de otros parientes o amigos, ya que ellos pueden detectar cambios no percibidos por el cuidador o el familiar con quien convive el adulto mayor.

Referencias bibliográficas

- Baum BJ. (1996) Changes in salivary glands and salivary secretion with aging. *Textbook of Geriatric Dentistry*. Cap. 7. 2a ed. Dinamarca. Munksgaard. p. 117-126.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE. (2002). *Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores*. Boletín Informativo. Edición especial. II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, pp: 79.
- Echeverría García JJ, et al. (1997). *Patología quirúrgica oral y maxilofacial*. En: *El manual de odontología*. Editorial JGH Madrid España, tomo III, 441.
- Fundacredesa (1996). *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela*. Tomo III. Caracas, Venezuela.
- Fundacredesa-Corpozulia. (1985). *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela*. Proyecto Venezuela. Región Zuliana. Tomo II. Caracas, Venezuela.

- Gutiérrez Días-Cevallos M. (1998). Curso de oclusión. En Apuntes Oclusión. México D. F.
- Holm-Pedersen P, Løe H. (1996). Textbook of geriatric dentistry. Munksgaard. Copenhagen.
- Jitomirski, F., Jitomirski, S. (1997). O que os CUIDADORES DE IDOSOS precisam saber sobre a Saúde Bucal. 1997. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. p. 1 – 16.
- Kuc IM. et al. (1999). Oral health and microflora in an institutionalized elderly population in Canada. En: *Int Dent J*, 49, 33-40.
- May C, Calvin S, Gardener L. (1988). Teoría psicoanalítica de la personalidad. En: *Psicología*, México: Paidós, 105.
- Moore Keith L (2008). Embriología clínica. Capítulo 10. 2da edición. Editorial Interamericana, México D.F., 159-190.
- National Institutes of Health(2001). Diagnosis and Management of dental caries throughout life: NIH consensus statement online 2001 [monografía en Internet]. Washington: NIH; 2001. (Consultado en: 15 de Noviembre del 2010). Disponible en: <http://consensus.nih.gov/2001/2001DentalCaries115html.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1985). Citado por: Marín Z., Dairo Javier. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* Vol. 16 No. 2 – 2002. 363 – 368.
- Petersen E. (2005). Priorities for research for oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Health*, 22: 71-74.
- Ship J. (1998). The oral cavity. En: Hazard et al: *Geriatría*, 42, 592-602.
- Sudaduang G, Autrey S. (2004) The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of life Outcomes*, 2:57.
- Teng Y, Taylor G, Scannapieco F, Kinane D, Curtis M, Beck J, et. al. (2002) Periodontal health and systemic disorders. *J Can Dent Ass*, 68 (3): 188-92.

Sexualidad y salud en el adulto mayor

*Marisela Árraga Barrios de Montiel
Universidad del Zulia*

Introducción

El tema de la sexualidad en la tercera edad o vejez ha sido un tabú en la mayoría de las sociedades occidentales porque se tiene la creencia generalizada de que a medida que se avanza en edad, el deseo sexual va disminuyendo hasta desaparecer con la vejez; por lo que se piensa que las personas mayores carecen de deseos sexuales.

Lehr y Thomae (2003), Fericgla (2002) y Muñoz (2002) corroboran esta afirmación al referir que la sociedad percibe el desarrollo sexual en esta edad como un estereotipo negativo, acentuando la creencia de que los mayores no tienen deseo sexual, son incapaces de mantener relaciones sexuales y, que tener sexo a esa edad es vergonzoso; negándoles de esta manera la posibilidad de satisfacer abiertamente sus necesidades sexuales.

Esta es una de las razones por las que la sexualidad del adulto mayor ha sido poco explorada, evidenciándose esto en la escasa literatura e investigaciones que se consiguen sobre el tema.

No obstante, la sexualidad constituye un aspecto de vital importancia para el ser humano ya que es inherente a la persona y obedece a una necesidad fisiológica y emocional, por lo cual es imprescindible que el desarrollo sexual ocurra de forma natural y armónica; de lo contrario, repercutirá negativamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la persona.

Por tal motivo, al abordar la salud de los adultos mayores es imperioso desarrollar los aspectos relacionados con su sexualidad.

Esta es la razón de ser del presente capítulo, donde se realizará una aproximación al desarrollo sexual de los mayores y su repercusión sobre la salud, las características sexuales que los identifica, los factores que afectan su sexualidad, las relaciones de pareja en la vejez y las estrategias educativas para lograr un desarrollo sexual armónico que redunde en el mejoramiento del bienestar de los ancianos y contribuya con una mejor calidad de vida.

Comprender al ser humano como un todo sistémico donde cada aspecto que lo conforma interactúa y repercute sobre los demás, es un principio que debemos tener presente a lo largo de este capítulo. Su estructura es sólo una forma de presentar cada aspecto de forma clara y comprensible.

Desarrollo sexual y salud

¿Qué es la sexualidad? ¿Qué es lo que el común de las personas entiende por sexualidad? ¿Qué connota este término? Este es un punto importante de resaltar para que durante la lectura podamos hablar el mismo lenguaje, evitando posteriores confusiones.

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo (Real Academia Española, 2002), así como los sentimientos, actitudes y actividades que lo acompañan. De tal manera que, cuando se habla de sexualidad se incluyen diferentes formas de expresión tales como el acercamiento a una persona que nos atrae, las miradas, caricias, besos, abrazos, masturbación, juegos y fantasías sexuales (Larousse, 2003).

Este concepto incluye varios componentes que van desde el deseo sexual y la forma como éste se expresa, hasta la manera y frecuencia con la que se hace el amor (Belsky, 2001). Desde esta dimensión, la sexualidad forma parte de la naturaleza humana y obedece a una necesidad tanto fisiológica como emocional (Larousse, 2003) que es única e individual, varía de una persona a otra y no hace referencia únicamente al acto sexual o a la función reproductora, puesto que también incluye otros tipos de contacto y acercamiento hacia la persona que nos atrae.

Para la Organización Mundial de la Salud «la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Asimismo, el placer sexual es un derecho humano básico, por lo cual presenta decisiva importancia

desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer (OMS 1975).

En revisiones posteriores, la OMS define la salud sexual como:

«un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantengan los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos» (OMS, 2002).

Cómo se observa en ambas definiciones, el placer es un elemento básico en la sexualidad y la salud sexual es un estado de bienestar que constituye un aspecto esencial de la salud general del ser humano.

La sexualidad, de acuerdo a Lorenzo (2006), está caracterizada por tres funciones esenciales:

- Erótica-placentera: Un aspecto esencial en el desarrollo y realización sexual de la persona es disfrutar del placer, el goce sexual y erótico. De manera que, cuando no es posible lograrlo, se experimenta frustración.
- Reproductiva: Su objetivo es perpetuar la especie. Muchas personas piensan que la sexualidad sólo se refiere a este aspecto.
- Comunicativa-afectiva: La sexualidad permite relacionarnos y establecer contacto con otras personas, sentirnos atraídos, sentir que atraemos a otros y tener la satisfacción de compartir con el otro. Esta función es propia del ser humano durante toda su vida, como ser sexuado que es, e incluye las relaciones amorosas.

Por lo tanto, pensar que la sexualidad solo incluye el acto sexual y la función reproductora es un error. Si fuera así, en el momento de la menopausia de la mujer cesaría la actividad sexual y eso no es cierto; más aún hoy día cuando la reproducción no requiere necesariamente de la relación sexual, ya que los avances tecnológicos permiten concebir artificialmente.

Es así como la sexualidad se refiere además del coito, a la comprensión, la comunicación, el compartir, la manera de interrelacionarse y expresar el cariño y afecto, asumir roles como pareja, entre otros.

Este aspecto, al igual que todos los demás aspectos del ser humano es objeto de cambios con el transcurso del tiempo, lo cual hace posible que la sexualidad pueda ser diferente en cada una de las etapas de la vida de la persona. En la adultez tardía o tercera edad la actividad sexual es diferente que en las otras etapas de la vida adulta debido a los cambios y características propias de las personas mayores. En las sociedades occidentales, estos cambios han sido asociados con estereotipos negativos sobre el envejecimiento, que han hecho que tengan mayor fuerza en los aspectos referentes a la sexualidad. En muchos casos debido a que han vinculado la juventud con un período de virilidad y pasión, y la vejez con el final de la vida sexual (Belsky, 2001).

Como ejemplo, Belsky (2001) cita un estudio exhaustivo sobre las prácticas sexuales de los estadounidenses adultos, realizado a principio de los años noventa, donde sólo se consideraron personas adultas que tenían menos de 60 años; no hay explicación acerca del por qué los mayores de 60 años no fueron incluidos; es como si después de esta edad no hubiera nada que explorar o explicar acerca de la sexualidad; como si el desarrollo sexual hubiera concluido y la salud sexual fuera solo asunto de jóvenes.

Efectivamente, son pocos los estudios que se han realizado sobre sexualidad en mayores y es un tema que recién comienza a explorarse. En un estudio realizado por Masters y Johnson en 1966, autores que se han encargado de estudiar durante años la sexualidad humana, descubrieron algunos cambios del desarrollo sexual relacionados con la edad, que se producen en adultos. Para este estudio pidieron a un grupo de personas entre 20 y 50 años de edad que se prestaran a tener relaciones sexuales en su laboratorio.

Los cambios observados en el estudio han permitido concluir que hay transformaciones en el desarrollo sexual con la edad. La misma conclusión a la que podemos llegar si comparamos las características y tareas del desarrollo sexual de los niños con las de los adolescentes o adolescentes con adultos jóvenes. Sin embargo, estos cambios no evidencian de ninguna manera un cese de la actividad sexual, sino transformaciones propias de cada edad.

De tal manera que el desarrollo sexual al igual que el desarrollo cognitivo, físico, emocional o psicosocial no se interrumpe con la edad, puesto que el ser humano se desarrolla hasta el final de su vida; sólo que este desarrollo se realiza de forma diferente según

las etapas que se van viviendo y la forma cómo se viven. De allí, que pueda afirmarse que la sexualidad, al igual que las otras áreas del ser humano, se desarrolla durante toda la vida experimentando cambios que se manifiestan de forma diferente en cada una de las etapas del ciclo vital.

Esta afirmación responde a una postura que concibe el desarrollo como una actividad inherente al ciclo vital. Un proceso continuo que se produce durante toda la vida y donde se considera a la persona como un ser humano integral y sistémico, en constante y continuo desarrollo, y por lo cual todos los procesos inherentes a su naturaleza (la madurez, el desarrollo y el envejecimiento, entre otros) suceden en forma integral, secuencial, interrelacionada e individual y están influenciados por una serie de elementos internos y externos, característicos de su personalidad, su herencia y el ambiente en el que vive.

Por lo tanto, no existe un patrón único según el cual las personas envejecen, sino que lo hacen de una forma consistente con sus biografías; apoyándose en lo que han sido, en lo que han vivido y lo que son (Neugarten, 1999).

Si bien es cierto que con el envejecimiento suceden muchas pérdidas, el enfoque del desarrollo del ciclo vital indica que las ganancias que se obtienen compensan las pérdidas. Esta afirmación es respaldada por Papalia, Wendkos y Duskin (2001) quienes expresan que los resultados de las investigaciones sobre el desarrollo sexual permiten inferir que un hombre saludable y sexualmente activo, puede mantener formas de expresión sexual hasta los 70 u 80 años de edad; mientras que las mujeres están dotadas fisiológicamente para mantener actividad sexual durante toda su vida.

Cabe resaltar, que el desarrollo sexual se produce durante toda la vida y culmina con la muerte. No obstante, aunque algunos problemas de salud alteran la actividad sexual en todas las etapas de la vida, éstos se acentúan en los adultos mayores. Sin embargo, la sexualidad activa en personas mayores es un elemento revitalizador que los ayuda a conservar una buena apariencia física, elevar su autoestima, incrementar sentimientos positivos, así como mejorar la autoconfianza, la seguridad, la habilidad para relacionarse e intimar y el bienestar general. En quienes tienen pareja, asegura a ambos miembros el amor del otro, su comprensión y la sensación de que sigue existiendo su propia vitalidad.

De acuerdo a Lehr y Thomaes (2003), los adultos mayores pueden desarrollar lo que Butler y Lewis llamaron un «segundo lenguaje de la sexualidad», donde aparece una necesidad de expresar al compañero (a) su interés por él o ella, su admiración, la vinculación y otros sentimientos positivos que incluyen intensos sentimientos de autoestima y la necesidad misma de experimentar y comunicar protección, acogida emocional y corporal.

El mantenimiento de estos lazos sexuales proporciona una oportunidad para un continuo desarrollo armónico. De allí la importancia de identificar las principales características del desarrollo sexual del adulto mayor y fortalecer esa área de su vida, con la finalidad de promover la búsqueda o el mantenimiento de una relación íntima y placentera que contribuya con su adaptación al proceso de envejecimiento, facilite su bienestar, su integración social y ayude a elevar su autoestima.

Características sexuales de los mayores

1. Cambios fisiológicos

Desde el punto de vista orgánico, durante la adultez media y la vejez se producen una serie de cambios que repercuten en la sexualidad de la persona; conocer y reconocer estos cambios facilita la comprensión del proceso de envejecimiento y de la sexualidad como actividad inherente a la naturaleza humana.

Las características sexuales de los adultos mayores, consecuencia de los cambios propios del desarrollo se han identificados mediante estudios, la mayoría de los cuales se han realizado desde mediados del siglo próximo pasado. Uno de los más nombrados es el realizado por Masters y Johnson en 1966, al que ya se hizo referencia en la sección anterior. Como resultado, los investigadores observaron los siguientes cambios: en los varones mayores (cerca de los 50 años) la erección tarda más en completarse, una vez alcanzada había más probabilidades de que se perdiera; además, los orgasmos eran menos intensos y después de ellos el pene se retraía más de prisa, requiriendo de más tiempo para reemprender el acto sexual por segunda vez (Belsky, 2001).

En las mujeres los cambios en las respuestas sexuales que descubrieron fueron menores, pero los hubo. Encontraron que el aumento de los pechos durante la excitación sexual era menor en

las mayores que en las jóvenes; el rubor sexual también era menos intenso y la contracción del esfínter anal (indicador de una intensa experiencia sexual) se producía raramente.

En ese mismo estudio se mencionan otros cambios relacionados con la sexualidad, que fueron corroborados en estudios posteriores. Los hombres mayores requieren más tiempo y esfuerzo que los jóvenes para lograr la erección y la eyaculación, por lo que, necesitan más estimulación manual y períodos más largos de recuperación entre una eyaculación y otra. Aunque la disfunción eréctil puede presentarse, al igual que en otras etapas de la vida, también puede ser tratada por especialistas (Papalia y Wendkos, 2004 y Belsky, 2001).

En los hombres también se produce una disminución en la cantidad de esperma y de testosterona. En las mujeres, además de los cambios citados, se encontró que la vagina se vuelve menos flexible, más delgada y más seca; pudiendo necesitar ayuda de lubricación artificial. Esto se debe a que después de la menopausia, con la reducción de la producción de estrógeno, las paredes de la vagina se vuelvan más lisas y frágiles, el clítoris y los labios disminuyen su tamaño y se produce una disminución de la lubricación sexual. Otros cambios se refieren a la disminución del volumen de las mamas y la pérdida de turgencia.

Otros estudios, contradicen estos resultados afirmando que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que las mujeres con vida sexual pobre; lo que indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales (Sarmientos, Pagola y Oramas, 1999).

En ambos sexos, los signos de excitación sexual, como respiración entrecortada y enrojecimiento de la piel, suelen ser menos intensos; sin embargo esto no impide el disfrute de la experiencia sexual.

En la tabla 1 se pueden apreciar en forma resumida los principales cambios en el desarrollo sexual del adulto mayor:

Tabla N° 1
Principales cambios del desarrollo sexual en los adultos mayores, por sexo

Hombre	Mujer
<ul style="list-style-type: none"> • Los vasos sanguíneos que alimentan los testículos están menos irrigados durante la estimulación sexual, retardando el tiempo de excitación, sin afectar la producción de andrógenos ni espermatozoides. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las paredes de la vagina se adelgazan y se vuelven más lisas. • Se produce disminución en la lubricación vaginal, pudiendo provocar dolor durante la penetración.
<ul style="list-style-type: none"> • Los espermatozoides pierden movilidad y disminuyen en cantidad, influyendo en la calidad de la función reproductiva, aunque permite conservarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el tamaño del clítoris, presentando mayor dificultad para su erección. Los labios también disminuyen de tamaño.
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la producción de la testosterona, influyendo en los caracteres secundarios: pérdida de vellos y masa muscular, disminución del funcionamiento de las glándulas sebáceas y reproductivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las contracciones musculares son menos intensas durante el orgasmo y la meseta orgásmica aparece más rápido que en las mujeres jóvenes, por lo que los orgasmos son menos prolongados.
<ul style="list-style-type: none"> • Se alarga el tiempo para completar la erección y el requerido, entre una erección y otra. También se acelera el periodo de retraimiento del pene, después de la erección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiende a desaparecer la contracción del esfínter anal durante el orgasmo.
<ul style="list-style-type: none"> • El orgasmo se vuelve menos intenso y se produce fluido durante la eyaculación. La eyaculación puede retenerse por más tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento de los pechos durante la excitación tiende a desaparecer.

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de los estudios citados y los principales cambios en el desarrollo sexual de los adultos mayores indican que con la edad, la sexualidad experimenta cambios fisiológicos que no significan incapacidad sexual o disminución del deseo. De hecho, las investigaciones de Master y Johnson revelaron que la respuesta clitoral al estímulo sexual de mujeres jóvenes y mayores era la misma y, ambas tenían la misma capacidad de llegar al orgasmo; aunque las mayores tenían muchas menos contracciones orgásmicas y sus orgasmos suelen ser menos prolongados.

2. Cambios psicológicos

Referente a la satisfacción de los adultos mayores con su vida sexual, se cita una investigación realizada en los noventa, el NHSLs, también en Norteamérica, con personas de diferentes edades. De los adultos mayores (hombres y mujeres) que informaron estar extremadamente satisfechos o algo satisfechos con su vida sexual, 64% y 67% respectivamente, todos tenían pareja; mientras que 18% de los varones y 27% de las mujeres que afirmaron sentirse insatisfechos, no tenían pareja (Shaie y Willis, 2003).

En otro conocido estudio realizado por Starr y Weiner en 1981 y citado por los autores anteriores, quienes entrevistaron a 800 ancianos para que les describieran sus actividades sexuales, los participantes enfatizaron la calidad de las experiencias más que la frecuencia y el placer de no sentir prisa o de no tener que cumplir una meta específica.

En otro estudio estadounidense sobre sexualidad, realizado a personas mayores de 50 años y patrocinado por *Consumer Reports* a finales de los setenta, sobre las costumbres, los sentimientos y las capacidades sexuales, se encontró que entre hombres y mujeres de 80 y 90 años, entre parejas que celebraban bodas de oro y en personas con enfermedades graves, florecía una vida sexual activa y apasionada (Belsky, 2001). En el mismo estudio, hombres y mujeres entre 60 y 70 años de edad manifestaron que hacían el amor al menos una vez por semana, lo mismo que un tercio de la población participante, mayor de 70 años; además la mayoría deseaba relaciones sexuales con mayor frecuencia.

En otras dos interesantes investigaciones longitudinales sobre el envejecimiento y el desarrollo sexual llevadas a cabo en Duke University entre los años sesenta y setenta del siglo pasado y en un estudio longitudinal de Baltimore, se les preguntó a personas entre 40 y 90 años con qué frecuencia tenían relaciones sexuales y si habían dejado de tenerlas, que explicaran cuándo y el por qué. También se les pidió que valoraran la intensidad de su interés por el sexo y lo compararan con la fuerza de ese sentimiento en el pasado. A los varones del estudio de Baltimore se les preguntó sobre sus sentimientos y actividad sexual, al cabo de varios años de haberseles preguntado. Como resultado de ambos estudios se llegó a las siguientes conclusiones:

- A. Las personas a medida que envejecen se vuelven menos activas sexualmente en forma gradual y la mayoría de los hombres abandona las relaciones sexuales cuando llegan a mayores (más de 85 años). Sin embargo, la mitad de los participantes del estudio decían que seguían teniendo sentimientos sexuales en un grado u otro.
- B. La disminución en la actividad sexual y su importancia emocional varían de una persona a otra. Al hacerle seguimiento a las personas del estudio durante tres años, observaron que el declive sexual no

es inevitable. En el caso de los hombres, las pérdidas no constituyen para todos un golpe terrible; de hecho sólo 33% afirmó que preferían recuperar la sexualidad de su juventud, mientras otros consideraron sus pérdidas lo suficientemente agudas como para buscar atención médica. El 20% de los adultos mayores expresaron tener más interés por el sexo y una actividad más frecuente, al menos en esos tres años (Belsky, 2001).

Estos resultados apoyan lo que ya se ha repetido acerca de que el proceso de envejecimiento es individual y varía de una persona a otra debido a varios factores. Además, las disminuciones sexuales relacionadas con la edad no constituyen para todas las personas una tragedia. Por lo tanto, las personas envejecen no solamente de forma diferente, sino que la gama de diferencias individuales se hace más amplia a medida que pasa el tiempo. Es así como la edad se convierte en un mal factor predictivo de la competencia física, sexual o social del adulto mayor y de las necesidades y capacidades que posee (Árraga y Sánchez, 2007).

En el estudio también se corroboró que las mujeres hablan de menos interés y actividad sexual que los hombres, en todas las edades. De hecho, tres de cada cuatro hombres entre 65 y 70 años decían tener sentimientos sexuales; mientras que esto lo decían sólo una de cada cinco mujeres de esa edad (Neugarten, 1999).

En general, en los estudios sobre la sexualidad en los adultos mayores se ha observado que la mayoría se centran exclusivamente en las relaciones sexuales, dejando a un lado muchas cuestiones relacionadas con los sentimientos y actitudes; y como se mencionó anteriormente, la sexualidad es una experiencia humana total que implica más que un acto sexual.

Factores que afectan la sexualidad de los adultos mayores

Además de los cambios propios de la edad, existen algunos factores que afectan el desarrollo sexual. Con respecto a los que afectan la sexualidad del adulto mayor, se reseña el estudio de Duke en Norteamérica, donde se observó la forma en que determinados factores se relacionan con los cambios que se producen con la edad, en el desarrollo sexual, destacándose que las personas que decían tener en la actualidad una vida sexual muy activa, decían que también la habían tenido en su juventud (Belsky, 2001).

Descubrieron además, que el único factor que predecía una vida sexual activa para las mujeres, distinto a la edad y el placer sexual pasado, era su estado civil. Más de 40% de las mayores de 65 años que durante el estudio permanecían casadas, mantenían actividad sexual; mientras eso sólo ocurría en 4% de las solteras o viudas. Algunas personas manifestaron suplir la carencia de un compañero con las masturbaciones y otras lo suplieron perdiendo el interés por el sexo.

En el caso de los hombres, 82% de los que no tenían esposa y eran mayores de 65 años, manifestaban mantener aún una vida sexual activa, porcentaje que era mayor entre los casados.

Otro factor que puede influir en la sexualidad del adulto mayor son las responsabilidades familiares y laborales. Debido a que las personas mayores generalmente ya han terminado de criar a sus hijos, han cesado de trabajar y han alcanzado algunas de las metas propuestas en su vida cuando conviven en pareja tienen menos preocupaciones en este sentido y tienden a disfrutar más de su sexualidad. De tal manera que no sienten tanta tensión sexual; aunque, debido a las características fisiológicas mencionadas, sus relaciones sexuales tienden a ser menos frecuentes y de menor intensidad.

La jubilación y las dificultades económicas y relaciones sexuales rutinarias y conflictivas, también son factores que inciden en la sexualidad de los mayores.

Hay sin embargo, otros factores que parecen dificultar el funcionamiento sexual de los ancianos; tales como los prejuicios y las enfermedades. Algunos ancianos aceptan el mito de que ya no deben estar interesados en el sexo y esto hace que nieguen su necesidad sexual.

El modelo de la sexualidad dominante es, tal vez, el factor más determinante. Este modelo caracterizado por ser juvenil, de figura corporal atractiva, esbelta, sin grasa, vigorosa, genital, heterosexual y al servicio de la procreación es una amenaza para los adultos mayores que realmente sufren un deterioro porque hace que la vejez se vea análoga a la fealdad y decrepitud (Lorenzo, 2006).

Los problemas de salud constituyen otro elemento que tiende a frenar la actividad sexual. Aunque la menopausia no detiene el interés sexual de la mujer, los efectos físicos de la disminución de hormonas pueden producir cambios corporales, como adelgazamien-

to y resequead de las paredes vaginales, que requiere de ciertos ajustes (Morris, 1997).

Entre los problemas de salud más frecuentes que influyen en el funcionamiento sexual se encuentran:

- La disfunción eréctil (incapacidad crónica de tener una erección suficiente como para culminar el acto sexual), en el caso de los hombres, se convierte en un problema común con los años.
- La diabetes. Esta enfermedad puede producir en el hombre complicaciones que impliquen a vasos sanguíneos o nervios que provoquen impotencia. Así mismo, en las mujeres diabéticas las infecciones vaginales son frecuentes y pueden producir dolor o molestias durante el coito. En ambos casos, el tratamiento médico, el manejo de información respecto a lo que está pasando y la comprensión por parte de la pareja ayudan a reestablecer la actividad sexual en forma satisfactoria.
- La artritis. El dolor articular producido por la inflamación de las articulaciones, puede interferir en la actividad sexual produciendo insatisfacción, frustración y en ocasiones depresión. En otros casos, los medicamentos para su tratamiento pueden ocasionar disminución del deseo sexual, por lo cual se recomienda mantener la práctica de sexo en los momentos del día en los que se sienta menos dolor y tomar analgésicos una hora antes de hacerlo.

Aunque los factores psicológicos también son importantes en el desarrollo sexual, la causa más común que tiende a frenar la actividad sexual suele ser de carácter físico-orgánico. De cualquier forma, sentirse mal puede influir en forma directa sobre la sexualidad; el miedo a que la excitación sexual pueda producir la muerte en personas con afecciones cardíacas, es también un factor importante y común en quienes padecen la enfermedad (Belsky, 2001).

De las consideraciones realizadas se pueden deducir algunas conclusiones respecto a los factores que influyen en la sexualidad de los mayores:

- Una de las claves para interpretar el desarrollo sexual durante el envejecimiento, es observar la vida sexual que se ha mantenido en los años anteriores.
- El que una persona mayor sea sexualmente activa, parece depender cada vez más de que tenga pareja estable.
- El no tener compañero es una barrera externa (social) en las mujeres, que explica la disminución del interés sexual femenino con la edad.

- Al no contar con un refuerzo, el deseo sexual se puede desvanecer rápidamente cuando se entra a la adultez mayor; tal es el caso de las mujeres que carecen de compañero. Esta última inferencia es realizada desde la teoría conductista que aplica el refuerzo para mantener las conductas presentes (Árraga y Sánchez, 2007).
- Los prejuicios y estereotipos negativos sobre el envejecimiento, así como la creencia de que los adultos mayores no tienen deseos sexuales, influye en la negación de la necesidad y el deseo sexual de algunas personas ancianas.
- La falta de información y de oportunidad para recibir educación sexual puede coartar la expresión natural de la sexualidad e impedir el desarrollo de relaciones sexuales sanas.

Adultos mayores y relaciones de pareja

La relación de pareja parece ser un elemento importante en la sexualidad de los ancianos, puesto que, tal como se mostró en la sección anterior, la mayoría de los resultados de los estudios realizados indican que el tener un compañero es esencial, sobre todo en las mujeres, para mantener una vida sexual activa; razón por la cual merece especial atención.

Las personas mayores en la actualidad, experimentan una fase más prolongada de la vida de compañerismo, cuando ya no hay hijos que convivan en el hogar. Esta situación contribuye en algunos casos a una intensificación de la calidad de vida durante la vejez y en otros casos contribuye a una reducción de esa calidad de vida. De cualquier manera, mantener una relación de pareja es la mejor evidencia de que el desarrollo sexual está en vigor y constituye un aspecto importante para la salud de la persona.

Maslow (1991) en su libro *Motivación y personalidad*, define una característica del amor como ausencia de ansiedad y afirma que esto se ve claramente en las personas sanas, quienes dicen que «con el ser amado es posible ser uno mismo, sentirse natural». Así mismo, asevera que una relación de pareja donde reina el amor, permite según sus pacientes, mayor espontaneidad de la persona, mayor naturalidad y abandono total de las defensas y de la protección contra las amenazas. En las personas autorrealizadas, personas sanas para él, un elemento a resaltar es que poseen una vida sexual donde se funden el sexo y el amor, pudiéndose disfrutar las relaciones sexuales con entusiasmo.

En oposición a las ideas anteriores, otras investigaciones demuestran el peligro de que la falta de intereses comunes en la pareja de ancianos conduzca a una mayor propensión a situaciones de crisis. Cuando no hay con qué llenar el tiempo libre, cuando faltan tareas ajenas al hogar y contactos sociales, cuando faltan los estímulos y las sugerencias y cuando no hay pasatiempos ni intereses, entonces la vida de compañeros, después de cumplidas las tareas de la paternidad y una vez culminado el período laboral activo, se vive como una carga por parte de los adultos que van envejeciendo (Lehr y Thomae, 2003).

Sin embargo, el tiempo en que la pareja *vuelve a no tener hijos* o está desconectada de su anterior vida laboral significa precisamente para muchos sentir que la vejez es una oportunidad. Entre las cosas que se emprenden en común, en las tareas estimulantes que se realizan fuera del hogar, se experimenta mutuo enriquecimiento. Se forjan nuevos planes y se llevan a la práctica, se asumen también nuevas tareas en la comunidad o en la sociedad y se experimenta el principio de la reciprocidad, viviéndolo de manera mucho más intensa que en fases anteriores de la vida.

En cuanto al matrimonio entre ancianos, en investigaciones sobre pareja citadas por Lehr y Thomae (2003), se estudió la reacción de los hijos adultos al segundo matrimonio de sus padres ancianos, encontrándose resultados ambiguos. Algunos, sugieren que el segundo matrimonio en la vejez se percibe por parte de los hijos adultos, como una disrupción en las interdependencias de la familia, amenazando tanto las relaciones económicas como emocionales entre padres e hijos.

Otros estudios señalados por los autores, sugieren que los matrimonios de los ancianos suelen tener bastante éxito. De 100 matrimonios entre personas de edad avanzada de una entrevista, sólo 6 se consideraron infelices. La mayoría de las parejas conocían al otro durante varios años. A menudo estuvieron relacionados de alguna forma por su matrimonio (por ejemplo, una mujer podía estar casada con el marido viudo de su hermana menor) y había algún romance de novela donde los amores de la infancia se habían separado sólo para volverse a encontrar de nuevo en el crepúsculo de sus vidas. Los novios y novias ancianos también tenían una perspectiva razonable de qué esperar en el matrimonio. No esperaban cambios radicales en sus vidas o personalidades;

por el contrario, esperaban (y lograron) las satisfacciones de la compañía de alguien con quien discutir las cosas, con quien hacer actividades y se sentían útiles para sus nuevos cónyuges, porque *la necesidad de ser necesitado no se desvanece en los últimos años* (Schaie y Willis, 2003).

Resultados contradictorios en cuanto a las relaciones de pareja en la edad avanzada, ofrecidos por Lemme en 1999, plantean que los matrimonios subsisten en la edad avanzada, a pesar de ser menor la satisfacción y de haber menos armonía. Mientras se reducen las diferencias de opinión a causa de los hijos, esas diferencias adquieren mayor importancia en cuanto a las actividades de ocio y a la relación mutua (Lehr y Thomae, 2003).

Otros estudios en cambio, agregan los mismos autores, llegan a la conclusión de que la mayoría de las personas mayores estiman que su matrimonio es feliz o muy feliz; esto se explica por el hecho de que los matrimonios que se sentían menos felices, se divorciaron con anterioridad. Los matrimonios de mayores, en comparación con los más jóvenes, informan sobre menor número de conflictos y problemas.

La figura 1 muestra una pareja de adultos mayores que manifiesta sentirse satisfechos con su vida matrimonial.

Figura No. 1

Pareja de adultos mayores que manifiesta sentirse feliz con su matrimonio



Fuente: Montiel, León (2006)

Las mujeres por su parte, después de retirarse del ejercicio de su profesión, se dedican más intensamente a la familia. Se reducen las cargas familiares, a menudo acomodan sus preferencias y pasatiempos a los de su compañero y orientan el transcurso del día con arreglo a los deseos de él. La intensificación de la relación de pareja, evidenciada en las mujeres, se produce también —según la opinión de las mujeres encuestadas— en sus esposos.

También observaron situaciones distintas en las esposas, casi siempre amas de casa, cuyo marido se ha jubilado. El proceso de adaptación a menudo se experimenta como difícil. No se está habituado a pasar juntos todo el día; a veces el hombre se comporta como el nuevo jefe del hogar, aunque también puede ocurrir que el ama de casa tenga expectativas respecto a la culminación del ejercicio profesional de su marido, poco realistas y muy exageradas y la decepción sea luego grande.

Además, puede ocurrir que no tengan un tema que conversar: el marido no cuenta ya lo sucedido en la jornada de trabajo y la mujer no tiene nada nuevo sobre la vida cotidiana del hogar. Los cursos de preparación para la jubilación recogen el tema de la vida en pareja y preparan para el tiempo en que haya que vivir una vida en común que requiera definirse de nuevo.

En cuanto al divorcio, es importante resaltar que a pesar de las numerosas referencias a una feliz vida de pareja por parte de los adultos mayores, en la mayoría de las investigaciones realizadas, incluso después de que el matrimonio haya durado ya más de cuarenta años, no debe pasar inadvertida la tendencia creciente a la disolución de estos matrimonios; una realidad a la que contribuyen las actitudes sociales tolerantes de los últimos años. En América Latina y la mayoría de los países del mundo ha aumentado drásticamente esta tendencia, a pesar de haber disminuido el número de enlaces matrimoniales (Árraga y Sánchez, 2007). Junto al aumento de los divorcios, también se ha incrementado el número de uniones consensuadas de carácter no matrimonial.

Respecto a la pérdida de la pareja durante la edad avanzada; en mujeres de más de 60 años de edad el estado civil más frecuente en los países de América Latina es el de viudas y, muy pocas de ellas se vuelven a casar. Estas diferencias se explican en primer lugar por la mayor esperanza de vida de las mujeres, en segundo lugar, por la edad más joven de las esposas y en tercer lugar por la cultura latinoamericana,

donde no está bien visto que las ancianas vuelvan a contraer nupcias. En consonancia con esto, la mayoría de las publicaciones psicológicas sobre la viudez se refieren a mujeres (Árraga y Sánchez, 2007).

Educación sexual y salud en el adulto mayor

Considerando la sexualidad como un aspecto inherente al ser humano que responde a necesidades fisiológicas y emocionales, es de vital importancia la promoción adecuada de ésta durante toda la vida de la persona, para lograr su desarrollo integral. Sin embargo, se ha señalado, que durante al menos los dos últimos siglos, en las sociedades occidentales la sexualidad ha estado rodeada de una serie de mitos y creencias negativas, sobre todo en lo relacionado con los adultos mayores, que han desfavorecido el desarrollo sexual de este grupo etario y el disfrute de una vida sexual plena.

Es hora de desmitificar este aspecto vital y tomar conciencia de que en la tercera edad, la sexualidad puede llegar a ser una dimensión muy rica que incluye el derecho de las personas mayores a amar y ser amado, gozando de la libertad de saborear la intimidad en pareja y construir o fortalecer sentimientos de aceptación mutua, respeto, compañía y comprensión.

Mantener vigente la sexualidad a lo largo de toda la vida es posible y sano, e implica afecto, compañía, contacto físico, buenas relaciones con los demás, alegría de vivir y autoafirmación. Abrazarse, acariciarse la piel, hablarse, mirarse u oírse con ternura, puede ser tan placentero como las relaciones coitales; éstas, por otra parte, pueden también ser gratificantes y adecuadas en las parejas de mayores. Querer y ser querido, y sentirse seguro de este sistema de relaciones afectivas es una de las cosas más importante para el ser humano. Por lo tanto, disfrutar las diferentes posibilidades de la sexualidad dentro de este contexto contribuye a reforzar y disfrutar los sentimientos básicos, para lo cual es importante la comunicación y la asertividad en las relaciones de pareja, en cualquier etapa de la vida (Árraga y Sánchez, 2007).

Estas ideas son reforzadas en el XV Symposium Internacional de Sexualidad (2005) celebrado en Caracas, donde se tocaron temas referentes al adulto mayor, concluyéndose, entre otras cosas que:

- El adulto mayor o joven en la vejez tiene derecho al buen sexo.

- La satisfacción sexual es fundamental para lograr mayor productividad, mejor bienestar, calidad de vida y personas más felices.
- La salud sexual es prioritaria en las metas de salud del milenio. La educación sexual es el principal arsenal para lograrla, conjuntamente con el respeto a los derechos sexuales, especialmente los de las minorías.

Algunos países de América Latina, entre ellos Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Venezuela, República Dominicana y Uruguay, poseen leyes especiales de protección a los derechos de los adultos mayores, que constituyen el marco que rige las acciones en materia de envejecimiento a nivel nacional (Huenchuan y Morlachetti, 2007). En algunos casos, estas leyes hacen referencia directa a la sexualidad como un derecho humano. Ante esta realidad se plantea la exigencia de apoyar el desarrollo sexual del adulto mayor, con la finalidad de que viva su ancianidad desde una perspectiva positiva y enriquecedora, en todas las áreas de su vida, promocionando su salud y una elevada calidad de vida. Ante esta realidad se plantea la exigencia de apoyar el desarrollo sexual del adulto mayor con la finalidad de que vivan su ancianidad desde una perspectiva positiva y enriquecedora, en todas las áreas de su vida, promocionando su salud y una elevada calidad de vida.

La educación sexual para la tercera edad es una alternativa para lograr tal fin; se trata de ofrecer a la población en general y en especial a los adultos mayores una adecuada educación y comprensión de los cambios fisiológicos que se producen durante la tercera edad, como estrategia fundamental para prevenir factores que puedan influir negativamente en el desarrollo y la vida sexual de los ancianos, así como en su salud y bienestar. Debe ser una educación que se centre en aprender a vivir y disfrutar cada momento de la vida mediante el desarrollo de las potencialidades que cada persona posee.

La educación sexual del anciano es una necesidad social que debe dirigirse al desempeño de nuevos papeles y a la búsqueda de un nuevo espacio en la sociedad para crear una cultura del envejecimiento que genere posibilidades de lograr la conservación y el mejoramiento de la salud (Cabanés, 2005). Uno de sus objetivos es el esclarecimiento de

pensamientos confusos y la desmitificación de creencias y prejuicios acerca de la sexualidad de los adultos mayores, como elemento para prevenir, evitar o corregir comportamientos, sentimientos o emociones que perjudiquen el autoestima de las personas longevas y sus relaciones interpersonales (Travaini, 2006). Además, la educación sexual integral, enmarcada en el afecto y el placer, significa poblaciones sexualmente sanas (XV Symposium Internacional de Sexualidad, 2005).

Por las razones expuestas, se propone la elaboración de programas de educación sexual permanentes, mediante procesos sistematizados que impliquen el reconocimiento de la vejez como una etapa más del desarrollo personal en la que es posible continuar aprendiendo y mantenerse activo. Una etapa con características y cambios propios que no necesariamente implican pérdida, enfermedad, falta de deseos o culminación de la actividad sexual, sino que involucran transformaciones importantes que requieren de **nuevos aprendizajes y herramientas** para afrontar y aceptar los cambios que se producen en el tiempo, eliminando prejuicios y apropiándose de los derechos que como personas poseemos.

Es necesario a través de la educación sexual, devolver a los ancianos el derecho a ser sexuados y desde allí, abrir el campo social, asumiendo que *defender hoy el derecho a la sexualidad del anciano es defender la sexualidad de todos en el mañana*. La educación sexual debe beneficiar al anciano y a la comunidad en general. Además, el saber sexológico es importante en el alcance de un ejercicio satisfactorio y enriquecedor de la sexualidad (Travaini, 2006).

Para el diseño y ejecución de los programas de educación sexual, se sugieren algunas estrategias que faciliten su implementación y los conviertan en verdaderos programas de prevención y promoción educativa:

- Formar educadores sexuales en el campo de la gerontología, capaces de preponderar la sexualidad como un proceso único y personal que evoluciona a lo largo de la vida e influye en la salud y bienestar de la persona.
- Diseñar programas de prevención y promoción sexual para los mayores que puedan incluirse tanto en la educación formal (instituciones educativas) como informal (familia, grupos de amigos, de trabajo, de la iglesia, medios de comunicación, clubes, residencias para ancianos), dirigidos a todas las edades y adaptados a las características evolutivas y socioculturales de cada grupo; porque es necesario que la

comunidad total esté informada y comprenda los cambios que se producen con la edad y la manera de afrontarlos. De esa manera contribuimos a desmitificar y destruir las falsas creencias acerca de la sexualidad de los mayores.

- Incluir en los programas el trabajo interdisciplinario del orientador, urólogo, ginecólogo, endocrinólogo, cardiólogo, fisiatra, psiquiatra, geriatra, sexólogo, psicólogo, trabajador social, gerontólogo y educador porque la labor en equipo, mancomunada, permite tener una visión integral de la situación y contribuye con el bienestar de todos.
- Crear espacios comunes en las instituciones para ancianos y en las comunidades en general, para la ejercitación del cuerpo y la expresión de emociones como estrategia de terapia sexual. De hecho, en el XV Symposium Internacional de Sexualidad (2005) se concluyó que la música, el ejercicio físico, sistemático y progresivo, las técnicas de relajación y los masajes, constituyen elementos importantes para coadyuvar la terapia sexual.
- Crear espacios de discusión intergeneracionales donde se diluciden temas relacionados con la sexualidad y sus nuevas y diferentes formas de expresión; así como las maneras diversas de vivirla y experimentarla en cada etapa evolutiva.
- Diseñar campañas en los medios de comunicación donde se informe acerca de la importancia del desarrollo sexual en los adultos mayores para su salud y bienestar.
- Implementar medidas de atención en los hogares e instituciones geriátricas y gerontológicas, que faciliten la convivencia en pareja de los mayores y el ejercicio de su sexualidad.
- Diseñar e implementar programas pre y post-jubilación que repercutan en el mejoramiento de las relaciones de pareja y el manejo del tiempo libre.

