



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**CARACTERISTICAS BIO-PSICO-SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR CON
INTERVENCION OPORTUNA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta:

MARIA GUADALUPE HERNANDEZ GONZALEZ

Director de Tesis:

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Revisora: Mtra. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo

Sinodales: Lic. Lidia Díaz San Juan

Mtra. Yolanda Bernal

Mtra. Lilia Joya



Ciudad Universitaria, México, D.F.

Mayo 2014

DEDICATORIAS

QUIERO AGRADECER INFINITAMENTE A DIOS Y A LA VIRGEN DE JUQUILA
QUE ME AYUDARON A TENER FE Y ENCONTRAR LOS MEDIOS
NECESARIOS PARA REALIZAR ESTE SUEÑO PERSONAL.

A MIS HIJOS CON TODO EL AMOR DEL MUNDO:

SON Y SIEMPRE SERAN EL MOTOR QUE ME MOTIVA A SEGUIR ADELANTE
Y A ESFORZARME CADA DIA MAS PARA SU BIENESTAR.

LOS AMO POR SOBRE TODAS LAS COSAS

A MIS PADRES:

MIL GRACIAS POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAN BRINDADO
QUE SIN EL NO HUBIERA LOGRADO LO QUE AHORA TENGO.

A MIS HERMANAS MARGARITA Y DOLORES:

QUE ME APOYARON CON MIS HIJOS EN TIEMPOS DIFICILES.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

GRACIAS MIL AL MAESTRO JORGE ALVAREZ MARTINEZ
QUE ACEPTO SER EL DIRECTOR DE ESTA TESIS, A MI REVISORA MTRA.
GUADALUPE SANTAELLA Y A MIS SINODALES: LIC. LIDIA DIAZ, MTRA.
YOLANDA BERNAL Y MTRA. LILIA JOYA.

INDICE

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCION

PAGS

CAPITULO I.- El envejecimiento - - - - -	1
1.1.-Teorías del envejecimiento - - - - -	2
1.2.-Demografía - - - - -	4
1.3.-Psicofisiología del envejecimiento - - - - -	8
1.4.-Desarrollo de la jubilación - - - - -	21
1.5.-Aspectos éticos y legales en el cuidado de los adultos mayores - - -	25
CAPITULO II.- Clínica del dolor y Cuidados Paliativos - - - - -	28
2.1.- Epidemiología del dolor en los adultos mayores - - - - -	30
2.2.- El papel del psicólogo en las clínicas del dolor - - - - -	34
2.3.- Valoración psicológica del enfermo del dolor y estilos de afrontamiento (personalidad a, b,c) - - - - -	35
2.4.- Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico - - - - -	39
2.5.- El desgaste profesional del cuidador del adulto mayor - - - - -	40
2.6.- Cuidados paliativos, una necesidad actual - - - - -	43
a) Cuidados paliativos a domicilio - - - - -	48
CAPITULO III.- La muerte, el proceso de morir y el duelo - - - - -	51
a).- La teoría de Erickson (desesperanza de los ancianos que no se realizaron) - - - - -	53
❖ Sabiduría vs desesperanza - - - - -	54
❖ Consecuencias en la familia. - - - - -	55
b).-Educación para la muerte en adultos mayores y proceso del morir en el adulto mayor - - - - -	57
❖ Concepto de muerte - - - - -	58
❖ El adulto mayor frente a la muerte - - - - -	59

❖ Estilos de afrontamiento de los adultos mayores ante el fenómeno de la muerte (bio-psico-social) -----	61
c) Aspectos bioéticos – legales de la decisión de vida (Educación para morir) -----	65
❖ Suicidio y muerte asistida -----	65
❖ Prevención e intervención oportuna -----	66
❖ Suicidio en adultos mayores por abandono, agresión o maltrato Familiar -----	71
❖ Muerte asistida: Normas fundamentales de ética -----	75
❖ Tipos de muerte asistida -----	77
❖ Implicaciones legales de la muerte asistida en algunos países	78
 CAPITULO IV.- Investigación y gestión en salud gerontológica -----	80
4.1.- Plan nacional de desarrollo 2006 – 2012 -----	80
4.2.- Programas de apoyo social y asistencial -----	81
4.3.- Servicios sociales comunitarios e institucionales -----	83
4.4.- Acciones de promoción de la salud -----	85
4.5.- Importancia de las vacunas y la prevención de enfermedades en el adulto mayor -----	86
 CAPITULO V.- Guía de intervención oportuna para el adulto mayor -----	90
a).- Guía práctica de los criterios de fragilidad en el Adulto mayor --	90
 Bibliografía -----	99
Anexo I -----	106
Anexo II -----	108

INTRODUCCION

Para definir cómo es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de las Persona Adultas Mayores (INAPAM) antes INSEN es “Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, parte del ciclo vital”.