A modo de conclusión, cerraremos este capítulo expresando que la educación sexual en el adulto mayor es un proceso de envergadura mediante el cual se podrá contribuir con el logro de una mejor calidad de vida y el mantenimiento de una vida más saludable tanto física como emocionalmente.

Se constituiría además, en un instrumento para desterrar los mitos y prejuicios acerca de la vejez y el desarrollo sexual en esta etapa, que tanto los coarta y les impide disfrutar y desarrollar una sexualidad plena.

Referencias bibliográficas

- Árraga M y Sánchez M. (2007). Orientación gerontológica. Desarrollo humano y calidad de vida en la vejez. Maracaibo: Ediciones del Vice Rectorado Académico Universidad del Zulia.
- Belsky J. (2001). Psicología del envejecimiento. Primera edición. Madrid: Paraninfo S.A
- Cabanes L. (2005). Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. En: Monografias.com. www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml#educac. Fecha de consulta: 24/06/2007.
- Fericglia JM. (2002). Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. En Cabanes, Lida (2005). Extraído el 24 de junio de 2007 desde Monografias.com.<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml#educac>.
- Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Editorial Herder, S.A.
- Huenchuan S y Morlachetti A. (2007). Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantías en América latina. CEPAL, Notas de población, N° 85. Extraído el 05/11/2010 desde: www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_7.pdf. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.101.
- Larousse (2003). Larousse de los mayores. Barcelona: Spes Editorial, S.L.
- Lehr U y Thomae H. (2003). Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona: Herder Editorial.
- Lemme B. (1999) Development in adulthood. Boston: Allyn & Bacon
- Lorenzo C. (2006). La sexualidad en los adultos mayores. Extraído el 16 de julio de 2007 desde La tercera no es la vencida. El portal de la tercera edad. <http://www.portaltercera.com.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=110>.
- Master W y Johnson V. (1966). Human sexual response. Boston: Little Brown
- Maslow A. (1991). Motivación y Personalidad. Traducción: Caridad Clemente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Montiel L. (2006). Sabor Gaitero. com: El sitio de la gaita. En: www.saborgaitero.com. Fecha de consulta: 13/07/2007
- Morris C. (1997). Psicología. Novena edición. Traducción dirigida por Jorge Bonilla Talavera. Naucalpán de Juárez, México: Editorial Prentice Hall.
- Muñoz J. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Neugarten BL. (1999). *Los Significados de la Edad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Archivo de sexología. La definición de salud sexual*. Extraído el 19 de agosto de 2006 desde http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html.
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Archivo de sexología. La definición de salud sexual*. Extraído el 23 de agosto de 2006 desde http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_1.html.
- Papalia D y Wendros R. (2004). *Psicología*. Primera Edición. Traducción: Anne Marie Hola y Pere Castellvi. México: McGraw-Hill.
- Papalia D, Wendros R y Duskin R. (2001). *Desarrollo Humano*. Octava Edición. Traducción: Ona Jurksaitis Lukauskis. Bogotá: McGraw-Hill.
- Real Academia Española (2002). *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Tomo I. Madrid: Editorial Espasa.
- Sarmientos G, Pagola J y Oramas L. (1999). *La sexualidad en el adulto mayor*. En *Revista Sexología y Sociedad*, 5(3), 29-32.
- Schaie W y Willis S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Prentice Hall Editorial.
- Starr B y Weiner M. (1981). *The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years*. New York: McGraw-Hill
- Travaini C. (2006). *Educación sexual para adultos mayores. Una necesidad en educación permanente*. Extraído el 25 de junio de 2007 desde www.psicomundo.com/tiempo/educacion/index/htm.
- XV Symposium Internacional de Sexualidad (2005). *Salud. Conclusiones relevantes*. Extraído el 03 de julio de 2007 desde www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_363.doc.

Adhesión al tratamiento en adultos mayores

*Gloria Pino Ramírez
Universidad del Zulia
Universidad Rafael Urdaneta*

Introducción

En los últimos decenios hemos sido testigos de importantes cambios en el área de salud. La comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de muchas enfermedades, el desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos, el mejoramiento del acceso a los servicios sanitarios, así como el desarrollo y consolidación de programas de promoción y educación para la salud y prevención de las enfermedades, son sólo algunos de esos cambios. Entre las consecuencias de estos avances figura el aumento de la expectativa de vida en la población mundial y, con ello, una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y sistémicas que típicamente aparecen en la adultez media y cuyos efectos deletéreos se acentúan con el proceso de envejecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), el grupo de los adultos mayores se caracteriza por la presencia de múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos y complejos, consumiendo 50% de los medicamentos prescritos en los países en desarrollo. Esta situación está, además, íntimamente relacionada con el consumo crónico de medicamentos y la polifarmacia (Valderrama, Rodríguez, Palacios, Gabarre y Pérez, 1998; Murray y Callahan, 2003; Palop y Martínez, 2004; Silva, Galeano y Correa, 2005; Sánchez, 2006) lo que es especialmente grave al considerar que entre 76 y 90% de las personas de edad avanzada consumen, en promedio, entre 1,7 y 2,6 medicamentos a diario (Valderrama et al, 1998; Murray y Callahan, 2003; Silva et al, 2005).

La situación planteada hace ineludible el compromiso, por parte de quienes trabajan con adultos mayores, de comprender los diversos aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud y la calidad de vida así como el tratamiento de las enfermedades, entre ellos el comportamiento adherente. Es por ello que el propósito de éste capítulo es sistematizar la amplia información disponible en el área, brindando así un marco referencial al personal sanitario que trabaja con este grupo poblacional.

¿Cumplimiento, adhesión o concordancia?

La evolución del modelo médico de una postura paternalista a uno que considera a los pacientes como aliados en la toma de decisiones sobre sus enfermedades, ha tenido su impacto en la conceptualización del comportamiento adherente.

Haynes, Taylor y Sackett (1976) definieron el cumplimiento del tratamiento como el grado en el cual el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico o de salud, en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, o ejecución de cambios en el estilo de vida. Posteriormente y desde la perspectiva de las ciencias sociales, surge el término de adherencia, el cual resalta la importancia de una colaboración activa y voluntaria por parte del sujeto (Di Matteo, 1990); en este sentido Lutfey y Wishner (1999) refieren que el término involucra más el derecho del paciente a la autodeterminación en relación con su tratamiento, que el de cumplimiento.

Por otra parte, se acuñó el término de concordancia, que se define como un acuerdo logrado después de una negociación entre el paciente y un profesional de salud, que considera las creencias y deseos del paciente sobre si va a seguir las indicaciones, además de cuándo y cómo van a ser seguidas (Marinker, 1997). Otros autores han destacado que la concordancia implica acuerdo y confianza (Fox, 1998; Johnell, Linström, Sundquist, Eriksson y Merlo, 2006), enfatizando así la importancia de la relación entre el paciente y el personal de salud.

Es importante aclarar que si bien el concepto de concordancia parece ser el más apropiado, incluso en términos bioéticos, su aplicación está restringida a los pacientes con compromiso cognitivo, o que padecen enfermedades contagiosas potencialmente fatales (Milburn y Cochrane, 1997). A pesar de la diatriba conceptual, en la literatura internacional los términos adherencia y cumplimiento son utilizados indistintamente.

El comportamiento no-adherente y sus consecuencias

Partiendo de los conceptos anteriores podemos decir que el comportamiento no-adherente se expresa en una o más de las siguientes conductas: la omisión del medicamento, la toma de un medicamento diferente al indicado, la alteración de la dosis indicada, el cambio de horario de la medicación, la ingesta de fármacos con alimentos prohibidos u otras medicinas contraindicadas, la automedicación, la inasistencia a las consultas programadas y el mantenimiento de hábitos no saludables.

En función de los comportamientos previos se han descrito diversas categorías del incumplimiento, las cuales son aplicables cuando el profesional de salud ha podido hacer un seguimiento del comportamiento del paciente. A continuación una descripción de las más relevantes:

- Incumplimiento parcial: el paciente se adhiere al tratamiento por momentos (Feinstein, 1990; Palop y Martínez, 2004).
- Incumplimiento esporádico: se incumple de forma ocasional, bien por olvido o bien por tomar una dosis menor por temor a efectos adversos (Palop y Martínez, 2004).
- Incumplimiento secuencial: el tratamiento se abandona cuando el paciente se siente bien, y se retoma cuando reaparecen los síntomas (Palop y Martínez, 2004).
- Incumplimiento completo: se refiere al abandono del tratamiento en forma indefinida (Feinstein, 1990; Palop y Martínez, 2004).
- Cumplimiento de bata blanca: el cumplimiento se incrementa los días previos y posteriores a la visita al profesional de salud (Feinstein, 1990).
- Vacaciones terapéuticas: el paciente no cumple su tratamiento al menos por un día y luego lo retoma (Laederach-Hofmann y Bunzel, 2000); esta situación suele ser frecuente en períodos de vacaciones o celebraciones.
- Incumplimiento clínico y sub-clínico: Acuñado para el caso específico de pacientes trasplantados, cuya falta de adhesión puede o no generar síntomas tales como el rechazo del órgano (clínico), o no evidencia aún efectos adversos (sub-clínico) (Laederach-Hofmann y Bunzel, 2000).
- Incumplimiento inteligente: aplicado a situaciones en las

cuales la falta de cumplimiento mejora la salud del paciente (Jokisalo, 2005).

- Incumplimiento intencional y no intencional: en el primero el paciente decide conscientemente no seguir el consejo del personal de salud; en tanto que en el no intencional el paciente, por alguna razón, es incapaz de seguir el tratamiento (Cochrane, Horne y Chanez, 1999; Barber 2002; Johnell, et al., 2006).

La prevalencia de algunos de estos comportamientos ha sido establecida en distintos países para diversas enfermedades y con diferentes métodos, razón que probablemente explica la disparidad de resultados. Así, se ha determinado que para enfermedades crónicas la frecuencia de incumplimiento se ubica alrededor del 50% (Sackett et al., 1978; Haynes, 2001); estas cifras son mayores aun en países en desarrollo, como en China, Gambia y las Islas Seychelles donde el incumplimiento varía entre 54% y 73% (Graves, 2000; Van der Sande, 2000; Bovet, 2002). Estudios de revisión, ubican el incumplimiento en pacientes españoles hipertensos en un 45% (Grupo de Trabajo sobre Incumplimiento, 1993; Grupo de Cumplimiento de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial [SEH-LELHA], 2003).

Reportes de estudios latinoamericanos indican que la prevalencia de incumplimiento en adultos mayores hipertensos es de 78,4% en Chile (Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga, 2006), 59% en Colombia (Silva et al, 2005), y 48% en Argentina (Ingaramo et al, 2005). En una investigación venezolana las cifras de incumplimiento variaron desde 37% para el seguimiento de las sugerencias nutricionales, hasta 67% para la realización de ejercicios físicos (Pino-Ramírez et al., 2005).

La situación descrita en el caso de las personas de edad avanzada, tiene consecuencias graves si se toma en cuenta que la mayoría de enfermedades que afectan a este grupo tienden a la invalidez (Stewart, 1991). Así, el incumplimiento del tratamiento farmacológico puede conllevar a un menor control de las enfermedades crónicas, su empeoramiento y la muerte (Osterberg y Blashke, 2005). De igual modo se incrementa el número de visitas a la emergencia y el reingreso hospitalario y con ello los costos de salud. Por ejemplo, se ha reportado, en el caso de la hipertensión arterial, el aumento de la morbimortalidad por problemas cardio-

vasculares (Márquez et al., 2006; Sánchez, 2006). La OMS (2004) también destaca que las complicaciones médicas y psicológicas derivadas de la falta de adherencia reducen la calidad de vida de los pacientes e incrementan la probabilidad del desarrollo de resistencia a ciertos medicamentos.

Valoración del comportamiento adherente

Como se ha visto existe un largo listado de comportamientos que son considerados no-adherentes; esta situación ha generado a su vez un amplio número de métodos para evaluarlos.

El método ideal debe ser una medida continua que permita evitar dividir el fenómeno en dos grupos separados (cumplidores o no cumplidores); ser relativamente económico, fácil de usar y analizar; ser sensible, específico, confiable y objetivo en sus estimaciones; brindar información continua sobre la historia de la adherencia y evitar afectar la conducta del paciente (Farmer, 1999; Miller y Hays, 2000; Knobel, 2002).

A pesar de lo bien establecido que están los requerimientos, no existe un método que cumpla con todas las características descritas; cada uno tiene ventajas y desventajas y no hay uno que pueda ser considerado como gold standard (Osterberg y Blashke, 2005). En este sentido lo recomendable es usarlos en combinación, dependiendo del objetivo de su empleo, las características del paciente, de la enfermedad, del entorno y la disponibilidad de recursos.

Las diversas clasificaciones de estos métodos pueden dividirse en dos grandes grupos: objetivos y subjetivos. Los primeros proporcionan evidencia de que el paciente ha estado tomando los medicamentos (Farmer, 1999), y los segundos reflejan la conducta adherente del paciente, así como sus conocimientos y creencias sobre la enfermedad (Palop y Martínez, 2004).

Los métodos objetivos, a su vez se dividen en:

Métodos objetivos directos: se basan en la determinación de marcadores biológicos, cuantificando el fármaco o algún metabolito en fluidos orgánicos tales como saliva, sangre u orina (Palop y Martínez, 2004; Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003). Estos métodos son costosos y las muestras pueden ser susceptibles de alteraciones por parte del paciente (Osterberg y Blashke, 2005). Adi-

cionalmente existen diferencias individuales en el metabolismo de los fármacos, por lo que niveles sub-óptimos podrían estar relacionados con interacciones farmacológicas o con problemas farmacocinéticos (Steiner y Prochaska, 1997).

Métodos objetivos indirectos: son estrategias que valoran el incumplimiento determinando sus circunstancias y el grado de control de la enfermedad (Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003). Entre este grupo Palop y Martínez (2004) destacan:

- *Recuento de comprimidos:* se refiere al conteo de la medicación que queda en el envase del medicamento prescrito al paciente, tomando en cuenta la fecha de inicio. El porcentaje del cumplimiento se calcula dividiendo el número de comprimidos presuntamente ingeridos, entre el número de comprimidos prescritos, multiplicando el resultado por 100. Este método tiene dos modalidades, o el paciente lleva el envase a la consulta, o el recuento se hace en una visita sorpresa al hogar del paciente. Dados los requerimientos necesarios para poder establecer el porcentaje de cumplimiento (saber la fecha exacta de inicio del tratamiento y del envase, disponer del envase al momento del recuento) suele utilizarse para fines de investigación. Su desventaja radica en la imposibilidad de saber si realmente los comprimidos faltantes en el envase han sido consumidos por el paciente.
- *Monitoreo electrónico acoplado al envase del medicamento (MENS):* es una versión más sofisticada del método anterior, en el cual un dispositivo electrónico registra el número de veces que el envase es abierto. Tiene la misma desventaja del recuento y, adicionalmente, el dispositivo es costoso por lo que su uso está restringido a estudios científicos con elevado presupuesto.
- *Asistencia a las citas programadas:* el sentido amplio del término adherencia incluye no solo la ingesta de la medicación, sino también aspectos como acudir a las citas con el personal de salud. Este método ha mostrado ser más sensible para detectar el incumplimiento de actividades preventivas, si se comparan con las relacionadas con enfermedades crónicas, más frecuentes en el adulto mayor.
- *Valoración de la eficacia terapéutica:* el control de la enfermedad también ha sido utilizado como una medida de adhe-

rencia, sin embargo, es necesario tener presente que existen otros factores o variables que pueden afectar la eficacia de las medidas terapéuticas, lo cual hace bastante complejo el establecimiento de una relación directa entre control de la enfermedad en el comportamiento de incumplimiento.

Métodos subjetivos: Estos métodos son más sencillos y económicos que los descritos previamente, sin embargo es probable que sobreestimen la adherencia pues la información la brinda el mismo paciente, un familiar, o la estimación del médico. Entre estos métodos los más utilizados son:

- *Juicio del personal sanitario:* estimación o pronóstico que realiza el personal de salud basado en el conocimiento previo del paciente, sus características personales, impresión, entre otros (Gil et al., 1994).
- *Métodos basados en la entrevista y cuestionarios:* se pregunta directamente al paciente sobre sus conductas adherentes. Su ventaja es que permiten explorar las causas del incumplimiento; son fiables cuando el paciente se confiesa incumplidor, mas no cuando afirma realizar el tratamiento (Gil et al, 1994). Entre los más conocidos se encuentran:
 - **Test de batalla:** se trata de un cuestionario sobre el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad; ha sido utilizado en pacientes con hipertensión arterial y dislipidemias. Se asume que a mayor conocimiento, mejora la adherencia (Gil et al., 1994; Palop y Martínez, 2004).
 - **Cuestionario de Morinsky y Green:** consiste en preguntas relativas a las conductas de adherencia, tales cómo si deja de tomar su dosis o si deja el medicamento cuando se siente bien o se siente mal. Es cumplidor quien responde adecuadamente a las preguntas (Gil et al, 1994; Palop y Martínez, 2004).
 - **Cuestionario de comunicación del autocumplimiento:** este cuestionario fue propuesto por Haynes y Sackett (1976) para evaluar el cumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial. Sus preguntas están dirigidas a explorar si la persona tiene dificultades en tomar la medicación. Se considera cumplidor quien reporta no tenerlas.
 - **Test de Prochaska y Di Clemente (1984):** es un cuestionario basado en el modelo trasteórico de estos autores.

De acuerdo con sus respuestas el paciente quedará ubicado en uno de cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento. Las tres primeras etapas van desde la ausencia de la intención de cambio, su consideración y la ejecución de acciones que lleven al cambio. Las dos restantes implican la realización de la conducta saludable y su mantenimiento. Si de acuerdo a las respuestas al cuestionario el comportamiento del paciente se ubica en alguna de las tres primeras etapas, se considera incumplidor.

- Test de comprobación fingida: consiste en solicitar al paciente que se auto-reportó como cumplidor una muestra de fluido para detectar restos del medicamento. Si el paciente se niega o si refiere creer que se encontrarán bajos niveles del medicamento, se considera incumplidor.

Un ejemplo de la disparidad de resultados que pueden arrojar estos métodos se encuentra en los hallazgos de la investigación de Pino-Ramírez et al., (2005). De acuerdo a los criterios de las pruebas de Morinsky y Green y de Batalla, la prevalencia de incumplimiento varió entre 67 % y 58 %, respectivamente. Estos investigadores también adaptaron el test de Prochaska y Di Clemente (1984) para evaluar por separado las conductas adherentes de ingesta de medicamentos, el seguimiento de las sugerencias nutricionales y la realización de ejercicios; las cifras de incumplimiento encontradas fueron 40, 37 y 61% respectivamente.

Variables moduladoras de la adhesión en adultos mayores

Existe una variedad de razones asociadas al incumplimiento del tratamiento, muchas de las cuales acrecientan su impacto con la edad. Estas variables pueden ser clasificadas en cuatro grupos: de acuerdo al paciente, el tratamiento, la enfermedad y las interacciones del paciente con el personal que lo atiende y la familia. A continuación se describen cada una de ellas:

Variables relacionadas con las características del paciente:

Estos aspectos pueden ser clasificados de la siguiente manera:

Variables socio-demográficas: aspectos como género, clase social y estado civil no han demostrado estar asociados a los comportamientos no-adherentes (Conrad, 1985; Balkrishnan, 1998; Stone, Hogan y Schuman, 2001; Pino-Ramírez et al., 2005). Sin embargo,

vivir solo puede constituir una causa de incumplimiento en el anciano (Silva et al, 2005). Algunos estudios demuestran que la edad y la educación influyen; a mayor edad o menor educación menor cumplimiento (Gil et al, 1994).

Variables asociadas a la salud: los problemas de memoria (Osterberg y Blaske, 2005), los trastornos emocionales como la depresión (Okumo, Yanagi y Tomura, 2001), el deterioro sensorial y sus consecuentes limitaciones funcionales han mostrado interferir con el cumplimiento del tratamiento médico (Palop y Martínez, 2004; Silva et al, 2005).

Variables cognitivas: conocimientos, creencias y conciencia de la enfermedad son aspectos ampliamente estudiados en esta área, principalmente desde las ciencias de la conducta. La falta de información que puede conllevar a una baja conciencia de enfermedad (Osterberg y Blaske, 2005) ha mostrado interferir con la adherencia. Por otra parte creencias, severidad y susceptibilidad percibida, así como el balance costo-beneficio del paciente sobre su enfermedad han mostrado afectar el cumplimiento (Becker, 1976; citado por Conrad, 1985). No obstante, diversos estudios realizados en adultos mayores no han podido establecer la asociación de estas variables con la falta de adherencia (Palop y Martínez, 2004).

Pino-Ramírez et al (2005) encontraron que las creencias centradas en el azar tienen valor predictivo para el incumplimiento en tanto que la persistencia en la tarea y la orientación preventiva predijeron la adherencia al tratamiento. En este sentido Johnel et al. (2006) y Anderson y Funnell (2000), han enfatizado sobre el papel de la autoregulación para el manejo de las enfermedades crónicas, muy frecuentes en la vejez.

A pesar de que la concepción de la vejez como un estadio donde es «normal la enfermedad» pudiera afectar el comportamiento adherente, no se consiguieron estudios que evaluaran la asociación entre este tipo de creencias y el incumplimiento.

Los aspectos mencionados actúan como variables independientes y, hasta el presente, no se ha comprobado su agrupamiento en perfiles de personalidad o de riesgo asociados con la falta de adherencia (van Dijk, et al 2007).

Variables relacionadas con el tratamiento:

Complejidad del tratamiento: a mayor número de médicos (Palop y Martínez, 2004), fármacos y dosis, menores son los índices

de adherencia encontrados (Conrad, 1985; Gil et al, 1994; Osterberg y Blaske, 2005). La indicación de dosis en días alternos también pueden afectar el cumplimiento.

Efectos colaterales: las secuelas adversas (Conrad, 1985), así como el efecto del fármaco sobre la sintomatología (sentirse mejor o peor) (Ingaramo et al., 2005; Hasford, 1992 en Ingaramo, 2005; Osterberg y Blaske, 2005) tienen un impacto negativo sobre la adherencia. Por otra parte si el medicamento permite el control de síntomas muy evidentes, como las crisis epilépticas, la adhesión tiende a ser alta (Conrad, 1985).

Vía de administración: cuando los medicamentos deben ser administrados por personal entrenado disminuye el cumplimiento (Silva et al, 2005).

Tipo de tratamiento: se ha reportado menor adherencia cuando se toma el medicamento con fines preventivos que con fines curativos (Conrad, 1985; Silva et al, 2005). Por otra parte, se ha encontrado que a mayor duración del tratamiento menor es la adherencia (Sackett y Snow, 1979 en Conrad 1985; Fox, 1998).

Costo de la medicación: a pesar de que el nivel socioeconómico no ha mostrado estar asociado con el cumplimiento del tratamiento, el costo del medicamento afecta la adherencia (Balkrishnan, 1998).

Variables relacionadas con la enfermedad:

Crónicas vs agudas: la adherencia ha mostrado ser mayor en las enfermedades agudas; adicionalmente la persistencia de los pacientes en el tratamiento de las enfermedades crónicas disminuye dramáticamente después de los primeros seis meses de terapia (Gil et al, 1994; Osterberg y Blaske, 2005).

Asintomáticas: la ausencia de síntomas también se asocia con la falta de adherencia (Osterberg y Blaske, 2005).

Variables relacionadas con el personal de salud y la familia:

Relación personal de salud- paciente: Una pobre comunicación, en la cual el personal sanitario proporciona poca o ninguna explicación sobre las variables asociadas al tratamiento y la enfermedad, ha sido vinculada al incumplimiento (Osterberg y Blaske, 2005; Ingaramo et al., 2005). También se ha demostrado que el cumplimiento mejora, si a través de la comunicación no verbal, el personal es percibido como cálido, atento e interesado. Como contraparte, actitudes autoritarias, dominantes o prepotentes del personal sanitario

producen una disminución de la adherencia (Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003).

En el caso de los adultos mayores observamos con cierta frecuencia que los proveedores de salud no le dicen al paciente la verdad sobre su condición, en ocasiones a solicitud de los mismos familiares. Sin embargo en pacientes cognitivamente competentes esto podría ser contraproducente, además de antiético, pues el desconocimiento de su condición aumentará la probabilidad del incumplimiento.

Seguimiento inadecuado: la falta de evaluación del comportamiento adherente es otra causa importante. Muy frecuentemente el personal de salud asume que el paciente está cumpliendo, otras veces, desconoce los métodos para un apropiado seguimiento o para verificar la adecuada utilización del tratamiento. Todas estas razones, aunque no causan el incumplimiento de manera directa, no permiten su detección.

Apoyo social: ésta se ha considerado una variable que ayuda a convertir las intenciones del paciente en acciones (Winfield et al, 1990 en D'Anello, 2006; Shapiro, Williams, Gelman, Foray, Wukich, 1997). El apoyo social ha demostrado estar asociado con conductas motivantes para seguir sugerencias nutricionales y para cumplir con el tratamiento farmacológico, pero no para realizar ejercicios (Marín y Rodríguez, 2001). Adicionalmente Menéndez et al. (2003) demostraron un mayor control de las cifras de presión arterial en pacientes con redes sociales más amplias.

Estrategias que mejoran la adhesión al tratamiento:

La cantidad de estrategias desarrolladas para mejorar el cumplimiento es tan amplia como la cantidad de comportamientos no adherentes y sus variables asociadas. Diversos estudios se han avocado a establecer y sistematizar la efectividad de las técnicas, tanto en conjunto como por separado (Rigueira, 2001; Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003; Palop y Martínez, 2004; Atrejan, Bellam y Levy, 2005; van Dulmen et al, 2007).

De acuerdo con la clasificación brindada por Atrejan et al (2005), las intervenciones pueden dividirse en cinco grupos identificados por sus siglas en inglés, como SIMPLE.

Simplifica las características del tratamiento:

Entre las intervenciones que conforman este grupo hay un conjunto dirigido al régimen farmacológico en sí; entre ellas destacan: disminuir la frecuencia y cantidad de medicamentos, seleccionando medicamentos de mayor vida media (Haynes, Mc Donald y Gorg, 2002; Palop y Martínez, 2004; Osterberg y Blashke, 2005; Atreja et al; 2005).

Otro grupo está constituido por los recordatorios para la toma del medicamento y la asistencia a citas, entre ellos destacan pastilleros, llamadas o mensajes telefónicos, usar la alarma del reloj o teléfono celular y asociar la ingesta de la medicación con alguna actividad de la vida diaria, o de acuerdo a los deseos del paciente cuando sea posible (Haynes et al, 2002; Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003; Osterberg y Blashke, 2005; Silva et al., 2005; Coverley et al., 2007). Cuando los regímenes son complejos, ayuda colocar en un lugar visible la lista de las medicinas con horario y dosificación; si el adulto mayor es atendido por varios cuidadores es útil llevar un registro de los medicamentos para evitar sobredosificación u omisiones.

Finalmente Silva et al (2005) toman en cuenta el papel de los fabricantes de medicamentos, quienes deberían considerar las limitaciones físicas frecuentes en la tercera edad al momento de diseñar los empaques e instrucciones.

Impartir conocimiento:

Este grupo de estrategias está dirigido a la formación o educación del equipo de salud, paciente y su familia. El equipo de salud debe comprender a cabalidad el problema del incumplimiento, sus secuelas en la salud y estar capacitado para detectarlo e intervenir en función de mejorar el comportamiento adherente (Palop y Martínez, 2004).

En cuanto al paciente y su familia, los profesionales sanitarios tienen el compromiso, evitando la utilización de lenguaje excesivamente técnico, de discutir con el paciente el diagnóstico de la enfermedad, el propósito de la medicación, la duración del tratamiento, el esquema de dosificación y los efectos adversos del tratamiento farmacológico. En todo caso el proveedor de salud debe dedicar el tiempo necesario para clarificar los aspectos mencionados (Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003; Silva et al., 2005); esto es válido, tanto para el régimen farmacológico, como para

los cambios en el estilo de vida (dietas y ejercicios, por ejemplo). En nuestra investigación sobre la efectividad de las estrategias psicosociales en la adherencia, el grupo de adultos mayores que recibió información detallada sobre cómo hacer ejercicios físicos (duración, intensidad, frecuencia) y cómo usar los implementos adecuados (zapatos, tipo de ropa) incrementó su conducta adherente (Ramírez, et al., 2005).

Un manera de facilitar la información al paciente es a través de folletos u otros diversos materiales instruccionales que sirvan de apoyo a las intervenciones educativas (Haynes et al, 2002; Osterberg y Blashke, 2005).

Modificar las creencias del paciente:

Brindar información no es suficiente para incrementar el cumplimiento (Atreja et al, 2005), se requiere además intervenir sobre la percepción del paciente (susceptibilidad, severidad, barreras, costos de la enfermedad), es decir sobre su interpretación de la realidad. También es importante evaluar su autoeficacia, es decir cómo evalúa las habilidades y destrezas propias que cree necesitar para manejar su enfermedad (Osterberg y Balschke, 2005).

Comunicación con el paciente:

En este punto la escucha activa es indispensable, aún más cuando se trata de adultos mayores. El establecimiento de una relación donde el paciente se sienta cómodo para hacer preguntas y hablar sobre sus temores, así como proveerle mensajes claros y directos está asociado a un incremento del comportamiento adherente (Rosenberg, Lussier y Beaudoin, 1997; Haynes et al., 2002; Osterberg y Blashke, 2005). De igual modo es importante reforzar sus logros (Silva et al., 2005), así como establecer metas realistas y específicas.

En pacientes de tercera edad, más aún si son dependientes, es importante conocer sus redes de apoyo social y utilizarlas para favorecer el cumplimiento (Haynes et al., 2002; Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003; Osterberg y Blashke, 2005).

Evitar los sesgos:

Gran parte de los estudios iniciales sobre adherencia estuvieron dirigidos al estudio de las variables sociodemográficas y de personalidad, algunos de los cuales demostraron pequeños efectos sobre la adherencia. Atendiendo a estos resultados es importante adaptar la información a las características del paciente (Palop y Martínez, 2004; Silva et al., 2005; Atreja et al., 2005).

Evaluar la adhesión:

El primer paso para poder diseñar intervenciones que permitan incrementar el comportamiento adherente es justamente su detección. En este sentido, tal como se señaló más arriba, una buena valoración del cumplimiento proporcionará la información requerida para brindar apoyo al paciente en el logro de sus metas.

Guías para la acción

Un indicador de la importancia del tema de la adhesión al tratamiento es la cantidad de publicaciones en esta área, algunos de cuyos hallazgos fueron sistematizados en el presente capítulo teniendo en mente al equipo sanitario que trata a diario con el adulto mayor. Lamentablemente el estado de salud de este grupo etario nos indica que estamos lejos de hacer un buen trabajo.

Cumplimiento, adherencia o concordancia, cualquiera sea la terminología utilizada, lo importante es brindar al paciente una atención de calidad, adaptada a sus necesidades particulares; el comportamiento adherente vendrá entonces por añadidura. Si bien no en todos los casos el proceso que nos atañe puede seguir el esquema de la concordancia, en la medida de lo posible debe ser la pauta a seguir, aún en el paciente dependiente o con deterioro cognitivo. En el caso de los adultos mayores es esencial que los cuidadores informales se involucren, no como meros testigos sino como activos participantes del proceso de cuidado y salud de su familiar.

La adecuada medición del comportamiento adherente es importante y a pesar de las limitaciones de los métodos de valoración descritos, su uso combinado ha demostrado ser confiable. Por otro lado, la comprensión de las causas del incumplimiento en un paciente particular es más fácil de lograr en la consulta de salud que cuando se trata de los rigurosos protocolos de una investigación.

Se ha subrayado la prevalencia de las enfermedades crónicas en la tercera edad y con ello la necesidad de que el paciente desarrolle las habilidades que le permitan automanejarse. La intervención temprana y adecuada en el tema de adherencia tiene un impacto definitivo sobre la independencia funcional de los adultos mayores y, por ende, en su calidad de vida y la de su entorno; el establecimiento de una buena relación entre el equipo el paciente y su familia, es la principal herramienta para lograrlo.

La contribución de las características de personalidad al incumplimiento es aún una pregunta sin contestar. Los retos en el área de la investigación del comportamiento apuntan a la clarificación de esto, siendo necesario el establecimiento de modelos predictores y el desarrollo de modelos teóricos amplios que permitan la integración de variables tan diversas como las que hemos revisado. Por otro lado, los estudios de adherencia se han centrado en los pacientes y no en el personal y, como hemos visto, ambos tienen su rol en este proceso.

Referencias bibliográficas

- Anderson RM, Funnell MM. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in Diabetes care, *The Diabetes Educator*, 26(4): 597-604.
- Atreja A, Bellam N, Levy SR. (2005). Strategies to Enhance Patient Adherence: Making It Simple. *Medscape General Medicine*, 7(1): 4. Consultado el 15 de marzo de desde <http://www.medscape.com/viewarticle/498339>.
- Balkrishnan R. (1998). Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20: 764-771.
- Barber N. (2002). Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care*, 11: 81-84
- Bovet P, Burnier M, Madeleine G, Waeber B, Paccaud F. (2002). Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bull World Health Organ*, 80(1): 33-39
- Coberley C, Hamar B, Gandy B, Orr P, Coberley S, McGinnis M, Hudson L, Forman S, Shurney D, Pope J. (2007). Impact of Telephonic Interventions on Glycosylated Hemoglobin and Low-density Lipoprotein Cholesterol Testing. *Am J Manag Care*, 13: 188-192.
- Cochrane GM, Horne R, Chaney P. (1999). Compliance in asthma. *Respir Med*, 93: 763-769.
- Conrad P. (1985). The meaning of medication: Another look at compliance. *Soc Sci Med.*, 29(1): 29-37.
- Di Matteo R. (1990). *The psychology of health, illness, and medical care: An individual perspectives*. California: Books/ Cole Publishing Company.
- Farmer KC. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther*, 21: 1074-1090.
- Feinstein AR. (1990). On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med*, 150: 1377-1378.

- Fox R. (1998). Compliance, Adherence, Concordance. *Circulation*, 97: 127.
- Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. (1994). Validez de 6 métodos para valorar el incumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*, 102: 532-536.
- Graves JW. (2000). Management of difficult-to-control hypertension. *Mayo Clinic Proceedings*, 75: 278-284.
- Grupo de cumplimiento de la asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (2003). Informe el uso de fármacos en combinación a dosis fijas en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Consultado el 16 de julio de 2004 desde <http://www.seh-elha.org/cumplimien/usofarmacos.pdf>.
- Grupo de trabajo sobre incumplimiento (1993). Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Medicina Clínica*, 100(19): 736-740.
- Haynes RB, MacDonald HP, Garg AX. (2002.) *JAMA*, 288(22): 2880-2883.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DJ. (1976). Compliance in heart care. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Haynes RB. (2001) Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, Lindstrom O, García-Piazza D, Manzur R, Marigliano E, Hauad S, Donato A, Santana M. (2005). Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) *Rev Fed Arg Cardiol*, 34: 104-111.
- Johnell K, Lindström M, Sundquist I, Eriksson C, Merlo J. (2006). Individual characteristics, area social participation, and primary non-concordance with medication: a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 6 (52). Extraído el 2 de marzo de 2006 desde <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/52>.
- Jokisalo E. (2005). Compliance and patient-perceived problems in the treatment of hypertension. Kuopio: Kuopio University Publications A. Pharmaceutical Sciences, 82.
- Knobel H. (2002). Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 20(10): 481- 483.
- Laederach-Hofmann K, Bunzel B. (2000). Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. *Gen Hosp Psych*, 22, 412-424.
- Lutfey KE, Wishner WJ. (1999). Beyond compliance is adherence. *Diabetes Care*, 22(4): 635-639.

- Marín F, Rodríguez M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4): 336-39.
- Marinker M. (1997). *From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking*. London: Royal Pharmaceutical Society, Merck, Sharp and Dohme.
- Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, Martel Claros N, de la Figuera M, Martín de Pables JL, Atienza MF, Gros García T, Espinosa García J. (2006), Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten. Primaria*, 38(6): 325-332.
- Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Barriga O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica de Chile*, 134: 65-71.
- Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Núñez C, Alonos A, Bujan S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria*, 31(8): 506-513.
- Milburn HJ, Cochrane GM. (1997). Consultant physician. Treating the patient as a decision maker is not always appropriate. *British Medical Journal*, 314: 1905.
- Miller LG, Hays RD. (2000). Measuring adherence to antiretroviral medications in clinical trials. *HIV Clin Trials*, 1: 36-46.
- Murray MD, Callahan CM. (2003). Improving medication use for older adults: An integrated research agenda. *Ann Intern Med*, 139: 425-429.
- Okumo J, Yanagi H, Tomura S. (2001). Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur J Clin Pharmacol*, 57: 589-594.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción*. Washington, DC: Autor.
- Osterberg L, Blashke T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, 353(5): 487-496.
- Palop Larrea V, Martínez Mir I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 28(5): 113-120.
- Pino-Ramírez G, Esqueda-Torres L, Zambrano RC, Calón GE, Toro ME, Peña HJ, Maestre GE. (2005). Efectividad de dos modalidades de intervención psicosocial en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de Adultos Mayores. *Universidad del Zulia*.

- Prochaska J, DiClemente C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones.
- Rosenberg EE, Lussier MT, Beaudoin C. (1997). Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Arch Fam Med.*, 6, 279-283.
- Rigueira García AI. (2001). Cumplimiento terapéutico: ¿Qué conocemos en España? *Atención Primaria*, 27, 559-568.
- Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. (1978). Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling & Health Education*, 11, 18-21.
- Sánchez Cisneros N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 14(3), 98-101.
- Shapiro PA, Williams DL, Gelman I, Foray A, Wukich N. (1997). Compliance Complications in Cardiac Patients. *Am J Psychiatry*, 154, 1627.
- Silva GE, Galeano E, Correa JO. (2005). Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, Volumen 30 (4): 268-273.
- Steiner JF, Prochaska AV. (1997). The assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and applications. *J Clin Epidemiol*, 50, 105-116.
- Stewart RB. (1991). Non compliance in the elderly. *Drugs Ageing*, 1, 163-167.
- Stone VE, Hogan JW, Schuman P. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the her study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 28, 124-131.
- Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez J. (1998). Consumo de medicamentos en los ancianos, resultados de un estudio poblacional. *Revista Española Salud Pública*, 72(3), 209-219.
- van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, van Dulmen S, Sluijs EM, Ridder DT, Griens A, Bensing JM. (2007). Patient risk profiles and practices variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics [en línea]. *BMC Health Service Research*, Volumen 7 (51), extraído el 10 de abril de 2007 desde www.biomedcentral.com/1472-6963/7/51.
- van Dulmen S, Sluijs E, van Dick L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7 (55). Extraído el 19 de abril de 2007 desde www.biomedcentral.com/1472-6963/7/55.

- van der Sande MA, Milligan PJ, Nyan OA, Rowley JT, Banya WA, Ceesay SM, Dolmans WM, Thien T, McAdam KP, Walraven GE. (2000). Blood pressure patterns and cardiovascular risk factors in rural and urban gambian communities. *Journal of Human Hypertension*, 14, 489-496.
- Winfield AJ, Jessiman D, Williams A. (1990). A study of the causes of non-compliance by patients prescribed eyedrops. *British Journal of Ophthalmology*, 74, 477-480. En: D'Anello Koch, S. (2006). Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *MedULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*, 15(1), 4-11.

Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores

*Leonor Luna Torres
Universidad Nacional de Colombia*

*«No elegimos vivir y envejecer,
pero sí cómo vivir y envejecer»
Anónimo.*

Abordar el tema de la atención del adulto mayor afectado por alguno o algunos de los síndromes geriátricos, como las caídas, la inmovilidad, la incontinencia urinaria y la falla cerebral, exige tener en cuenta ciertas consideraciones, empezando por las especificidades de la persona afectada, quien reviste características particulares, dadas por el proceso normal de envejecimiento y la condición de salud, sabiendo que en muchos casos afronta enfermedades crónicas y degenerativas y por tanto, su tratamiento con cierta frecuencia es a expensas de la polifarmacia.

A lo anterior, se suma el estilo y condiciones de vida, el entorno sociofamiliar que rodea al adulto mayor, que si bien puede constituirse en factor protector, en otros casos (Londoño, 2006) se convierte en factor de riesgo para la salud. No menos importante, es el acceso a servicios socios sanitarios que garanticen atención en los diferentes niveles de intervención: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y por supuesto ser usuario de programas de promoción y prevención.

Sin duda alguna con el paso del tiempo se ha estigmatizado la vejez y por tanto, a quienes la enfrentan. Esta etapa, suele identificarse con eufemismos como enfermedad, improductividad, estorbo, marginación, muerte y segregación, entre otros. Lo anterior, exige a los profesionales de ciencias de la salud y ciencias socio humanistas, trabajar para recuperar la imagen del adulto mayor y dibujar con ob-

jetividad la vejez, para que la sociedad contemporánea la identifique como una etapa universal, heterogénea, individual y única.

Producto de este imaginario, se identifica la pérdida de movilidad, la incontinencia urinaria, las caídas y la confusión mental como situaciones que acompañan la vejez, esto hizo que no existieran acciones preventivas, ni terapéuticas para estas personas, por tanto, su manejo era inapropiado y aquellos eventos agudos se convertían en procesos crónicos y degenerativos que iban minando la calidad de vida de la persona.

En el decenio de los años cuarenta, surgen en el Reino Unido los primeros geriatras, precisamente en hospitales de larga estancia. Ellos observaron como sus pacientes a pesar de haber sido desahuciados, eran capaces de recuperarse y muchos de ellos ser dados de alta; empezaron a observar el comportamiento de los adultos mayores que se hospitalizaban en servicios de medicina interna y cuál era el comportamiento de los que ingresaban a los servicios de geriatría, y encontraron diferencia en las respuestas.