Por tal motivo, para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento, es necesario plantear de manera clara cuáles son los conceptos básicos a partir de los cuales se planifica y se actúa.

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida. Además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Los hombres creen que ya “no dan la talla”. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho y ovarios y cánceres de próstata. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a caerse.

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también a uno le toque su turno. Al enfrentarnos a toda esta situación, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar por el pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas (muy diferente a estadios anteriores). Vemos entonces que algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones de comportamiento de senilidad con o sin explicación biológica.

No obstante, la persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama **sabiduría**. Considera que este es un regalo para los hijos, dado que “los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte”. La persona debe sentirse verdaderamente agraciada de ser sabia, entendiendo lo de “agraciada” en su sentido más amplio: Hay personas muy poco agraciadas que han enseñado grandes cosas, no por sus palabras sabias, sino por su simple y gentil acercamiento a la vida y a la muerte; por su “generosidad de espíritu”.

Este final sigue generando angustia, pero también está permitiendo que tanto los adultos mayores como sus familias, cuenten con servicios y apoyo brindado idóneamente por un equipo multidisciplinario como: médico, enfermera, psicólogo tanatólogo y trabajador social, logrando así la aparición de dos importantes formas de afrontarlo: Los cuidados paliativos y la Tanatología (educación para la muerte). Por lo que la intervención oportuna se considerará de acuerdo a las necesidades de cada uno de los pacientes.

El objetivo principal del presente estudio es: conocer el beneficio de los Cuidados paliativos y proporcionar Educación para la muerte como intervención oportuna en los adultos Mayores. Al ser relativamente jóvenes los Cuidados paliativos y la

Tanatología se realizará una Investigación Documental, mediante el estudio profundo de documentos, libros, revistas, páginas de la red (internet) . Considerando algunas definiciones de filósofos, médicos y psicólogos como Freud, Erikson, etc., así como de materiales actuales.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que afrontará la sociedad mexicana en los próximos cuatro decenios. El incremento relativo de la población en edades avanzadas, que comenzó a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, en un principio a un ritmo moderado y después en forma más acelerada hasta alcanzar 28% de la población. Este cambio se traducirá en desafíos de distinta índole, como el incremento en el monto de los recursos públicos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, reducciones presupuestarias en otros rubros, y presiones para las instituciones públicas de seguridad social en materia de pensiones y en la atención a la salud.

La transformación en la estructura por edades de la población comprometerá también la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, sobre las que ha recaído el sostenimiento de la población en edades avanzadas en México, y obligará a profundos cambios culturales, que necesariamente habrán de redefinir el significado social de la vejez y de sus formas de integración social y cultural.

Con miras a tener un acercamiento de la problemática del envejecimiento de la población, en esta sección se muestran algunas estimaciones del INMUJERES de la situación de la población adulta mayor en México basadas en fuentes oficiales de información y en el Consejo Nacional de Población (Conapo).

El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues las y los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán en el grupo de 60 años y más a partir del año 2020. En el 2000, esta proporción fue de 7%, aproximadamente, aumentó a 9% en el 2010, se estimó en 12.5% para el 2020 y en 28% en el 2050, esto es, poco más de 36 millones de adultos mayores, de los cuales más de la mitad tendrá más de 70 años.

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingmar Bergman

CAPITULO I.- El envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

La vejez es una etapa del desarrollo humano que se vivencia de manera individual, en la que intervienen factores numerosos y complejos. A los 80 años G. Stanley Hall, lo expresó de la manera siguiente: “saber que se ha llegado a viejo es una experiencia larga, compleja y dolorosa. Cada década el círculo de la Gran Fatiga se cierra un poco más a nuestro alrededor, restringiendo la intensidad y duración de nuestras actividades”, si bien es cierto que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, la adaptación y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los hábitos y los gustos adquiridos a lo largo de toda la vida.