El médico Bernard Isaacs (2003) del Hospital Royal Infirmery de Glasgow (Inglaterra), fue quien en 1969 publicó el resultado de un estudio comparativo en el que describe los factores médicos que caracterizan a los adultos mayores o llamados pacientes geriátricos, encontrando en ellos una serie de problemas a los que llamó «síntomas» y en los que aparecen la inmovilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, el ictus y las llamadas alteraciones mentales. La historia reconoce que esta es la primera descripción de la que se tiene noticia de lo que hoy se conoce como síndromes geriátricos clásicos o también llamados gigantes de la geriatría.

Es preciso añadir que aparecen otras clasificaciones que hablan de problemas comunes que se presentan en los adultos mayores, los cuales reciben la denominación de síndromes geriátricos en sentido amplio, advirtiéndose que cada uno de estos padecimientos pueden tener múltiples etiologías o etiologías multifactoriales. Un ejemplo de ello, son los trastornos afectivos tipo depresión, cuyo origen puede ser la elaboración de un duelo, la soledad, la enfermedad a la cual se suman la deprivación sensorial y los trastornos de movilidad, situaciones éstas que se convierten en factores de riesgo para caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad y ello afecta la calidad de vida del adulto mayor.

El tema en referencia, hoy por hoy, cobra singular importancia por las implicaciones que tiene para quienes los padecen, en términos de comprometer su funcionalidad y autonomía, así como, por los costos socio-sanitarios que alcanza y las repercusiones a nivel de la familia, del cuidador y de los mismos sistemas de salud de cada país. Estudiarlos, familiarizar al personal de los servicios socio-sanitarios, desarrollar destreza en el diagnóstico y tratamiento, así como establecer de manera prioritaria medidas de promoción y prevención para minimizar su aparición, es lo recomendable.

Lo anterior, resulta comprensible si se tiene en cuenta que en el mundo entero el envejecimiento de la población es una realidad, así como también, el aumento en la expectativa de vida del ser humano, lo que quiere decir que científicos, investigadores y en general los profesionales de la salud y de ciencias sociales enfrentan un nuevo reto y con ello un nuevo desafío para que este fenómeno poblacional esté acompañado de medidas que contribuyan a mantener una calidad de vida digna para todas las personas que alcanzan la etapa de la vejez (Bernard, 2003). Por las razones mencionadas, los síndromes geriátricos se plantean como un tema de abordaje para los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, quienes a su vez deberán trabajar con el adulto mayor, la familia de éste y el cuidador para hacer más efectiva la intervención (López, 2010).

Los síndromes geriátricos son definidos como un cuadro originado por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan enorme prevalencia en el adulto mayor y con frecuencia, afectan la funcionalidad y autonomía, están asociados a problemas socio familiares y son el resultado de enfermedades de alta prevalencia en los adultos mayores, generalmente con manifestaciones atípicas o con inadecuado control y en estado avanzado de evolución con la consecuente pérdida de funcionalidad, autonomía y por consiguiente, deterioro de la calidad de vida (Bernard, 2003).

Existen padecimientos que aparecen en forma independiente a las patologías que los desencadenan, no obstante, sus manifestaciones resultan muy similares en la mayoría de los adultos mayores, por esta razón para su estudio se les reconoce en la categoría de síndromes y comparten entre sí una serie de características comunes como su alta frecuencia, padecimientos que se hacen más prevalentes en las personas más longevas, es el caso de los mayores de 80 años de edad, casi todos ellos desencadenan un deterioro progresivo que

los llevan a perder funcionalidad y autonomía, por tanto, demandan mayor atención socio sanitaria.

Establecer el diagnóstico, exige habilidad del profesional de la salud, en la valoración y el empleo de escalas o instrumentos que permitan establecer el diagnóstico correspondiente, sabiendo que los síndromes geriátricos están constituidos por signos y síntomas, todos tienen un carácter sindrómico, son susceptibles de tratamiento y deben ser prevenidas o al menos minimizar daños mayores, cuando se establece un diagnóstico temprano.

El lector encontrará a continuación lo concerniente a síndromes geriátricos, en lo relacionado a caídas, inmovilidad, incontinencia urinaria y falla cerebral. De cada uno de ellos, se hará mención a aspectos epidemiológicos, factores etiológicos, manifestaciones, valoración y formas de abordar al adulto mayor afectado por estos padecimientos, así como también, se señalan algunas medidas de prevención que conlleven a promocionar la salud del adulto mayor con calidad de vida. Al final de cada síndrome, aparecen unas preguntas que el lector debe resolver para afianzar contenidos relacionados con el tema en referencia. De igual forma, encontrará al final del capítulo las referencias bibliográficas que amplían la información sobre el contenido.

Las caídas. Un problema que tiene serias implicaciones en el adulto mayor

¿Cuál es la prevalencia de caídas en los adultos mayores pertenecientes a nuestra comunidad de trabajo? Este es un interrogante que el lector debe plantearse, con el propósito de establecer su frecuencia, así como identificar factores desencadenantes y consecuencias que originan. Sin embargo, lo más importante, es trabajar para implementar medidas que contribuyan a reducir su incidencia.

Las caídas son frecuentes en los adultos mayores y se constituyen en una de las principales causas de morbimortalidad; para Kane Robert (2003), las caídas suelen ser indicador de fragilidad y predictor de muerte en esta población.

Se ha demostrado que la mayor incidencia de caídas en los adultos mayores se da en las personas que están hospitalizadas e institucionalizadas, y con menor frecuencia en las que viven en comunidad; sin embargo, los registros con alguna frecuencia son imprecisos por razones tales como: el no reporte especialmente

cuando no genera lesiones mayores, esto debido a que existe temor en el adulto mayor a que se le margine de actividades cotidianas o se convierta en usuario de las unidades de larga estancia por decisión de la familia.

Las caídas se constituyen en un serio problema clínico entre los adultos mayores, en razón a su prevalencia y a las consecuencias que de ellas se derivan, siendo éstas de orden físico, psicológico, sociales y familiares, además de constituirse en factor de fragilidad e incluso en algunos casos lleva a la muerte del adulto mayor, a la inmovilidad o a su institucionalización (López, 2010). En la práctica, se observa que en la noche hay mayor tendencia a las caídas, esto se explica porque disminuye la capacidad para adaptarse a la visión nocturna, a los episodios de nicturia, las barreras arquitectónicas, las características del sueño y no menos importante, son los efectos colaterales que producen algunos de los medicamentos (hipnóticos, antipsicóticos, algunos agentes anticonvulsivos y antidepresivos tricíclicos) que reciben los adultos mayores para el tratamiento de la pluripatología.

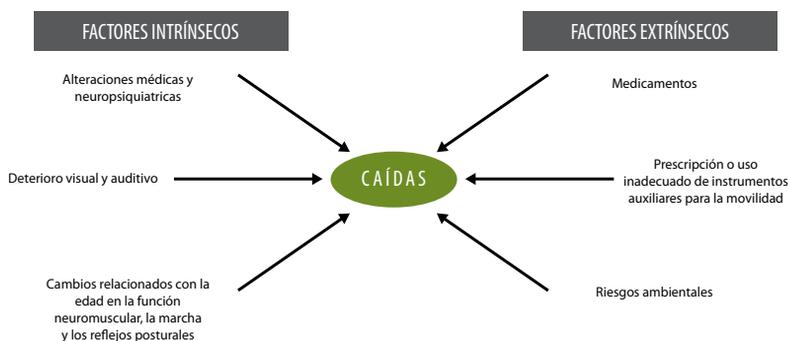
En el caso de las caídas se establecen factores extrínsecos o ambientales tales como: pisos húmedos, resbaladizos, presencia de objetos u obstáculos en el piso, iluminación deficiente, calzado y pantuflas con suela lisa, camas y sillas bajas y sin apoyo para el brazo, sanitarios bajos o muy altos y sin barras de seguridad, tapetes sueltos y sin base antideslizante, muebles u objetos colocados en forma inapropiada, dispositivos que utiliza el adulto mayor para su desplazamiento tales como bastones, caminadores o sillas de ruedas en mal estado de funcionamiento, o el desgaste que se presenta en los mismos especialmente en lo que se refiere a los protectores de goma que lleva en el extremo distal, factores éstos que se deben eliminar como medida preventiva de caídas.

En los factores intrínsecos, cabe mencionar en primer lugar, los cambios normales del envejecimiento, como los déficits visuales (lentificación en la adaptación a la oscuridad, en la acomodación, en la visión periférica y dificultad para visión nocturna), trastornos auditivos tipo hipoacusia, así como también alteraciones motoras y sensoriales siendo frecuente la debilidad en los miembros inferiores, problema en la marcha y en el balance, así como también, otras manifestaciones que pueden desencadenarse a largo plazo como la presencia de epilepsia, arritmias cardíacas, hipotensión ortostática, síndrome de seno carotídeo, neuropatía periférica, espondilitis cervical, diabetes, demencias, miopatías, enfermedad cerebrovascular, y

enfermedad de Parkinson, enfermedades de pies como callosidades, deformidad de tobillo y hallus valgus (Forciea et al., 1999).

En resumen, existen factores intrínsecos y extrínsecos generadores de caídas en los adultos mayores, los cuales se resumen en la figura 1 que aparece a continuación:

Figura 1
Posibles factores intrínsecos y extrínsecos que contribuyen a desencadenar caídas en el adulto mayor



A lo anterior, se suman cierto tipo de medicamentos de uso muy frecuente en los adultos mayores que predisponen a las caídas, como es el caso de los sedantes, los hipnóticos, los barbitúricos, los hipotensores, los diuréticos, las benzodiazepinas, por mencionar los más comunes y otro aspecto que no puede escapar a la valoración del adulto mayor es el estado mental que permita determinar condiciones cognitivas del, desde lo más elemental como es su ubicación temporoespacial, memoria anterograda como retrograda.

No menos importante en el tema de las caídas es hacer referencia a la estabilidad de la persona, sabiendo que depende de factores tales como: estado mental o cognoscitivo, sistema músculo esquelético, sistema nervioso central, sistema cardiovascular respiratorio e inmunológico. Valorar la marcha y equilibrio de la persona y los problemas de miembros inferiores tales como deformidades en pies, tobillos y rodillas, presencia de callosidades y deformidad de uñas que producen dolor y limitación para la marcha, complementan la valoración paciente (Gerokomos, 2002).

En la práctica, se observa que una consecuencia muy común de las caídas son las fracturas, siendo las de cadera, pelvis, fémur, humero y muñeca las más comunes. El dolor se presenta como la manifestación más evidente, sin embargo es igualmente importante señalar la pérdida de funcionalidad que estas generan en el adulto mayor.

Por lo anterior, es importante realizar una valoración sistemática para identificar las causas que originan la caída en sí, lo que quiere decir que el profesional de la salud deberá ser muy cuidadoso en explorar posibles factores de riesgo, buscar una descripción lo más aproximada de la caída, que lleve a establecer ¿Qué estaba haciendo la persona en el momento en que ocurrió la caída? ¿experimentó alguna molestia tipo mareo, dificultad para ver, dolor retroesternal o palpitaciones? ¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse después de la caída? También, preguntar si el adulto mayor una vez que sufrió la caída, requirió o no ayuda para incorporarse. Se sabe que el pronóstico es peor para aquellos adultos mayores incapaces de levantarse sin ayuda (Márques-Arango, 2000).

Otro aspecto que debe ser considerado es la capacidad para relatar el episodio, si hubo alteración de conciencia, si se evidencia algún tipo de lesión (contusiones, laceraciones, fracturas) y además, características del entorno que rodeó la caída (calzado, iluminación, presencia de pasamanos o barandas, tapetes, estado de las escaleras, descartar si estaba en curso algún episodio agudo de enfermedad, si recientemente o en los últimos 6 meses se registro alguna caída, en caso afirmativo precisar características del episodio).

El profesional de la salud hoy dispone de escalas de valoración que le han de permitir establecer la condición de salud del adulto mayor que padece algún síndrome geriátrico. Para determinar el balance y la marcha, la escala de Tinetti (Mendoza, 2004), resulta de gran utilidad, toda vez que establece componentes a valorar y señala el comportamiento normal, así como también, las características que identifican lo anormal. Una correcta valoración, es básica para establecer el plan de tratamiento orientado a reducir o eliminar factores modificables, así como también, a implementar bajo supervisión un programa que favorezca la recuperación de la fuerza muscular, marcha y equilibrio o balance que contribuyan a recuperar o mantener la funcionalidad, la autonomía e independencia.

El tratamiento de un adulto mayor que ha sufrido una caída dependerá de la(s) causa(s) que la (s) hayan desencadenado y las consecuen-

cias que genere, lo que significa que se dará prioridad a las caídas de mayor magnitud (fracturas, hemorragias). Otras medidas que se deben adoptar incluyen verificar que los anteojos tengan las especificaciones que correspondan así como también descartar que no exista tapón de cerumen en el conducto auditivo y por tanto el adulto mayor es capaz de identificar de algún sonido que le advierta el peligro de la caída.

La experiencia ha demostrado que en algunos casos se hace necesario desarrollar un programa de rehabilitación que corrija trastornos de marcha y equilibrio. Lo anterior, debe ir acompañado de medidas de protección del ambiente tales como: utilización de pasamanos en pasillos y escaleras, barras de apoyo en sanitario y ducha, uso de zapatos de suela antideslizante, garantizar una buena iluminación en aquellos espacios de la vivienda donde el adulto mayor transita con más frecuencia, dotar con luz de seguridad la habitación del adulto mayor, teniendo en cuenta que es frecuente que él presenta episodios de nicturia que en ocasiones lo lleva a levantarse al baño, así mismo, mantener un ambiente libre de objetos en el piso. Estas medidas buscan dar seguridad al adulto mayor y reducir el miedo que produce el hecho de haber sufrido una caída, sentimiento que generalmente va acompañado de aislamiento, desesperanza, ansiedad y pérdida de funcionalidad, lo que comúnmente se conoce con el nombre de síndrome poscaída, sabiendo que es mayor la posibilidad de volver a presentar una caída en el mismo año.

En el tratamiento en lo posible se debe involucrar en primer lugar al adulto mayor, así como también al cuidador y de alguna manera es llamar la atención del personal de enfermería para estar vigilante a prevenir el síndrome de caídas en el adulto mayor, toda vez que es susceptible de minimizar su incidencia, si se adoptan oportunamente medidas como las que se han mencionado en este aparte (Rodríguez et al, 1999).

Preguntas a resolver

1. ¿Conoce usted con qué frecuencia se presenta en los adultos mayores el síndrome de caídas?
2. A partir de su experiencia, ¿cuáles son los principales factores de riesgo de caídas?
3. Como profesional de salud, ¿qué estrategias ha implementado para minimizar el riesgo de caídas en los adultos mayores, o cuáles considera necesarias implementar con este mismo propósito?

Síndrome de inmovilidad

¿Pasa el adulto mayor la mayor parte del día sentado o acostado?

Este interrogante permite ahondar en un tema muy asociado a las caídas como es el síndrome de inmovilidad o inmovilización o también llamado dismovilidad, el cual ha sido definido como «el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras» (Dinamarca, 2003).

Se reconoce en este caso que existe un deterioro de la capacidad de desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) (Rodríguez, 1999), no obstante es preciso advertir que no sólo el deterioro es motor, sino que además existe compromiso en las esferas biológica, psíquica, social, funcional y espiritual, lo que a la postre afecta la capacidad del paciente para moverse. Sin embargo, autores como Jose Luis Dinamarca afirma que la inmovilidad solo existe cuando la persona muere porque una persona encamada aun estando en el final de la vida, tiene la capacidad de ser trasladado, además de la movilidad autónoma, pasiva o vegetativa. Un ejemplo de ello es la movilidad cardiorrespiratoria, la ocular y la digestiva. Por esta razón, este geriatra chileno, sugiere sustituir el termino inmovilidad por dismovilidad, la cual sencillamente hace referencia a «movilidad dificultosa» definida como «la molestia, dificultad o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo o trasladarse, suele ser secundaria a situaciones patológicas diversas, de origen biológico, psíquico, social, o espiritual que afecta la calidad de vida o que tiene riesgo de progresión».

Es preciso identificar las causas que pueden desencadenar dismovilidad.

Al hablar de factores desencadenantes o de causas que provocan la inmovilidad, aparece una lista muy extensa y empezaría por señalar enfermedades de tipo neurológico como la enfermedad de Parkinson, cuya incidencia resulta frecuente en la población de adultos mayores, así como también, la enfermedad vascular cerebral, las enfermedades cardiopulmonares tipo insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo estas enfermedades de alta prevalencia en la población de adultos mayores, ya que se convierten en primeras causas de morbimortalidad. No menos importantes son las enfermedades músculo esquelético como la osteoporosis y la enfermedad de Piaget, trastornos sensoriales como cataratas y los déficits visuales y auditivos. En la lista se suman los trastornos endocrinos como la diabetes tipo II, las alteraciones en equilibrio y marcha, los problemas podológicos y la incontinencia urinaria y fecal.

Es preciso mencionar que cuando sobreviene una fase aguda de cualquiera de estos padecimientos se agregan factores precipitantes de dismovilidad para el adulto mayor (López, 1998), no obstante, hoy por hoy, se recomienda manejar con cautela el «reposo en cama» y más bien se prefiere movilizar al paciente en cama o lo que es mejor iniciar deambulaci3n temprana asistida. En la pr3ctica, queda demostrado que este s3ndrome de dismovilidad en muchos casos acarrea en el adulto mayor problemas cardiorrespiratorios, digestivos, sensoriales y de piel y cuando 3ste se prolonga puede comprometer funciones cognitivas y con ello soslayar la calidad de vida de la persona afectada. A lo anterior, se a3ade el tratamiento farmacol3gico y su contribuci3n a generar el s3ndrome de inmovilidad especialmente cuando se administran hipn3ticos, sedantes y diur3ticos, entre otros (L3pez, 2007).

¿Por qu3 evitar la dismovilidad en el adulto mayor?

Sencillamente porque las consecuencias que de ella se derivan, ponen muchas veces en riesgo la vida del adulto mayor, por lo cual los profesionales de la salud al igual que el cuidador deben evitar o por lo menos reducir su incidencia.

Entonces, empezaría por decir que este s3ndrome puede desencadenar en el adulto mayor cambios en el estado psico-afectivo que se traduce en miedo, ansiedad, inseguridad, cambios de humor y puede llegar hasta la depresi3n.

A nivel del sistema cardiovascular, quiz3s lo que se observa con mayor frecuencia es la hipotensi3n ortost3tica, que aumenta el riesgo de presentar trombosis venosa profunda y con ello lo hace susceptible al trombo embolia pulmonar. Esto resulta f3cil de entender porque ocurren en la persona cambios hemodinámicas y desacondicionamiento cardiovascular.

El sistema pulmonar va a ver acentuados la calcificaci3n de las articulaciones condrocostales. Hay disminuci3n de la fuerza muscular, lo que hace que la respiraci3n se haga a expensas de los m3sculos abdominales, disminuye la PaO₂ (presi3n de ox3geno en sangre arterial) y la PaCo₂ (presi3n de di3xido de carbono en sangre arterial) y aumenta el pH, merma el movimiento mucociliar y el reflejo tus3geno y con ello predispone al desarrollo de atelectasias y neumon3as, situaci3n 3sta que en muchos casos pone en riesgo la vida del adulto mayor.

La pérdida de fuerza muscular calculada en un 5% por día es más severa en miembros inferiores. Así mismo, hay atrofia muscular como las principales consecuencias a nivel del sistema muscular. La contractura de las articulaciones a consecuencia de cambios en la estructura y peri articular se muestran como consecuencias frecuentes de la dismovilidad que afectan esta estructura del cuerpo del adulto mayor.

Igualmente, importantes resultan las alteraciones en piel tipo úlceras por presión, como consecuencia de la dismovilidad, en donde es fácil entender que hay factores fisiopatológicos como presión, fuerzas tangenciales, fricción y maceración que terminan por producir necrosis tisular en tejidos blandos, cuya mayor complicación puede derivarse en infecciones por bacteriemia.

¿Cuales son las medidas preventivas que deben impulsarse?

La primera medida preventiva siempre y cuando resulte viable, es corregir la causa que llevó al adulto mayor a la dismovilidad.

Ahora veamos que aun cuando ya se ha dicho que está revaluada aquella medida de reposo en cama, no se descarta que hay circunstancias que demandan esta práctica, como es el caso de adultos mayores afectados por la enfermedad coronaria (fase aguda), por ejemplo, en la que su recuperación exige reposo. Sin embargo, ello no implica que aun estando en esa circunstancia se inicie movilidad temprana en cama, mediante ejercicios pasivos que comprometan tanto extremidades superiores como inferiores, ello para preservar fuerza y tono muscular y movilidad articular. Cuando las condiciones lo permitan, el adulto mayor deberá practicar ejercicios activos, recordando privilegiar los isotónicos, con alguna resistencia manual y contracciones isométricas de los músculos abdominales, de los cuádriceps y de los glúteos particularmente.

Los cuidados especiales de la piel incluyen cambios de posición (recomendable cada 2 horas) e hidratar la piel con soluciones que humecten (tipo cremas), evitando el uso de aceite mineral y dando especial protección a las prominencias óseas (homoplato, cóndilos, región sacrocóxigea, codos, región maleolar), éste se convierte en un cuidado cardinal de enfermería y evitará la formación de úlceras por presión.

Otro cuidado de enfermería recomendado para ciertos pacientes, es el drenaje postural, para posibilitar la movilización de secreciones y con ello minimizar el riesgo de procesos como la neumonía y las

atelectasias, llegado el caso se le debe estimular la práctica de ejercicios con el uso de incentivos respiratorios, así como enseñarle a toser para que ésta sea productiva.

La alimentación, se convierte en una recomendación básica para estos pacientes y para ello se deben tomar en cuenta algunas consideraciones que incluyen, además de una dieta balanceada con buen aporte de proteínas y calorías, que contrarreste el proceso de desgaste que experimentan muchos de estos pacientes, la presentación de los alimentos, el contraste de los colores de los mismos para oponerse a la hiporexia e hipodipsia que experimentan. No menos importante, es la inclusión de alimentos ricos en fibra no hidrosoluble como: cereales, legumbres y hortalizas, para reducir el estreñimiento y la impactación fecal tan frecuentes en estas personas.

De igual forma, es necesario prevenir mediante una óptima hidratación, la formación de cálculos renales que son el resultado de la hipercalciuria que experimentan los adultos mayores, lo cual exige un correcto manejo de la incontinencia urinaria, que será estudiada más adelante.

La dismovilidad predispone a estasis venosa, por lo cual se recomienda el uso de medias de soporte y la práctica de ejercicios de dorsiflexión plantar cada 2 horas. Si ya resulta inevitable la dismovilidad, es preciso recordar que se deben agotar medidas que garanticen el confort y la comodidad del adulto mayor, lo que significa la práctica de cuidados higiénicos, así como también, proporcionar aquellos dispositivos como prótesis dental, anteojos y audífonos. Algo que es muy importante, es facilitar procesos de orientación temporo espacial, mediante el empleo de calendarios elaborados con números grandes y usando en su elaboración colores cálidos como el rojo y el naranja, otro recurso que contribuye a la orientación en tiempo es el reloj, el cual debe ser fijado en un sitio donde el anciano pueda visualizarlo fácilmente. Otras medidas incluyen los pasatiempos que recreen al paciente como serían la labor terapia, escuchar radio, ver televisión, los juegos de mesa (crucigramas, sopa de letras, ejercicios de observación, ajedrez, parques, rummi -qui, etc.), la lectura de periódicos, revistas, y en lo posible mantener una comunicación fluida y permanente que estimule procesos cognitivos superiores tales como memoria, atención, concentración, análisis y juicio. Todo esto, se hará teniendo en cuenta los hábitos, costumbres, intereses, expectativas del paciente y los recursos disponibles.

En ello se deben involucrar además de los profesionales de salud, familiares y amigos o en su defecto se debe promover a nivel de comunidad la creación de redes de apoyo que participen en procesos de acompañamiento a los adultos mayores cuando estos pierden la funcionalidad a fin de reducir el aislamiento (Klainberg, 2000).

Preguntas a resolver

1. ¿Cuáles son las situaciones más frecuentes que llevan a la inmovilidad de un adulto mayor?
2. ¿Qué cuidados o intervenciones de enfermería contribuyen a reducir complicaciones derivadas de la inmovilidad del adulto mayor?

Incontinencia urinaria. Una causa importante de incapacidad y dependencia.

La primera consideración que presento al lector es que la incontinencia urinaria debe ser catalogada como un síntoma de un problema subyacente y no como una condición del proceso normal de envejecimiento, sin olvidar que para conservar la continencia se requiere un aparato urinario íntegro, un mecanismo esfinteriano competente (inervación adecuada y un reflejo coordinado), una función intelectual y física conservada y un entorno que haga posible la eliminación. Cuando alguna o algunas de estas condiciones se alteran, el adulto mayor pierde la capacidad del control voluntario de la excreción, siendo este un problema prevalente en las mujeres y muchas veces no identificado tempranamente por el personal de salud, bien por que no existe confianza para revelar su problema, o por pena el adulto mayor opta por hacer un manejo muchas veces equivocado, entonces la forma de enfrentarla es un tanto empírica, sin medir las consecuencias de orden psico-afectivo, físico, social y económico que trae esta alteración.

Adicional a esto, es necesario desdibujar el mito que asocia la incontinencia urinaria como una condición de haber llegado a la vejez, por tanto, no siempre el adulto mayor le da importancia para buscar ayuda y afrontar un tratamiento que haga controlable el problema, consideración ésta que no puede ignorar el profesional de la salud.

A lo anterior, se suman algunos cambios normales en el tracto urinario, como es el leve descenso de la capacidad vesical, el aumento en las contracciones vesicales involuntarias y una menor capacidad para retardar la evacuación, en el caso de las mujeres la caída estrogénica

post-menopausia las hace más susceptibles a la vaginitis atrófica y a la uretritis (González Aragón, 1994).

La etiología de la incontinencia urinaria puede ser de origen neurológico, urológico, psicológico, iatrogénico, ambiental, funcional o psicológico y puede ser un evento agudo o crónico. En cualquier caso urge la necesidad de establecer la etiología para afectarla, de tal manera que se considere un problema susceptible de controlar.

Se habla de la incontinencia aguda o transitoria e incontinencia permanente o la incontinencia crónica. Esta puede ser: por rebosamiento, de urgencia, de esfuerzo o funcional.

Cuando se habla de incontinencia por rebosamiento, se alude a la incapacidad de la vejiga para vaciarse de manera eficaz, lo que lleva a una sobredistensión de este órgano, con la consecuente pérdida de orina de manera frecuente o constante, generalmente el adulto mayor es incapaz de percibir que la vejiga está llena.

En tanto que se denomina incontinencia de urgencia a la salida brusca de orina a consecuencia de contracciones vesicales involuntarias, a pesar de experimentar el fuerte deseo de miccionar, es decir, es incapaz para contener la orina. Otro evento muy frecuente está relacionado con un aumento en la presión intraabdominal, como consecuencia de esfuerzos tales como toser, reírse, levantar un objeto, saltar o inclinarse y es la llamada incontinencia de esfuerzo, tan común en las mujeres y particularmente en las grandes múltiparas quienes presentan debilitamiento de los músculos del piso pélvico.

La incontinencia urinaria funcional, puede tener múltiples factores desencadenantes entre los que se encuentran la inmovilidad, el deterioro cognitivo, la presencia de barreras ambientales y trastornos como la depresión y el trastorno bipolar. Lo anterior, debe ser conocido por parte del profesional de la salud o el cuidador del adulto mayor, con el fin de tomar medidas que hagan controlable esta situación que por lo general suscitan sentimientos de baja autoestima y autoconcepto en quien la padece y que en ocasiones conlleva al aislamiento de la persona (López, 1998).

La valoración del adulto mayor, incluye indagar hábitos urinarios en términos de frecuencia, características de la micción, (color, cantidad, aspecto, olor) circunstancias del ambiente que lo rodea, todo esto con el fin de precisar condición de continencia urinaria o su alteración, analizar la cantidad de líquidos que a diario ingiere el adulto mayor y no menos importante, es precisar el estado cognitivo y movilidad de la persona y

las condiciones ambientales determinantes del patrón de eliminación, como es el caso de la no presencia de barreras arquitectónicas, el fácil y oportuno acceso a los servicios sanitarios, así como también, tener presente las enfermedades que padece el adulto mayor y los tratamientos que está recibiendo, especialmente teniendo en cuenta, la administración de sedantes, hipnóticos, anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, antidepresivos, neurolépticos, diuréticos, analgésicos tipo narcóticos, que pueden afectar la continencia urinaria.

Para llegar a una precisión en el diagnóstico, no se descartan pruebas y exámenes específicos como análisis y cultivo de orina y en casos mas complejos el medico optará por estudios urodinámicos u otros mas especializados.

Corresponde al profesional de la salud interactuar con el adulto mayor que padece este síndrome, para que él reconozca que tiene un problema y necesita ayuda sabiendo que es susceptible de ser controlado y además con posibilidad de minimizar problemas mayores derivados de la incontinencia urinaria, tal es el caso de las infecciones urinarias a repetición, quemaduras en zona perineal y no menos importante es escuchar las consecuencias que acarrea en la esfera emocional este problema y que afecta la autoestima, el autoconcepto, lo que lleva al adulto mayor a aislarse y en muchos casos, precipita su institucionalización en una unidad de larga estancia, a veces en contra de su propia voluntad.

¿Cómo enseñar a enfrentar y controlar la incontinencia urinaria?

Mediante la educación es necesario explicarle al adulto mayor, que la incontinencia urinaria no es una condición de haber alcanzado la vejez y por tanto, que se trata de una alteración que necesita tratamiento y es susceptible de controlar. Existen varias medidas, entre las cuáles merecen especial atención: la higiene de los genitales (en el caso de las mujeres, la limpieza debe hacerse de la región genital anterior a la posterior), práctica que debe estar presente siempre que haya un episodio de incontinencia urinaria, así como el cambio de ropa interior y del dispositivo que utilice el adulto mayor (protector, toalla higiénica o pañal).

Otras medidas que deben ser del dominio del adulto mayor y de su cuidador es la micción programada. Esto quiere decir que más o menos cada 2 o 3 horas se le estimula a eliminar y hacer pausas durante cada eliminación hasta cuando se tiene la sensación de haber vaciado

totalmente la vejiga. Se debe explicar al adulto mayor que cuando considera que ya ha vaciado completamente la vejiga, haga presión a nivel del piso pélvico para provocar la eliminación de la orina residual y de esta manera, reducir el riesgo de infección urinaria.

Finalmente, es necesario fortalecer la musculatura del piso pélvico (ejercicios de Kegel), cuya práctica consiste en contraer y relajar los músculos paravaginales, maniobra que se puede practicar estando el adulto mayor en posición sedente o en cualquier otra posición. Estos ejercicios son eficaces si se practican correctamente y en forma rutinaria, se sugiere un promedio de 100 veces al día. Adicionalmente, es aconsejable programar la ingesta de líquidos, siendo mayor en la mañana y en la primera parte de la tarde y reducirlos al final del día, para facilitar la evacuación de la vejiga antes de conciliar el sueño y de esta manera reducir los episodios de orina nocturna. Acidificar la orina contribuye a reducir riesgo de infección y se convierte en otro cuidado básico en este caso.

Cuando se tiene la posibilidad de hacer intervención en el hogar del adulto mayor, es preciso verificar condiciones del ambiente como ubicación de la habitación vs. localización del sanitario y establecer su acceso, altura del inodoro, entre otros, y en caso de encontrar que éste no cumple el requerimiento, buscar con el adulto mayor y el familiar la manera de convertirlo en un espacio accesible que minimice el riesgo de incontinencia urinaria funcional.

Lo que el profesional de la salud debe tener siempre presente es la promoción de la continencia urinaria, sabiendo que esta es una reacción aprendida ante un mecanismo fisiológico.

Preguntas a resolver

1. ¿Qué cuidados se deben recomendar al adulto mayor para evitar complicaciones derivadas de la incontinencia urinaria?
2. ¿Qué precauciones debe tener en cuenta el adulto mayor o el cuidador para evitar la incontinencia urinaria funcional?
3. ¿Qué medidas prioritarias se deben enseñar al adulto mayor para reducir complicaciones derivadas de la incontinencia urinaria?
4. ¿Cuáles son los factores predisponentes para la incontinencia funcional en un adulto mayor?

El síndrome de falla cerebral. Una alteración global de las funciones mentales superiores

Hablar de falla cerebral, es precisar que este síndrome puede ser agudo o crónico. El primer caso, hace alusión al delirio y cuando se habla del padecimiento crónico necesariamente se está haciendo referencia a la demencia. Como tal, este síndrome se define como una serie de problemas físicos, cognoscitivos y de comportamiento que afectan las funciones mentales superiores, como lenguaje, juicio, memoria, orientación, cálculo, abstracción, habilidades viso espaciales y psicomotoras. En síntesis, es una alteración global de las funciones mentales superiores (Babb, 1998).

El delirium por su parte, es un problema frecuente en los adultos mayores y se convierte en una manifestación inespecífica de enfermedad que refleja desequilibrio homeostático y baja reserva cerebral, por tanto, demanda un manejo urgente que ha de empezar por identificar el factor desencadenante, mantener la hidratación, la función respiratoria y nutricional de quien lo padece, así cómo establecer un ambiente terapéutico que incluye buena iluminación, comodidad y elementos que orienten al adulto mayor, entonces en su entorno se colocarán en sitios visibles calendarios y relojes.

No deja de ser inusual el tratamiento farmacológico como una forma de controlar las manifestaciones, de tal manera que el adulto recupere las funciones superiores afectadas. En esta iniciativa, la familia y el cuidador deben recibir una oportuna información sobre el síndrome de falla cerebral con el fin de saber cómo interactuar con la persona afectada, tener claridad que la tendencia no es a impregnar al paciente con medicamentos, y lo que el médico opta es por valerse de tratamientos efectivos para revertir el cuadro y con ello posibilitar que el adulto mayor recupere la autonomía y la funcionalidad.

Con cierta frecuencia, algunos adultos mayores presentan un período prodrómico antes del evento agudo de falla cerebral (usualmente 2-3 días) que se traduce en alteraciones de comportamiento, desorientación, abatimiento funcional y trastornos del sueño, tales como insomnio, apnea del sueño y reducción drástica en el tiempo de sueño, manifestaciones que el personal de salud interpretará como una alerta, por tanto deberá monitorear al adulto mayor y darle la atención que corresponda, recomendación que es igualmente válida para el cuidador (Gómez et al., 1995).

El profesional de salud, hoy en día, dispone de escalas de valoración del estado mental, donde evalúa lenguaje, estado de ánimo

y estado cognitivo que permiten establecer el tipo de delirium que presenta el adulto mayor, que puede ser hipoactivo, hiperactivo o mixto. En cualquier caso, la persona exige atención inmediata, con el fin de evitar que se desencadenen problemas mayores que comprometan la salud e integridad del adulto mayor.

Algunas medidas preventivas están encaminadas a:

- Orientar al adulto mayor cuando éste ingresa a una institución hospitalaria, ya que muchos de ellos se enfrentan a una experiencia nueva que rompe en ocasiones con sus hábitos y costumbres, se les separa de las personas que le son significativas, están sometidos en forma repetitiva a exámenes diagnósticos, chequeos, interrogatorios, no siempre reciben por parte del personal socio sanitario la atención específica cómo corresponde, por tanto este entorno se convierte en un factor de riesgo importante para desencadenar falla cerebral aguda (delirium). Una manera de minimizar este riesgo es brindando una clara orientación al adulto mayor cuando ingresa a la institución, así como también, explicarle el proceso de enfermedad que está viviendo, tratamiento que va a recibir y la forma en que él debe participar en su recuperación; igualmente importante es usar todas aquellas estrategias que le permitan la orientación en las tres esferas: persona, tiempo y espacio.
- Otra medida preventiva corresponde al manejo de procesos infecciosos que afectan al adulto mayor, como es el caso de la neumonía, la infección urinaria, la otitis, que pueden convertirse en factor desencadenante de un cuadro de delirium. Asimismo, evitar las caídas que de por sí generan confusión, miedo y temor, además que muchas de ellas, especialmente, la de cadera, obliga a la hospitalización o a su institucionalización.

El deterioro de la memoria, por sí mismo, no es suficiente para diagnosticar falla cerebral crónica o demencia.

La demencia suele presentarse de manera gradual y progresiva, sin descartar que algunas veces le antecede un episodio agudo de enfermedad física, emocional o social. Entonces, diríamos que la demencia es el deterioro múltiple de las funciones cognitivas. En ausencia de alteraciones de la conciencia, cuyas principales manifestaciones incluyen: disminución de la memoria, deterioro en el pensamiento, el juicio y la resolución de problemas, existe deterioro

en los procesos de comunicación y es catalogada como irreversible.

Los deterioros de memoria, no pueden ser atribuidos solo a la edad, casi diría que aun cuando no hay un límite muy marcado entre lo normal y lo patológico, sí es preciso establecer la diferencia, lo cual exige una minuciosa valoración del adulto mayor, en donde no sólo la anamnesis cobra vital importancia, sino también los exámenes paraclínicos y desde luego el empleo de escalas de valoración que muestren confiabilidad en su interpretación. Inicialmente conversar con el adulto mayor puede dar indicios del trastorno cognitivo, no obstante, si las manifestaciones son incipientes va a requerir valoración neuropsicológica, y mental partiendo de la aplicación de escalas como la de Folstein o minimental.

Lo anterior, exige un personal socio sanitario entrenado y cualificado en el campo de la gerontología y la geriatría, lo que le ha de permitir identificar señales tempranas de demencia como es el caso de cambios de comportamiento y de ánimo, cambios en la personalidad, problemas de lenguaje, dificultades en el desempeño de tareas familiares, disminución en la memoria reciente, desorientación en tiempo y lugar, capacidad del juicio disminuida, problemas en el pensamiento abstracto, tener iniciativa se hace cada vez mas inusual y con frecuencia sufre olvidos momentáneos que le impiden recordar donde tiene ciertos objetos como las gafas, las llaves, la billetera, etc. (Trujillo et al., 2008). Para contrarrestar esta situación se ha de recomendar tanto al adulto como al cuidador mantener esos objetos de uso frecuente siempre en el mismo sitio de tal manera que pueda ubicarlos fácilmente, recomendación que debe ser trasladada al familiar más cercano o al cuidador porque tanto uno como el otro están involucrados en la atención y el cuidado del adulto mayor.

Ejemplarizando algunas de esta manifestaciones encontramos llamados que el adulto mayor formula cuando de manera repetitiva hace la misma pregunta, o tiene olvidos como no apagar la estufa, no poner llave en la puerta de entrada del domicilio, no usar correctamente cada una de las prendas, se pierde o desubica en aquellos sitios que le son familiares (su casa, la iglesia, el supermercado), así como también tiene dificultad en el manejo del dinero aun en operaciones sencillas cuando va de compras (artículos muy puntuales: pan, leche, arroz, azúcar, alguna fruta o legumbre).

Otra manifestación usual en estas personas afectadas por procesos demenciales, es pasar de estados de ánimo de euforia, a la nostalgia y al llanto, sin encontrar cuál es el factor que provoca esta reacción.

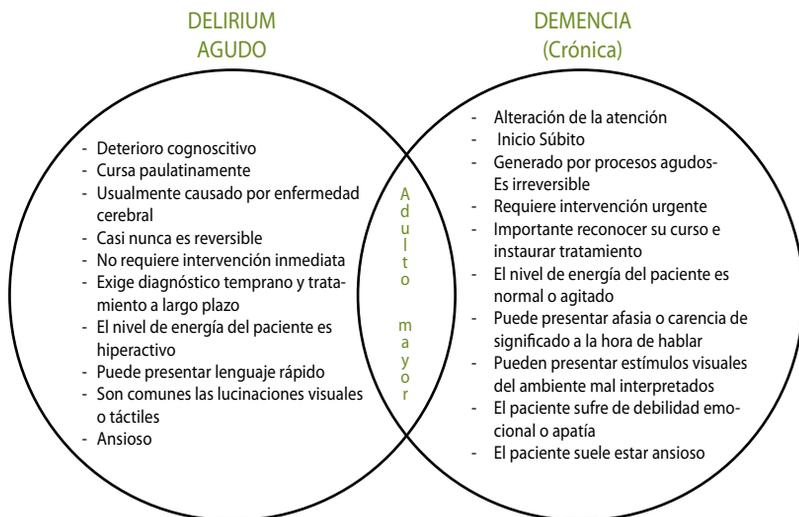
No menos frecuente, son aquellos adultos mayores que ven frenada la toma de iniciativas y decisiones, diríamos que casi necesitan un guía que les esté orientando lo que hacen o dejan de hacer.

Lo anterior, debe ser producto no de una respuesta u observación única, ni aislada, sino mas bien, deben ser objeto de seguimiento y monitoreo que permita por parte del médico llegar a un diagnóstico definitivo, y por tanto, implementar el tratamiento individualizado que corresponda.

Para mayor comprensión del lector, a continuación aparece en la figura 2 el paralelo entre delirium como proceso crónico de falla cerebral y demencia como evento agudo de este síndrome geriátrico.

Si bien es cierto, el delirium agudo y la demencia crónica en algunas de sus manifestaciones tienen similitud. Sin embargo, la clínica de estas alteraciones muestra diferencias significativas que deben ser plenamente identificadas por el profesional de salud con el fin de hacer intervenciones oportunas que contribuyan a minimizar daños en el adulto mayor que las padece (Staab y Hodges, 2008).

Figura 2
Características del síndrome de falla cerebral



¿Cuáles serían las recomendaciones para el cuidado del adulto mayor afectado por procesos cognitivos?

Lo primero en lo que hay que insistir es en trabajar desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que quiere decir que se deben estimular medidas tales como: buscar que el adulto mayor encuentre actividades y respuestas que le satisfagan, acordes a sus intereses, necesidades y expectativas. No se debe desconocer que el mundo contemporáneo cada vez, nos muestra adultos mayores viviendo situación de soledad y con carencias afectivas, lo que significa que se debe comprometer aún más a la familia en la atención de estas personas y en el buen trato que ellas reciban.