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad.

El porcentaje que más ha aumentado son los mayores de 80 años.

La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica. De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 – 70 % son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y solo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos.

A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad de que en los próximos años aparezca una limitación en la

funcionalidad. Por es tan importante el papel de la geriatría en tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación a los adultos mayores más frágiles.

Es importante distinguir entre envejecimiento fisiológico y enfermedades relacionadas al envejecimiento.

A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es enfermedades relacionadas al envejecimiento.

Hay varias entidades patológicas que son mucho más frecuentes en el adulto mayor, y que antes se pensaba que eran propias del envejecimiento, pero en la actualidad se sabe que son enfermedades. Este es el caso de la osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y otros. Afortunadamente, algunas de estas entidades pueden prevenirse o manejarse de modo que no determinen tan tempranamente discapacidad.

1.1.- Teorías del envejecimiento

La teoría de Piaget (1950) se centra en el desarrollo de la inteligencia desde el nacimiento hasta la adolescencia, siendo que la última etapa piagetiana es la de las operaciones formales. Una vez adquirida en la adolescencia, se supone que ya es propia del pensamiento adulto. Sin embargo, al tratar de evaluar el estadio en el que se sitúan los adultos mayores; los resultados obtenidos sugieren que estas personas no sólo tienen más dificultades de las previstas para resolver tareas correspondientes a los estados superiores, sino que las dificultades parecían aumentar a medida que la edad avanzaba.

La teoría de Erikson (1982, 1986) destaca por ser una de las primeras que afronta el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital. En su teoría se entiende el desarrollo como una secuencia de ocho etapas normativas predeterminadas. Cada una de estas etapas confronta al individuo en una crisis o

dilema de carácter psicosocial. Además, considera aspectos de pérdida y ganancia al mismo tiempo, como resoluciones posibles de encrucijadas normativas, por lo tanto, aunque cada edad tiene un cierto dilema típico, el envejecimiento no es normativo, ya que se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo la persona maneje estas situaciones. "Puede haber maneras de envejecer negativas denominadas por aislamiento, estancamiento, culpas, depresión, etc., pero también puede haber trayectorias de envejecimiento positivas llevando consigo un sentimiento en relación con su propio devenir evolutivo.

Estas ideas psicosociales propias de determinadas edades que se tendrán que resolver se llaman Tareas Evolutivas. Para poder complementar con éxito una determinada tarea, la persona tiene que haber alcanzado un cierto nivel de madurez biológica, física y psicológica.

El enfoque del ciclo vital.- es un conjunto de principios generales sobre el desarrollo a lo largo de la vida. El desarrollo incluye tres aspectos o metas: el crecimiento, el mantenimiento y la regulación de la pérdida. Y aunque los tres aspectos están presentes a lo largo de toda la vida, la energía y los recursos que la persona emplea en cada meta del desarrollo cambian a lo largo de los años.

La perspectiva del ciclo de vida plantea la existencia de tres influencias principales:

- a) Influencias normativas relacionadas con la edad: son factores biológicos o socioambientales que afectan a todos los individuos de una determinada comunidad, en ciertos momentos determinados de su vida, haciendo que todos los individuos de esa comunidad se parezcan entre sí.
- b) Influencias normativas relacionadas con la historia: factores biológicos o socioambientales que suceden en cierto momento histórico y afectan solo a los individuos de determinada generación o de manera diferencial a personas de diferentes generaciones.

- c) Influencia no normativa: factores biológicos o socioambientales que afectan solo a cierto individuo o grupo muy concreto de individuos dentro de determinada comunidad.

Aunque los tres tipos de influencia aparecen durante todo el ciclo de vida y ayudan a configurar nuestra trayectoria evolutiva, la importancia no es la misma en todos los puntos del desarrollo. Por ello, a partir de la integración de la selección, optimización y compensación, la persona trata de conseguir las tres principales metas evolutivas: el crecimiento o mejora de niveles funcionales, el mantenimiento del funcionamiento y la regulación de la pérdida.

Entonces, ¿por qué envejecemos?

No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicarlo todo.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

1.2.- Demografía

En el censo de Población de Vivienda 2010, realizado por el INEGI, se contaron **112 millones 336 mil 538 habitantes** en México. En 1950 el país contaba con 2.5 millones de habitantes, esto significa, que durante 60 años la población mexicana ha crecido cinco veces. Del 2005 al 2010, la población se incremento en 9 millones de habitantes; lo que representa un crecimiento por año del uno por ciento. En ese entonces era una de las más jóvenes, con 4 750 311 ancianos, los cuales representaban 5% de los mexicanos.

El censo actual de población, divulgó que en México, 9 de cada 100 mexicanos es mayor de 65 años o sea el 6.3% de la población, recalando que es un país joven; donde la media de la población tiene 26 años o menos. Sin embargo esta población joven dentro de la proyecciones de 2050 serán los nuevos adultos mayores habitarán este país. Se calcula que este proceso iniciará en el 2018 y

terminará un cuarto de siglo después, en el año 2045, donde los ancianos mexicanos representarán el 14% de la población.

Y es que, aunque la población mexicana se pueda considerar joven en el ámbito mundial la tasa de crecimiento de ancianos en la última década supero a la del resto de los demás mexicanos y aumento un ritmo promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más; incrementando más porcentualmente su número de ancianos. Llegando a sumar para el 2030 más de **15 millones** de personas en la vejez.

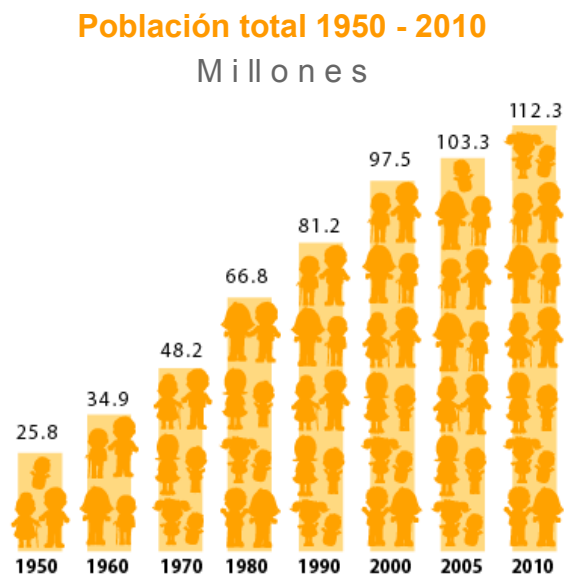
Se espera que a mediados de siglo haya poco más de **36 millones** de adultos mayores, de los cuales más de la mitad serán mayores de 70 años. Cabe destacar que el 72% de este incremento ocurrirá a partir del 2020 donde las generaciones más numerosas nacidas entre 1960 y 1980 ingresarán a este grupo (Zúñiga y Vega, 2004).



Otro punto a resaltar es, desde hace 35 años se empezó a notar un ligero incremento en la cantidad de mujeres respecto a los hombres. Para 2010, esta

diferencia se ha acentuado hasta llegar a **2.6 millones** más de mujeres que de varones. Actualmente residen en el país 54,855, 231 hombres que son el 48.8% de la población, mientras que el 57, 481,307 son mujeres abarcando el 51.2%. Es decir, hay 95.4 hombres por cada 100 mujeres.

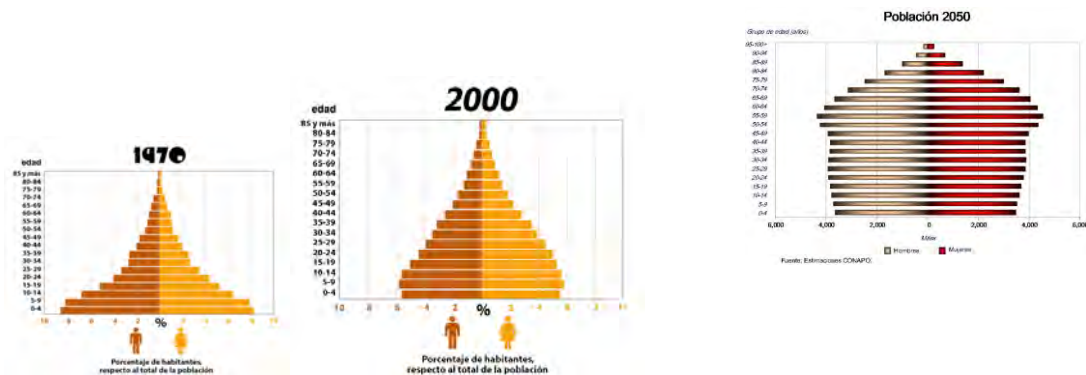
Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33 años; para el 2010 la tendencia cambio a 78 y 73 respectivamente. (INEGI 2010).