Hoy en día, desde los gobiernos, la sociedad civil, la iglesia y la comunidad, aparecen nuevas opciones para propiciar la creación de redes sociales, asociaciones y grupos de adultos mayores con fines específicos. Estas iniciativas cobran vida, si cuentan con la participación de sus protagonistas, se hace una amplia divulgación de las mismas y con ello se amplía la cobertura y se garantiza la continuidad en estas iniciativas. En esta tarea debe estar presente el personal socio sanitario, acompañando estos procesos, explorando, investigando y generando nuevas propuestas.

Adicionalmente, se deben hacer recomendaciones en el sentido de estimular a diario la memoria, teniendo presente que para recordar algo, hay que prestar atención, realizar repeticiones y fraccionamiento de la información, para que ésta se almacene mejor y así evitar la fatiga de la memoria y con ello el deterioro cognitivo que experimenta el adulto mayor. Algunas estrategias de estimulación de la memoria incluye: leer, tomar parte en juegos de mesa, escuchar radio, ver televisión, hablar por teléfono, conversar con otras personas. Ejercitar la memoria es garantizar los procesos de almacenamiento, fijación y retención de la información (Luna, 1998), para ello, el adulto mayor puede retener números de teléfonos de familiares y amigos, fecha de cumpleaños y de acontecimientos significativos, hojear fotos y hacer el relato de las imágenes y personajes que aparecen allí registrados.

Otra idea es recordar sitios visitados o vestuario que lució en ocasiones especiales recientes. Tener en su domicilio objetos como calendarios y reloj que les permita ubicarse en el tiempo, evitar que se mantengan o pasen un tiempo prologado solos o encerrados.

Igualmente importante, es estimular la práctica de nuevos aprendizajes, desafiando el refrán que dice: «loro viejo, no aprende

a hablar,» teniendo en cuenta que si existe motivación, aptitud y disposición, él alcanzará aprendizajes significativos. Últimamente, vemos como adultos mayores se enfrentan al aprendizaje de nuevas tecnologías, como es el caso de la informática y la tecnología celular, movidos por intereses muy particulares que los anima a explorar lo novedoso y práctico que facilite procesos de comunicación en su cotidianidad. Este requerimiento ha sido interpretado en algunos casos por los programas de Centro Día que se ofrece en diferentes países latinoamericanos que incentivan el aprendizaje a partir de cursos de computación para los adultos mayores.

Ejercicio de aplicación

El señor L.A.L. está hospitalizado desde hace 4 días en el Hospital Universitario de San Juan de Dios, a consecuencia de un cuadro de neumonía. Como parte de su tratamiento le realizan tres sesiones diarias de micronebulizaciones con salbutamol. Siendo las 18:40 horas se inicia la última sesión y súbitamente el paciente presenta un cuadro de tromboembolismo pulmonar caracterizado por taquicardia, disnea, hipertermia, diaforesis y cianosis.

Su hija, quien lo acompaña en ese momento en la habitación, dice a la enfermera: «El estaba aparentemente bien y de un momento a otro se puso morado y se retiró la mascarilla y empezó a lanzar frases incoherentes, se levantó súbitamente de la cama y repetía insistentemente: sáquenme de aquí, ¿dónde está mi ropa? Yo me quiero ir, me están robando... Hay muchas moscas en la casa». Ella dice, «yo lo tomé del brazo e intenté calmarlo, noté que su cuerpo estaba sudoroso y muy caliente, además lo percibí ansioso y con dificultad para respirar...

Entonces, me pegué al timbre para pedir ayuda, sabía que algo grave le pasaba a mi padre y le dije a la enfermera: por favor, necesito ayuda, él se ha puesto muy mal y fue al poco tiempo de empezar ese tratamiento (la micronebulización)».

Preguntas a resolver

Con base en la situación anteriormente descrita, el lector debe responder las siguientes preguntas:

1. Determinar ¿qué aspectos básicos se valoran en el adulto mayor afectado por falla cerebral?

2. ¿Cuáles son los cuidados prioritarios que debe recibir el adulto mayor a quien se le diagnostica falla cerebral aguda o delirium?
3. ¿Cuáles son las señales de alarma para el diagnóstico de demencia?

Referencias bibliográficas

- Babb P. (1998). Manual de Enfermería Gerontológico. Mc Graw Hill Interamericana. México.
- Bernard I. (2003). En: González Montalvo JI, Alarcón T. Revisiones y Actualizaciones: Geriatria. Grandes Síndromes Geriátricos. Concepto y Prevención de los más importantes. [Online]. Junio 2003. 8(108)5778-5785.
- Dinamarca JL. (2003). Reconceptualización del Síndrome de Inmovilidad. [Online]. [citado 3 Junio 2007]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Reconceptualizacion_Síndrome_Inmovilidad.pdf >.
- Dinamarca JL. (2004). De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría. Chile.
- Forcica MA, Lavizzo-Mourey R. (1999). Secretos de la Geriatria. Mc Graw Hill Interamericana. México D.F.
- Gerokomos. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 13(2)82-83.
- Gómez JF, Curcio CL, Gómez DE. (1995). Evaluación de la salud de los adultos mayores. Manizales, Colombia.
- González J. (1994). Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. Tercera edición. Costa - AMIC. Editores, S.A. México.
- Márquez J. (2000). La geriatría en la consulta diaria. Tercer Mundo Editores. Bogotá (Colombia).
- Kane R, Ouslander J, Abrass I. (2000). Geriatria Clínica. Cuarta edición. McGraw Hill Interamericana. México.
- Klainberg MB et al. (2000). Enfermería comunitaria: una alianza para la salud. Mc Graw Hill Interamericana. Bogotá, Colombia.
- Londoño F. (2006). Relatos sobre la vejez. Editorial CODICE. Bogotá, Colombia.
- López JH. (1998). Fisiología del Envejecimiento. Primera edición. ImpreAndes Presencia S. A. Bogotá.
- López JH. et al. (2007). Fundamentos de Medicina Geriatria. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia.
- López JH. (2010). Semiología geriátrica. Edit Celsus. Bogotá, Colombia.

- Luna L. (1998). El anciano de hoy. Nuestra prioridad el cuidado de enfermería. Primera edición. Unilibros. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Márquez J. (2000). La geriatría en la consulta diaria. Tercer Mundo Editores, Bogotá, Colombia.
- Mendoza V y otros. (2004) Gerontología comunitaria. Impresiones Torres de C.V. México.
- Revista de la Asociación Colombiana de gerontología y geriatría. (2005). Asociación Colombiana de Gerontología y geriatría. 19(1)765.
- Rodríguez R, et al. (1999). Geriatría. Mc Graw Hill. Interamericana. México.
- Stabb AS y Hodges GC. (1996). Enfermería gerontológica. McGraw Hill Interamericana. México.
- Trujillo Z, Becerra-Pino M y Rivas-Vera S. (2007). Latinoamérica envejece. Visión gerontológica y geriátrica. McGraw Hill Interamericana. México.

Farmacología y polifarmacia en el adulto mayor

*Orlando Segá N.
Universidad del Zulia*

Introducción

El envejecimiento poblacional es el aumento creciente de la proporción de personas mayores de 60 años de edad, gracias al progresivo incremento de la esperanza de vida. Se estima que en América Latina y el Caribe, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se incorporarán a los ya existentes (Chackiel, 2000). Es decir que del 10% de la población existente en el 2010, dicho grupo poblacional representará el 15% en el 2025 y el 25,5% en el 2050 (United Nations, 2008). Los países de mayor población, concentrarán la mayor parte de este aumento, aun cuando en los países más pequeños, el crecimiento proporcional también será significativo. ¿Por qué es importante este dato?

La Organización Panamericana de la Salud (1998) advierte que las personas mayores de 65 años:

- Consumen 25% de las prescripciones médicas
- El promedio de consumo de fármacos en los tratamientos ambulatorios es de 3,5 fármacos por adulto mayor
- Si el mismo anciano se institucionaliza, aumenta a 7 fármacos
- Se calcula que por año se le prescriben entre 12 y 17 fármacos a los pacientes mayores

De tal manera que si multiplicamos la población adulta mayor en el continente por los valores aportados por los estudios de la OMS, podemos calcular la problemática que representa la poca atención que se le presta a la prescripción de medicinas a nuestros ancianos.

El uso de medicamentos en los adultos mayores es un problema y un reto para los médicos debido a que confluyen varios factores que se unen para hacer difícil el diagnóstico y la terapéutica, como son: los cambios en la farmacocinética y la farmacodinámica, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la automedicación. Esto aumenta el riesgo de interacciones y reacciones adversas medicamentosas (RAM) en comparación con adultos jóvenes (Ocampo, 2006).

En este capítulo queremos resumir los principios farmacológicos en las personas mayores, las precauciones con algunas drogas y el problema de la polifarmacia en estos pacientes.

Epidemiología

Asumiendo una población de 59 millones mayores de 60 años para el año 2010 en América Latina y el Caribe, consumen al mes más de 206 millones de medicamentos. La cifra aumentaría dramáticamente al considerar aquellos adultos mayores que se encuentran institucionalizados en residencias y centros de atención médica pública y privada. Esta realidad plantea, más que un indicador de probable éxito de la industria farmacéutica en el continente, un problema de salud pública, por las implicaciones de reacciones adversas que se pueden originar en la atención médica hospitalaria.

Si a lo anterior se le suma la automedicación, acostumbrada por razones a veces sociológicas y otras veces de índole económica (para no asistir a la consulta médica, cuando esta es privada), se deduce lógicamente que el consumo de medicamentos prescritos y automedicados supera las cifras de los estudios internacionales y nacionales que tratan sobre este tema.

Observemos el caso de Colombia. Según Ocampo (2006), en ese país el promedio de consumo de medicamentos en ancianos que viven en su medio familiar y comunitario es de 3 medicamentos y entre 50% y 90 % toma al menos un medicamento todos los días.

Nuestra experiencia clínica, es que ese consumo diario, para los pacientes no institucionalizados, es de 4 fármacos y para los institucionalizados no es menor de 5 fármacos.

Para Ocampo (2006), cuando los pacientes ancianos ingresan al hospital, reciben en promedio, 2,14 medicamentos; 5,48 durante su estadía y egresa con 3,47 fármacos. El promedio de consumo durante la hospitalización es de 5 fármacos. Los medicamentos de

mayor prescripción son: analgésicos, digitálicos, diuréticos, laxantes y tranquilizantes mayores.

El número de medicamentos está en relación con la patología motivo del ingreso y con las enfermedades crónicas que trae el paciente desde tiempo atrás. Los médicos acostumbramos más a manejar estos medicamentos desde el punto de vista sintomático, es decir, como respuestas a los síntomas que informa el paciente más que como un factor etiológico y basados en la creencia que para cada síntoma se debe usar uno o varios medicamentos, lo que contribuye a la polifarmacia.

También debemos advertir un alto consumo de medicamentos naturales por los ancianos y con frecuencia los médicos no preguntamos sobre este uso. Dentro de estos medicamentos están las vitaminas y suplementos nutricionales. Estos medicamentos pueden interactuar con otros prescritos y causar reacciones adversas, por ejemplo, el ginseng, el extracto de ginkgo biloba y la glucosamina. Ellos podrían aumentar el sangrado si se toman anticoagulantes y hemorreológicos, prescritos por el médico.

Farmacocinética

Se refiere a un conjunto de eventos a que es sometido el medicamento por el organismo que lo recibe el paso de un principio activo medicamentoso por su tránsito en el cuerpo es transformado en cuatro fases y son: absorción, distribución, metabolismo (biotransformación) y excreción.

Absorción

El proceso comienza con la ingestión del medicamento cuando usamos la vía oral, preferida en los ancianos. Puede haber problemas desde este primer paso debido a la disminución de la saliva y cambios en el peristaltismo en el esófago que ocasiona que el medicamento se adhiera a la mucosa, por lo que es necesario ingerir buena cantidad de líquido. La absorción intramuscular puede presentar problemas debido a la hemodinámica alterada en la mayoría de los adultos mayores, debido a disminución del flujo sanguíneo periférico y de masa muscular. La vía endovenosa debe usarse en situaciones de emergencia, cuando hay depleción del volumen sanguíneo por hemorragia o deshidratación o hipotensión, pero también se dificulta la toma de la vía periférica. La mayoría de los medicamentos se

absorben por difusión pasiva a través de la mucosa del intestino delgado, mecanismo que no se altera en ancianos.

En el estómago se evidencia disminución de la producción de ácido gástrico y del área de absorción y un menor vaciamiento por retardo, que podrían afectar la absorción de los comprimidos, pero no tiene un impacto clínico importante. A veces se requiere de más tiempo para esperar el beneficio, pero eso no implica que deba darse dosis más alta del fármaco.

Distribución

El agua corporal total disminuye entre 10 y 15 entre 20 y 80 años; en contraste, el porcentaje de grasa corporal aumenta entre 18% y 36% en hombres y 33% a 45% en mujeres. La masa corporal magra disminuye entre 12% a 17% (Arango, 2004). Lo anterior modifica la distribución de los medicamentos hidrosolubles y liposolubles. Los primeros se concentran por disminución del agua corporal (digoxina, cimetidina, alcohol, acetaminofen y morfina) y los segundos aumentan su vida media por su distribución mayor dentro del tejido adiposo, el cual está aumentado hasta cerca de los 80 a 85 años, en hombres y mujeres. Entre ellos el diazepam y la lidocaina. El porcentaje de albúmina puede disminuir de 10% a 20% en el anciano, lo que modifica la concentración de fracción libre del fármaco en sangre, siendo esto determinante en la distribución y eliminación del mismo, como es el caso de la cimetidina y furosemida.

Metabolismo hepático

El metabolismo en el hígado disminuye, lo cual requiere modificaciones en la dosificación de muchos medicamentos. Con el envejecimiento el flujo sanguíneo y el volumen y tamaño del hígado disminuyen. Las enfermedades hepáticas aumentan estos cambios, los cuales son más acentuados en las reacciones iniciales, fase I o preparatoria del metabolismo farmacológico e incluyen la oxidación, reducción e hidrólisis. Se observa mayor cambio en los hombres. En fase II, de biotransformación a través de la acetilación y glucorinidación los cambios son más leves.

Las transformaciones hepáticas son variables y personales, en general la dosis de los medicamentos debido a ello, deben disminuirse en 30% y 40% porque éste es el porcentaje en que disminuye el funcionalismo hepático en el adulto mayor. Como regla práctica

podemos adoptar este porcentaje a fin de evitar un efecto de sobredosis provocada por la concentración en sangre de los medicamentos debido a la disminución en la metabolización hepática, aumentando así sus principios activos. Entre estos medicamentos están los calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos y la mayoría de los tranquilizantes.

Eliminación renal y biliar

Principalmente la excreción o eliminación del medicamento es por vía renal. Por vía biliar —aunque no hay estudios recientes sobre ello— lo conocido es que esta eliminación es pobre y alterada por la frecuente intervención quirúrgica de la vesícula. Sabemos poco acerca de algún posible efecto de la edad sobre la excreción biliar de los medicamentos, pero hay pruebas contundentes de que los efectos de la edad sobre la función renal constituyen un mecanismo de suma importancia, para la alteración del metabolismo de los medicamentos en el anciano. A partir de los 40 años de edad la filtración glomerular disminuye a razón aproximada de 1%, de tal forma que el índice promedio de funcionalismo renal en los ancianos de 80 años sin enfermedad renal ha declinado en 40% en relación al adulto joven.

Muchas enfermedades tienen como consecuencia una reducción en el flujo sanguíneo renal y en el índice de filtración glomerular entre ellos, la deshidratación, la pérdida de sangre, la insuficiencia cardíaca y enfermedades renales propias. Por lo tanto, es necesario ajustar las dosis de los medicamentos que son eliminados por esta vía. Se debe tener en cuenta que los que presentan alteración de la función renal, pueden aún tener el valor de creatinina sérica dentro de los límites normales, debido a la disminución de la masa muscular. Para el cálculo de la función renal usamos la fórmula del aclaramiento, depuración o «clearance» de creatinina o fórmula de Cockcroft.

$$\text{Aclaramiento de creatinina (mL/min)} = \frac{(140 - \text{edad en años} \times \text{peso corporal en Kg})}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dL)}}$$

En mujeres el valor calculado es multiplicado por 0,85

Es común el uso de fármacos con eliminación renal principalmente y pueden tener, potencialmente, efectos tóxicos serios en adultos mayores, y especialmente en los muy ancianos. Entre

ellos se incluyen: amino glucósidos, amantadina, litio, digoxina, procainamida, algunos antiinflamatorios no esteroideos, ampicilina, cefalosporina, dociciclina, gentamicina, sulfonamidas, tetraciclinas, furosemida, tiazidas, fenobarbital, diazepam, entre otros.

Farmacodinamia

La farmacodinamia involucra los mecanismos de acción y efectos fisiológicos de los fármacos. Los estudios de los fármacos principalmente se han orientado a los cambios farmacocinéticos, por cuanto es más difícil medir y cuantificar las alteraciones que producen los fármacos desde el punto de vista fisiológico. Lo que sí es cierto es que existen diferencias en la respuesta a fármacos entre jóvenes y ancianos.

Estas diferencias tienen que ver con las modificaciones en la cantidad y sensibilidad de los receptores y variaciones en los mecanismos homeostáticos a nivel de baroreceptores y quimiorreceptores. Ejemplo de ellos son los fármacos con acción sobre el sistema nervioso central, sedante y tranquilizante, inhibidores de la ECA, que pueden entorpecer el control postural y favorecer las caídas. Hipotensión postural inducida por antihipertensivos y neurolépticos, benzodiazepinas, antiparkinsonianos y antidepresivos. Hipotermia producida por alcohol. Aumento en la sensibilidad de los receptores que interactúan en la acción anticoagulante con las consecuentes hemorragias o «moretones». Otro hecho lo constituye el efecto de los diuréticos sobre el metabolismo del potasio. Es necesario compensar la ingesta de potasio al usar diurético.

En la siguiente tabla de Reuben DB y otros (2002) puede apreciarse de manera resumida los cambios asociados a la edad en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos:

Cambios asociados a la edad en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos			
Parámetro	Efecto por la edad	Efecto por patología asociada	Implicaciones para la prescripción
Absorción	Usualmente no se ve afectada	<ul style="list-style-type: none"> • Aclorhidria, • Medicación concomitante, • Alimentación enteral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden afectar la absorción: • Interacciones droga-droga y droga-alimentos.
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el cociente grasa / agua. • Disminución en los niveles séricos de proteínas, en particular albúmina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca • Ascitis, y • Otras afecciones que aumentan el agua corporal total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las drogas liposolubles tienen mayor volumen de distribución y un tiempo de acción más prolongado • Las drogas con afinidad a proteínas tendrán mayor efecto.
Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la masa y el flujo sanguíneo hepáticos pueden disminuir el metabolismo de los fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden trastornar al metabolismo más que el envejecimiento: genotipo, cafeína, tabaquismo, consumo de alcohol y medicación concomitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas con metabolismo de fase I son las más afectadas: diazepam, fenitoína, verapamilo, antidepresivos.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la tasa de filtración glomerular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afección renal por padecimientos agudos y crónicos. • Disminución en la masa muscular lleva a menor producción de creatinina. 	<ul style="list-style-type: none"> • La creatinina sérica no es un buen indicador de la función renal; conviene estimarla con el uso de la fórmula de Cockcroft.*
Farmacodinámica	<ul style="list-style-type: none"> • Menos predecible • Frecuentemente, efectos más intensos a dosis usuales y aún a dosis baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Las interacciones droga-droga y/o droga-enfermedad: pueden alterar la acción de un medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina: efecto prolongado • Benzodiazepinas: mayor sedación • Receptores beta: sensibilidad disminuida

Fuente: Reuben y otros: (2002)

Reacción adversa a fármacos (RAM)

Los ancianos en general, exhiben respuestas atípicas o inespecíficas ante algunos fármacos. Entre ellas se destacan:

1. Incontinencia urinaria
2. Depresión
3. Intranquilidad
4. Confusión
5. Trastorno de memoria
6. Síntomas extrapiramidales
7. Estreñimiento
8. Caídas.

Es importante como principio general, considerar siempre como reacciones adversas a medicamentos (RAM), la aparición de síntomas o cambios en el curso de una enfermedad que son claramente atribuibles al teóricamente previsto. Existe una gran variabilidad personal

en la respuesta a medicamentos por lo que resulta prudente considerar la respuesta de cada individuo y evitar generalizaciones; igualmente evitar la consigna de dar un medicamento «de por vida.»

Los factores de riesgo para tener reacciones adversas a las medicinas son:

- 1.- Edad avanzada.
- 2.- Insuficiencia hepática o renal
- 3.- Desnutrición o malnutrición
- 4.- Respuestas alérgicas previas
- 5.- Polifarmacia
- 6.- Estar hospitalizado o en ancianatos
- 7.- Falta de cuidador o de enfermería
- 8.- Valoración clínica inadecuada
- 9.- Automedicación
- 10.- Invidencia
- 11.- Demencia o deterioro cognitivo
- 12.- Inadecuada rotulación de la presentación del fármaco
- 13.- Falta de adhesión al tratamiento.

A continuación se exponen los problemas potenciales de ciertos medicamentos en los ancianos:

Medicamentos a evitar en los adultos mayores	
Medicamento	Problemas potenciales
Propoxifeno	Mismos efectos secundarios de los opiáceos con potencia analgésica equiparable al paracetamol
Indometacina	Efectos secundarios en SNC
Fenilbutazona	Efectos secundarios hematológicos
Pentazocina	Confusión mental, alucinaciones
Metocarbamol, carisoprodol	Acción anticolinérgica, sedación y debilidad
Diazepam	Acumulación, sedación, riesgo de caídas
Amitriptilina y combinaciones que la contienen	Sedación fuerte, acción anticolinérgica
Meprobamato	Sedación, alto riesgo adictivo
Disopiramida	Anticolinérgico potente, inotrópico negativo
Metildopa	Puede exacerbar la depresión y causar hepatitis
Reserpina	Induce depresión, sedación e impotencia
Cloropropamida	Puede causar hipoglucemia prolongada e hiponatremia
Diciclomina	Anticolinérgico potente
Clorfeniramina	Anticolinérgico
Barbitúricos	Alto riesgo adictivo, varios efectos secundarios
Meperidina	Efectos secundarios a nivel del SNC
Ticlopidina	No es más efectiva que la aspirina, sí más tóxica

Fuente: Beers MH citado por Reuben y otros: (2002)

Polifarmacia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Hardon et al. (2004), polifarmacia se define como el consumo de más de tres medicamentos simultáneamente. La condición de cronicidad de las enfermedades geriátricas, de la polipatología o múltiples enfermedades en los adultos mayores condicionan la polifarmacia, pero esto no es único, también la medicina curativa basada en órganos, donde el médico sólo indica medicamentos por los síntomas referidos por el paciente, sin una exploración integral del mismo, ayuda a esta polifarmacia frecuente en nuestro medio. La elección del medicamento no debe basarse sólo en la enfermedad a tratar, sino en la mejoría de la calidad de vida del sujeto.

Es necesario sopesar los beneficios sobre los riesgos y tener metas claras en la terapéutica basada en lograr los mínimos efectos secundarios, la mejor adherencia (la cual incluye el menor número de dosis diaria) y el menor costo, así como la vía de administración más simple. El uso de los medicamentos debe reevaluarse periódicamente.

camente, no implica que se deban usar permanentemente, «de por vida», aun en enfermedades crónicas.

Medicación innecesaria se define como aquella que no debe darse, que se da en dosis excesivas o por tiempo mayor al necesario. Esta realidad es mayor en ancianos dentro de su medio familiar, o en ancianos con poca percepción de su salud. Esta condición favorece la automedicación. La polifarmacia en pacientes que viven en sus hogares, fuera del control de un hospital o ancianato, donde supuestamente debe existir control de medicamentos, es más propicia para reacciones adversas y subsecuentes hospitalizaciones. Con un control de medicamentos hecho por médicos generales, familiares o geriatras, en el domicilio, se puede reducir este factor de riesgo.

Se debe diferenciar entre la polifarmacia adecuada en la que el paciente ingiere varios medicamentos, todos con indicaciones correctas; la polifarmacia inapropiada, en la que el paciente recibe más medicamentos que los indicados, y la pseudo polifarmacia redundante, en la que en la historia médica del paciente figura que tiene indicado más drogas de las que realmente consume (Rollason y Vogt, 2003).

En resumen, las causas de la polifarmacia son debidas tanto a los proveedores de salud como a los pacientes. En cuanto a los primeros está demostrado que el número de fármacos prescritos aumentan con el número de médicos visitados y con el número de farmacias visitadas. Ya habíamos referido que muchos médicos no piden al paciente que complete una lista de fármacos ingeridos (incluidos los de venta libre), ni revisan la lista para eliminar las que se pueden suprimir. Los efectos adversos (RAM) de una droga a menudo se interpretan como los síntomas de una nueva enfermedad y son tratados con una nueva medicación. La repetición de recetas sin la previa consulta del médico constituye otro problema. La incorrecta indicación del médico sobre el horario y el tiempo de uso del medicamento es otro problema.

La polifarmacia inadecuada en los ancianos se relaciona con la demografía. El género femenino, la mayor edad, la residencia en zonas rurales y la baja educación aumentan el riesgo de polifarmacia. Los ancianos suelen tener diversas enfermedades que requieren de varias medicaciones. Más de la mitad de los pacientes ancianos que visitan al proveedor de salud esperan que éste les prescriba alguna droga, para sentir que su problema fue escuchado.

La polifarmacia tiene sus consecuencias. Dentro de ellas, las más frecuentes son: la falta de cumplimiento por la complejidad del régimen de drogas, las reacciones adversas, las interacciones farmacológicas, mayor riesgo de hospitalización, errores en la medicación y mayores costos.

Recomendaciones

A manera de conclusión, expondremos las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud publicadas en las Guías de Valoración Clínica, Módulo VI.

Recomendaciones para el uso de fármacos en los adultos mayores

En el tratamiento farmacológico de los adultos mayores es importante:

- Obtener una historia medicamentosa completa incluyendo alergias, reacciones adversas, uso de fármacos auto-prescritos, complementos nutricionales, medicina alternativa, uso de alcohol, tabaco y caféina.
- Evitar prescribir en tanto no se haya establecido un diagnóstico claro. Considere en primer término las medidas terapéuticas no medicamentosas. Elimine los fármacos vigentes para los cuales no pueda identificar un motivo claro de prescripción.
- Estar consciente de otras enfermedades u otros medicamentos que esté consumiendo el paciente y puedan afectar la elección de los fármacos. Los medicamentos pueden incidir en enfermedades preexistentes o en la acción de otros medicamentos.
- Asignar prioridades a los tratamientos; si se prescriben demasiados fármacos al mismo tiempo, el paciente puede elegir aleatoriamente y no seguir alguno.
- Comenzar con la dosis terapéutica más baja para evitar problemas con los efectos colaterales y aumente la dosificación lentamente después de examinar al paciente.
- Conocer los mecanismos de acción, efectos secundarios y perfiles de toxicidad de los fármacos que prescribe. Considere cómo éstos pueden interactuar con o complementar la acción de otros tratamientos vigentes.
- Revisar regularmente la lista de fármacos y eliminar los que no se necesitan más o cuyo efecto ha sido insuficiente.

- Evitar la farmacoterapia innecesaria y examinar con frecuencia las recetas repetidas, ya que pueden dejar de ser apropiadas.
- Favorecer el apego a las recomendaciones terapéuticas. *Eduque al paciente* y a su cuidador acerca de los medicamentos y sus efectos, considere con ellos *costos y efectos secundarios*. Proporcione *instrucciones detalladas por escrito*, en lenguaje claro y comprensible.
- Evitar usar un medicamento para tratar efectos secundarios de otro.
- Intentar usar un sólo fármaco para tratar más de una afección.
- Evitar los productos en combinaciones fijas.
- Evitar el uso simultáneo de más de un fármaco con acciones semejantes.

Las personas mayores requieren de un médico general para garantizar que la existencia de enfermedades múltiples no lleven a múltiples derivaciones, opiniones y dilución de la responsabilidad; pero también requieren la participación y la cooperación de los especialistas para un máximo beneficio, que será mayor en presencia de una buena comunicación.

Ejemplo de indicaciones geriátricas

Para esquematizar cómo deben indicarse los medicamentos en un adulto mayor, daremos un ejemplo de las indicaciones a un paciente que se le visita a domicilio; también puede ser en el consultorio.

El caso es de una mujer de 86 años de edad, con hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer, enfermedad venosa periférica, síndrome de ansiedad como síndrome del atardecer, diabetes mellitus no insulino-dependiente, estreñimiento crónico y osteoporosis leve. Vive en su casa; su hija de 62 años es la cuidadora en la mañana, y en la tarde la acompaña una auxiliar de enfermería o cuidadora. Es autoválida, toma poco líquido y le gusta comer puntualmente, tres comidas al día. Un ejemplo de sus indicaciones en la tercera consulta sería:

Al despertar (entre 6:30 y 7:00 am)

- Un vaso completo de agua a temperatura
- 2 (dos) Senokot en tabletas, los lunes y jueves
- 1 (una) tableta de Alendronato sódico, los miércoles

Desayuno (entre 7:30 y 8:30 am)

- Enalapril 10 mg 1 (una) tableta
- Amaryl 2 mg 1 (una) tableta
- Benutrex 1 (una) tableta
- Memantina 5 mg 1 (una) tableta
- Un vaso de líquido como jugo, agua o avena

Merienda de la mañana (10:30 am)

- Carvix o Befol 1 (una) capsula
- Un vaso de líquido como jugo, agua o complemento nutricional

Almuerzo 12:30 pm

- Daflon o Hyflon 1 (una) tableta
- Doneurin o Neurontin 300 mg 1 (una) tableta
- Un plato de sopa de 300 cc
- Un vaso de líquido como jugo o agua

Merienda de la tarde (4:00 a 4:30 pm)

- Alprazolam 0,25 mgs (media tableta de 0,5 mg.)
- Un vaso de líquido como agua, jugo o nutrientes

Cena 6:30 pm

- Memantina 5 mg.
- Un vaso de líquido como jugo, agua o avena

Merienda de la noche (9:00 pm)

- Un vaso de líquido como agua o té para dormir

Otras indicaciones

- Control de glicemia capilar los lunes y anotar en cuaderno
- Control de tensión arterial lunes , miércoles y viernes y anotar en cuaderno
- Caminata diaria de 15 minutos antes de las 9 am y después de las 6 pm
- Gimnasia en cama de 15 minutos en brazos y piernas antes de levantarse en la mañana y al acostarse

Indicaciones desde 20 de septiembre 2010 hasta 20 de noviembre 2010

Próxima consulta 21 de noviembre 2010 a las 10:00 am. Confirmar previamente,

Comentarios

- Las medicinas con las comidas
- Se indican los momentos de ingesta mínima de líquidos
- Se especifican los miligramos de los medicamentos
- Se prefiere el uso de media pastilla
- Se dan otras indicaciones dentro del recípe y se lleva registro
- Se indica el tiempo de las indicaciones, así sean permanentes.
- Se indica la nueva consulta o consulta de control
- Se enumeran las indicaciones y se archivan

Referencias bibliográficas

- Arango V. (2004). Farmacoterapia en el viejo, en Guía de Práctica Clínica: Geriatria. Universidad Javeriana, Bogotá.
- Beers MH. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med.*, 157(14), 1531-1536.
- Chackiel J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población.
- Hardon A, Hodgkin C y Daphne F. (2004). Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. OMS/ Universidad de Amsterdam. Ginebra.
- Ocampo JM. (2006). Aspecto farmacológico y reacciones adversas medicamentosas en Geriatria, López, Cano y Gómez, compiladores. Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia.
- Organización Panamericana de la Salud. Evaluación farmacológica del adulto mayor en Módulos de Valoración Clínica. Parte I, Emódulo 6, extraído desde http://www.almageriatria.org/guia_clinica.htm
- Reuben DB y otros (2002). Age-associated changes in pharmacokinetics, table 5, p. 9 en *Geriatrics at your fingertips* Malden, M.A. Blackwell Science Inc.
- Rollason V y Vogt N. (2003). Reduction of polypharmacy in the elderly en *Drugs and Ageing* 20(11), 817-832, extraído desde www.bago.com/BagoArg/Biblio/farmaweb176.htm.
- United Nations. (2008). Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Diabetes en el adulto mayor: estrategias de tratamiento

*Sumaya Florez, Lisset Oropesa,
Ferdinando Andrade, Willy Valencia, Hermes Florez
Universidad de Miami, Miami VAHS-GRECC,
Universidad del Zulia*

Retos para la prevención y manejo de diabetes en adultos mayores en las Américas

La prevalencia de la obesidad en adultos mayores ha crecido y su impacto en los próximos decenios será mucho mayor sobre todo en la incidencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares asociadas. Tanto la obesidad como la diabetes se asocian a cambios cardio-metabólicos y funcionales que hacen a la población más vulnerable, y por tanto aumentan las complicaciones crónicas y el riesgo de discapacidad.

El Sondeo sobre Salud y Bienestar para Ancianos (Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE) recientemente publicó un reporte sobre la situación de salud en el adulto mayor en Latinoamérica y el Caribe. Este estudio demostró que el número de comorbilidades (tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares) se asocia directamente con la declinación funcional del adulto mayor. Adicionalmente, mostró que la proporción de diabetes y obesidad reportada era igual o mayor que la de los Estados Unidos de América. La prevalencia de diabetes diagnosticada en el adulto mayor fue del 15,7% y se asoció fuertemente al nivel de educación y obesidad, particularmente a la obesidad abdominal, como ha sido descrito recientemente en varios países de América Latina y el Caribe. Por tanto, existe la necesidad de intervenciones para reducir la obesidad y otros factores de riesgo cardio-metabólicos mediante

programas enfocados a la prevención y manejo de la diabetes en el adulto mayor.

El cuidado de los adultos mayores con diabetes constituye un reto clínico único. El manejo de la diabetes es complicado debido a la heterogeneidad médica y funcional de estos pacientes. Tomar en cuenta la heterogeneidad de esta población es primordial para el desarrollo de estrategias de intervención y para establecer metas de control clínico para adultos mayores con diabetes. El espectro de heterogeneidad clínica y funcional incluye:

- Pacientes que recientemente han pasado de un estado de intolerancia a la glucosa a ser diabéticos, tienen pocas condiciones médicas pre-existentes y permanecen activos con un excelente estado funcional.
- Pacientes que han sido diagnosticados recientemente pero han tenido niveles significativos de hiperglicemia por muchos años y ya presentan complicaciones crónicas de la diabetes al momento del diagnóstico.
- Adultos mayores diabéticos desde su adultez temprana que han desarrollado en el tiempo múltiples condiciones clínicas relacionadas (co-morbilidades).
- Pacientes vulnerables y con limitaciones, que presentan alteraciones de su estado cognitivo y múltiples complicaciones médicas.

Puesto que muchos pacientes de edad avanzada se encuentran en uno de estos estadios previamente descritos, con limitaciones funcionales tempranas o no tan avanzadas y con muchos riesgos de que su condición empeore, se requiere un plan individualizado de acuerdo a su estado funcional y a su expectativa de vida.

Desafortunadamente el manejo clínico de pacientes diabéticos de edad avanzada no ha sido el más apropiado. En un análisis del estudio de salud cardiovascular se reportó que en casi 70% de los pacientes diabéticos de 65 años o más no se seguían las recomendaciones de la Asociación Americana de la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) para el control de la glicemia. Los médicos y otros profesionales de la salud a cargo del cuidado del adulto mayor con diabetes deben ser optimizar el control de la glicemia y reducir los factores de riesgos cardiovasculares asociados a fin

de procurar una mejor calidad de vida a largo plazo. Sin embargo, en el caso de pacientes vulnerables, particularmente aquéllos con otras condiciones médicas severas y discapacidades, el enfocarse en un tratamiento agresivo puede no ser beneficioso sino causar daños a consecuencia de las frecuentes hipoglicemias asociadas con un control demasiado estricto de la glicemia. Los resultados de los estudios ACCORD, VADT y ADVANCE sugieren prudencia, mientras que los estudios de seguimiento en el UKPDS y STENO-2 han demostrado los beneficios de un buen control a largo plazo. Como norma general, parece adecuado el objetivo de lograr una hemoglobina A1c (HbA1c) $< 7\%$ en pacientes con poco riesgo de hipoglicemias y diabetes de corta duración; en contraste, en pacientes con frecuentes hipoglicemias, adultos mayores o personas con una expectativa de vida limitada sería aceptable una HbA1c $< 8\%$. Para conseguir este objetivo recomendamos un tratamiento individualizado e integrado a un programa global de reducción de riesgo cardiovascular.

Principios de manejo terapéutico

Existen diversos medicamentos para el tratamiento del adulto mayor con diabetes, los cuales pueden ser utilizados en forma individual o en combinación. En primera instancia, los principios terapéuticos para el control de la glicemia en el adulto mayor se asemejan a aquellos usados en los adultos jóvenes; sin embargo, deben enfatizarse las siguientes consideraciones:

- Los objetivos del tratamiento deben ser individualizados
- El entusiasmo por lograr un control estricto de la glicemia debe ponderarse con la necesidad de mantener el bienestar general del adulto mayor con diabetes.

Debe ajustarse periódicamente el régimen de tratamiento y las metas según sea el progreso de la diabetes y/o el desarrollo de sus complicaciones. Los agentes orales deben ser indicados con la menor dosis efectiva posible para minimizar efectos adversos o colaterales.

Recientemente la ADA publicó un consenso con pautas para el inicio y ajustes en la terapia de pacientes con diabetes tipo 2, haciendo énfasis en la importancia de lograr y mantener un nivel normal de

glicemia. Sin embargo, estas pautas no toman en cuenta otros aspectos propios del cuidado de los adultos mayores con diabetes:

- Los regímenes de tratamiento deben ser simples, con dosis menos frecuentes para evitar la interacción con otros medicamentos que pudieran afectar la efectividad del tratamiento.
- La presencia de condiciones médicas concomitantes (renales, hepáticas y/o cardio-vasculares) puede generar contraindicaciones y/o aumentar el riesgo de hipoglicemia.

Estos medicamentos pueden tener un impacto económico (según su costo) así como en el peso y/o en los lípidos del adulto mayor con diabetes.

Medicamentos orales para el manejo de la glucosa

En los Estados Unidos de América, el Departamento de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) ha aprobado cinco clases de medicamentos orales para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (tabla 1). En general, no existe evidencia clínica de la superioridad de una clase de medicamento en particular sobre otra en el tratamiento de los adultos mayores con diabetes. Sin embargo, el conocimiento de la farmacocinética, los efectos colaterales y las interacciones potenciales de estos medicamentos facilita su uso de manera segura y responsable.

Tabla 1
Agentes distintos de insulina para el tratamiento de la diabetes tipo 2

Medicamento	Dosis	Eficacia (Cambio en HbA1c)
Agentes Orales		
a) Sulfonilureas (2da-Generación)		- 1% a -2%
Glimepirida (Amaryl®)	4-8 mg al día (comenzar 1-2 mg)	
Glipizida (Glucotrol®)	2,5-40 mg al día o dividido	
(Glucotrol XL®)	5-20 mg al día	
Gliburida (Diaβeta, Micronase®)	1,25-20 mg al día o dividido	
Gliburida micronizada (Glynase®)	1,5-12 mg día	
b) Meglitinidas		- 1% a -2%
Nateglinida (Starlix®)	60-120 mg tid	
Repaglinida (Prandin®)	0,5 mg bid-qid si HbA1c < 8% o sin tratamiento previo 1-2 mg bid-qid si HbA1c ? 8% o con tratamiento previo	
c) Inhibidores de la alfa-glucosidasa		- 0,5% a -1%
Acarbosa (Precose®)	50-100 mg tid, antes de las comidas; comenzar con 25 mg	
Miglitol (Glyset®)	25-100 mg tid, con el primer bocado de comida; comenzar con 25 mg	
d) Biguanidas		- 1% a -2%
Metformina (Glucophage®)	500-2550 mg en dosis dividida	
(Glucophage XR®)	1500-2000 mg diario	
e) Tiazolidinedionas		- 1% a -2%
Pioglitazona (Actos®)	15 o 30 mg al día; max 45 mg/d, como monoterapia 30 mg/d en combinación con otros medicamentos	
Rosiglitazona (Avandia®)	4 mg al día o bid	
Agentes inyectables		-0,5 % a -1%
a) Miméticos de Incretina Exenatida (Byetta®)	5-10 µg SC bid	
b) Análogos de Amilina Pramlintida (Symlin®)	60 µg SC antes de las comidas	

* bid, dos veces al día;
tid, tres veces al día;
qid, cuatro veces al día;
SC, subcutáneo.
®, nombre comercial en los EE.UU.

Tanto las sulfonilureas como las meglitinidas mejoran los niveles de glucosa estimulando la secreción de insulina en las células beta del páncreas. Otros agentes actúan por diferentes mecanismos

(tabla 2), reduciendo la absorción de los carbohidratos (inhibidores de la alfa-glucosidasa) o mejorando la sensibilidad a la acción de la insulina (biguanidas y tiazolidinedionas).

Tabla 2
Mecanismos de cada fármaco para disminuir los niveles de glucosa en sangre

	Corrige la deficiencia de insulina	Estimula la secreción de insulina	Aumenta la captación de glucosa en el tejido muscular	Disminuye la producción de glucosa hepática	Retarda la absorción de carbohidratos
Sulfonilureas		x			
Meglitinidas		x			
Biguanidas			(x)	x	
Tiazolidinedionas			x	x	
Inhibidores de glucosidasa				x	x
Miméticos de Incretina/análogos de amilina		x			x
Insulina/análogos de insulina	x				

X, Mecanismo principal; (X) Mecanismo poco conocido.

Cualquiera de estos medicamentos puede ser utilizado como monoterapia de primera línea, pues tienen una eficacia más o menos similar para el mejoramiento del control de la glicemia.

Si se presentan hiperglicemias sostenidas y fallas con la monoterapia, el siguiente paso es la adición de un medicamento oral de otra clase para lograr el control de la glicemia en ayunas o post-prandial. En general, aunque pudiera requerirse el uso de tres medicamentos orales para el control de la glicemia, es importante sopesar el riesgo de polifarmacia en el adulto mayor así como los altos costos asociados. Estos medicamentos son:

a) Sulfonilureas

Estos medicamentos poseen una excelente historia de seguridad y efectividad. Su principal mecanismo es estimulando la secreción de

insulina en las células beta del páncreas: las sulfonilureas se unen al canal de potasio sensible a la acción del adenosin-trifosfato (ATP), lo que resulta en su despolarización, y el subsiguiente influjo de calcio intracelular y la liberación de insulina. Las sulfonilureas son efectivas como monoterapia y/o en combinación con otros agentes que poseen diferentes mecanismos de acción. Un porcentaje significativo (hasta un 10% anual) de los pacientes desarrollan falla secundaria a la terapia; es decir, inicialmente respondieron al tratamiento en forma adecuada pero después pierden el control adecuado de la glicemia. Los principales efectos adversos con las sulfonilureas son las hipoglicemias y la ganancia de peso (tabla 3), tal y cómo se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3
Factores limitantes en el uso de medicamentos para el control de la diabetes en el adulto mayor

	Hipoglicemia	Ganancia de peso	Otro
Sulfonilureas	x	x	Puede impedir acondicionamiento isquémico
Meglitinidas	x	x	Dosis frecuentes pueden afectar la adherencia; no hay experiencia a largo plazo
Biguanidas	no	no (pérdida de peso)	Riesgos de acidosis láctica; diarrea
Tiazolidinedionas	no	xx	Edema; costos; no existe experiencia a largo plazo
Inhibidores de glucosidasa	no	no	Dosis frecuentes pueden afectar la adherencia; gases intestinales; costoso
Miméticos de Incretina/ análogos de amilina	no	no (pérdida de peso)	Inyección; costoso; no existe experiencia a largo plazo

X, principal efecto colateral;
 XX, efecto colateral pronunciado.

La hipoglicemia puede ser severa en los adultos mayores y desencadenar otra serie de eventos graves como el infarto del miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Estos fármacos deben ser utilizados con precaución en pacientes con insuficiencia renal y/o hepática, pues el hígado es el órgano principal para su catabolismo y los productos remanentes del medicamento son excretados a través de los riñones. En estos pacientes, el fármaco de primera opción es *glipizida* (o *glibenclamida*), cuyos metabolitos son inactivos, o glimepirida, que se excreta sustancialmente a través de la bilis.

Una de las sulfonilureas más comúnmente utilizada en los adultos jóvenes es la gliburida. Sin embargo, en el adulto mayor su absorción y eliminación pueden afectarse, lo cual junto a un aumento en la respuesta de liberación de insulina pudiera incrementar la frecuencia de hipoglicemias severas.

Además del tipo de sulfonilurea, otros factores aumentan al riesgo de hipoglicemia en adultos mayores serían: el sexo masculino y raza negra, la polifarmacia, la disfunción renal y el consumo de alcohol. Las sulfonilureas deben ser consideradas como tratamiento de primera línea en los adultos mayores con diabetes. Usadas como monoterapia pueden disminuir los niveles de HbA1c en aproximadamente de 1-2%.

b) Meglitinidas

Las meglitinidas (repaglinida y nateglinida) son medicamentos que inducen la secreción de insulina pero que no pertenecen a la clase de las sulfonilureas, aunque se unen a las células beta del páncreas a través de un mecanismo parecido al de las sulfonilureas. Una ventaja potencial para el manejo de la diabetes del adulto mayor es que las meglitinidas tienen un inicio de acción rápido y son de corta duración. Por tanto, las meglitinidas llevan a menos hipoglicemias cuando se les compara con las sulfonilureas convencionales.

La repaglinida disminuye los niveles de HbA1c en 1% a 2%, una reducción similar a la lograda por las sulfonilureas, mientras que los efectos en la disminución de la glucosa de *nateglinide* son menos potentes. Los efectos sobre los niveles de glucosa en ayunas y sobre la HbA1c son similares en adultos mayores comparado con los más jóvenes. Ambos medicamentos son extensivamente metabolizados por el hígado, por lo que deben ser utilizados con cautela en pacientes con disfunción hepática.

Las meglitinidas son particularmente útiles en adultos mayores con un apetito irregular o en aquéllos que han tenido hipoglicemias

frecuentes al utilizar sulfonilureas. Estos beneficios potenciales deben ponderarse con respecto a su costo y a los problemas potenciales de adherencia al tratamiento. El uso de estos medicamentos con un esquema de tres dosis diarias puede ser poco práctico en pacientes con problemas de memoria o en aquéllos que tienen que tomar otros medicamentos (es decir con polifarmacia).

c) Inhibidores de la alfa-glucosidasa

Los inhibidores de la enzima alfa glucosidasa (*miglitol* y *acarbosa*) disminuyen la degradación de los carbohidratos a nivel intestinal y limitan su absorción; por tanto su mayor efecto es sobre la reducción de la glicemia postprandial.

Estos medicamentos se asocian con una menor ganancia de peso y menos frecuencia de hipoglicemias en comparación con las sulfonilureas. Los residuos de los carbohidratos en el tracto gastrointestinal causan diarrea en 25% de los pacientes que toman estos medicamentos. El ajuste gradual de la dosis es crucial para minimizar los efectos gastrointestinales y para lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

El efecto de los inhibidores de la alfa glucosidasa sobre la concentración de HbA1c es una reducción de 0,5% a 1%. Estos medicamentos son útiles como terapia primaria en pacientes adultos mayores con discreta hiperglicemia en ayunas, especialmente si estos pacientes son obesos. De hecho, en un estudio multicéntrico reciente en adultos mayores diabéticos y obesos, *acarbosa* redujo el nivel de HbA1c en un 0,8% al compararse con un placebo y además mejoró la sensibilidad a la insulina.

Estos medicamentos también pueden usarse en pacientes que estén tomando otros agentes orales para el control de la glicemia. Puesto que se puede presentar hipoglicemia cuando estos fármacos se usan en combinación con las sulfonilureas o con insulina; el tratamiento apropiado en estos casos es el uso de glucosa pues la absorción de otros carbohidratos es menor en presencia de los inhibidores de alfa-glucosidasa.

La *acarbosa* tiene una mínima absorción sistémica, por lo tanto puede ser parcialmente metabolizada en el hígado; por esta razón, aún cuando la hepatotoxicidad sea poco probable, su uso está contraindicado en pacientes con enfermedad hepática avanzada. En contraste, aunque *miglitol* puede ser absorbido en un 50% a 90%, no se metaboliza en el hígado sino que se elimina a través de los riñones; por tanto, su uso es inapropiado en pacientes con insuficiencia renal.

d) Metformina

La metformina es la única biguanida disponible en la actualidad. Su mecanismo de acción, mejorando la sensibilidad a la insulina, ocurre primariamente en el hígado, llevando así a una menor producción hepática de glucosa. Este efecto lleva a la reducción de los niveles de glucosa en ayunas y se acompaña de menores niveles de insulina plasmática. La metformina disminuye así la HbA1c en un 1% a 2%. Los estudios clínicos sugieren que la metformina es segura y efectiva como monoterapia en adultos mayores obesos. Desde nuestro punto de vista, este es un fármaco ideal como terapia de primera línea en pacientes mayores obesos, porque incrementa la sensibilidad a la insulina, ayuda en la pérdida de peso, reduce los niveles de los lípidos y no causa hipoglicemia. La dosis de metformina debe ajustarse gradualmente para reducir los efectos adversos gastrointestinales y su impacto sobre la calidad de vida.

Recientemente la ADA publicó pautas para el manejo de este tipo de pacientes, sugiriendo el uso de metformina como monoterapia inicial, conjuntamente con la intervención en el estilo de vida (alimentación saludable y mayor actividad física). Así mismo, la metformina es un coadyuvante útil para pacientes que no han sido controlados apropiadamente con dosis máximas de sulfonilureas. Aunque el efecto colateral más importante asociado a las biguanidas es la acidosis láctica, ésta es poco frecuente con el uso de metformina y el envejecimiento no parece ser un factor de riesgo cuando se presta atención a las contraindicaciones para su uso (insuficiencia renal, hepática o enfermedad cardiovascular). No debe usarse metformina en pacientes mayores con insuficiencia renal, específicamente en hombres con niveles de creatinina sérica de 1,5 mg/dl ó más ni en mujeres con creatinina sérica de 1,4 mg/dl ó más. De hecho, se debe cuantificar la creatinina sérica por lo menos una vez al año o con cualquier ajuste o incremento en la dosis del medicamento. Sin embargo, puesto que los niveles de creatinina sérica no reflejan en forma adecuada la función renal del adulto mayor. Para aquellos pacientes de 80 años o más o aquéllos en los que se sospecha reducción de su masa muscular, se debe obtener una prueba de depuración de creatinina y evitar el uso de metformina si la filtración glomerular es menor de 60 ml/min. Como precaución, se debe discontinuar (al menos temporalmente) el uso de metformina en pacientes a quienes se les practican estudios de imágenes usando contrastes iodados, durante los episodios de enfermedades agudas y en el caso de hospitalizaciones, particularmente aquéllas donde la perfusión

tisular pudiera estar comprometida (sepsis, deshidratación, enfermedad pulmonar con hipoxemia y/o insuficiencia cardiaca congestiva).

e) *Tiazolidinedionas*

Las tiazolidinedionas (TZD) *rosiglitazone* y *pioglitazone* son medicamentos que mejoran la sensibilidad a la insulina primariamente en el tejido muscular y en los adipocitos, aumentando la captación y utilización de glucosa en la periferia. Estos medicamentos son generalmente bien tolerados y parecen ser tan efectivos en los adultos mayores como en los jóvenes con aproximadamente 1,5% en la reducción de la HbA1c y con un efecto en la reducción de los niveles de glucosa dependiente de la dosis y que puede tomar de 4 a 8 semanas. Además de los beneficios de estos medicamentos en los biomarcadores cardiovasculares y metabólicos, se ha reportado en un estudio reciente el efecto de *pioglitazona* en la reducción de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2. Este resultado contrasta con el riesgo potencial de enfermedad cardiaca congestiva asociada al uso de *rosiglitazona*. La FDA está evaluando cuidadosamente la evidencia disponible sobre esta TZD para hacer nuevas recomendaciones sobre la seguridad del uso de rosiglitazona. Las TZD no causan hipoglicemia, a menos que sean utilizadas simultáneamente con secretagogos (sulfonilureas o meglitinidas) o con insulina.

Aunque no se ha reportado toxicidad hepática en adultos mayores se recomienda realizar regularmente pruebas de función hepática para corroborar la seguridad del uso de estos medicamentos. En pacientes bajo tratamiento, la incidencia de edema y anemia es más alta en los adultos mayores que en pacientes de edad media. Por tanto, el volumen y la cuenta sanguínea deben ser cuidadosamente observadas. La retención de líquido relacionada con las TZD es la mayor causa del incremento en el peso, típicamente se manifiesta como edema periférico y se desarrolla predominantemente durante los primeros meses de tratamiento. En estudios recientes se ha reportado un aumento en el riesgo de fracturas con el uso de TZD, particularmente en el esqueleto apendicular (extremidades superiores e inferiores) de pacientes con diabetes tipo 2. Posiblemente mediante la activación de los receptores PPAR-gamma se disminuye la formación de hueso (con predominio en la diferenciación de células del mesénquima hacia adipocitos en lugar de osteoblastos) y se pierde tejido óseo aceleradamente (por estímulo sobre los osteoclastos).

Las TZD pueden ser muy útiles como terapia de primera línea en pacientes adultos mayores obesos, particularmente en aquellos

pacientes que no toleran la metformina o tienen alguna contraindicación para su uso. De hecho, las TZD pueden ser utilizadas sin inconveniente en pacientes con disfunción renal pero que preservan su función cardiovascular. Además, estos medicamentos pueden ser útiles en adultos mayores que tienen un control glicémico subóptimo, a pesar de requerir 50 unidades ó más de insulina al día.

Medicamentos inyectables y nuevos agentes

Existen nuevos agentes inyectables aprobados por la FDA para el uso en pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2, que presentan mecanismos de acción novedosos, entre éstos:

a) *Miméticos de incretina*

Los medicamentos miméticos de incretina activan el receptor del péptido parecido al glucagon -1 (GLP-1, por sus siglas en inglés). El GLP-1 se secreta en el intestino en respuesta a la ingesta de alimentos. Los agonistas de GLP-1 actúan a través de muchos mecanismos: 1) aumentan la secreción pancreática de insulina de acuerdo a los niveles de glucosa; 2) inhiben la secreción exagerada de glucagon en el período posprandial; 3) disminuyen la velocidad del vaciado gástrico; y 4) actúan en el hipotálamo para disminuir el apetito.

La *Exenatida* es el primer medicamento disponible de su clase, y se usa en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 que no han logrado el control de la glicemia con metformina y/o sulfonilurea. La dosis de exenatida es de 5 ó 10 mcg subcutánea antes de las comidas. Este medicamento reduce los niveles de HbA1c en 1%, no induce hipoglicemia y puede producir una modesta pérdida de peso. Los efectos colaterales más sobresalientes son náusea, vómitos y diarrea. La *Liraglutida* fue aprobada recientemente como tratamiento adjunto a la dieta y ejercicio en adultos con diabetes tipo 2 y se administra por vía subcutánea en dosis de 0,6 mg a 1,8 mg diarios. Datos recientes sugieren que el GLP-1 mantiene su habilidad de aumentar la liberación de insulina según los niveles de glucosa en los adultos mayores y que además puede incrementar la sensibilidad a la insulina y la captación de la glucosa no mediada por la insulina. En los estudios clínicos a largo plazo se requiere determinar el rol de esta clase de medicamentos en el tratamiento de la diabetes en los adultos mayores.

b) *Análogos de amilina*

Los análogos de la amilina disminuyen los niveles de glucosa postprandial y complementan así los efectos de la insulina. La

amilina es una hormona producida en las células alfa del páncreas, secretada junto con la insulina como respuesta al consumo de carbohidratos y aminoácidos, la cual produce en estado postprandial: 1) supresión de la producción de glucagon; 2) retardo del vaciamiento gástrico; y 3) reducción del apetito. El ***Pramlintide*** es un análogo sintético de la amilina humana que se indica a pacientes diabéticos tipo 2 o tipo 1 tratados con insulina. El efecto colateral más notable es la hipoglicemia, pero en contraste con la insulina, este medicamento puede inducir una modesta y favorable pérdida de peso.

El pramlintide ayuda a los pacientes a disminuir la glicemia postprandial y lograr menos fluctuaciones en los niveles de glucosa durante el día. Las dosis utilizadas para éste fármaco son de 15-120 mcg subcutáneos antes de cada comida. No existen datos publicados en la actualidad con respecto al uso de pramlintide específicamente en adultos mayores. Además, puesto que se requieren tres o más inyecciones al día y un monitoreo más frecuente de los niveles de glucosa, la adherencia al tratamiento puede ser un problema en estos pacientes.

c) Inhibidores de DPP-IV

Dipeptidil peptidasa-IV (DPP-IV) es la enzima que degrada el GLP-1 producido por cada persona. La inhibición de esta enzima puede producir el aumento de los niveles de GLP-1 y potencialmente mejorar el control de glicemia postprandial. Los inhibidores de DPP-IV se encuentran en diferentes estadios de desarrollo. En estudios clínicos, vildagliptin mejora el control glicémico al ser utilizada como monoterapia o en combinación con metformina. Aunque los datos preliminares sugieren beneficios en la reducción de la HbA1c y patrón de seguridad y tolerabilidad similar entre adultos mayores e individuos más jóvenes, se requieren estudios adicionales para evaluar sus efectos a largo plazo.

d) Antagonista del receptor canabinoides

Rimonabant es el primero en una nueva clase de agentes que bloquean en forma selectiva el receptor canabinoides-1, un sistema de señales endógenas importante para el metabolismo de los lípidos y la glucosa en el tejido adiposo. Este medicamento puede ayudar a regular la ingesta de alimentos y el balance de energía, con un efecto significativo en la pérdida de peso y en la mejoría del perfil lipídico y el control de la glicemia. Aunque el medicamento está disponible en Europa y en algunos países de Latinoamérica, no ha sido aprobado

en los Estados Unidos de América debido al riesgo potencial de depresión y convulsiones que se ha observado en algunos estudios.

e) *Bromocriptina*

La bromocriptina de liberación corta es un agonista del receptor de la dopamina que actúa en el sistema nervioso central. La FDA aprobó su uso como adyuvante de la dieta y el ejercicio para mejorar el control de la glicemia en adultos con diabetes tipo 2. Estos pacientes tienen niveles disminuidos de dopamina por las mañanas y la administración temprana (dentro de las dos horas después de despertarse) de bromocriptina puede normalizar estas alteraciones en el tono dopaminérgico que se asocian con insulino-resistencia, aumento de ácidos grasos libres y triglicéridos y elevación de la tensión arterial. En un estudio clínico (Estudio Cycloset) que incluyó 3.070 pacientes, la mayoría en otros antidiabéticos orales, *bromocriptina de liberación corta* (dosis entre 0,8 y 4,8 mg diarios) condujo a una reducción de la HbA1c (-0,6 a -0,9 %) y un menor riesgo de eventos cardiovasculares en un año de tratamiento. Aunque este medicamento puede producir transitoriamente náuseas, fatiga, mareos, vómitos y dolor de cabeza, el beneficio cardiovascular aunado al bajo riesgo de hipoglicemia ofrece una novedosa y segura modalidad terapéutica para los adultos mayores con diabetes tipo 2.

Insulina y análogos de insulina

El uso de insulina frecuentemente se inicia cuando las dosis máximas de un sólo medicamento o de la combinación de agentes orales no permite el control apropiado de la glicemia. Puesto que la diabetes es una enfermedad progresiva, con pérdida gradual de la función de las células beta, se debe educar a los pacientes sobre este aspecto de la historia natural de la enfermedad y aclararles que el iniciar el uso de insulina no significa que ellos hayan fallado. La insulina y sus análogos están disponibles como preparaciones de acción larga, intermedia y corta, así como en forma inhalada (esta última recientemente aprobada por la FDA para ser usada en pacientes diabéticos tipo 1 ó diabéticos tipo 2). Al iniciar a un paciente adulto mayor con insulina se deben discutir las ventajas y limitaciones con este ajuste en el tratamiento. Se deben evaluar cuidadosamente los problemas físicos, mentales y visuales; se deben establecer metas prácticas y seguras para el control de la glicemia, según las necesidades y capacidades individuales de cada paciente. La dosis de insulina debe establecerse individualmente de acuerdo

a los niveles de glucosa de cada paciente, su pronóstico/ expectativa de vida según las enfermedades o condiciones médicas coexistentes y los objetivos del tratamiento preestablecidos.

La insulina se inicia frecuentemente en combinación con uno ó más agentes orales. La insulina basal –de acción intermedia o larga– se inyecta antes de dormir y se incrementa lentamente para lograr niveles adecuados de glucosa en horas de la mañana. De ser necesario, se añade una segunda dosis y/o insulina de acción rápida durante el día. Se deben evitar regímenes complejos con múltiples dosis de insulina a menos que sean esenciales para la sobrevida y calidad de vida del paciente. Se dispone de una gran variedad de insulinas, desde aquellas de acción muy rápida hasta las de acción muy prolongada y combinaciones premezcladas (tabla 4).

Tabla 4
Preparaciones de insulina

Preparaciones	Inicio	Pico	Duración	Indicación
Insulinas (Humulin, Novolin®)				
a) Acción corta:				
Regular	0,5–1 h	2–3 h	6–12 h	Prandial
b) Acción intermedia:				
NPH	1–1,5 h	4–12 h	8–12 h	Basal
Lente (acción intermedia)	1–2,5 h	8–12 h	10–24 h	Basal
c) Acción larga:				
x Ultralenta	4–8 h	16–18 h	36 h	Basal
Análogos de insulina				
a) Acción rápida:				
Insulina aspart (NovoLog®)	30 min	1–3 h	3–5 h	Prandial
Insulina lispro (Humalog®)	15 min	0,5–1,5 h	3–5 h	Prandial
Insulina glulisina (Apidra®)	15 min	0,5–1,5 h	3–5 h	Prandial
b) Acción larga:				
Insulina glargine (Lantus®)	1– 2 h	—	22–24 h	Basal
Insulina detemir (Levemir®)	1– 2 h	—	14–24 h	Basal
Combinación premezclada de insulina/análogos				
NPH & mezcla de insulina regular (70/30 or 50/50); NPH y mezcla de análogo de insulina (NPH & lispro 75/25, NPH & aspart 70/30)	30 min	2–12 h	24 h x	mezclada

H, hora(s); min, minuto(s); NPH Protamina Neutral Hagedora (insulina).

El mayor riesgo en el tratamiento con insulina es la hipoglicemia. La evidencia sugiere que los adultos mayores vulnerables tienen mayor riesgo de hipoglicemia severa cuando se comparan con aquéllos más saludables y en mejor estado funcional. Un abordaje práctico para mejorar los beneficios y reducir el riesgo asociado consiste en:

- Continuar con el uso de medicamentos orales: existe evidencia de que se aumenta la efectividad de la insulina residual, se reduce la variabilidad de la glicemia durante el día y se puede ayudar al control del peso.
- Usar insulina basal (NPH o glargine) tempranamente: con una dosis inicial de 10 unidades HS (5 unidades si el paciente es vulnerable) o hasta 0,25 unidades por kilogramo de peso, y luego ajustar la dosis semanalmente o dos veces por semana hasta lograr la meta de una glicemia en ayunas entre 120-140 mg/dl.
- Usar análogos de insulina en pacientes que requieren insulina prandial: se puede disminuir el riesgo de hipoglicemia en pacientes cuya ingesta de alimentos es muy variable en cantidad y en horario, o en aquéllos cuya digestión y/o absorción de alimentos es impredecible.

Se debe supervisar aquellos pacientes con problemas motores o visuales para verificar que la administración de la insulina es apropiada. Cuando se observa la técnica para la inyección de insulina del paciente se pueden sugerir estrategias como utilizar luz adicional, lentes apropiados o jeringas premezcladas. Con frecuencia los adultos mayores cometen errores cuando ellos mismos tratan de mezclar la insulina y es necesario cuidar que la dosis sea la apropiada. Los familiares, asistentes en los hogares de ancianos y las enfermeras a domicilio pueden ayudar en la implementación de estas técnicas. La actitud de los médicos y educadores es importante para promover la aceptación del tratamiento con insulina. Se deben discutir los beneficios y los retos potenciales de la terapia con insulina, explicándoles que su uso corresponde al tratamiento de un estadio particular (avanzado) de su diabetes. De esta forma se puede disminuir la resistencia del paciente al uso de insulina asociada al miedo a la inyección, dolor, hipertrofia del tejido adiposo, complejidad del tratamiento, etc. Así mismo, debe reconocerse y abordarse la resistencia que los médicos y otros proveedores de salud tienen

hacia el uso de insulina por la falta de tiempo y recursos para supervisar el tratamiento, el escepticismo acerca de la efectividad de la insulina y la percepción del riesgo cardiovascular. Finalmente, es importante entender las limitaciones médicas asociadas con el uso de insulina (la ganancia de peso y el riesgo de hipoglicemia) para superar estas barreras y aplicar el tratamiento en la forma más apropiada.

Otras recomendaciones en el manejo de los adultos mayores

Como muchos de adultos mayores con diabetes tienen múltiples medicamentos indicados para las enfermedades coexistentes (polifarmacia), es apropiado incluir a un farmacéuta en el equipo de manejo de la diabetes, mejorando así la detección de tratamientos redundantes, y la interacción potencial con otras enfermedades, medicamentos y alimentos. Un farmacéuta puede ayudar a identificar estrategias para simplificar los programas de tratamiento en pacientes con otras comorbilidades.

La efectividad el tratamiento es mayor cuando los medicamentos se toman según las indicaciones correspondientes. Las siguientes recomendaciones pueden aumentar la adherencia de los pacientes a su plan de tratamiento:

- Incorporar los medicamentos en la rutina diaria.
- Enseñar a los pacientes a entender las etiquetas de sus medicinas.
- Suministrar instrumentos para recordarles la toma de medicamentos, tales como calendarios, pastilleros, alarmas, etc.
- De ser necesario, recomendar cortadores de pastillas y/o lupas (lentes).

Es importante suministrar la información visual y verbal de manera breve y fácil de leer, sobre cada medicamento específico que está siendo usado e indagar acerca de sus efectos colaterales en cada visita. Cuando se considere apropiado, los familiares involucrados en el cuidado diario del paciente deben estar presentes en las sesiones educativas y clínicas. Con frecuencia, estos familiares son también adultos mayores para quienes la adaptación educacional será necesaria.

La participación en equipo es necesaria para el logro de los objetivos del tratamiento de la diabetes en el adulto mayor. Se debe tomar

en cuenta las estrategias disponibles para el control de la glicemia y reducción de factores de riesgo cardiovascular. Se debe discutir con el paciente las complicaciones de la diabetes y las enfermedades co-existentes. Finalmente, se deben evaluar constantemente las habilidades del paciente y de sus familiares así como su disposición para cumplir con el plan de tratamiento establecido. La promoción de la auto-eficacia, usando estrategias novedosas como los pacientes expertos y la telemedicina, puede facilitar la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida del adulto mayor con diabetes.

Agradecimientos

Apoyo institucional de la OPS (RG-T-VEN-3224), Universidad de Miami (CTSA K12), la Fundación de Salud en el Sur de la Florida (HFSF) y el Departamento de Salud/Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU. (HHS-NIH R18AE000049-01).

Bibliografía

- Arterburn DE, Crane PK, Sullivan SD. (2004). The coming epidemic of obesity in elderly Americans. *J Am Geriatr Soc*; 52:1907-12.
- Ahren B. Vildagliptin: an inhibitor of dipeptidyl peptidase-4 with antidiabetic properties. *Expert Opin Investig Drugs*; 15: 431-442.
- Alam T, Weintraub N, Weinreb J. (2006). What is the proper use of hemoglobin A1c monitoring in the elderly? *J Am Med Dir Assoc*; 7: 60-64.
- Al Snih S, Fisher MN, Raji MA, et al. (2005). Diabetes mellitus and incidence of lower body disability among older Mexican Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60: 1152-1156.
- American Diabetes Association (2010). Standards of medical care for diabetes. *Diabetes Care*, 33: S11-S61.
- Aschner P, Ruiz A, Balkau B, Massien C, Haffner S. (2009). Association of Abdominal Adiposity with Diabetes and Cardiovascular Disease in Latin America; *J Clin Hypertens*; 11: 769-774.
- Brown AF, Mangione CM, Saliba D, et al. (2003). California Health Care Foundation/ American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.*; 51: S265-S280.
- Barcelo A, Peláez M, Rodríguez-Wong L, Pastor-Valero M. (2006). The prevalence of diagnosed diabetes among the elderly of seven cities in Latin America and the Caribbean: The Health Wellbeing and Aging (SABE) Project. *J Aging Health*; 18: 224-39

- Buse JB, Henry RR, Han J, et al. (2004). Exenatide-113 Clinical Study Group. Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in sulfonylurea-treated patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 27: 2628-2635.
- Chou KL, Chi I. (2005). Functional disability related to diabetes mellitus in older Hong Kong Chinese adults. *Gerontology*; 51(5):334-9.
- Cycloset Trial Research Group (2010). Randomized Clinical Trial of Quick Release-Bromocriptine among Patients with Type 2 Diabetes on Overall Safety and Cardiovascular Outcomes. *Diabetes Care*; 33: 1503-8.
- De Fronzo RA. (1999). Pharmacologic therapy for type 2 diabetes. *Annals of Internal Medicine*; 131: 281-303.
- Despres JP, Golay A, Sjostrom L. (2005). Rimonabant in Obesity-Lipids Study Group. Effects of rimonabant on metabolic risk factors in overweight patients with dyslipidemia. *N Engl J Med*; 353: 2121-2134.
- Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, et al. (2005). Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the Proactive Study (Prospective pioglitazone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet*; 366: 1279-89.
- Dungan K, Buse JB. (2005). Glucagon-like peptide-1based therapies for type 2 diabetes: a focus on exenatide. *Clinical Diabetes*; 23:56-62.
- Florez H, Luo J, Castillo-Florez S, et al. (2010). Impact of metformin-induced gastrointestinal symptoms on quality of life and adherence in patients with type 2 diabetes. *Postgrad Med*;122:112-20
- Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O (2008). Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med*;358: 580-591.
- Gelfand EV, Cannon CP. (2006). Rimonabant: a cannabinoid receptor type 1 blocker for management of multiple cardiometabolic risk factors. *J Am Coll Cardiol*; 47: 1919-1926.
- Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, et al. (2000). Diabetes and physical disability among older U.S. adults. *Diabetes Care*; 23: 1272-1277.
- Grey A. (2008). Skeletal consequences of thiazolidinedione therapy. *Osteoporos Int*;19:129-37.
- Hirsch IB, Bergenstal RM, Parkin CG, et al. (2005). Practical Pointers: A real-world approach to insulin therapy in primary care practice. *Clinical Diabetes*; 23: 78-86.
- Hollander P, Maggs DG, Ruggles JA, et al. (2005). Effect of pramlintide on weight in overweight and obese insulin-treated type 2 diabetes patients. *Obes Res* ; 12 : 1-8.

- Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. (2008). 10-Year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*; 359:1577-1589
- Kendall DM, Riddle MC, Rosenstock J, et al. (2005). Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in patients with type 2 diabetes treated with metformin and a sulfonylurea. *Diabetes Care*; 28: 1083-1091.
- Kimmel B, Inzucchi SE. (2005). Oral agents for type 2 diabetes: an update. *Clinical Diabetes*; 23: 64-76.
- Lebovitz H. (2006). Diabetes: assessing the pipeline. *Atheroscler Suppl*; 7: 43-9.
- Macheledt JE, Vernon SW. (1992). Diabetes and disability among Mexican Americans: the effect of different measures of diabetes on its association with disability. *J Clin Epidemiol*; 45: 519-528.
- Maty SC, Fried LP, Volpato S, et al. (2004). Patterns of disability related to diabetes mellitus in older women. *J Gerontol* ; 59 : 148-153.
- Meneilly GS, Tessier D. (2001). Diabetes in elderly adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56: 5-13.
- Menendez J, Guevara A, Arcia N, et al. (2005). Chronic diseases and functional limitation in older adults: a comparative study in seven cities of Latin America and the Caribbean *Rev Panam Salud Publica*; 17: 353-61
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. (2009). Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy: A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*; 32:193-203.
- Phillips P, Karrasch J, Scott R, et al. (2003). Acarbose improves glycemic control in overweight type 2 diabetic patients insufficiently treated with metformin. *Diabetes Care*; 26: 269-273.
- Piette JD, Kerr EA. (2006). The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care*; 29: 725-731.
- Pitale S, Kernan-Schroeder D, Emanuele N, et al. (2005). VACSDM Study Group. Health-related quality of life in the VA Feasibility Study on glycemic control and complications in type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*; 19: 207-211.
- Pi-Sunyer FX, Aronne LJ, Heshmati HM, et al. (2005). Effect of rimonabant, a cannabinoid-1 receptor blocker, on weight and cardiometabolic risk factors in overweight or obese patients: RIO-North America: a randomized controlled trial. *JAMA*; 295: 761-775.
- Pogach LM, Brietzke SA, Cowan CL, Jr, et al. (2004). VA/DoD Diabetes

- Guideline Development Group. Development of evidence-based clinical practice guidelines for diabetes: the Department of Veterans Affairs/ Department of Defense guidelines initiative. *Diabetes Care*; 27: 82-89.
- Ratner RE, Dickey R, Fineman M, et al. (2004). Amylin replacement with pramlintide as an adjunct to insulin therapy improves long-term glycaemic and weight control in Type 1 diabetes mellitus: a 1-year, randomized controlled trial. *Diabet Med*; 21: 1204-1212.
- Sakharova OV, Inzucchi SE. (2005). Treatment of diabetes in the elderly. Addressing its complexities in this high-risk group. *Postgrad Med*, 118: 19-26
- Saudek CD, Hill GS. (1999). Feasibility and outcomes of insulin therapy in elderly patients with diabetes mellitus. *Drugs Aging*; 14, 375-385.
- Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR (1997). Incidence and risk factors for serious hypo-glycemia in older persons using insulin or sulfonylureas. *Arch Intern Med*; 157: 1681-86.
- Silliman RA, Bhatti S, Khan A, et al. (1996). The care of older persons with diabetes mellitus: families and primary care physicians. *J Am Geriatr Soc*; 44: 1314-1321.
- Smith NL, Heckbert SR, Bittner VA, et al. (1999). Antidiabetic treatment trends in a cohort of elderly people with diabetes. The cardiovascular health study, 1989-1997. *Diabetes Care*. 22: 736-742.
- The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Study Group (2008). Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med*; 358: 2545-2559.
- The ADVANCE Collaborative Group (2008). Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med*; 358: 2560-2572.
- Veterans Affairs Diabetes Trial Research Group (2009): Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.*; 360:129-39.
- Wallsten SM, Sullivan RJ, Hanlon JT, et al (1995). Medication taking behaviors in the high- and low-functioning elderly: MacArthur field studies of successful aging. *Ann Pharmacother*; 29: 59-64.
- Wong R, Peláez M, Palloni A. (2005). Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. *Rev Panam Salud Publica*; 17: 323-32.
- Yki-Jarvinen H, Ryysy L, Nikkila K, et al. (1999). Comparison of bedtime insulin regimens in patients with type 2 diabetes mellitus. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med*; 130:389-96.
- Zamboni M, Mazzali G, Zoico E, et al. (2005). Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *Inter J Obesity*; 29: 1011-29.

Cuidado de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ¿Cómo educar y motivar al cuidador?

*Gladys E. Maestre de Homes
Universidad del Zulia
Columbia University*

Introducción

El diagnóstico de demencia se acompaña de un gran estrés e incertidumbre por parte de la familia y de aquellos pacientes que pueden entender lo que el diagnóstico significa. Por lo tanto, tan pronto se tenga la certeza de éste, es necesario desarrollar un plan para ayudar a la familia a brindarle los mejores cuidados al paciente. Este plan se debe llevar a cabo con mucho tacto y sin atosigar, sin pretender que la familia asimile toda la información disponible en una sola sesión (Kissel y Carpenter, 2007). Es importante que el profesional de salud tenga presente que tanto la familia como el paciente requieren educación y apoyo. En la medida que la información acerca de la enfermedad llegue en forma clara y sencilla el grado de incertidumbre bajará, se fortalecerán los vínculos de confianza con el profesional de salud y sus indicaciones serán seguidas mas adecuadamente (Fahy, Wald et al., 2003).

La educación que debe brindarse al paciente y la familia debe ante todo responder a las inquietudes de éstos (Edelman, Kuhn et al., 2006). Y es necesario comprender que el satisfacer esta necesidad de información (Timmins, 2006) es una herramienta que puede ayudar al cuidado del paciente en cada una de las etapas de la enfermedad (Cleary, Freeman et al., 2006). Los cuidados y necesidades varían en el mismo sujeto y familia, por eso es necesario estar muy atentos y mantener diversos canales de comunicación abiertos. Pero sobre todo, el profesional de salud debe comunicarse de una manera sencilla, diáfana, hablando un lenguaje común, sin tecnicismos innecesarios y verificando que la información es comprendida (Silverman, 1998 y Baker, Crockett et al., 2007).

A pesar de que el carácter pedagógico de la comunicación es sumamente importante, el mejor indicador de que la comunicación establecida logra ser efectiva es que la información dada por el profesional de salud se transforme en acciones que beneficien al paciente y permitan al cuidador reestructurar su vida adecuadamente. Los mensajes que se brindan a los participantes de este proceso van cambiando y la forma y circunstancias de entregarlo también se van adaptando a las situaciones y al nivel del diálogo establecido a lo largo de la relación entre el profesional de salud y el paciente y su cuidador. Una estrategia muy útil es plantear el diálogo en torno a la programación de 24 horas. En esta programación se establecen las rutinas que seguirá el paciente y su cuidador, incluyendo diversas actividades que involucren actividad física, intelectual y social y no sólo el horario de los medicamentos. El plan que se genera tendrá como objetivos generales:

- Promover la salud general
- Mejorar la calidad de vida del paciente, su cuidador y su familia
- Retardar la progresión de la demencia
- Prevenir complicaciones
- Respetar la dignidad del paciente

La elaboración de este plan permite ir desarrollando aplicaciones prácticas y graduales de los conocimientos que se manejan. Por supuesto que el profesional de salud debe tener en mente las prioridades en cuanto a la *formación* del cuidador, considerando sus habilidades cognitivas, y su estado de ánimo. Algunas de ellas se discuten a continuación:

Prioridades del cuidado

Hay muchas maneras de seleccionar las prioridades de cuidado en una persona con demencia, particularmente si se trata de una persona mayor. En este proceso deben considerarse las necesidades del paciente, las circunstancias que rodean al cuidador y los objetivos que el equipo del profesional de salud pretende alcanzar. Cada profesional de salud, ya sea médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta o cualquier otro miembro del equipo interprofesional tiene que tener claro que las prioridades en el cuidado del paciente pueden variar de un día para otro y que el proceso educativo hacia el cuidador es continuo, permanente y tiene muchas capas.

Como el plan incluye la promoción de salud, prevención de complicaciones y no solo el manejo de problemas, una manera sencilla de explicarle al familiar es que lo primero que hay que mantener en excelentes condiciones son las funciones primarias del ser vivo, que son respirar, comer, dormir, excretar. Si alguna de ellas está alterada, la vida de la persona corre peligro y si alguna de ellas se complica, la vida del cuidador también entrará a otro nivel de complejidad.

A continuación comentaré algunos de los sistemas y sus cuidados que recomiendo a mis pacientes, pero de ninguna forma esta lista es exhaustiva. El profesional de salud debe desarrollar sus propias estrategias basadas en sus experiencias, considerando las evidencias y las circunstancias que rodean al paciente específico.

Cuidar la respiración

Casi todos los adultos saben cuál es la función de los pulmones, independientemente del nivel educativo. Sin embargo, es importante recalcar en un lenguaje sencillo que los pulmones tienen dos funciones principales: obtener el oxígeno del aire y remover el dióxido de carbono de la sangre. Proveer información básica clave ayudará a afianzar la motivación del cuidador. De manera que le puede comentar que durante la respiración el aire entra y sale de los pulmones; fluye a través de vías que se van haciendo cada vez más delgadas y finalmente, llenan unos sacos muy pequeños que se llaman alvéolos. Allí se encuentran con los capilares y el oxígeno llega a la sangre. El dióxido de carbono pasa de la sangre al alvéolo, recorre todas las vías respiratorias de vuelta para ser exhalado.

Es necesario recalcar que en el aire no solo hay oxígeno, sino también hay muchas micro partículas que son invisibles a los ojos como el humo, polvo, polen y microorganismos que se encuentran flotando y son inhaladas por los pulmones. Por esto otra función de los pulmones es proteger a la persona del daño que pueden causar las partículas inhaladas. De esta forma, se ha establecido el marco conceptual de la importancia de mantener en excelentes condiciones la función respiratoria.

Seguidamente hay que explicarle al cuidador los cambios respiratorios que hacen que una persona mayor sea más susceptible a problemas en este sistema y por qué los pacientes con demencias tienen aún más riesgo. Puede, por ejemplo, comentar que con la edad

los pulmones van perdiendo cierta cantidad de alvéolos y también el número de capilares en los pulmones disminuye. Así mismo, debido a la pérdida de la elastina, los pulmones se van haciendo menos elásticos. La elasticidad de la caja torácica también se ve disminuida con la edad. Aunado a esto, la curvatura de la caja torácica puede incrementarse o desviarse con la edad, poniendo a riesgo la capacidad respiratoria del sujeto (Chan y Welsh, 1998). Un concepto clave es el hecho de que con la edad se disminuye la cantidad de oxígeno que difunde desde los alvéolos a la sangre (Massaro y Massaro, 2002). Esto puede usarse para reforzar el concepto generalizado que la pobre oxigenación del cerebro está asociado con la demencia (Yeo, Horan et al., 2007) y por lo tanto, es necesario fomentar una buena función respiratoria. Se ha descubierto además, que una alteración en los valores del dióxido de carbono y oxígeno en sangre, puede acelerar la deposición del tóxico beta amiloide, cuyo exceso se ha asociado con deterioro de las funciones del cerebro (Xie, Moir et al., 2004).

Debido a que la respiración de las personas mayores tiende a ser más superficial, es decir, menos profunda que en las más jóvenes, algunos segmentos de las vías aéreas pueden colapsar y esa parte de los pulmones queda sin procesar la cantidad adecuada de aire. Es importante mencionar que la respiración está comandada por el cerebro, el cual recibe información de varias partes del cuerpo actualizando continuamente el nivel de oxígeno y dióxido de carbono que hay en la sangre, y determinando así, de una manera no consciente la profundidad de la respiración. En las personas con demencia, sobre todo cuando se llega a las etapas avanzadas, puede haber una menor capacidad de respuesta ante las variaciones de los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre, por los distintos grados de deterioro cerebral que acompaña estas etapas.

Las vías respiratorias tienen varias estrategias para defenderse de las micro partículas que se encuentran en el aire. Una de ellas es a través del reflejo de la tos y justamente este reflejo está disminuido en las personas mayores. Otra estrategia es a través de la expulsión de las secreciones que sirven para capturar las micro partículas. Cuando la persona no reconoce que debe toser, que debe expulsar las secreciones, que se encuentra en posición horizontal por mucho tiempo, entonces hay mayor riesgo de neumonía o bronquitis.

Por otra parte, muchas personas mayores han estado expuestos a ambientes que no han favorecido un buen funcionamiento pulmonar.

Por ejemplo han sido fumadores, ya sea activos o pasivos, o han estado expuestos a ambientes altamente contaminados. La presencia de enfermedades bronco pulmonares, tales como el enfisema por ejemplo, es bastante común entre los adultos mayores. De manera que promover una buena salud respiratoria es crucial para mantener un buen estado de salud.