FUENTE: INEGI. Estadísticas Socio demográficas. Población total según sexo 1950 a 2005.

La proyección para el 2050 de esperanza de vida en mujeres es de 83.6 años y para los hombres es de 79 años, lo que abarcaría el 28% poblacional. Con ello, la pirámide de población en México perderá su forma triangular (siendo esta una característica de poblaciones jóvenes), para adquirir un perfil rectangular propio de poblaciones envejecidas. Ya que en 1970 había un predominio infantil que

caracterizó la época de fecundidad. El 50% de la población tenía menos de 15 años, para el 2000 se nota un aumento de personas jóvenes y con edad laboral. Siendo solo una tercera parte de la población menor de 15 años y cerca del 60% tenía entre 15 y 19 años.



En las grandes ciudades, la población de 15 a 64 años es más representativa que en las pequeñas localidades. Así, de cada 1000 personas que viven en zonas rurales 56 son ancianas, por cada 46 de cada 1000 habitantes en las urbes más pobladas. De ahí que, 53 de cada 100 ancianos y 59 de cada 100 ancianas viven en zonas urbanas. Las entidades con mayor avance en el envejecimiento en el 2000 son el distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí.

Uno de los problemas que enfrenta México, consiste en consolidar. A corto plazo una infraestructura social para la atención de los adultos mayores que hoy en día, es muy deficiente. De cada 100 personas de 65 años o más, 24 trabajan, 13 están pensionadas, y 63 no trabajan ni reciben pensión. De los 24 que trabajan, 11 no reciben ingresos o bien reciben el salario mínimo. Así mismo, de cada 100 adultos mayores, 10 viven solos y 52 no son derechohabientes de ningún sistema de salud. Cerca del 30% de personas mayores aún trabaja, manteniéndose activos económicamente, principalmente los varones. Lo cual no implica que tengan un buen trabajo o salario, estas altas tasas de participación laboral se asocian a la

baja cobertura de pensiones, que obstaculizan la institucionalidad del retiro. Además de que el empleo informal es el más predominante, y no se recibe alguna pensión o parámetros para la jubilación, obligando a muchos a permanecer trabajando en actividades precarias y de baja productividad. Así es que en México hay una alta precariedad laboral en edades avanzadas; y su participación no es un rasgo positivo asociado a una vejez productiva.

Programas para la ayuda de la persona mayor: como la seguridad social, facilitan el acceso a servicios que de una forma representan gastos para el adulto mayor, principalmente los relacionados con la atención médica. Según **CONAPO** casi la mitad de los adultos mayores cuentan con seguridad social. El envejecimiento del país representa una mayor demanda de servicios de salud, debido al alto índice de morbilidad y necesidades de atención médica en consecuencia de padecimientos crónico-degenerativos.

Con estos cambios demográficos y consecuencias que conlleva en lo social y económico, las personas de edad avanzada se ubican entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad mexicana, por ello; se necesita un cambio gradual en el perfil de recursos físicos y humanos, en la educación, la salud y el empleo.

Se debe tomar en cuenta que el envejecimiento de la población no constituye un problema en sí, pero representa un nuevo desafío. Si bien el envejecimiento lleva a revisar las políticas de salud y seguridad social, las personas mayores también son una fuente de saber y de experiencia que las sociedades podrían aprovechar mejor.

1.3.- Psicofisiología del envejecimiento

Modificaciones celulares:

CÉLULAS:

Disminución del número de células, atrofia celular, disminución de la capacidad de regeneración celular, sustitución de células (miocitos, nefronas, neuronas...)

por tejido de sostén (colágeno, fibrina, grasa), disminución del agua intracelular etc. Estos cambios conllevan a una disminución del peso y tamaño de los órganos y a una disminución de su función.