Por supuesto que el profesional de salud debe medir el cuándo, cómo y dónde dará esta información. No debe en ningún momento inferir que el cuidador está consciente de la importancia del cuidado del sistema respiratorio. Ni tampoco debe limitarse a decirle que anime al paciente a inspirar profundamente. He aquí algunos aspectos específicos que deben ser discutidos con el cuidador:

- ***Cómo prevenir el riesgo de aspiración***

Llamamos aspiración al paso de alimentos, saliva, líquidos, partículas que debían ir al estómago y que, sin embargo, terminan en las vías respiratorias. De manera que debemos indicarle al cuidador la importancia de que su paciente:

- Coma sentado
- Mantenga la cabecera de la cama elevada
- No ingiera sólidos y líquidos juntos
- Si el paciente tiene atragantamientos frecuentes, modifique la dieta adecuadamente y no de alimentos con semillas y caramelos duros.
- Evite la manipulación de objetos pequeños, particularmente si el paciente tiene tendencia a introducirse objetos en la boca.
- Converse sobre las medidas de seguridad que deben implementarse a fin de prevenir el riesgo de asfixia, tales como:
 - a) Asegure las llaves de gas, de manera que el paciente no las abra.
 - b) No fume en la cama.
 - c) No deje bolsas de plástico que puedan ser colocadas en la cabeza por el paciente.

- ***Cómo prevenir que el paciente acumule secreciones***

La acumulación de secreciones en las vías respiratorias es bastante común en los adultos mayores. El reflejo de la tos está

disminuido y la mencionada rigidez de la caja torácica, así como la inactividad física están entre los factores predisponentes. Por lo tanto es importante sugerir al cuidador del paciente con demencia:

- Promover la tos, por ejemplo, con una almohada contra el abdomen, cuando el paciente se despierta en la mañana y antes de dormir en la noche.
- Mantener buenos niveles de humedad en el ambiente, sobre todo si el paciente se encuentra la mayor parte del tiempo en una habitación con aire acondicionado. Las inhalaciones de vapor o dejar la ducha abierta con el agua caliente por unos minutos se recomienda hacerlo durante el día.
- Promover inspiraciones profundas.
- Si el paciente tiene tos muy seca, realizar la palmo terapia, es decir, con la mano colocada como si se fuera a recoger agua, aplicar palmadas en el tórax por delante y por detrás en la espalda, debajo de los brazos.

Cuidar la alimentación

Los hábitos dietéticos de una persona que sufre de demencia, ya sea la enfermedad de Alzheimer u otro tipo, pueden tener un efecto directo en su salud y en la progresión de la enfermedad. Es muy importante que los pacientes con demencia mantengan una buena ingesta nutricional así como una cantidad adecuada de líquidos para que se mantengan hidratados (Botella Trelis y Ferrero López, 2004), es por tanto crítico educar a los cuidadores sobre los distintos aspectos que influyen en la calidad del proceso de la alimentación del paciente.

El cuidador se puede sentir perplejo ante el hecho de que el paciente puede sencillamente olvidar lo que significa el hambre. Es decir, percibe la sensación pero no la enlaza con la necesidad de comer. Así mismo, es posible que el paciente olvide que ya comió, o que las medicinas le causen sensaciones como la náusea que lo hace rechazar la comida. Con frecuencia el cuidador insiste en que el paciente «no pone de su parte», o que es glotón o que quiere llamar la atención de las otras personas significativas en la casa. Por eso es crítico que ciertamente el cuidador entienda que este cuadro es un aspecto que puede estar relacionado con el progreso y las fases de la enfermedad.

Al cuidador hay que insistirle que es buena idea llevar un diario de lo que la persona come, de los medicamentos que toma, las horas, los efectos secundarios. En las etapas tempranas, este diario es útil para mantener al paciente involucrado en su alimentación. Los registros en el diario deben ser hechos por el cuidador para que pueda ser un instrumento confiable. Este diario también puede ayudar al profesional de salud a detectar si hay algún tipo de alimento que esté asociado con síntomas indeseados como agitación, nerviosismo, insomnio, estreñimiento o diarrea. A veces hay ingesta excesiva de alimentos ricos en cafeína, como el café, refrescos o ricos en azúcar como los caramelos, postres entre comidas, y estos también deben ser registrados.

El adulto mayor y en particular el demente, debe mantener una dieta balanceada. Se debe explicar al cuidador exactamente qué significa esto. Muchos entienden que una dieta balanceada significa poca comida, sin sal y sin frituras. Cuando en realidad lo que se persigue es una dieta con suficientes proteínas, carbohidratos, grasas de buena calidad, vitaminas y minerales adecuados a los requerimientos de la persona. Los cuidadores pueden argumentar que su paciente con demencia se empeña en ciertos alimentos, sin importar si es lo único que comen. Para el cuidador, muchas veces no «lidiar» con la persona y complacerla en sus gustos es más fácil, que planificar y proveer una dieta adecuada, lo cual genera un desbalance nutricional.

Cómo proporcionar una alimentación balanceada

Cada paciente tiene sus necesidades nutricionales específicas, y por lo tanto, se recomienda, aunque sea una vez al año la visita al especialista en nutrición, con amplia experiencia en ancianos. Sin embargo, cada miembro del equipo de salud debe estar atento a promover una mejor alimentación dialogando con el cuidador acerca de esto. Se hacen las siguientes recomendaciones generales:

- Elaborar los menús por adelantado, considerando que haya frutas, verduras, proteínas de origen animal como leche, carnes y huevos, así como de origen vegetal como granos.
- En lo posible involucrar al paciente en cada paso de la selección de la comida, compra y selección de alimentos, preparación, puesta de la mesa, decoración de los platos.
- Fomentar la anticipación acerca de lo que se va a comer, de lo que se tiene dispuesto para comer.
- Ser creativo en cuanto a la preparación y presentación de

alimentos de manera que se enmascaren los alimentos que son necesarios como, las verduras por ejemplo, pero que el paciente rechaza.

- Leer las etiquetas de los productos que compra, de manera que pueda seleccionar aquellos alimentos que son bajos en grasa, altos en fibra y que tienen poca o ninguna azúcar refinada.

Cuando el paciente se niega a comer

Usualmente el cuidador comenta con suma ansiedad cuando se presenta esta circunstancia. La pérdida indeseada de peso, la palidez en el rostro, apatía, son todos signos que pueden estar vinculados con este problema. Es importante dialogar con el cuidador sobre los factores que pueden estar condicionando la falta de interés del paciente en la comida. Lo primero que se debe descartar es que el paciente tenga algún problema en las encías, labios, garganta o prótesis. También es posible que alguno de los medicamentos le esté causando náuseas y el paciente sea incapaz de comunicar tal sensación y sencillamente deje de comer. Es también usual que se le prepare la comida más «sana» y por ende más insípida o menos atractiva, o también que se le sirva aparte del resto de la familia. Todo esto incide en que el paciente no quiera comer (Morley y Thomas, 1999; Hays y Roberts, 2006). Por lo tanto, cuando el paciente no quiera comer, el cuidador debe:

- Revisar la boca, encías y prótesis.
- Fomentar un ambiente agradable durante las comidas, sin televisor prendido y sin abordar temas de conversación álgidos.
- Evitar que el paciente coma solo, ya que en realidad a nadie le gusta comer solo.
- Servir la misma comida que consume el resto de la familia, respetando sus gustos.
- Hacer que la comida se vea atractiva y que se vea distinta según sea desayuno, almuerzo y cena.
- No poner raciones muy grandes ni mucha variedad en el mismo plato.
- Aumentar el valor energético de las tomas. Es decir que se puede agregar por ejemplo huevo a la sopa, granos al arroz, varias frutas a los jugos, mantequilla de maní al pan. Lo ideal es que sea el nutricionista quien adiestre al cuidador

en cómo enriquecer el valor nutricional y calórico de los alimentos, pero cada quien en el equipo debe estar preparado para establecer un diálogo al respecto.

Es importante que el cuidador reconozca si el paciente está desorientado y por eso no quiere sentarse a comer, ya que entonces es necesario desarrollar claves que le sirvan de referencia temporal y espacial, y que apoyen al cuidador cuando invita al paciente a sentarse en la mesa. En este caso se debe discutir con el cuidador las siguientes opciones:

- Fijar un horario de comidas inamovible.
- Establecer un ritual pre-comida. Es decir por ejemplo: ir al baño, lavar las manos, colocarse la servilleta al cuello y colocar una música suave.
- Comer en lo posible en la misma mesa, en el mismo sitio, con la misma vajilla y con el mismo color del mantel. Esto enviará una señal clara acerca de qué se trata este momento del día.
- Servir los platos de uno en uno. Se puede generar un estado de confusión si el paciente ve muchas cosas en la mesa.

Al cuidador que refiere que el paciente se niega a comer o que come con las manos, es importante sensibilizarlo respecto al hecho de que es frecuente que la persona olvida cómo comer con los cubiertos. Esto se puede dar ya sea porque tiene dificultad para coordinar los movimientos —lo que se conoce como apraxia— o porque ya no reconoce los cubiertos como instrumentos que le sirven para llevar la comida a la boca. Ante tal situación, lo recomendable es explorar con el cuidador las siguientes opciones:

- Utilizar cubiertos especiales o adaptados, por ejemplo de los que usan los niños cuando están empezando a comer, que tienen un mango más fácil de agarrar y las cucharas son un poco más profundas.
- Servir la comida en platos y vasos irrompibles y usar los que son «antivuelcos» porque se adhieren a la mesa.
- Servir la comida ya cortada y las frutas peladas, de manera que el uso del cuchillo no sea necesario.
- Facilitar alimentos que puedan ser agarrados con el movimiento de pinza de la mano, tales como croquetas, albóndigas, empanadas. Este movimiento de pinza debe ser estimulado y

preservado, así como el promover que sea la misma persona y no el cuidador el que se lleva el alimento a la boca.

- Promover el uso de los cubiertos lo más que se pueda, aun en etapas avanzadas de la enfermedad.

Cuando el paciente quiere comer con demasiada frecuencia y/o rapidez

Es posible que el paciente quiera comer todo el tiempo. Las causas pueden ser muy variadas: el olvido de la sensación de saciedad, algunos fármacos como los antipsicóticos, ocasionan un aumento indiscriminado del apetito. Pero sin lugar a dudas, la causa más frecuente de esta situación es que el paciente esté aburrido. Por lo tanto, lo principal es realmente mantener un horario de actividades en el que se planifican las actividades del paciente. Es importante inculcar al cuidador que se requiere un horario flexible, pero variado y con la visión de diversión en mente. Hay que educar al cuidador para que identifique los alimentos de menor cuantía calórica, es decir alimentos sanos como frutas y verduras, gelatina como merienda, yogurt ligero, galletas de dieta, cereal con bajos niveles de azúcar que son los que debe tener a mano para las meriendas de aquellos pacientes que parecen insaciables.

Cuando el paciente come de forma compulsiva y traga casi sin masticar, es necesario implementar las siguientes medidas a fin de evitar el atoramiento que puede conllevar a asfixia o bronco-aspiración:

- Proporcionar raciones pequeñas.
- Comida bien picada y proveer las frutas sin piel.
- Preferir alimentos de fácil digestión
- Siempre servir a temperatura apta para la ingesta a fin de evitar quemaduras.

Cuando el paciente no quiere o no puede tragar

En ocasiones, el cuidador refiere que el paciente retiene la comida en la boca, juega con la misma y no quiere tragar. El profesional de salud debe prestar atención a este síntoma, y discutir con el cuidador las posibles causas de esta situación. Es importante comentar al cuidador que el reflejo de la deglución puede estar disminuido y realmente el paciente no asocia el hecho de tragar con la

masticación. Así mismo, muchas veces con la edad ocurre una pobre salivación, lo que hace más difícil tragar. También se debe comentar con el cuidador que con la edad las papilas gustativas disminuyen la capacidad del paciente para percibir ciertos sabores y entonces la comida se hace insípida y el paciente olvida que tiene alimentos en la boca. Por otro lado, la disfagia o dificultad para tragar puede tener un gran número de causas (Chadwick, Jolliffe et al., 2002) y debe ser objeto de evaluación por parte del médico y a veces se requiere el consejo del especialista.

Hay algunos puntos que deben ser sugeridos al cuidador:

- No introducir comida en la boca hasta que ya haya tragado el bocado anterior y no le queden restos de comida en la boca.
- Procurar alimentos jugosos que estimulen la salivación, se puede iniciar la comida con alimentos cítricos como una mandarina o una fresa.
- Aderezar muy bien los platos, explorar combinaciones de sabores y olores utilizando diversas hojas, hortalizas, vinagre, aceites.
- Cuando ya se encuentre en esa situación no regañar al paciente ni amenazarlo. Más bien, hay que tratar de distraerlo y muchas veces la imitación puede funcionar; es decir, que el cuidador haga que está tragando un bocado de lo mismo que se quiere que el paciente trague. Es importante instruir al cuidador como dar un suave masaje en el cuello que promueva la deglución y/o como ofrecer un pequeño sorbo de líquido.

Si aun así el paciente no quiere tragar, es preferible sacarle la comida de la boca con la mano y posponer el momento de comer. Que en este caso, debe contener alimentos que no requieran tanta masticación por parte del paciente.

Justamente por el deterioro de la deglución, cuyas causas pueden ser diversas, es importante familiarizar a los cuidadores con la maniobra de Heimlich (Heimlich y Patrick, 1990), que se aplica si el paciente se atraganta. Esta maniobra tiene como objetivo sacar el material que está obstruyendo la vía respiratoria y debe aplicarse cuando la persona no puede expulsar el material por sí misma, su cara está colorada o azul por la falta de aire, se agarra la garganta y no puede toser. A continuación se describe la maniobra de Heimlich:

- La persona debe ubicarse por detrás de la víctima y colocar sus brazos alrededor de la cintura.
- Colocar su puño cerrado, con el pulgar hacia adentro, justo por encima del ombligo de la víctima, agarrando el puño firmemente con la otra mano.
- Se hala el puño con fuerza y abruptamente hacia la parte superior y hacia adentro a fin de que el material que causa la obstrucción salga forzosamente fuera de las vías respiratorias.
- A veces es necesario repetir la maniobra varias veces antes de que salga el material atravesado.

Si los trastornos en la deglución son severos, entonces hay que recurrir a la alimentación triturada, que debe ser también balanceada y de buen sabor. El resultante de la trituración debe ser administrado con cuchara y solo cuando no tolere ésta, darle en vaso, biberón o jeringa. Es importante posponer el momento en que deja de usarse la cuchara para usar el vaso/jeringa/biberón/nutrición parenteral, ya sea por tubos nasogástricos o gastrostomías (Lacey, 2004) porque una vez que se pierde esa capacidad, es muy difícil volverla a adquirir.

Cuidado de la excreción vesical y fecal

La eliminación de los residuos del cuerpo a través de la orina y las heces también es una función básica de apoyo a la vida. La incontinencia vesical en las personas mayores es un síndrome bastante frecuente. Sus causas son múltiples y van desde consecuencias de prolapso uterino o vesical producto de partos, como infecciones, enfermedades de la próstata, secuela de radiaciones, producto de la ingesta de fármacos y también pueden tener su origen en la ansiedad (Gray, 2005; Pastore, Kightlinger et al., 2007).

Es importante dialogar con el cuidador sobre los diversos tipos de incontinencia urinaria que puede presentar el paciente con demencia, a fin de que esté alerta y comprenda la necesidad de prevenir las urgencias relacionadas con la incontinencia:

- **Incontinencia de urgencia:** es cuando el paciente sabe que tiene ganas de orinar pero no le da tiempo de llegar hasta el baño. Puede ser que la persona estuviera posponiendo el momento de ir al baño, o que sintió un estímulo como un aire frío o el sonido del agua corriendo.

- **Incontinencia por stress:** es el tipo más común de incontinencia y más en las mujeres. La persona moja su ropa interior cuando tose, estornuda, ríe, levanta objetos pesados o realiza algún tipo de ejercicio.
- **Incontinencia por sobrellenado:** ocurre cuando la cantidad de orina excede la capacidad de la vejiga y entonces ocurre la salida involuntaria de la orina. Muchas personas experimentan que su vejiga nunca está vacía y entonces pasan mucho tiempo en el baño tratando de vaciarla. Ocurre con frecuencia por problemas de próstata.
- **Incontinencia funcional:** es cuando la persona sabe que tiene ganas de orinar, pero por algún problema físico no puede llegar hasta el baño o es incapaz de comunicar que tiene necesidad de ir al baño.
- **Incontinencia refleja:** ocurre cuando hay muy poco control sobre la vejiga y la sensación de plenitud de la vejiga es muy débil.
- **Incontinencia mixta:** generalmente en las demencias, se combinan más de un tipo de incontinencia, por ejemplo la incontinencia por stress se puede conjugar o convertir en funcional a medida que la enfermedad progresa.

En el diálogo con el cuidador es necesario que éste logre identificar que para no ser incontinente, es necesario que se cumplan varias condiciones:

1. Que la persona sea capaz de reconocer la necesidad de orinar y a la vez que pueda reaccionar ante esas señales.
2. Que pueda almacenar la orina en la vejiga y que se pueda aguantar hasta que llegue al baño.
3. Que tenga la suficiente movilidad, balance, fuerza para desvestirse y sentarse en el inodoro.
4. Que a pesar de que no pueda movilizarse sea capaz de pedir la ayuda necesaria para que el cuidador provea un colector de orina.

La promoción de cada una de estas condiciones favorece la prevención y el manejo de la incontinencia.

Cómo prevenir y manejar la incontinencia urinaria

Es muy importante discutir con el cuidador las opciones terapéuticas, así como darle algunas recomendaciones para prevenir y manejar este síndrome. Debido a que la incontinencia urinaria puede presentarse en diversas fases de la enfermedad, pero sobre todo en la severa, nunca es demasiado temprano para iniciar el tema con los cuidadores. He aquí algunas recomendaciones que pueden ser discutidas con los cuidadores con la intención de fortalecer las capacidades de estos para prevenir y manejar la incontinencia urinaria en el hogar:

- Es necesario identificar causas que sean potencialmente tratables de la incontinencia, por lo que es necesario que el clínico descarte varias patologías.
- Durante tres días consecutivos llevar un diario de los eventos relacionados con el hecho. Se debe incluir la hora en que se va al baño, hora en que ocurren los incidentes de incontinencia, anotar si la persona pidió ir al baño o la hora en que se le ofreció ir.
- Establecer un horario que debe guardarse todos los días de la semana. Dependiendo de los patrones de eliminación del paciente, es necesario hacer viajes al baño cada 2 a 4 horas. Es importante tratar de orientar a la persona, por ejemplo señalándole: «papá vamos para el baño para que orines»; «estamos en el baño, trata de orinar» y se le abre la llave del lavamanos y se puede hacer el sonido con la boca, todo para tratar de inducir que la persona orine mientras se encuentra sentada en el inodoro. No se puede poner ningún tipo de presión, al contrario, es importante usar un tono de voz dulce y calmante. También es importante resguardar el pudor de la persona, no fijando la vista en sus genitales.
- Si la persona orinó, hay que decirle que eso está muy bien, y que ahora se sentirá mejor y no quedarse más del tiempo necesario en el baño.
- A veces la persona no reconoce el baño cuando está adornado en exceso, con cortinas, muñecos, etc. Es importante que el baño sea lo más sencillo y distinto al resto de la casa, en lo posible.
- Las maniobras de desvestir al adulto mayor deben ser simplificadas. El uso de cremalleras y cierres mágicos son preferibles que prendas con botones o amarres complicados. Las medias con calzón en una mujer con incontinencia no son recomendadas.

- Durante la noche es importante también mantener un horario; ir al baño aproximadamente cada 4 horas permitirán un buen dormir tanto al paciente como al cuidador.
- Se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y suelo pelviano, tales como apretar el perineo (la distancia entre el ano y los genitales), contraer el abdomen en varias repeticiones, entrecortar la orina.
- Cuando sea necesario el paciente puede usar pañales, pero es importante mantener la higiene adecuada. Cambiar los pañales cada 4 a 6 horas, quitarlos siempre hacia atrás, de manera que los genitales no se contaminen si hay heces.

El adecuado manejo de la necesidad de micción puede mejorar síntomas de agitación, irritabilidad y ansiedad que pueden aquejar al paciente con demencia que sabe que algo anda mal pero que es incapaz de manejar esa actividad por sí mismo.

Cómo manejar la incontinencia fecal en el hogar

La falla en la capacidad para controlar el esfínter anal y así la expulsión de las heces es bastante común, aun en personas que se consideran sanas. La incontinencia fecal es una condición que avergüenza a quien la padece, y en general es uno de los síntomas más difíciles de lidiar cuando un adulto en el hogar la padece. Es importante hacerle comprender al cuidador que la incontinencia fecal es un síntoma y no una enfermedad; por consiguiente, es necesario encontrar las causas de este problema. Sin lugar a dudas, el pobre manejo de la incontinencia fecal es una de las causas de mayor malestar en la familia (Upton y Reed, 2005). En un adulto mayor, generalmente, son varias las causas y no una sola, situación más compleja cuando el síndrome demencial está presente. El profesional de salud debe ser muy sensible a los retos y tratar de entender cuáles son las barreras que cada cuidador presenta para prestar el cuidado apropiado para cada paciente (Forbat, 2004). He aquí algunas sugerencias:

- El cuidador debe asimilar la noción de que es necesario identificar la etiología o causa de la incontinencia fecal, ya que no se le puede achacar solamente al proceso demencial.
- Es necesario incluir en el registro diario a qué hora defecó, las características de la defecación, las circunstancias que

precedieron y qué gestos hizo la persona previamente. Así mismo, en ese diario es importante señalar los fármacos que la persona ingirió, qué comida, frutas, la distancia entre el tiempo de comida y la defecación. Sólo observando y haciendo un papel de detective se puede lograr entender si existe un tipo de patrón de eliminación que permita diseñar un plan de acción.

- Es necesario prestar atención a la dieta. Con la edad las personas pueden hacerse más susceptibles ante ciertos alimentos, como verduras, ciertas frutas (la papaya, el mango, tamarindo y ciruela), yogurt, de manera que hay que vigilar si existe algún alimento que caiga mal. También es importante valorar la cantidad de fibra en la dieta. Algunas personas ingieren exceso de fibra y esto puede causar diarrea.
- Es necesario establecer un horario constante para ir al baño.
- Mantener cada vez al paciente el tiempo suficiente para que se produzca la evacuación (20 minutos).
- No permitir que el paciente permanezca sucio.

Cuidar el nivel de actividad

La excesiva actividad o hiperactividad y la disminución excesiva de la misma hipoactividad constituyen indicadores de alteración general y se pueden deber a muchas causas tales como: presencia de enfermedades, exceso de medicamentos, dolor, depresión, soledad, entre otros (Treatment of dementia and agitation: a guide for families and caregivers, 2007).

Cómo manejar la hiperactividad, agitación y vagabundeo en el hogar

El profesional de salud debe entender que en el hogar nadie puede estar tranquilo cuando el paciente está en estado de hiperactividad. El cuidador se desespera y tiene la sensación de un inminente peligro, muchas veces acompañado por un sentimiento de impotencia que lo puede neutralizar. Es por esto que el profesional de salud, debe «ponerse en los zapatos» de ese cuidador cuando le va a hablar de la prevención y manejo de la hiperactividad. Este término se utiliza para describir

varias conductas que se ven en pacientes con demencia. Ocurre cuando la persona camina mucho, no se queda quieta, demuestra intranquilidad, camina de noche, se quiere salir de la casa, entre otras.

Las causas de la hiperactividad son muy variadas. Algo fundamental es que el cuidador debe entender que la lógica del paciente puede ser muy distinta a su lógica. Por lo tanto es necesario que el cuidador considere que:

- Es posible que el paciente empezó a buscar algo con un propósito, como por ejemplo prepararse una taza de té, pero se le olvidó cuál era su propósito original.
- El paciente puede haber empezado a buscar a alguien o algo que está en su pasado, por ejemplo un familiar muerto o una casa o un sitio donde la persona pasó mucho tiempo.
- Cuando el paciente camina mucho, sin un objetivo preciso, se llama vagabundeo y puede ser producto de los cambios en el cerebro que lo hacen estar sin descanso e hiperactivo.
- Si el paciente realiza estos movimientos por aburrimiento hay que intentar subsanar la situación.
- Los cambios en el entorno, como una mudanza, un nuevo cuidador, etc., hace que el paciente se sienta inseguro y ansioso y lo demuestra con un nivel de actividad diferente al usual.
- Si el paciente tiene algún dolor (como dolor de cabeza, infección urinaria o en un oído) pero es incapaz de ubicar y de comunicar dicho sentimiento, entonces, la hiperactividad es una manera de manifestar ese dolor.
- Finalmente, si la persona siempre ha sido una persona activa y le gustaba caminar o barrer, puede ser sencillamente una manera de continuar un hábito de toda la vida.

Algunas recomendaciones para manejar la hiperactividad y/o el deambular constante que deben ser discutidas con el cuidador:

- Tener un horario de actividad física y seguirlo habitualmente.
- Mostrarle afecto, justo antes de que empiece la situación inquietante.
- Ofrecerle alternativas que le agraden y que le mantengan sentado, aunque sean repetitivas (doblar trapos, ver fotos, escuchar música, etc.)

- Proveerle una ruta segura para que camine, eliminar obstáculos o elementos decorativos con los cuales se pueda tropezar.

Qué hacer cuando el nivel de actividad del paciente es mínimo

El profesional de salud debe promover el diálogo con el cuidador sobre cómo afrontar el hecho de que el paciente se presenta con hipoactividad, es decir, una disminución exagerada de su actividad. Se debe indicar al cuidador cómo descartar si el paciente está sufriendo un accidente cerebrovascular o un infarto o alguna condición que pueda desencadenar la muerte del paciente. Por lo tanto, es preciso conversar con el cuidador acerca de los síntomas de alarma, particularmente si la hipoactividad se presenta de manera súbita y se acompaña de palidez, sudoración, movimientos extraños de alguna parte del cuerpo, rigidez o desviación de los rasgos faciales. Así también, hay que estar alerta por si se trata de alguna otra causa médica, como por ejemplo sobredosis de medicamentos, interacción medicamentosa, descompensación electrolítica.

En cambio, si la hipoactividad se ha ido instalando poco a poco entonces lo clave es incentivar la movilización tanto activa como pasiva. Esto se logra con suma paciencia y delicadeza y es prudente:

- Diseñar series de ejercicios, inclusive para cuando este sentado.
- Movilización pasiva de las articulaciones
- Movilizar y masajear las zonas distales
- Mantener buena alineación corporal

Si el paciente está encamado es necesario proteger la integridad de la piel y por ello es importante cambiar de posición al paciente con bastante frecuencia. Consultar con una enfermera con experiencia es imprescindible para la prevención de escaras y las técnicas de movilización.

Cuidar del buen dormir

Una de las quejas más frecuentes del cuidador, es que no puede dormir porque su paciente tiene problemas de sueño. Dormir bien es clave para la salud. Sin embargo, los trastornos para dormir son comunes en los adultos mayores con demencia. Estudios poblacionales han demostrado que entre 19 y 44% de los pacientes con

demencia tienen problemas para dormir (McCurry, Reynolds et al., 2000). Estos problemas pueden consistir en aumento en el número de veces que la persona se despierta durante la noche, la longitud de estos periodos y el dormir siestas durante el día (Vitiello, 2000; Vitiello y Borson, 2001). Estos trastornos del sueño en pacientes dementes se ven con más frecuencia en los hombres, con problemas más severos con su memoria y en quienes su actividad física está disminuida (McCurry, Logsdon et al., 1999). Se ha reportado que en pacientes institucionalizados con demencia severa, no hay ni siquiera una hora en las 24 horas en las que el paciente esté plenamente despierto o dormido (Pat-Horenczyk, Klauber et al., 1998).

Dichos trastornos para dormir constituyen verdaderas pruebas de resistencia física y psicológica para los cuidadores (Donaldson, Tarrier et al., 1998).

Es muy importante verificar que el cuidador está al tanto de las diversas estrategias no farmacológicas que lo pueden ayudar a manejar los trastornos del sueño. La higiene del sueño es fundamental, es decir, restringir el tiempo que la persona pasa en la cama durante el día, desarrollar una rutina antes de acostarse, aumentar la actividad física durante el día pero no antes de la hora de dormir, proveer un ambiente tranquilo, reposado, alejado de ruidos de televisor o música (Ancoli-Israel y Vitiello, 2006). Es importante reafirmar al cuidador que:

- El paciente debe sentir que siempre hay alguien a su lado y dispuesto a ayudarlo y acompañarlo.
- Las necesidades básicas deben estar satisfechas (limpio, sin hambre, comunicación, entretenimiento) a fin de facilitar la conciliación del sueño.
- Si el paciente se levanta a media noche y decide la realización de una actividad que no es propia ni del lugar ni de la hora, no intentar razonar acerca de lo inadecuado de su proceder. Más bien, hay que buscar la manera de desviar su atención, entretenerlo e intentar con cariño que vuelva a la cama.

Comunicación

Uno de los elementos que determina la calidad de la relación entre el cuidador y el paciente es la comunicación, la cual depende de varios factores, entre ellos el nivel educativo de cada una de las personas involucradas y el nexo afectivo que las une. En un paciente con demencia, la comunicación se puede alterar de muchas formas

y por ello es necesario fortalecer las destrezas y habilidades del cuidador no sólo para mantener las líneas de comunicación abiertas con el paciente, sino también para que aprenda a comunicarse utilizando estrategias que no había ensayado hasta ahora.

Es importante que el cuidador asuma que uno de los problemas más frustrantes que tiene el paciente con demencia es perder la habilidad de comunicar su pensamiento, su sentimientos y sus necesidades. A medida que la enfermedad progresa, vivencia una disminución en su habilidad para encontrar las palabras, pronunciarlas, hablar con sentido y hasta entender lo que se le dice. Es posible también que el sentido, qué es lo apropiado decir o callar también se afecte, y el paciente diga cosas que nunca hubiese dicho antes, o que interrumpa a quien le hable, que divague tanto que no se sepa que quiere decir en realidad. Todo esto puede conllevar a un gran aislamiento (Acton, Yauk et al., 2007).

El paciente con la enfermedad de Alzheimer y también con otras demencias, repite mucho las cosas. Puede preguntar las mismas cosas una y otra vez. Este signo puede generar irritación por parte del cuidador que no entiende que usualmente esto es un signo de ansiedad y que puede estar relacionado con la progresión de la patología en el cerebro (Pekkala, Albert et al., 2008)

El principal mensaje que debemos lograr que el cuidador asimile es: «SEA FLEXIBLE». El profesional de la salud debe insistir en que las palabras no son la única forma de comunicación (Pattee, Von Berg et al., 2006); que las palabras son sonidos y letras que se van colocando una detrás de la otra y que el paciente con la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, puede haber perdido esta capacidad. Pero lo que las palabras representan, los objetos, las emociones y pensamientos son mucho más, por eso no es posible resumir la comunicación a palabras. Es importante incentivar al cuidador a que descubra y aprenda cómo interpretar a ese ser querido, sin prisa, sin presión, sin falsas expectativas (Silverman, 1998).

También hay que hacerle ver al cuidador que hay actitudes de él o ella que pueden entorpecer la comunicación con el paciente. Una de las barreras más difíciles de salvar es cuando se atenta contra la autoestima del paciente y la comunicación es dominada por el temor y la agresividad. Es importante entonces, ayudar a detectar en el cuidador las actitudes de regaño o cuando le habla al paciente como si fuera un niño. Hay que incentivar al cuidador a que comparta actividades y pasatiempos con su paciente y que le demuestre continuamente que la valora y estima. El cuidador debe aprender a hacer todo lo que esté a su alcance para preservar

la autoestima del individuo, particularmente sin discutir ni regañar a la persona delante de otros (Polk, 2005). También es frecuente que el cuidador complete las frases del paciente, de manera que poco a poco vaya sustituyendo las palabras de éste por las suyas (Orange, Lubinski et al., 1996). Aunque si bien es cierto que esto acelera la comunicación, también es cierto que a la larga puede traer como consecuencia que se limite la capacidad de expresarse del paciente. Estos temas hay que hablarlos con los cuidadores y no esperar que los aprenda por sí mismo.

Cómo hablarle al paciente con demencia

Este es un tema que debe ser tratado con calma por el profesional de salud. Es un tema delicado y que de entrada puede ser que el cuidador se muestre resistente. Considero que siempre es positivo, afrontar los diversos aspectos de la comunicación, a fin de evitar que se desarrollen hábitos inadecuados que puedan interferir con la calidad de vida del paciente y su cuidador. Hablar con el cuidador del problema es crítico y hay que hacerlo como parte de la consulta, y no criticando la manera en que él o ella se dirigen al paciente. El profesional de salud puede ejercer una influencia importante en el cuidador, tenga esto en cuenta así como la necesidad de que su propia comunicación con el cuidador sea buena. Algunas de las recomendaciones a discutir con los cuidadores son:

- Hablar con el paciente siempre de manera gentil, a un volumen moderado. Los gritos pueden desencadenar reacciones muy violentas en los pacientes.
- Construir oraciones cortas, con palabras sencillas y enfocadas en una idea.
- Hablar al paciente despacio y poniendo énfasis en la entonación y su lenguaje corporal cuando quiera llamar la atención sobre una idea en particular.
- Repetir al paciente el punto de su mensaje de diversas formas.
- Aprovechar cualquier contacto para sonreír al paciente, para reafirmar el afecto que los une, la fecha, la hora, el lugar, los nombres de las personas, incluyendo el suyo y el del paciente.
- Recaltar la identidad de las personas con quien el paciente tiene contacto, por ejemplo: «este es tu hijo Antonio que te viene a visitar».
- Tratar de enfocar más el intercambio de sentimientos que en contenido de la conversación.

Simplificar los comandos

El profesional de salud que pretenda aportar información útil en cuanto al manejo de la comunicación, debe abordar cómo dar instrucciones, comandos. Mucho de la comunicación entre el cuidador y el paciente se basa en esto. Por eso deben plantearse las siguientes acciones:

- Cuando quiera que el paciente siga direcciones o instrucciones, vaya diciéndole poco a poco y paso a paso lo que usted quiere que haga. No le dé una nueva instrucción hasta que haya culminado lo que estaba haciendo. Por ejemplo, cuando el paciente empieza a tener dificultades para vestirse, es importante reforzar la secuencia de qué piezas debe ponerse. No le diga de una vez todo lo que espera que ella o él haga, vaya diciéndole poco a poco.
- Establezca rutinas para el paciente, y poco a poco vaya describiendo los pasos y repitiéndolos cada vez que tiene la oportunidad.
- Verifique que el paciente le entendió y cuando realice la actividad adecuadamente, prémíela con una sonrisa.
- Use nombres específicos de gente, lugares, o cosas, en vez de pronombres ambiguos, como él, ella, allá.
- Diga sin ambigüedades cuál es el objetivo a lograr.
- Repare, complete o corrija lo que el paciente intenta decir con delicadeza y sin apuro. Por ejemplo, dele claves fonéticas para ayudarla a recordar lo que quería decir. Deje que el paciente haga el esfuerzo de recordar y no le anticipe lo que va a decir. Anímelo sutilmente a que lo diga con otra palabra.
- Evite las peleas y el abuso verbal

Es importante que el cuidador aprenda a identificar cuando el paciente está cansado, apurado y frustrado, ya que no es extraño que en estas circunstancias se abuse verbalmente de él. Lo que esto significa es que se grita, se ofende, se pelea. El profesional de salud debe mostrarse empático frente a los sentimientos, pero enérgico en cuanto a lo que merece el paciente con demencia. Por lo tanto, debe convencer al cuidador de que cuando sienta ganas de explotar, de gritar o pelear con el paciente, trate de relajarse, respirando profundo, quedándose a solas por unos momentos, sacudiendo suavemente los brazos y manos. Es importante que el cuidador comprenda que

no debe dejar que el estrés y exasperación lo lleven a una situación que el mismo repudiará más adelante.

Es importante también no ser víctima del abuso verbal de un paciente con demencia. El cuidador debe evitar los argumentos sobre ideas que pueden irritar al paciente. Mientras más importancia les de a ideas que despiertan un contenido emocional, más se grabarán y más daño harán. El profesional de salud debe proveer ejemplos de cómo distraer al paciente con delicadeza y creatividad.

Cómo comunicar algo importante

Hay ocasiones en que es muy importante poder comunicar un determinado mensaje al paciente con demencia. Algunas sugerencias para hacer su comunicación más efectiva con un paciente demente son:

- Crear el momento y buscar el lugar apropiado. Si el televisor está prendido o la música tiene un volumen muy alto, deténgase un momento a mejorar esta situación.
- No forzar la comunicación.
- Aprender a interpretar los silencios.
- Ubicar su rostro al mismo nivel del paciente, de frente, de manera que el pueda ver su expresión facial.
- Hablar despacio, enfatizando los movimientos de los labios y con actitud comprensiva.
- Evitar dar noticias o emitir juicios que sepa o presuponga que puedan afectarle negativamente

Manejo de signos y síntomas psiquiátricos

A medida que la demencia progresa la disrupción de la conectividad en el cerebro puede generar alteraciones en la percepción de la realidad y por ello es necesario estar preparado para conversar con el cuidador acerca de las fluctuaciones en la conducta y de la aparición de síntomas y signos psiquiátricos (Gabay, Herrera Mingorace et al., 2008). De hecho, diversos estudios han encontrado que cerca de un 96% de los pacientes con demencia tienen algún síntoma en la esfera psiquiátrica. El más frecuente de tales síntomas es la apatía (59,6%) seguida por depresión (58,5%), irritabilidad (44,6%), ansiedad (44%) y agitación (41,5%) (Petrovic, Hurt et al., 2007). Los signos y síntomas psiquiátricos ocasionan gran desconcierto y miedo en el cuidador, y por ello hay que educarlo acerca de esto antes de que aparezcan.

Cómo manejar la presencia de alucinaciones

Las alucinaciones son uno de estos trastornos que causan temor entre todos los miembros de la familia del paciente demente. Las alucinaciones pueden afectar cualquiera de los sentidos. El paciente demente puede ver, oír, probar, oler o sentir cosas que realmente no están allí. Las alucinaciones más frecuentes son las visuales. No todos los individuos las experimentan, pero ciertamente hay ciertos tipos de demencia, como la de cuerpos de Lewy en las que son sumamente frecuentes y detalladas (Jellinger, Wenning et al., 2007). Generalmente tienen que ver con la presencia de personas en la casa, a veces figuras mítico-religiosas, personas queridas que han muerto. No necesariamente estas visiones son atemorizantes y muchos pacientes aprenden a «convivir» con estas visiones. Sin embargo, no es extraño que oigan voces, que reciban órdenes que pongan en peligro la vida del paciente.

De manera que es importante preparar al cuidador si sospeche que el paciente tiene alucinaciones y para ello es necesario que aprenda a:

- Valorar el alcance de las alucinaciones, si son inofensivas no magnificar el problema.
- No intentar razonar acerca de las alucinaciones.
- No dar la razón, pero si no hay peligro, tolerar un rato la situación para luego tratar de liberarle, distrayendo, cambiando de habitación, ofreciendo una golosina, en fin dando alternativas para que fije su atención en otra cosa.
- Mantener a las personas ocupadas para que tengan menos alucinaciones.
- Darle confort y simpatía si el paciente está asustado o ansioso.
- Mantener a su médico informado, ya que hay medicinas que pueden ayudar a controlar las alucinaciones, y por otro lado, las alucinaciones también pueden ser causadas por problemas médicos e interacciones medicamentosas.

Trastornos de conducta

Entre las principales causas de consulta en los pacientes dementes se encuentran los trastornos de conducta. Dentro de estos tenemos:

- Patear, golpear
- Gritar, llamar continuamente
- Desinhibición sexual (verbal o física)

- Jugar con las excretas
- Agresión
- Conductas para llamar la atención

Los trastornos de conducta pueden ser debidos a cambios inherentes a la patología demencial, a co-morbilidades, alteraciones en el ambiente, falta de conocimiento o destreza del cuidador y falta de educación de la familia acerca del proceso de la enfermedad. Por eso es tan importante que se converse con el médico y el equipo de salud en general acerca de los detonantes, atenuantes, curso y demás detalles acerca de estos cambios.

El cuidador debe aprender a evaluar el ambiente en que se encuentra el paciente, porque a veces existen factores que facilitan la aparición de estos trastornos de conductas, tales como: cambios de sitio, ruidos excesivos o repetitivos, televisor, brillo de los pisos, ventanas, espejos, golpear de puertas, proximidad al baño, presencia de niños que pelean o juegan o corretean, personas que los irritan, juzgan, los entristecen.

Es importante escuchar al cuidador y enseñarle a simplificar sus reacciones frente a la aparición de los síntomas psiquiátricos, de manera que se sugiere que el cuidador:

- Identifique lo que se ha hecho antes, particularmente, qué ha funcionado ante situaciones similares.
- Trate de que el paciente vuelva a su rutina cuanto antes.
- Sea creativo.
- Sea paciente y afectuoso.
- Promueva la estimulación sensorial, tal como cambios de colores, exposición a texturas interesantes, olores agradables, música suave, evocadora.

En resumen, los profesionales de salud tenemos el gran reto de comunicarnos efectivamente con el paciente con demencia y los cuidadores, para ello debemos tener claro qué es lo que debemos comunicar, cómo hacerlo y ser consistentes en nuestro esfuerzo por formar y mantener motivado al cuidador. La educación del cuidador no tiene fin, tampoco el fortalecimiento de las capacidades del profesional de salud para educar al cuidador, porque siempre surgen nuevos retos y nuevas soluciones.

Referencias bibliográficas

- Acton GJ, Yauk S, et al. (2007). Increasing social communication in persons with dementia. *Res Theory Nurs Pract* 21(1): 32-44.
- Ancoli-Israel S y Vitiello MV. (2006). Sleep in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(2): 91-4.
- Baker H, Crockett R, et al. (2007). Why don't health professionals check patient understanding? A questionnaire-based study. *Psychol Health Med* 12(3): 380-5.
- Botella Trelis JJ y Ferrero Lopez MI. (2004). [Nutrition of Alzheimer's patients in the family setting]. *Nutr Hosp* 19(3): 154-9.
- Cleary M, Freeman A, et al. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *Int J Ment Health Nurs* 15(3): 189-94.
- Chadwick DD, Jolliffe J, et al. (2002). Carer knowledge of dysphagia management strategies. *Int J Lang Commun Disord* 37(3): 345-57.
- Chan ED y Welsh CH. (1998). Geriatric respiratory medicine. *Chest* 114(6): 1704-33.
- Donaldson C, TARRIER N, et al. (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 13(4): 248-56.
- Edelman P, Kuhn D, et al. (2006). Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their family caregivers living in rural communities. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 21(4): 226-33.
- Fahy M, Wald C, et al. (2003). Secrets and lies: the dilemma of disclosing the diagnosis to an adult with dementia. *Age Ageing* 32(4): 439-41.
- Forbat L. (2004). Listening to carers talking about the subjects of continence and toileting. *Nurs Times* 100(2): 46-9.
- Gabay PM, Herrera Mingorance J, et al. (2008). [Behavioural and psychological signs in dementia. Clinical features. Pharmacological and non-pharmacological treatment strategies.]. *Vertex* 19 Suppl: 24-38.
- Gray M. (2005). Assessment and management of urinary incontinence. *Nurse Pract* 30(7): 32-3, 36-43; quiz 43-5.
- Hays NP y Roberts SB. (2006). The anorexia of aging in humans. *Physiol Behav* 88(3): 257-66.
- Heimlich HJ y Patrick EA. (1990). The Heimlich maneuver. Best technique for saving any choking victim's life. *Postgrad Med* 87(6): 38-48, 53.
- Jellinger KA, Wenning GK, et al. (2007). Predictors of survival in dementia with lewy bodies and Parkinson dementia. *Neurodegener Dis* 4(6): 428-30.
- Kissel EC y Carpenter BD. (2007). It's all in the details: physician variability in disclosing a dementia diagnosis. *Aging Ment Health* 11(3): 273-80.

- Lacey D. (2004). Tube feeding in advanced Alzheimer's disease: when language misleads. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 19(2): 125-7.
- Massaro D y Massaro GD. (2002). Invited Review: pulmonary alveoli: formation, the «call for oxygen,» and other regulators. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 282(3): L345-58.
- McCurry SM, Logsdon RG, et al. (1999). Characteristics of sleep disturbance in community-dwelling Alzheimer's disease patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 12(2): 53-9.
- McCurry SM, Reynolds CF, et al. (2000). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep Med Rev* 4(6): 603-628.
- Morley JE y Thomas DR. (1999). Anorexia and aging: pathophysiology. *Nutrition* 15(6): 499-503.
- Orange JB, Lubinski RB, et al. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *J Speech Hear Res* 39(4): 881-95.
- Pastore LM, Kightlinger RS, et al. (2007). Vaginal symptoms and urinary incontinence in the elderly women. *Geriatrics* 62(7): 12-6.
- Pat-Horenczyk R, Klauber MR, et al. (1998). Hourly profiles of sleep and wakefulness in severely versus mild-moderately demented nursing home patients. *Aging (Milano)* 10(4): 308-15.
- Pattee C, Von Berg S, et al. (2006). Effects of alternative communication on the communicative effectiveness of an individual with a progressive language disorder. *Int J Rehabil Res* 29(2): 151-3.
- Pekkala S, Albert ML, et al. (2008). Perseveration in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 25(2): 109-14.
- Petrovic M, Hurt C, et al. (2007). Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. *Acta Clin Belg* 62(6): 426-32.
- Polk DM. (2005). Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: linking attributions and problematic integration. *Health Commun* 18(3): 257-73.
- Silverman J, Kurtz S and Draper J. (1998). Skills for communicating with patients. Oxon, Radcliffe Medical Press Ltd.
- Timmins F. (2006). Exploring the concept of 'information need'. *Int J Nurs Pract* 12(6): 375-81.
- Treatment of dementia and agitation: a guide for families and caregivers. (2007). *J Psychiatr Pract* 13(3): 207-16.
- Upton N y Reed V. (2005). The meaning of incontinence in dementia care. *Int J Psychiatr Nurs Res* 11(1): 1200-10.
- Vitiello MV. (2000). Effective treatment of sleep disturbances in older adults. *Clin Cornerstone* 2(5): 16-27.

- Vitiello MV y Borson S. (2001). Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs* 15(10): 777-96.
- Xie Z, Moir RD, et al. (2004). Hypocapnia induces caspase-3 activation and increases Abeta production. *Neurodegener Dis* 1(1): 29-37.
- Yeo LH, Horan MA, et al. (2007). Perceptions of risk and prevention of dementia in the healthy elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord* 23(6): 368-71.

El trabajo social y la atención en salud del adulto mayor

*Raima Rujano Roque
Universidad del Zulia*

Introducción

La intervención social en salud adquiere relevancia en la medida en que es desarrollada atendiendo al estudio integral de individuos y grupos en función de la prevención, promoción y la educación. Es así, como las distintas disciplinas que participan en este proceso deben elaborar diagnósticos claros que les permitan originar estrategias efectivas para mejorar las condiciones de vida de la población que se atiende.

En el campo de la salud intervienen en forma colaborativa profesionales de la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, entre otros. Siendo este último el responsable del estudio de las variables sociales que intervienen y condicionan la salud y enfermedad de la población.

Como principal agente promotor de la salud, el trabajador social está llamado a tomar el liderazgo en el desarrollo de comunidades saludables. Para ello debe considerar el estudio de las circunstancias socioeconómicas, culturales y políticas que condicionan la cadena epidemiológica. De esta forma puede plantear soluciones favorables y coherentes con los recursos disponibles en cada comunidad. Por su rol, es reconocido como el enlace entre la comunidad y los servicios de atención. De hecho, si se considera la salud y la enfermedad como eventos sociales y colectivos, se estaría de acuerdo con Kisnerman (1981) en ver más que la enfermedad en sí, las condiciones sociales en un determinado momento histórico de una sociedad o comunidad, pues éstas son las que finalmente van afectando a determinados grupos sociales.

Como parte del equipo de salud, el trabajador social integra sus conocimientos al de otros especialistas ya que la valoración del paciente, debe ser sistémica e incluir hábitos, creencias y formas de vida. En este sentido, es de especial interés el estudio del contexto social de la salud y la enfermedad.

Cuando se aborda la problemática del envejecimiento, es vital evaluar el rol del trabajador social, en tanto se trata de un complejo campo evaluar el rol de acción que merece atención interdisciplinaria. Por ejemplo, en Venezuela el porcentaje de adultos mayores en el año 2000 ocupaba más de un 6,59% de la población y se proyecta que para el año 2025 habrá un aumento de hasta 13,23%, según el Boletín demográfico de América Latina y el Caribe (2006).

Desde lo social se evidencian situaciones de difícil abordaje, tales como el estigma, la violencia, el abandono, los efectos de los cambios físicos y cognitivos, la jubilación, las pérdidas, y sobre todo la falta de atención médica que garantice condiciones de independencia. En el futuro las expectativas de vida aumentan y por ello la población tenderá a ser mayor. Este cambio amerita preparación en todos los niveles y sectores de atención social, incluyendo las instituciones de servicios de salud.

En los adultos mayores las dolencias físicas son más evidentes que los cambios cognitivos, los cuales en muchos casos son percibidos como propios de la vejez. Tal como la pérdida de la memoria, considerada como usual en personas mayores de 60 años. Sin embargo, no sólo se trata de la memoria, existen otras enfermedades neurodegenerativas que igualmente afectan la vida del anciano y su entorno. Los cambios propios de la dinámica familiar obligan a asumir, a alguno de sus miembros, el rol de cuidador aunque no se esté entrenado para ello. Las consecuencias generalmente son traumáticas y difíciles de afrontar sin la debida orientación social y psicológica.

Este capítulo plantea la necesidad de formación de los trabajadores sociales insertos en los servicios de atención primaria en salud. Para dar cumplimiento a los objetivos se aplicó un instrumento tipo cuestionario que permitió explorar las áreas mencionadas y su relación con la detección temprana de las demencias en adultos mayores.

El trabajo social. Perfil académico y praxis

Al trabajo social se le adjudica un carácter científico, en tanto se constituye en un área de aplicación y reproducción de saberes. La responsabilidad del profesional va más allá del mero servicio comunitario y del individuo. Está llamado a contribuir en el cambio de situaciones de riesgo social y vulnerabilidad socio-cultural. Los conocimientos teóricos que adquiere durante su escolaridad necesariamente tendrán que transformarse en una experiencia de aprendizaje y de acción compartidos, como los descritos por Ezequiel Ander-Egg (1996) cuando afirma que hace falta pasar de una concepción plana del aprendizaje (mera acumulación de información, habilidades y competencias), a una concepción esférica, que incluya, además, el desarrollo de la sensibilidad y de los efectos, la motivación (amor por lo que se aprende) las actitudes, los valores, las conductas y los modos de ser y hacer. En el campo laboral, tendrá que desarrollar habilidades de intervención congruentes con las necesidades y recursos derivados del servicio a su cargo.

Con esta descripción también coinciden Barreix y Castillejos (2003), cuando afirman que, el trabajo social a través de la acción de sus profesionistas y desde la perspectiva del equipo interdisciplinario, puede contribuir científicamente al surgimiento de procesos de organización y movilización social, en pro de metas socialmente determinadas. No se trata de asumir una posición idealista del *deber ser* del profesional, sino de llamar a la reflexión sobre el resultado o los logros del ejercicio laboral.

El trabajo social y los servicios de salud

Para comenzar este punto, es oportuno comentar que el principal responsable de los inicios del trabajo social en los servicios de salud fue el destacado médico Robert Cabot en octubre del año 1905, integrándolo, por primera vez, a un centro hospitalario. El mencionado médico escribió en su libro *La función de la inspectora a domicilio* (1920, citado por Kisnerman, 1981) sobre la importancia del trabajador social en salud, señalando que para diagnosticar al paciente se necesitaban conocimientos respecto a su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus tristezas, sus costumbres, detalles que no se podían obtener viéndolo solamente en el dispensario.

Para Cabot en más de 50% de los casos, un tratamiento racional era imposible sin conocimiento exacto de la situación económica del enfermo y, más aún, de su propia psicología, su carácter, de su pasado mental y laboral, de todo lo que había contribuido a colocarlo en su situación presente, a entregarlo a la enfermedad.

Fue este brillante médico del Hospital General de Massachussets de Boston, quien destacó la necesidad de completar un diagnóstico médico con los datos recogidos por la llamada *inspectora social*, en aquel entonces. A partir de ahí, el rol del trabajo social en los equipos de salud adquirió relevancia, resaltando lo indispensable que es para el profesional dotarse de conocimientos médicos, sin entrar en competencia con la enfermería o la medicina, en tanto sus funciones estuvieran claramente definidas para contribuir al bienestar de la población.

El trabajador social en los servicios de atención primaria de salud constituye el principal apoyo de las acciones médico-sanitarias, principalmente en: la promoción, la prevención, el diagnóstico, la recuperación y la rehabilitación del paciente. Es quien aporta la información sobre las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el proceso de las enfermedades y sus consecuencias sociales. Para ello, debe conocer los factores biológicos y sociales de aquellas patologías frecuentes en poblaciones vulnerables; sobre todo en lo relativo al diagnóstico, tratamiento, signos y síntomas, cuidados familiares, redes de apoyo social, fundaciones y demás elementos que faciliten la tarea de control. Su contribución es fundamental, ya que en la mayoría de los casos es el principal agente que recibe al paciente cuando ingresa al servicio de salud.

El diálogo entre el trabajador de salud y el resto de los miembros del equipo de salud favorece la elección de los elementos que favorecerán la recuperación y atención del paciente. En algunos casos, suele ser apoyo en la tarea de cuidar al enfermo y en otras orientar sobre las medidas preventivas de aquellas crisis que se generan por ciertos reacomodos, necesarios, en la dinámica familiar.

El reporte epidemiológico debe estar constituido principalmente por los datos recogidos en la comunidad y el medio familiar. De allí la necesidad que tiene el profesional de vincularse con fundaciones de apoyo, redes, instituciones de referencia, entre otras que coadyuven en el tratamiento del paciente y su familia. A veces, la ficha de

receptoría no permite el registro de algunos factores que ofrecen elementos para un diagnóstico o tratamiento, en estos casos el trabajador social debe acudir a su experticia y agregar los elementos necesarios para recoger la información de forma integral. La visita domiciliaria permite observar algunas situaciones fundamentales para programar la recuperación de algunos pacientes, es importante su realización antes, durante y posterior al tratamiento, aunque la rutina de las tareas impida al profesional salir del recinto hospitalario.

¿Qué se espera del trabajador social en salud?

Se parte de la premisa de que el ambiente es fundamental en la etiología de las enfermedades, tanto el paciente como el huésped están inmersos en él y sufren sus efectos. En tal sentido, lo social involucra el estudio de las condiciones económicas, culturales y políticas que pueden convertirse en obstáculos al mantenimiento de un nivel de vida óptimo. Por ello, el profesional del trabajo social está encargado del estudio de todos los factores modificables que contribuyen en la reproducción de los agentes de riesgo epidemiológico en aquellos grupos con desventajas socioeconómica y cultural. El diseño y planificación de acciones de control deben estar sustentados en los estudios previos que el profesional realice, tanto en el medio comunal como en el familiar. Un estudio deficiente puede desmejorar las condiciones de salud de la población. La evaluación del estado de salud y dinámica del grupo familiar, no solo es competencia del personal médico o de enfermería, el trabajador social tendrá que contar con la formación necesaria para ofrecer elementos útiles para solventar los problemas localizados.

El estudio del sistema de salud y de sus conexiones con las políticas sociales emprendidas por los gobiernos, son temas de interés para el trabajo social. Es el principal portador de conocimientos para el diseño y ejecución de programas sociales. En la etapa de evaluación puede aportar elementos que permitan mejorar los servicios de salud.

La participación en el diseño y desarrollo de actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria debe ser activa y colaborativa con el resto del equipo de salud. La prevención primaria puede orientar a disminuir riesgos de enfermedades, lo que requiere organizar un servicio de salud integrado con acciones planificadas

sistemáticamente en atención a los recursos disponibles y basadas en diagnósticos sociales y de salud. La prevención secundaria puede dirigir sus acciones a identificar tempranamente las enfermedades y el debido tratamiento que restablezca la salud del paciente. La prevención terciaria puede orientar en las posibilidades de rehabilitación del paciente que haya tenido consecuencias físicas o cognitivas de una enfermedad.

El trabajo social y la atención en salud del adulto mayor

El estudio social de los ancianos —sociogeriatría— es un área poco explorada en América Latina. Se realizó una ardua búsqueda por distintos medios impresos, artículos, documentos en línea, investigaciones, entre otras, cuyo resultado evidenció el poco o nulo desarrollo de estudios, con destacados casos, en los cuales el trabajador social no tiene participación. Sin embargo, es mucho lo que este profesional debe integrar a sus conocimientos para un mejor desempeño en los servicios de salud. Por ejemplo la comprensión del proceso de envejecimiento y enfermedades propias de la vejez; la identificación de los comportamientos comunes en ancianos y cómo preparar al grupo familiar para desarrollar tolerancia frente a ese miembro que envejeció; la organización de proyectos que promuevan la creación de grupos de ancianos; su integración clínicas e instituciones geriátricas para comprender su dinámica, etc. En fin, serían innumerables los elementos necesarios que deben ser aprehendidos por el profesional para brindar un mejor apoyo en la salud de los ancianos.

La situación del adulto mayor en muchos países es compleja y como tal requiere de una eficiente atención. En reiteradas oportunidades se observan situaciones donde los síntomas de las enfermedades, en los casos de los ancianos, son confundidos con los efectos del envejecimiento. Ciertamente existen padecimientos en los cuales científicamente no se ha descubierto la cura, pero un diagnóstico a tiempo ofrece algunas garantías de control y atenuación de las consecuencias. El caso de las demencias es uno de ellos, pues no existe cura definitiva sólo un diagnóstico temprano aumenta las posibilidades de alivio para las alteraciones cognitivas y conductuales (Doody R, 2001; Santa Cruz K y Swagerty D, 2001; Knopman, Dekosky et al, 2001; Cefalu Ch y Grossberg G, 2003 y Valcourt V, Maki K et al, 2000). Igualmente permite al equipo de salud el desarrollo de estrategias para la atención del paciente y su familia, aminorando las complicaciones futuras

(Doody R, 2001; Santa Cruz K y Swagerty D, 2001). Esta detección precoz requiere de profesionales con suficientes conocimientos de la afección, convencidos de la importancia del diagnóstico y que utilicen los recursos disponibles para ello. Sin embargo, el factor epistémico no siempre determina la ejecución de conductas, también las creencias se involucran; por ello se piensa qué precisar los conocimientos, las creencias y el reporte de la práctica del profesional incide en la posibilidad de generar ideas para mejorar el control de las enfermedades y el perfeccionamiento de los servicios de salud (Berger P y Luckmann, 1979; Martins AJ, et al, 2004).

Para el logro de los objetivos de los servicios de salud a nivel primario es vital que los trabajadores sociales planifiquen estrategias para el control de las enfermedades más comunes detectadas en la comunidad. Sin embargo, esto no significa dejar de lado aquellas dolencias que son inherentes a los grupos de riesgo o vulnerables como lo son los niños, ancianos y embarazadas. Por tal motivo, en el plano familiar, individual y comunitario se deben detectar los principales obstáculos al diagnóstico, tratamiento y curación en la población atendida. Estos obstáculos en la mayoría de los casos están vinculados al plano de lo social, destacando en algunas oportunidades situaciones socioafectivas que agudizan cualquier enfermedad por leve que ésta sea. El solo hecho de entrar en contacto con la institución de salud, genera estrés y conmoción en algunos pacientes, quienes en oportunidades ocultan evidencias para alejar cualquier posibilidad de tratamiento médico. En estas circunstancias es importante la visita domiciliaria, el contacto directo con el paciente en su propio hábitat, percibir las situaciones de riesgo y sobre todo indagar sobre la conducta que sigue el paciente en su medio familiar. Muchas veces, hablar con la familia o con algún miembro de confianza, deja evidencia de algunos síntomas que han de considerarse para la realización de un diagnóstico médico.

Los conflictos familiares, los problemas generados por un ingreso económico precario son factores que inciden en los cambios emocionales de los pacientes. Por ejemplo, un paciente que por no preocupar a su pareja e hijos, niega tener problemas de salud y aparenta seguridad de que todo está bien. Sin embargo, observar los cambios en la dinámica familiar, verificar si hace sus actividades de la vida diaria como de costumbre, puede dar indicios de alteración en la situación de salud del anciano.

En cuanto a los mitos, prejuicios y estereotipo de la vejez se ha creado una visión que desvirtúa la potencialidad e impide la realización de las personas de la tercera edad. Usualmente se ve al joven como productivo, situación que segrega al anciano otorgándole una definición peyorativa: «el anciano no es productivo». Entre otros estereotipos y prejuicios se encuentran: «el anciano no aprende», lo que obstaculiza la adquisición de nuevas habilidades. «El anciano es como un niño», su consecuencia es el trato como a un infante (Sánchez, 1982). Estos mitos, prejuicios y estereotipos forman acciones inducidas que no responden a la realidad y que en muchas oportunidades obedecen a un marco referencial que no favorece el desarrollo social del anciano, por el contrario, lo obligan a ajustes que le provocan frustración. De esta realidad no escapa el profesional del trabajo social, pues él forma parte de la cultura y sociedad en la que se ha socializado. Sin embargo, lo ideal no es que comparta dichos prejuicios, mitos y estereotipos en forma pasiva, sino que asuma una actitud crítica y proactiva que le permita enfrentar y fijar posición ante esta problemática. Para Rozas Pagaza (1998) se debe asumir una matriz teórica-crítica que permita hacer una lectura de la realidad social, aportando elementos teóricos para ubicar las posibilidades y limitaciones que tiene la profesión con relación a dicha realidad.

Las políticas sociales, los programas de atención, el régimen de pensiones y jubilaciones, los centros geriátricos, los servicios de salud dirigidos al adulto mayor son entre otros, aspectos de fundamental interés para el trabajador social en salud que atiende a los ancianos, indistintamente del centro de salud en el cual labore. Recuérdese que el trabajo social no es una acción aislada o de oficina, por el contrario, es un oficio de relación e interrelación que requiere del establecimiento de vínculos para la intervención.

Conocimiento de de los trabajadores sociales de los servicios de atención primaria en salud sobre las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes en la vejez

Como se ha mencionado anteriormente, es vital para los servicios de salud que el trabajador social esté en conocimiento de la mayoría de las afecciones, sobre todo de aquellas más frecuentes en grupos vulnerables. Los ancianos son un grupo mayormente desatendido y si a esto se le suma la desatención en salud, su situación de vulnerabilidad será cada vez mayor. La familia es la primera en

reportar cambios en las conductas de los ancianos, cuando éstos aún no han llegado a la situación de abandono. Sin embargo, aquéllos que no tienen familia y que están desamparados por el Estado, son quienes en la mayoría de los casos acuden al centro asistencial cuando el síntoma es más evidente. Finalmente, si a pesar de llegar a tiempo al ambulatorio, es atendido por un profesional que desconoce los síntomas y las características de las enfermedades más frecuentes en la vejez, las consecuencias serían graves para el paciente.

El desconocimiento se presenta como el principal obstáculo a la detección temprana de enfermedades en la vejez, situación que pone en desventaja la posibilidad de iniciar un tratamiento. Recuérdese que el trabajador social es clave en la detección y como tal debe estar atento, buscando entrenamiento que le ayude a participar activamente en el diagnóstico de enfermedades.

Creencias de los trabajadores sociales en relación con las enfermedades neurodegenerativas en la vejez

En líneas generales se puede afirmar que el trabajador social al igual que cualquier otro profesional, es formado académicamente para el ejercicio de sus funciones. Sin embargo, es fundamental comprender que esta formación no lo exime de poseer creencias, mitos, costumbres, hábitos, preconceptos e incluso de las tradiciones heredadas del entorno sociocultural que comparte. Por tal motivo, aunque se les dé información sobre algún tema en particular, es común que en algunos casos predominen las creencias. Este es un punto importante en el que todo profesional debe asumir una posición clara y establecer líneas de separación entre lo que está demostrado científicamente y sus preconceptos, comprendiendo además que los pacientes y familiares con los cuales trabaja igualmente tienen los suyos.

Establecen las organizaciones internacionales y nacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se considera anciana aquella persona mayor de 65 años, principio que es considerado para el establecimiento de normas, beneficios de seguridad social, jubilación, entre otros. Sin embargo, en las respuestas dadas por los entrevistados, lo que más llama la atención, es la idea de que la vejez se inicia entre los 50 y 60 años de edad. Tal creencia es preocupante, porque en ella radica un segundo obstáculo al diagnóstico precoz, pues si se piensa que la

vejez se inicia más temprano, cualquier persona a los 50 años pudiera perder precipitadamente la oportunidad de tener un envejecimiento activo y saludable.

A este escenario hay que agregar que la consideración de una edad temprana de la vejez hace que se incrementen las consecuencias de las enfermedades motoras y cognitivas. De tal forma que, si a los 50 años es normal que la persona pueda perder la memoria o deprimirse, la desvalorización del estado de salud a partir de los 65 años será mayor.

Reporte de la práctica del trabajador social en los servicios de atención primaria en salud

Usualmente el trabajador social se vale de instrumentos y medios de recolección de información para proveerse de los hallazgos necesarios para elaborar sus diagnósticos y propuestas de acción. La aplicación de métodos afines a los de las ciencias sociales, le hace partícipe en la producción de conocimientos científicos. Estos, sin duda, se hacen más confiables en la medida en que son sistematizados y evaluados a través de la acción en los centros asistenciales. La práctica diaria le da soporte a los proyectos, planes, programas y actividades realizadas en equipos interdisciplinarios. Pese a todo este contexto, es decisión de cada profesional fortalecer los conocimientos adquiridos en su carrera y actualizarse constantemente para un mejor desempeño de sus funciones.

En algunos casos, la práctica del trabajador social está caracterizada por lo que algunos autores denominan *institucionalización*, la cual está precedida por la habituación (Berger y Luckmann, 1979; Goffman I, 1961). La frecuencia con la que es repetida su actividad hace que se reproduzca con economía de esfuerzos y que a la vez sea aprehendida como pauta de acción. Existe aversión a la realización actividades distintas a las típicas de la atención primaria, no ir más allá de lo que el paciente demuestra. Esta forma explica por qué los trabajadores sociales actúan siguiendo los lineamientos establecidos por las instituciones públicas, las cuales son sólo estándares para el funcionamiento del centro asistencial. Un ejemplo detallado es la realización de receptorías o cuestionarios estándares a la mayoría de los pacientes, obviando la particularidad de las patologías presentes en los adultos mayores.

Es importante indagar sobre los antecedentes familiares relacionados con enfermedades mentales, diabetes e hipertensión, así

como los hábitos del grupo familiar, su nutrición, que las normas y hasta su cultura para determinar aspectos relevantes a la hora de la detección de enfermedades propias de la vejez.

Consideraciones finales

Entre las tantas cuestiones de vital importancia que deben ser mencionadas a manera de cierre del presente capítulo se encuentran las siguientes:

La práctica del trabajo social en los servicios ambulatorios es fundamental para la detección y diagnóstico de enfermedades. Existen situaciones que sólo pueden ser observadas en la visita domiciliaria o a través de una entrevista con el paciente; por lo tanto, esta tarea es clave a la hora de pronosticar la evolución de la enfermedad y la adhesión al tratamiento.

En cuanto a la atención del adulto mayor, el rol del trabajo social adquiere mayor relevancia, pues es el principal colaborador en el medio familiar para sobrellevar los cambios en las actividades de rutina diaria. Igualmente en la formación y orientación del cuidador informal representa un pilar fundamental, sobre todo como apoyo social y de relación con otras instituciones que atienden a la población de la tercera edad.

Por último, cabe señalar que hay mucho por estudiar e investigar sobre el adulto mayor, pues es realmente «una responsabilidad de todos», por ello no debe quedar exento de atención, cada profesional tiene su tarea y como tal debe cumplirla y prepararse para ello. Lo presentado en este capítulo no es una idealización del rol del trabajo social, es más que una reflexión que pretende llamar la atención a los profesionales sobre la importancia del acercamiento con los pacientes y sus familiares, sólo así puede conocer su realidad, sus carencias y sus modos de ver la vida. Es así como puede dar cuenta sobre cómo mejorar las condiciones de salud del paciente.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg E. (1996). *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen/ Humanitas.
- Barreix, J. y Castillejos Betwell, S. (2003). *Metodología y Método en Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio. 5ta Edición.
- Berger PL y Luckmann T. (1979). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorroutu Editores.
- Boletín demográfico. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050. Extraído el 15 de julio de 2007 de <http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/iberoamerica/venezuela/indicadores.html>. 15/07/2007.
- Cefalu C, Grossberg G. (2003). *Diagnosis and Management of Dementia*. En: *American Family Physician Monograph*.
- Doody SR. (2001). La importancia de un diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. *A Special Report*. 1:4-9
- Goffman I (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorroutu Editores.
- Kenneth DB. (1978). *Methods of Social Research*. London: Division of Macmillan Publishing Co.
- Kisnerman N. (1981). *Salud Pública y Trabajo Social*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- Knopman DS, Dekosky ST, Cummings JL, et al. (2001). Practice parameter: Diagnosis of Dementia (an evidence-based review) report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1143-1153.
- Laguna Alvarez J. (s/f) *La Intervención Social y Nuevas Necesidades*. Mimeo. Trabajo presentado por la Unidad Técnica de Estudios, documentación y Formación. Gobierno de Argentina.
- Martins AJ, Cardoso Cabral de Almeida MH; Llerena Clinton J. (2004). Em contato com as doenças genéticas. A norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernández Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 20(4), 968-975.
- Rozas Pagaza M. (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Sánchez J., Ramos, F. (1982) *La vejez y sus mitos*. Barcelona: Salvat Editores.
- Santa Cruz K, Swagerty D. (2001). Early Diagnosis of Dementia. *American Family Physician*, 63(4), 703-713.
- Selltiz C, Jahoda M, Deutsch M y Cook SW. (1976). *Métodos de Investigación en las relaciones sociales* (8a. edic.). Madrid: Rialp.
- Valcour, V. Masaki K. H., Curb D. Lanoie Blanchette, P. (2000) The Detection of Dementia in the Primary Care Setting. *Arch Intern Med.*;160:2964-2968

Estabilidad y cambio: desafíos para enfermería en el cuidado de la salud mental del adulto mayor

*Eliana Horta, RN, MS, MPH
Enfermera especialista en psiquiátrica
Profesora, College of Nursing
New York University, EUA*

Estados demenciales y depresión, principalmente, son tópicos frecuentes en investigación geropsiquiátrica, pero el cuidado de la salud mental del senescente, continua siendo limitado en la comprensión de sus características y posibilidades de intervención.

La experiencia de esta autora con adultos mayores, provoca intensa preocupación porque se percibe en ellos eventos de vida, el impacto perturbador en la salud mental, alto riesgo de co-morbilidad psiquiátrica cuando ellos enferman físicamente, soledad y desesperanza al enfrentar el final de la vida. El abuso físico y emocional son vergüenza y desamparo oculto del senescente. La enfermería en salud mental, especialmente en nuestros países latinoamericanos, es una de las áreas que ha tenido menos utilización e impacto en promoción, oportunidad y calidad del cuidado en el adulto mayor.

Cuidar-cuidado-cuidando el senescente, va más allá de cuidado en situaciones de disfunción. Éste debe incorporar en su quehacer el sostener los procesos de cambio y prevenir las alteraciones que inducen incapacidad, como asimismo, apoyar la autorreflexión modificadora, la adquisición de conductas y elaboración de estrategias para lidiar con el estrés y cambio.

Actualmente, bajo la influencia del pensamiento humanista sobre el envejecimiento, se identifican esfuerzos para contrarrestar los mitos de la vejez, ya sea desde la perspectiva del “senescismo” o desde ese polo romántico que la mira como tiempo de emancipación o, por lo contrario, impone expectativas de declinación de la salud,

actividad sexual, productividad, independencia y asume la idea que "edad" es irrelevante.

La palabra "senescismo" es el intento de esta autora para traducir el concepto "Ageism" acuñado por Robert Butler (1969), psiquiatra norteamericano. Él lo define como "...un profundo prejuicio hacia el anciano que se manifiesta en mitos y estereotipos, desdén, desagrado, evitación sutil de contacto, prácticas discriminatorias en vivienda, ocupación y servicios, en epítetos y chistes." Los prejuicios implícitos, a menudo, contienen el pensamiento que el adulto mayor es conservador, indiferente, inflexible, senil, pobre, enfermo y lo peor, inevitablemente evolucionando hacia la demencia.

Algunos críticos argumentan que a veces las investigaciones gerontológicas han acrecentado la percepción de la senescencia como debilidad limitante, disfunción, una declinación patológica para cuyo cuidado se requiere de profesionales especializados.

Según Cole (1986), se ha creado así una industria profesional de la vejez. Sin duda, tal percepción lleva a una estimación cosificadora colectiva que procura soluciones y deshecha el significado central que, senescencia, es individual y subjetiva y requiere comprensión de la experiencia de ser viejo» (Gadow, 1986).

La visión integral de la existencia humana nos orienta a enfrentar salud-enfermedad conectada, intrínsecamente, a la experiencia total de vida. Una de las ideas contemporáneas de enfermería considera al ser humano unitario, pandimensional, irreplicable, impredecible, siempre cambiando. El pensamiento fenomenológico concibe a la realidad humana como la experiencia consciente de ser y estar en el mundo, en la aprehensión de su ser unitario y en la realización de posibilidades (Parse, 2010, 1995, 1994).

Desde el nacimiento a la vida adulta, la intencionalidad mira hacia una incesante realización personal que nunca termina. En la senescencia esa intencionalidad trasciende, va más allá, a los cielos de nuestra experiencia. Ser humano es siempre futuro, un constante llegar a ser, un permanente desdoblamiento y cristalización de posibilidades (Horta, 2005).

En la edad tardía la reflexión consciente, en cierta manera, permite disolver la rigidez de la existencia aislada en los límites del sí mismo y continuar el movimiento integrador. Las modificaciones de marcadores físicos, de objeto, de forma —un cuerpo, un organismo que muestra evidencias físicas de declinación—, pueden ser vividas

en su sentido y significación unitaria, una subjetividad madura que no rechaza ni se atormenta con los cambios inevitables de la existencia (Timmer, et al., 2003).

En otras palabras, la asimilación de la realidad, ideas, pensamientos, es una necesidad de todas las edades. Es equilibrio móvil y estabilidad en términos de funcionamiento y patrones conductuales. Un proceso de acomodación, de llegar a términos con limitaciones personales, sin necesidad de excluir posibilidades de cambios significativos.

Estos procesos permiten incorporar el mundo externo, cosas y personas a la propia identidad y a las estructuras ya construidas de la personalidad. Implica compensar y reajustarse constantemente a las sutiles transformaciones dentro de uno mismo, a los objetos externos. Tales reajustes en el ocaso de la vida puede que sean concretos, como eventos físicos, dolor en un cuerpo debilitado, pero también realidades afectivas como es la inminencia de terminalidad, el miedo a morir solo y que a nadie le importe. Pero sobre todo son momentos de redescubrir, despertar nuestros sentimientos y emociones, reencontrarnos con nosotros mismos y con la inagotable riqueza de otros en nuestras vidas. Todas son vivencias de profunda dimensión que nos mueven a inquirir, a comprender y que en situaciones vitales extremas, y la vida tardía lo es, se procura que la experiencia vital sea cada día más humanamente significativa. Se teoriza que en la progresión de la vida, a menudo se acepta y tolera más los defectos de otros y aun de sí mismo. Al mismo tiempo es más fácil admitir incertidumbres, apreciar la realidad, la relatividad en el todo-a-la-vez de nuestra existencia.

Moody (1992), quien ha escrito extensamente sobre educación gerontológica describe la senectud como una situación autoreflexiva, críticamente consciente de su propio valor. Considera la senectud como emancipación, tiempo para participar en la cultura, comunicar tradiciones significativas y analiza la necesidad de una colaboración intergeneracional (rol de mentor para la juventud).

Otros autores estiman que la vida tardía contiene promesas de transformaciones y renovación social de roles y contribuciones. No hay duda que, contemporáneamente, la jubilación nos sorprende jóvenes y llenos de vivencias y experiencias esperando ser narradas, comunicadas. No sólo me refiero a ese funcionario internacional que se jubila a los 60 años de edad, sino también a esa multitud de

mujeres y hombres, consciencia viva cultural y social, comprometidos con valores colectivos y quienes desean retornar producto de su experiencia como una contribución de bienestar para otros.

En el contexto del envejecimiento es necesario, aunque brevemente, mirar hacia algunos eventos que sin ser enfermedad o psicopatología merecen cuidadosa reflexión y estudio. Infortunadamente no todo es estabilidad como equilibrio móvil. Estudios muestran otra forma de estabilidad cuál es la persistencia de rasgos de personalidad propios del egocentrismo infantil que atraviesan, con escasa modificación, las etapas del desarrollo humano. Estas, perturbadas por privación afectiva, abandono o maltrato físico y/o sexual las cuales pueden persistir alteradas a través de la vida (Johnson, McGue & Krueger, 2005).

La rigidez y el excesivo involucramiento del yo, como punto de referencia primario para la percepción de sí mismo, del mundo, del propio valor, las posibilidades de relación con otro, puede tener en la senescencia un impacto dramático. Esto puede afectar el sentido y valor de sí mismo, alterar la percepción, conexión y confianza interpersonal. El senescente tiende a creer así que consigue lo que él/ella manifiesta y a menospreciar la proximidad considerada, alentadora y el afecto amable de quienes le cuidan. De este modo puede surgir serios conflictos con otras personas lo cual trae el riesgo de victimización y abuso.

Se observa además otra transformación en la senescencia que tiene una seria implicación en el cuidado de enfermería y es también de significativo riesgo en el cuidado de sí mismo. Aun cuando la vivencia de sentimientos y pensamientos (en cuanto a procesos) tienden a permanecer sin variaciones con la progresión de la edad, la realización motora de ideas de movimiento resiste o se altera en su expresión. Es, me decía un paciente, “Como si mi cuerpo no responde a mis pensamientos de movimiento”. La incapacidad de acomodación a las limitaciones de movilidad es, sin duda, una de las experiencias más dolorosas, debilitantes y aniquilantes en la vida de los adultos mayores. Es como si impusiera un mirar el propio acontecer como una situación extrema e inescapable, donde el no-todavía de su existencia es una incertidumbre de dependencia, pérdida de su propia suficiencia y capacidad de decidir cómo vivir y aun como morir. A menudo en adultos mayores institucionalizados, tal realización es causa de angustia inquietante que se agrava si el adulto mayor tiene impedimento cognitivo que afecta su posibilidad de expresar la causa

de su agitación. Sin intención de enjuiciar medidas institucionales, en situaciones de esta naturaleza se tiende a recurrir a la restricción física "...para la inmovilización involuntaria del paciente, lo cual no solo es una violación de los derechos del paciente sino también puede resultar en perjuicios incluyendo daño de tejido blando, fracturas, delirium y aun muerte" (Mion, et al., 2008).

Enfermería como disciplina humana tiene el compromiso y responsabilidad de investigar, atender y valorar comprensivamente la situación del adulto mayor y promover la inclusión de cuidado de la salud mental en los senescentes con o sin enfermedad física. La educación universitaria en enfermería debe comprometerse a diseñar y enriquecer currículos con contenidos y experiencias de aprendizaje que permitan a la egresada iniciar su ejercicio profesional con una práctica eficiente, respetuosa de la autonomía, dignidad, libertad y condición humana del adulto mayor.

El cuidado del adulto mayor es presencia verdadera con la reciprocidad intrínseca a la relación humana y realza la esencia del cuidado de enfermería. Cuidado es comprensión de experiencias y significados que han enriquecido la vida del senescente; es recepción de las virtudes e ideales que iluminan sus presentes. Es comprensión, respeto y aceptación, aun cuando los caminos de la vida o sus propios recursos no les permitieron un desenlace feliz en los procesos de asimilación y acomodación (Piaget, 1967), que permiten la adaptación, la progresividad y desarrollo humano mentalmente saludable.

Todos estos cambios en la vida, son procesos presentes en el cuidado del senescente, como lo son también atender a su desesperación, culpa, anhelo de redención, esperanza, angustia, soledad, en pasado y presente. Enfermería es retrospectiva en su acción y yace en la comprensión de la historicidad y en el todo-a-la-vez de la existencia humana.

Es difícil formular fríamente técnicas, procedimientos, tareas de cuidado "específicas". Cuidado es, esencialmente, conocimiento y pensamiento crítico reflexivo, comprensivo de los eventos y procesos que pueden ocurrir en la senescencia, y sólida creencia y práctica de valores humanos. En enfermería honramos la noción que las personas son las expertas de su propia vida. Cada uno tiene una manera única de vivir, es irrepetible, imposible de generalizar. Puede entenderse en su significado pero resiste cuantificación y pronóstico.

Cuidado del adulto mayor es enfrentar críticamente las concepciones erróneas de la senescencia; es evitar la polarización del cuidado: todo físico, todo emocional; es ecuanimidad en observar patrones de pensamiento y conducta y no atribuir todo a fenómeno de causa psiquiátrica, especialmente demencia. Cuidado es contrarrestar conductas paternalistas hacia el adulto mayor con el abogar existencial y acciones intercedientes (Bishop & Scudder, 2003, 1990) que permitan actuar siempre en el mejor de los intereses del senescente.

Cuidar-cuidado-cuidando es apoyar comprensivamente la fragilidad del senescente sin transformarla en acto meramente concreto- físico; es paciencia responsable; es acción reflexiva precedida por comprensión de la experiencia vivida de salud-enfermedad. Cuidar-cuidado-cuidando también tiene efecto de una valiosa contribución retroactiva para la enfermera. El adulto mayor nos regala la información de una evidencia existencial y de la noción de que está en nuestro poder conservar la integridad, dignidad y libertad en nuestras vidas.

Referencias bibliográficas

- Bishop AH and Scudder JR. Jr. (1990). *The practical, moral and personal sense of nursing: A phenomenological philosophy of practice*. New York: State University of New York.
- Bishop AH and Scudder JR. Jr. (2003). *Gadow's contribution to our philosophical interpretation of nursing*. *Nursing philosophy*, 4(2), 104-110.
- Butler RN. (1969). *Age-Isms: Another Form of Bigotry*. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Cole TR and Gadow S. (Eds.) (1986). *What does it mean to grow old?: Reflections from the humanities*. Durham, NC: Duke University.
- Gadow S. (1986). *Frailty and Strength: The dialectic in aging*. *The Geronto-logist*, 23, 144-47.
- Gadow S. (1990). *Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Horta E. (2005, Febrero). *Reflexiones sobre la enseñanza de enfermería en salud mental y psiquiatría*. Trabajo presentado en Conferencia en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional. Ciudad de México, México.

- Johnson W, McGue M and Krueger R. (2005). Personality stability in late adulthood: A genetic behavioral analysis. *Journal of Personality*, 73(2), 523-551.
- Mion LC, Hallday BL and SanHu SK. (2008). Physical restraints and side rails in acute and critical care settings: Legal, ethical and practice issues. In: Capezuti E., Zwicker D, Mezey M., & Fulmer T. (Eds.) *Evidence-Based geriatric nursing protocols for best practice*. 3rd ed., New York: Springer.
- Moody H. (1992). Bioethics and aging. In Cole TR, VanTassel V and Kastenbaum R. (Eds.), *Handbook of the humanities and aging*. New York: Springer.
- Parse RR. (1994) Quality of life: Sciencing and living the art of Human Becoming. *Nursing Science Quarterly*, 7, 16-20.
- Parse RR. (1995) *Illuminations: The Human Becoming Theory in practice and research*. New York: National League for Nursing.
- Parse RR. (2010). Human dignity: A human becoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 23(3), 258-262.
- Piaget J. (1967). *The Mental Development of the Child in Six Psychological Studies*. 4-73, New York: Random House.
- Timmer E, et al. (2003). Personal concepts of stability in the second half of life. *Journal of Aging Studies*, 17, 427-443.

Gestión del conocimiento en organizaciones del sector salud que prestan servicios a adultos mayores

María Rosario Palmar Morales
Universidad del Zulia

Generalidades sobre gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento (GC) es un concepto que encierra todo un conjunto de estrategias que convierten los valores intelectuales de las organizaciones en mayor productividad, valor añadido e incremento de la competitividad. Surge en el decenio de los noventa, al producirse la primera articulación entre los conceptos de gestión y conocimiento, como resultado de una profunda transformación organizacional, por el empuje de las nuevas tecnologías, el nacimiento de la era cibernética y la explosión de los sistemas de almacenamiento masivo de datos.

La denominación *gestión del conocimiento* tiene dos componentes. Por una parte está el relativo a la gestión, que en el ámbito organizacional se traduce en la adopción de funciones, tales como: planificación, organización, dirección y control de procesos para la consecución de los objetivos, misión y visión de las instituciones, y por otra parte, están la capacidad y el talento de los individuos y de la propia organización, para transformar información en conocimiento, generando creatividad y poder de innovación para una mejor toma de decisiones.

La GC implica administrar continuamente el conocimiento de la gente que, directa o indirectamente, tienen relación con la organización y esta gestión se desarrolla sobre lo que las personas piensan y desean que se haga en la entidad para la cual trabajan. De esta manera, se obtiene una optimización de los servicios al lograr gestionar el capital intelectual de cada una de las personas que pueden aportar alguna idea; pues, el conocimiento crece en la medida en que circula, aumenta cuando se expone, sin agotarse por la circulación ni desgastarse por su exposición.

El objetivo básico de la GC es la creación de valor y lo que genera valor en las empresas u organizaciones es el conocimiento. Sin embargo, este conocimiento no es algo que se origine espontáneamente, sino que es el fin de un *proceso* que se inicia en la recogida de datos. Los *datos* son un conjunto discreto de factores objetivos sobre un hecho real, pero no aportan nada si no están dentro de un contexto para que signifiquen algo. La contextualización de estos datos, asociados y estructurados, se convierte en *información* y proporciona un documento, que tendrá un sentido y un propósito. No obstante, la información necesita valores como la experiencia, el contexto temporal y la orientación hacia una acción para convertirse en *conocimiento*.

El conocimiento asociado a una persona y a una serie de habilidades personales se convierte en *sabiduría* y finalmente, el conocimiento asociado a una organización y a una serie de capacidades organizativas se convierte en *capital intelectual*.

Según Lovera (2006), la GC hay que verla «como un ambiente de trabajo y la utilización de una gran variedad de colaboradores y fuentes de información y conocimiento, que sustentarían las capacidades esenciales de la organización en un proceso de innovación y mejora continua». Desde un punto de vista conceptual, Amengual y cols. (2006) definen la GC como el «conjunto de actividades generadas para utilizar, compartir, desarrollar y administrar los conocimientos que posee una organización y los individuos relacionados con ella», y su puesta en práctica implica la revalorización del potencial humano de las instituciones, ya que los activos intangibles, inmateriales o intelectuales, son los que están haciendo funcionar óptimamente a las organizaciones.

La gerencia del conocimiento puede discrepar de una organización a otra (ya sea pública o privada; productora de bienes o prestadora de servicios) debido a las particularidades, metas y objetivos de cada una, así como también de la problemática que se quiera resolver, pero todas apuntan a la gran meta de compartir el conocimiento, creando como beneficio un activo intelectual fundamental para resolver los problemas de la institución con excelencia, creatividad e innovación (Garrido, 2002). Este conocimiento surge de la fusión de dos soportes básicos: a) los recursos humanos, que intervienen en los procesos de producción o de apoyo organizacional, y b) la información manejada en dichos procesos, la cual capacita

a las personas para incrementar su formación o habilidades para el desarrollo de sus tareas.

En cualquier organización que pretenda comenzar un proceso de mejoramiento o innovación, es necesario que exista un área donde se lleven adelante las siguientes funciones:

- a) Generación y administración del conocimiento necesario para el desarrollo del sistema (conocimientos tácito y explícito).
Conocimiento tácito: es el conocimiento personal y de contexto específico, difícil de formalizar y de comunicar, por lo no se encuentra codificado. Incluye elementos cognoscitivos (modelos mentales, esquemas, paradigmas, perspectivas, creencias, puntos de vista) y elementos técnicos (*know-how*, experiencias de trabajo, oficios y habilidades concretas). Conocimiento explícito: es el conocimiento codificado, aquél que puede transmitirse utilizando el lenguaje formal y sistemático. Dentro de esta categoría se encuentran los documentos, reportes, memos, mensajes, presentaciones, diseños, especificaciones, simulaciones, entre otras (Nonaka y Takeuchi, 1999).
- b) Gestión de la circulación y transferencia del conocimiento por medio del aprendizaje organizacional y las tecnologías de información y comunicación.
- c) Registro y almacenamiento del conocimiento organizacional que se produce en los procesos de trabajo durante el cambio.
- d) Utilización del conocimiento como recurso para mejorar los desempeños.

La ventaja competitiva de la GC no radica en la cantidad de conocimientos que se consigan reunir y almacenar, sino más bien en el uso que se haga de ellos. Por esto, es necesaria la adopción de una cultura corporativa que fomente el intercambio y la colaboración entre los miembros. Lo que la gestión de conocimiento pretende es, fundamentalmente, incrementar el capital intelectual de la empresa, mejorar su productividad y competitividad, crear una organización más innovadora, lograr la eficiencia y efectividad, distribuir este conocimiento de forma que esté disponible para los miembros de la empresa y ayudar a la toma de decisiones.

La aplicación de la GC trae consigo una serie de beneficios para las organizaciones o empresas que logran implantar este tipo de estrategia, entre estas ventajas están:

- La sistematización y racionalización de la información disponible en una organización, para un mayor rendimiento en el trabajo y mayor eficacia de la gestión.
- La generación de una cierta cultura de cooperación entre los empleados, lo que siempre propicia un clima de entendimiento y genera una mayor cohesión en el personal.
- La valorización del capital intelectual de la organización, lo que le proporciona una mayor cotización en los mercados y, en general, una percepción más atractiva por parte de los consumidores.
- La reputación de la empresa y su posicionamiento en el mercado en niveles de excelencia, en cuanto que sobresale entre sus competidores por su imagen de modernidad, eficacia y progreso.
- La satisfacción de los empleados en cuanto comprueban cómo sus ideas son tomadas en cuenta por la organización y utilizadas para la obtención de resultados.

Modelos de gestión del conocimiento

Los modelos de gestión del conocimiento tienen por objetivo servir como herramienta para identificar, estructurar y valorar los activos intangibles. Dichos modelos aportan un significativo valor pedagógico, pero lo más importante son los conceptos que están detrás de cada uno de ellos, así como su propio proceso de implantación.

En los últimos años, las organizaciones han mostrado un interés creciente en la adopción de modelos para la GC, como vía para incrementar su capacidad innovadora y la creación de ventajas competitivas. Sin embargo, a pesar de la popularidad que ha adquirido recientemente el término de gestión del conocimiento, aún persisten vacíos conceptuales, que dificultan llevar a la práctica de manera exitosa los conceptos y modelos desarrollados hasta el momento. Es por eso que se presenta la necesidad de avanzar hacia un mejor entendimiento de los modelos de comprensión, tratamiento y asimilación de la información y conocimientos, que conduzcan a formular respuestas más acordes con las necesidades de las organizaciones.

Existen cinco modelos básicos de gestión del conocimiento, a saber:

1. Proceso de creación del conocimiento (Nonaka, Takeuchi, 1995). Es un proceso de interacción entre conocimiento tácito y explícito que tiene naturaleza dinámica y continua.
2. Modelo de gestión del conocimiento de KPMG consulting (Tejedor y Aguirre, 1998). En este modelo se produce una interacción de elementos como: estructura organizativa, cultura, liderazgo, mecanismos de aprendizaje, actitudes de las personas, capacidad de trabajo en equipo, los cuales no son independientes sino que están conectados entre sí.
3. Modelo de Andersen (Andersen, 1999). Este modelo está basado en la responsabilidad personal de compartir y hacer explícito el conocimiento para la organización. Se crean las condiciones para que la perspectiva individual sea efectiva y que además dé origen a los procesos, la cultura, la tecnología y los sistemas que permitan recuperar, analizar, sintetizar, aplicar, valorar y diseminar el conocimiento.
4. Knowledge Management Assessment Tool (KMAT). Este modelo propone cuatro facilitadores (liderazgo, cultura, tecnología y medición) que favorecen el proceso de administración del conocimiento organizacional.
5. Modelo Holístico de Intervención (Malvicino y Serra, 2006). Apoya la concepción de cada realidad como un todo, distinto a la suma de las partes que la componen. En este modelo es esencial que la gestión del conocimiento esté declarada en el plan estratégico de la compañía, como política ligada al sistema de motivación a los empleados de la organización.

Uso de las tecnologías de información y comunicación en la gestión del conocimiento

La GC en las organizaciones es vital para sobrevivir y crecer en un entorno complejo, donde la información y el saber son imprescindibles para su actividad diaria. Las herramientas gestoras de conocimiento no manipulan el conocimiento, sino que lo capturan, lo organizan, lo almacenan y transforman el material fuente, a partir del cual alguien puede adquirir conocimiento. Este conjunto de herramientas (tecnología) que permite el proceso de aprendizaje y un acceso e intercambio rápido del mismo (Villanueva, 2002), es útil para la transmisión del conocimiento; sin embargo, no asegura la utilización del mismo. Esta tecnología no

hace que una persona con experiencia comparta su conocimiento con otros, así como tampoco podría lograr que una persona que no esté motivada recurra a la tecnología para buscar el conocimiento.

La sola presencia de la tecnología no creará una organización generadora de conocimiento (La Matta, 2010).

Las tecnologías de la información son utilizadas para adquirir, almacenar y distribuir conocimiento y deben ser capaces de mantener la riqueza, el contenido y el contexto de la información. Las tecnologías de información proveen el marco, pero no el contenido, el cual es una cuestión exclusiva de los individuos. Las tecnologías de información facilitarán el proceso, pero por sí mismas son incapaces de extraer algo de la mente de un individuo.

La infraestructura tecnológica consiste en un conjunto de herramientas, tales como la gestión de documentos, redes de internet e intranet, entre otros. Cabe destacar que las tecnologías de información juegan un rol muy importante, pero no son el componente principal de la gestión del conocimiento y a medida que se investiga más sobre este tema, más se tiene la certeza de que la esencia de la gestión del conocimiento son las personas (Reyes Meleán, 2004).

La clasificación de las tecnologías de información según la capacidad de generar o crear, codificar y transferir conocimiento, tienen su base en el modelo de Nonaka y Takeuchi (1995). De acuerdo con este modelo existen cuatro formas de conversión de conocimiento, que surgen cuando el conocimiento tácito y el explícito interactúan, y es este proceso dinámico de creación de conocimiento, el que hace que el mismo se desarrolle a través de un ciclo continuo y acumulativo de generación, codificación y transferencia del conocimiento. Según el objetivo que persigue el modelo en vías de gestionar el conocimiento, la clasificación de las tecnologías de información sería la siguiente:

1. Tecnologías enfocadas a la codificación y transferencia de conocimiento.

- **Intranets:** constituye el ambiente de tecnología heterogénea que conecta diferentes plataformas de hardware, ambientes de sistema operativo e interfaces de usuario con el fin de permitir comunicación ininterrumpida, colaboración, transacciones e innovación (webs, html, LAN y sitios web, entre otros).
- **Document management systems** (sistemas de gestión de documentos): sistemas que son depósitos de documentos,

audio, videos, libros, trabajos publicados o «conocimiento explícito», que le permiten a la organización tener bien auditado y clasificado su conocimiento.

2. Tecnologías enfocadas a la generación, codificación y transferencia de conocimiento.

- Groupware systems (sistemas para trabajo grupal): sistema que ayuda a grupos de personas que no están físicamente en un mismo lugar, pero que necesitan trabajar juntas. Esta tecnología es utilizada para la comunicación, cooperación, coordinación y resolución de problemas de almacenamiento y difusión de información.
- Business intelligence (inteligencia empresarial): engloba todos los sistemas de información de una organización, para obtener de ellos no sólo información o conocimiento, sino de alguna forma una verdadera inteligencia que le confiera a la organización una ventaja competitiva.
- Knowledge based systems (sistemas basados en conocimiento): son los sistemas capaces de razonar siguiendo pasos comparables a los que sigue un especialista (médico, biólogo, geólogo, matemático, etc). Cuando se empieza a crear un sistema de este tipo se debe comenzar por identificar y recoger, del experto humano, los conocimientos que éste utiliza: conocimientos teóricos (conocimiento explícito), y sobre todo los conocimientos empíricos adquiridos en la práctica (conocimiento tácito).

3. Tecnologías enfocadas a la generación y codificación del conocimiento.

- *Workflow systems* (sistemas de flujo de trabajo): proceso automatizado que hace explícito el conocimiento que está inmerso en cada proceso analizado; es la codificación formal del conocimiento que ya existe.
- Knowledge map systems (sistemas de mapa del conocimiento): sistema que indica cuáles son las personas apropiadas que conocen de un tema en particular, favoreciendo el intercambio de conocimiento tácito.

Ahora bien, el conocimiento no se puede compartir eficazmente sólo con el uso de las tecnologías de información, las cuales

implican una acumulación estática; y la información estática nunca puede transportar el valor agregado del contexto en el cual se aplica dicha información (Currie y Kerrin, 2004). Es por eso que la clave para implantar la gestión del conocimiento en una organización es su propia gente (Edwards y cols, 2005).

Gestión del conocimiento en organizaciones del sector salud

De acuerdo con Jovell (1999), en el mundo empresarial la GC se considera como «una aproximación estratégica que incrementa la capacidad para la acción, dice lo que funciona, lo que pasa, en qué y en quién se debe creer, qué cosas van mal y cómo arreglarlas», asumiendo que la GC aumentará la productividad y las ventas. Sin embargo, en empresas de servicios, como son las organizaciones del sector salud, el fin sería distinto y se podría decir que los objetivos serían mejorar la calidad asistencial, la equidad en el suministro de servicios, la eficiencia en la gestión y, como meta final, aumentar el nivel de salud de la población.

En este sentido, Sánchez (2006), en su documento «El informacionista clínico en el ámbito *biomédico*», señala que la gestión del conocimiento en salud ha representado un cambio en las propuestas de gestión del capital intelectual de los profesionales de la salud, con el fin de mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias valiéndose, entre otras cosas, de la formación permanente de dichos profesionales. El conocimiento que deriva sería el resultado de la fusión entre:

- la información explícita, resultado de las investigaciones científicas en el ámbito biomédico, de la evaluación de los servicios y prestaciones sanitarias.
- la información tácita, producto de la experiencia de los profesionales de la salud durante la práctica clínica.
- la información implícita, contenida en las fichas clínicas.

La GC es verdaderamente importante en el área de la salud, en la cual mediante el diálogo, los profesionales más veteranos comparten sus experiencias con los más jóvenes. La GC en las organizaciones de salud requiere generar respuestas rápidas y adecuadas a las necesidades y demandas del entorno. De acuerdo con Senge (1995), hoy en día la capacitación debería estimular la aptitud para aprender en las personas y para enfrentar nuevas situaciones, lo cual es posible por medio de un aprendizaje permanente o continuo, íntimamente

relacionado con los procesos de trabajo, ya que se tiene que enfrentar un entorno cambiante, impredecible y una sociedad globalizada, la cual requiere un alto grado de competitividad, que obliga a estar dispuestos a aprender y reaprender permanentemente.

La experiencia que ha tenido el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1997), en el Área Andina y Centroamérica, ha identificado algunos rasgos comunes a los componentes de capacitación de los proyectos que involucran procesos de desarrollo del personal de salud, y ha aportado sugerencias para el mejoramiento de los programas y actividades educacionales del personal que trabaja en el área de la salud. Según la OPS, la capacitación del personal de salud es considerada una estrategia esencial, como una forma de promover la adquisición de valores y normas institucionales (por los directivos de la organización), y de asegurar progreso y reconocimiento en el trabajo (por parte del personal).

Por otro lado, el creciente avance tecnológico, los cambios en los estilos de vida y en los aspectos demográficos y epidemiológicos, hace que el conocimiento se vuelva obsoleto más rápidamente. Esto exige a las instituciones, como las del sector salud, la generación de estrategias que respondan de manera rápida y adecuada a las demandas del ámbito de trabajo, que permitan no sólo el incremento del capital intelectual de su organización, lo cual le asegurará la permanencia en el área de atención de la salud, sino que más bien su presencia produzca el impacto requerido en las condiciones y calidad de vida de la población.

En los primeros años de la GC, todos los esfuerzos iban encaminados a construir grandes depósitos de conocimiento, establecer redes de usuarios y fomentar que la información se compartiera. En este aspecto, las ciencias de la salud se iniciaron con ventaja, ya que los cúmulos de conocimiento ya estaban conformados desde hacía tiempo, en forma de colecciones de revistas almacenadas en bibliotecas o hemerotecas médicas, cuya vasta información científica está dirigida a contestar las preguntas que surgen en la práctica de los profesionales de la salud.

No obstante, muchas veces esta información no está accesible de forma directa y rápida para estos profesionales. A esto se le suma el hecho de que muchas veces los profesionales logran recibir formación en un área determinada, o adquieren conocimientos tácitos

con el trabajo diario, y este conocimiento adquirido lo dejan consigo mismo, sin que se transmita a otros compañeros de trabajo o a otros profesionales afines.

Con el objeto de aportar soluciones a esta problemática en las ciencias de la salud, la GC podría convertirse en una estrategia, que traduzca los valores intelectuales de las instituciones del sector salud en un incremento de la labor de sus profesionales, y por ende, en mayor beneficio en la atención de la población.

Esta premisa se ve fortalecida por los planteamientos formulados en el evento «The Knowledge Forum - Internacional Conference» (Foro sobre el Conocimiento- Conferencia Internacional) realizado en el año 2006, en el cual *Yoshikazu Onose*, disertó sobre la administración de los sistemas de salud en Japón y el rol de la gestión del conocimiento, destacando que el gobierno de Japón está promoviendo una reforma prevista para el año 2008, que incluye líneas de acción relacionadas directa o indirectamente con la gestión de conocimiento.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la idea de que se debe crear un ambiente favorable para una nueva cultura con el objeto de cerrar la brecha «saber-hacer» en salud global, y, entre otras actividades, propone la aplicación de comunidades de prácticas y herramientas de la gestión del conocimiento (OMS, 2005). Jong-Wook Lee, Presidente de la OMS durante el período 2004-2005, fue quien indicó la existencia de una brecha entre los avances científicos y su aplicación, es decir, entre lo que se sabe y lo que se hace en la práctica.

En pro de la reducción de esta brecha han surgido herramientas de tecnología de información, tal como el software «PRO forma» que permite difundir el conocimiento médico publicado en documentos y el que se adquiere en la práctica clínica, por medio de publicaciones electrónicas y entrenamiento de realidad virtual (Fox y colaboradores, 1998); así como también el Sistema Interactivo Inteligente diseñado para el manejo individualizado de información a los pacientes (Buchanan y colaboradores, 1995). Estas herramientas tecnológicas unidas al uso de la biotecnología para la innovación en materia de salud (Canongia, 2007), y al desarrollo de cambio de paradigmas en la práctica de salud pública, que involucre mejoras en el diseño de investigaciones, uso de nuevas tecnologías y aplicación de gestión en tiempo real de los casos de emergencia, marcan un paso al frente

para el logro del éxito en la traducción eficiente del conocimiento científico en la práctica de la salud (Au y colaboradores, 2005).

Gestión del conocimiento en la atención de adultos mayores

Una de las áreas de la salud que requiere urgente gestión del conocimiento lo constituye la prestación de servicios a adultos mayores. El envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los acontecimientos sociales y demográficos relevantes de los últimos decenios. Según el boletín demográfico emitido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2009), los países de América Latina y el Caribe presentan un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, donde el grupo de personas de 50 años de edad o más —que en el año 2000 era de 16,3%— se incrementará a un 25,1% en el año 2020.

La alta prevalencia de enfermedades en los adultos mayores, su tendencia a la incapacidad, su difícil respuesta al tratamiento y sus frecuentes requerimientos de soporte social requieren que todos los profesionales, que trabajan en función de la atención de este tipo de población, se inserten en la gestión eficiente del conocimiento que cada uno posee, a fin de fomentar su adquisición, transferencia y uso para aplicarlo según los objetivos de la institución donde trabajen. De esta manera, se aseguraría la correcta asimilación de conocimientos importantes, que son imprescindibles para proporcionar consolidadas ventajas competitivas, en las instituciones que prestan servicios de salud a adultos mayores.

La gestión del conocimiento en instituciones gerontológicas y geriátricas constituye una estrategia que convertiría los valores intelectuales de los profesionales de la salud, en mayor productividad, valor agregado e incremento de la competencia de las prestaciones de servicios de médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, terapeutas, trabajadores sociales, y otros profesionales afines, que día a día ofrecen sus conocimientos para la atención de los pacientes de la tercera edad en este tipo de instituciones.

La aplicación de esta estrategia en este tipo de organización del sector salud, se debe hacer a través de un modelo de gestión del conocimiento, cuyo diseño representa un nuevo enfoque en la prestación de servicios para adultos mayores. Este modelo proporcionaría una herramienta para el uso adecuado de los recursos para el mejor cuidado de los enfermos, e impulsaría cambios organizacionales

hacia la calidad y la eficiencia en los servicios que prestan estas instituciones, así como también, una nueva manera de desarrollar las actividades de aprendizaje, para sustentar y garantizar procesos de gestión del conocimiento, que permitan la concreción de los objetivos organizacionales.

En una organización del sector salud que ofrezca servicios a pacientes adultos mayores, la gestión del conocimiento se concebiría como el proceso de identificar, adquirir, organizar, transferir y difundir el conocimiento de manera eficiente y continua para satisfacer las necesidades y dificultades que surgen de los procesos de trabajo en la prestación de servicios, a fin de que se brinde una atención con calidad a la población de adultos mayores.

Propuesta de un modelo de gestión del conocimiento para organizaciones de salud que atienden adultos mayores

Las organizaciones que prestan servicios de salud pueden ser de carácter público o privado. Las organizaciones que pertenecen a la administración pública, presentan diferencias en cuanto a la gestión de los activos intangibles con respecto a las instituciones privadas, ya que estos tipos de administraciones divergen en sus objetivos. Tanto el gerente de una organización privada como el directivo de un ente público conocen la importancia que tienen estos activos intangibles, a pesar de que no se reflejen en las cuentas anuales o documentos internos (Bossil y cols., 2001).

Generalmente, las empresas privadas tienen objetivos cuantificables, ligados al aumento del valor de mercado de la empresa y la obtención de beneficios, mientras que los objetivos de las administraciones públicas son variados y, con frecuencia, no son de carácter monetario. Por otro lado, ambas organizaciones (públicas y privadas) difieren en cuanto a la utilización de los recursos productivos. Las administraciones públicas utilizan más los recursos humanos y el conocimiento, mientras que en las empresas privadas destaca más el uso de recursos como el capital, las materias primas y las maquinarias.

Todos los aspectos antes señalados se deben tomar en cuenta al momento de diseñar un modelo de gestión del conocimiento, orientado a generar ventajas en las organizaciones del sector salud que prestan servicios a adultos mayores. De manera particular, autores como Wiig (2000), manifiestan que en el ámbito de las instituciones públicas, la GC desempeña un papel central para hacer más eficaz

la función de la organización, ya que proporciona amplias ventajas que permiten a la sociedad prosperar y aumentar la calidad de la vida de sus ciudadanos.

Todo modelo de gestión del conocimiento está basado en la codificación del conocimiento explícito y en la difusión y socialización del conocimiento tácito, en la misma la codificación se fundamenta en almacenar conocimiento explícito en bases de datos o sistemas expertos, de manera de que pueda ser utilizado posteriormente.

El modelo de gestión del conocimiento que se propone puede utilizarse para mejorar la calidad del servicio a los pacientes, y para alcanzar la excelencia en la gestión de la organización, así como también para reflejar el compromiso social de institución. Este modelo se ha elaborado tomando en cuenta sólo los datos de organizaciones públicas que prestan servicios de salud a adultos mayores.

El modelo debe incorporar líneas de acción, que aglutine el conocimiento con la adecuación de los procesos operativos, y a la vez, contando con el potencial de las personas; por esta razón, se deben definir líneas de gestión estratégica, las cuales se fundamentan en tres aspectos: la evidencia, la excelencia y el conocimiento.

- a) **La evidencia**, significa incorporar la cultura de la gestión a la práctica diaria de las diferentes funciones del personal que labora en la institución de salud, así como en el desarrollo de los distintos procedimientos que utilizan todos los empleados en la toma de decisiones diarias, incorporando el conocimiento explícito en su forma de hacer las cosas.
- b) **La excelencia**, significa hacer las cosas lo mejor posible, por encima de la norma, con valor añadido mediante la incorporación de métodos basados en la calidad total. Los procesos son la base para orientar el desempeño de los servicios hacia la excelencia, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios de la institución.
- c) **El conocimiento**, en este aspecto se requiere potenciar la cultura de la investigación y la formación en cada campo profesional. Los miembros de la institución deben formar parte de una comunidad dinámica de aprendizaje que equilibre el conocimiento tácito y explícito, y participar como trabajadores de conocimiento en un modelo de interacción constante y de participación proactiva.

La implantación del sistema de gestión del conocimiento en las organizaciones de salud requiere, en primer lugar, la elaboración de un «mapa del conocimiento», como herramienta que le facilite dicha implantación. El mapa del conocimiento es un diagrama de la institución en la que se presenta en forma estructurada, ordenada y exhaustiva, la respuesta a la pregunta: *¿quién sabe qué?* Es un mapa actualizado que nos indica cuál es el conocimiento existente y dónde se encuentra, pero que no contiene al mismo conocimiento, sino solamente a la referencia de dónde encontrarlo, configurándose como una guía (Fernández Isoird, 2003).

La organización debe conocer el estado actual del conocimiento que dispone; es decir, se deben identificar los datos, información y conocimiento disponible para elaborar el mapa del conocimiento, en el cual se integren todos los objetos del conocimiento a modo de inventario, etiquetando cada uno con la tipología, categoría y localización que le corresponde. En este mapa se deben incluir las categorías de servicios, usuarios y miembros o empleados de la organización, entre otras.

La construcción de este mapa ayudará a identificar las carencias de conocimiento de la organización. En este sentido, se debe tener en cuenta el cuestionamiento de cómo la investigación podría dar una mejor respuesta en la prestación de sus servicios.

El modelo propuesto tiene su fundamento en la aceleración del flujo de información, de verdadero valor para la organización, que se desplace desde los empleados (**conocimiento personal**) a la institución (**conocimiento organizacional**) y retorne a los empleados. En este modelo se manifiesta la responsabilidad personal que tienen los empleados de compartir y hacer explícito el conocimiento para la organización, y al mismo tiempo, la organización debe tener el compromiso de establecer la infraestructura de soporte para que se produzca el flujo de conocimiento, creando los *procesos, la cultura, la tecnología y los sistemas* que permitan encaminar la organización hacia la excelencia y la calidad del servicio que presta. Todo esto debe tener como facilitadores el liderazgo, la cultura organizacional, la tecnología y una adecuada gestión de recursos humanos.

En el modelo de gestión del conocimiento se requiere de un estilo de liderazgo desde la educación, que se convierta en un elemento facilitador en el desarrollo y crecimiento de las personas. El liderazgo debe ser una disciplina que permita habilitar personas, equipos y orga-

nizaciones completas para crear, compartir y explicar conocimiento, colectiva y sistemáticamente, para mejorar el logro de los objetivos de la organización. Las organizaciones de servicio de salud se apoyan fundamentalmente en las personas como trabajadoras de conocimiento; son ellas su principal valor y su actividad está orientada a los objetivos estratégicos, apoyados en una adecuada identificación y sistematización de los procesos, que permita la evaluación continua indispensable para la orientación en la toma de decisiones.

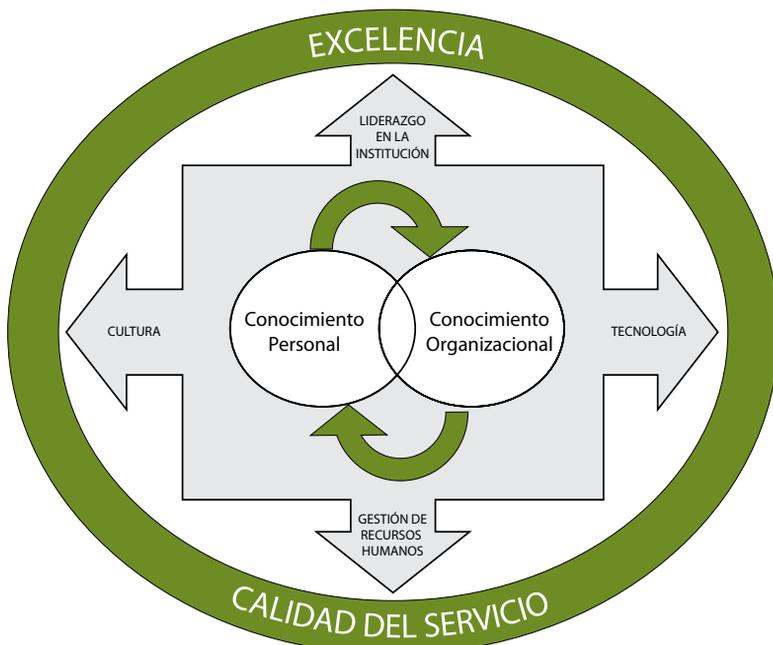
La cultura organizacional es otro de los elementos que se requiere en la implantación del modelo propuesto. Tanto el personal directivo como el resto de los miembros de la institución tienen que estar convencidos de la necesidad de introducir este modelo en la organización. Los directores deben crear una cultura proclive a la gestión del conocimiento, que incorpore normas, valores y prácticas culturales para apoyar altos niveles de interactividad, a fin de fomentar intensamente en los empleados el aprendizaje y la mejora continua.

La tecnología es el tercer componente de apoyo necesario en la institución para tener una eficiente gestión del conocimiento. Se hace necesario que la organización disponga de algunas herramientas claves para este tipo de gestión, como por ejemplo, la creación de una red de intranet. La intranet representaría un importante vehículo entre la organización y los empleados; su esencia está en crear espacios virtuales y permitir, de forma dinámica, compartir, intercambiar y difundir información, recursos y conocimiento.

La participación del personal de la organización dentro del proceso de cambio es muy importante para obtener el éxito deseado en el menor tiempo posible. Esta participación dependerá directamente de la motivación que se tenga, la cual debe ser fomentada por una adecuada gestión de recursos humanos, e ir acompañada de políticas de reconocimiento al personal, que los anime a compartir el conocimiento, y de programas de formación para que los empleados adquieran en la cultura de la gestión del conocimiento. La motivación del personal facilitará el proceso de toma de decisiones, y una revisión de las políticas y estrategias actuales relacionadas con la gestión de recursos humanos favorecerá el aprendizaje colectivo.

Finalmente, en todos sus niveles, la organización debe crear conciencia de la importancia que tiene el conocimiento como activo, y su valor para la propia institución.

Gráfico 1
Modelo de gestión del conocimiento
para una organización pública del sector salud.



Fuente: Elaboración propia, (2007)

Estrategias organizacionales para la implantación del modelo propuesto

La gestión del conocimiento es un área compleja, de límites difusos: aprendizaje y desarrollo, tecnología de la información y recursos humanos. Tener un modelo que describa el alcance de las posibilidades de la gestión del conocimiento en una organización puede ser una forma positiva de controlar y comunicar los límites de su enfoque (Collison y Parcell, 2003).

La idea de proponer un modelo se debe a la necesidad de ofrecer una rutina consistente para gestionar el conocimiento, de modo que un trabajador pueda repetir esa rutina muchas veces hasta que aprenda naturalmente a hacerlo.

A continuación se describen algunas de las acciones que pudieran llevarse a cabo a objeto de implantar el modelo propuesto:

- Declarar la gestión del conocimiento en las políticas institucionales y tomarla en cuenta al momento de la planificación estratégica de la organización.
- Elaborar el mapa del conocimiento y hacer que sea accesible para toda la organización.
- Tener compromiso firme y consciente de toda la organización, en especial de sus líderes, con el aprendizaje continuo a todos los niveles.
- Construir espacios de confianza entre los integrantes de la organización.
- Compartir experiencias por medio de exposiciones orales, reuniones, visitas guiadas y realizar la transcripción de esas experiencias en documentos, manuales, informes o cualquier instrumento que permita convertir esta información en conocimiento explícito.
- Crear equipos multidisciplinarios de trabajo.
- Organizar foros virtuales o reales, en donde se discutan temas de interés para la organización, con la participación de los directivos y empleados, creando un ambiente de aprendizaje compartido.
- Hacer uso de las tecnologías de información y comunicación con el fin de crear conocimiento explícito, que pueda ser accesible a todos los que trabajan en la organización, y de equipar a sus miembros para que se puedan comunicar fácilmente y con mayor rapidez.
- Introducir la noción de aprendizaje en todas y cada una de las acciones de la organización, y almacenar lo aprendido a través de redes de trabajo, para que se pueda acceder al conocimiento ya capturado, y poder luego incorporar nuevos conocimientos.

El propósito de la aplicación de estas acciones es que la organización que presta servicio de salud a adultos mayores, tenga la información precisa para la persona apropiada en el instante oportuno, con herramientas para el análisis de la información y la capacidad de responder a las ideas que se obtienen a partir de esa información.

En este orden de ideas, Van Dick y cols. (2006), en su trabajo sobre gestión del conocimiento en salud ocupacional, expresa que este tipo de gestión debe concentrarse en las actividades de los

profesionales del área de la salud, así como en las organizaciones de este sector, a fin de apoyar el uso del conocimiento ya existente. Estos autores proponen que la infraestructura del conocimiento se mire como la suma de todas las fuentes y medios disponibles para encontrar el nuevo conocimiento relevante para los problemas actuales de salud; y que, además, es necesario que los profesionales formulen los requisitos para la infraestructura del conocimiento que necesiten, como por ejemplo, tecnología de información, biblioteca, condiciones de organización apropiadas como incentivos para compartir conocimiento, y el desarrollo de los recursos humanos, con las más modernas estrategias para la práctica clínica.

Para cualquier organización del sector salud que se dedique a la atención de adultos mayores, es conveniente asumir que es de vital importancia que se comparta el conocimiento entre las personas que en ella laboran; pero también es primordial que ese conocimiento compartido se concrete en documentos. Para ello se requiere la existencia de dos factores, como son la confianza interpersonal y la confianza en la gerencia. Diversos investigadores han aportado evidencia de la influencia de estos dos factores sobre la acción de compartir conocimiento en una organización (Renzl, 2006; Al-Alawi y cols., 2007).

Asimismo, hay que tener en cuenta que la puesta en práctica de la gestión del conocimiento es un proceso continuo y a largo plazo, y su impacto no es inmediato. De conformidad con lo expresado por Wang y Chang (2007), es conveniente considerar que en el comienzo de este proceso es necesario que existan tres elementos fundamentales como son: la cultura organizacional, el uso de la tecnología y el liderazgo de los directivos, los cuales son los factores influyentes más importantes del inicio de esta estrategia organizacional.

De estos tres elementos, uno de los que más impacto tiene dentro de la misma organización es la cultura organizacional, la cual puede considerarse como el sistema de creencias, valores, que se manifiestan en normas, actitudes, conductas, comportamientos, relaciones interpersonales y estilo de liderazgo, que se desarrollan en una organización, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales en un tiempo dado.

La organización debe incluir personas que estén dispuestas a compartir el conocimiento y desarrollar una cultura adecuada que permita que el conocimiento fluya (La Matta, 2010).

Según Kjærgaard y Kautz (2007), si existiese una cultura organizacional altamente ambigua, esto sería un factor que menoscaba el esfuerzo de los miembros de la organización para establecer la gestión del conocimiento. Por ello, se debe evaluar la cultura organizacional existente en la dependencia en la cual se trabaja, y si la situación así lo amerita, se debe iniciar el proceso de crear un cambio organizacional, que comience estableciendo las necesidades de los trabajadores, el diálogo con ellos, y la reflexión conjunta sobre la misión de la organización; en fin, se debe determinar todo aquello que sea conveniente hacer a fin de lograr una atención de calidad hacia los pacientes y sus familiares.

Referencias bibliográficas

- Al-alawi AI, Al-Marzooqi NY, Mohammed YF. (2007). Organizational culture and knowledge sharing: critical success factors. *Journal of Knowledge Management*, 11(2), 22-42.
- Amengual Galdón S, Cubero Muñoz JM, Estalayo Gutiérrez E, Varela Blázquez S, Pérez García P, Ruíz Alonso JJ, Villegas Núñez P. (2006). Motores de búsqueda para contenidos audiovisuales, *Comunicaciones de Telefónica I+D*, 39, 77-98.
- Au W, Lybarger JA, Barrett Drue H, Falk H. (2005). Perspectives on the use of scientific knowledge for public health practice. *Int. J. Hyg. Environ.-Health*. 208, 135-139.
- Bossi A, Fuentes Y, Serrano C. C. (2001). El Capital Intelectual en el Sector Público. II Congreso de la Asociación Española de Contabilidad Directiva. León, España.
- Buchanan BG, Moore JD, Forsythe DE, Carenini G, Ohlsson S, Banks G. (1995). An intelligent interactive system for delivering individualized information to patients. *Artificial Intelligence in Med*, 7, 117-154.
- Canongia C. (2007). Synergy between Competitive Intelligence (CI), Knowledge Management (KM) and Technological Foresight (TF) as a strategic model of prospecting — The use of biotechnology in the development of drugs against breast cancer. *Biotechnology Advances*, 25, 57-74.
- CEPAL-Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. (2009). Extraído desde: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38406/LCG2430b_1.pdf
- Collison C y Geoff P. (2003). *La Gestión del Conocimiento. Lecciones prácticas de una empresa líder*, Barcelona-España: Ediciones Paidós-Ibérica, S.A.

- Currie G, Kerrin M. (2004). «The limits of a technological fix to knowledge management: epistemological, political and cultural issues in the case of intranet implementation». *Management Learning*, 35(1), 9–29.
- Edwards JS, Shaw D y Collier PM. (2005). Knowledge management systems: Finding a way with technology. *Journal of Knowledge Management*, 1(9), 113–125.
- Fernández Isoird C. (2003). Conocimiento para innovar. *Conocimiento e Innovación. Tribuna de debate*, 18.
- Fox J, Johns N, Rahmzadeh A. (1998). Disseminating medical knowledge: the proforma approach. *Artificial Intelligence in Medicine*, 14, 157–181.
- Garrido R. (2002). Diseño de un modelo de gestión del conocimiento para la Unellez que promueva el desarrollo de ventajas competitivas en el área de investigación. Tesis Maestría en Administración. Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora, Barinas, Venezuela.
- Jovell A. (1999). Bibliotecas en ciencias de la salud: el futuro de la gestión digital del conocimiento. *Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura*, 14, 24-36.
- Kjærgaard A y Kautz K. (2007). A process model of establishing knowledge management: Insights from a longitudinal field study, *Omega*, 36, 282–297.
- Knowledge Management Assessment tool (KMAT). (1999). Extraído desde http://www.gestiondelconocimiento.com/modelos_kmat.htm.
- La Matta Castro LA. (2010). "Tecnologías para la Gestión del Conocimiento". Maestría en Dirección de Tecnologías de Información. Escuela Internacional de Administración de Negocios para Graduados (Universidad ESAN). Lima - Perú. 7p.
- Lovera Dávila DF. (2006). Aplicación del modelo de gestión del conocimiento «intelect» a las actividades de investigación del IIGEO de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista del Instituto de Investigaciones FIGMMG*, 9 (17), 129-135.
- Malvicino S y Serra R. (2006). La importancia de la gestión de conocimiento y el desarrollo del Capital Humano en las organizaciones del siglo XXI, Extraído desde http://www.wikilearning.com/la_era_del_conocimiento-wkccp-12138-1.htm
- Modelo de Andersen (Arthur Andersen) (1999). Extraído el desde http://www.gestiondelconocimiento.com/modelos_arthur.htm.
- Modelo de Gestión del Conocimiento de KPMG Consulting Tejedor y Aguirre (1998). Fundación Iberoamericana del Conocimiento. Extraído desde http://www.gestiondelconocimiento.com/modelos_kpmg.htm.

- Nonaka I y Takeuchi H. (1995). *The Knowledge Creating Company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- Nonaka I y Takeuchi H. (1999). *La Organización Creadora de Conocimiento*. Mexico: Oxford University Press.
- Nonaka I y Takeuchi H. (1995). *Proceso de creación del conocimiento*. Extraído el desde www.gestiondelconocimiento.com/modelo_nonaka.htm.
- Onose Y. (2006). *Social Security System of Japan*». The Knowledge Forum -International Conference. São Paulo, Brazil. Extraído desde www.terraforum.com.br/sites/terraforum/Biblioteca/Yoshikazu%20Onose.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Gestión del Conocimiento. Estrategia Global en Gestión del Conocimiento. Bridging the know-do gap in global health*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Informe de la Reunión Regional de Recursos Humanos: Factor crítico de la Reforma Sectorial en Salud*. San José, Costa Rica. 3 al 5 diciembre.
- Renzl B. (2007). *Trust in management and knowledge sharing: The mediating effects of fear and knowledge documentation*. *Omega*, 36, 206–220.
- Reyes Meleán CF. (2004). *Una breve introducción a las tecnologías de la información para la gestión del conocimiento*. *Intangible Capital*, 4.
- Sánchez JC. (2006). *El informacionista clínico en el ámbito biomédico*, Serie Bibliotecología y Gestión de Información , 15, Chile.
- Senge P, Ross R, Smith B, Roberts C y Kleiner A. (1995). *La quinta disciplina en la práctica. Estrategias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje*, España: Juan Granica S.A.
- Van Dijk FJH, Hugenholtz N, A-tjak M y Schreinemakers J. (2006). *Knowledge management in occupational health, consequences for structures and functions*». *International Congress Series*, 1294, 23–26.
- Villanueva L. (2002). *Gestión del conocimiento en el primer nivel de atención de salud*, *Revista Latina de Comunicación Social*, 2(5). La Laguna, Tenerife.
- Wang TC y Chang TH (2007). *Application of consistent fuzzy preference relations in predicting the success of knowledge management implementation*, *European Journal of Operational Research*, 182, 1313–1329.
- Wiig KM. (2000). *Application of Knowledge Management in Public Administration*, Paper Prepared for Public Administrators of the City of Taipei, Taiwan, Roc. Knowledge Research Institute, Inc. Arlington, Texas, USA