ESTROMA:

Aumento de grasa y disminución del agua corporal, disminución del número de fibroblastos, aumento de cantidad y rigidez del colágeno, calcificación y/o fragmentación de la elastina, depósito de **LIPOFUSCINA** (pigmento de la vejez). Estos cambios vuelven a los órganos más rígidos, produciéndose una alteración en el aporte de sangre y por ende en la transferencia de oxígeno, nutrientes y sustancias de desecho.

❖ **Envejecimiento en la piel y cutáneos:**

El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce:

- Alteración de la permeabilidad cutánea,
- Disminución de las reacciones inflamatorias de la piel,
- Disminución de la respuesta inmunológica,
- Trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización,
- Pérdida de elasticidad de los tejidos,
- Percepción sensorial disminuida,
- Disminución de la producción de la vitamina D,
- Palidez,
- Velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural:

* En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica.

* En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina.

* En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas.

❖ **Envejecimiento del cabello:**

- Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso.

- Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro, hipotiroidismo.

- Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

❖ **Envejecimiento en las uñas:**

El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas. Pueden aparecer estrías por alteración del calcio.

❖ **Envejecimiento óseo:**

- Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.

- Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales.

- Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.

- En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se

desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

❖ **Envejecimiento articular:**

- Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos.
- En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso.

❖ **Envejecimiento muscular:**

- La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo.
- Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

❖ **Envejecimiento del Sistema Circulatorio:**

Cambios de la Estructura cardiovascular:

- El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos.
- El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido. También existe un aumento de tamaño de los miocitos.
- Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparece rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Cambios en la función cardiovascular:

- Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo.
- Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular.
- La hemodinámica está alterada; no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.
- También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.
- El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.
- Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

❖ Envejecimiento del Sistema Respiratorio:

- El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa.
- Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alveolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo

capilar.

- La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.
- Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.
- Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

❖ **Envejecimiento del Aparato Digestivo:**

- No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón.
- Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de CIH generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades.
- Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa.
- En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

❖ **Envejecimiento del Sistema Genitourinario:**

- El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye.
- En el túbulo renal existen una serie de modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.
- Existe alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.
- El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vaso espasmo.
- También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.
- Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones.
- En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal.
- En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata.

❖ **Envejecimiento del Sistema Endocrino:**

- La secreción hormonal disminuye con la edad por dos motivos:
 - * El descenso de la producción hormonal.
 - * La falta de respuesta de los órganos a las hormonas.
- Hay una disminución a la tolerancia de glucosa.
- En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

❖ **Envejecimiento del Sistema Inmunitario:**

- Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.
- La involución del Timo (el timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación).

La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad tardía.

También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

❖ **Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos:**

Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico). Una modificación importante es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito sustancia amiloide en las células.

Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos.

A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.). Y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución.

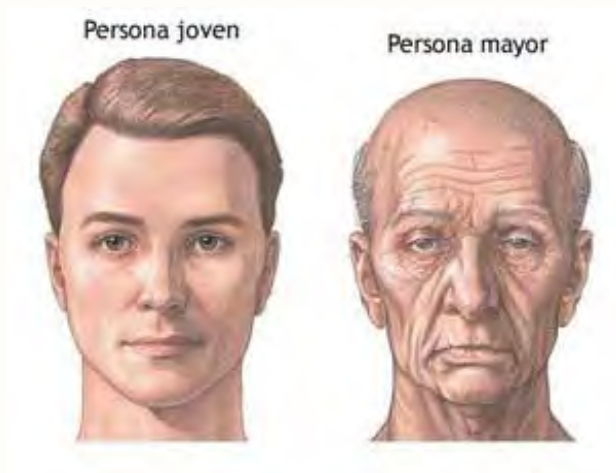
En la vista: la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina, lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan de dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbicia). La secreción lacrimal disminuye la cantidad y la calidad.

En el oído: existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos en el oído y el acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato: suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfatorio se degenera.

El tacto: suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profunda.



Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales:

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existe alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad:

La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

❖ Cambios Sociales:

Cambio de Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- **El anciano como individuo.** Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

- **El anciano como integrante del grupo familiar.** Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- **El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.** La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambios cognitivos

Para referirse a la ciencia cognitiva, los investigadores se han basado en un supuesto fundamental, al cual se le considera como un sistema de maquinaria mental que produce determinados patrones de ejecución observados, cuando el individuo ejecuta tareas que requieren un procesamiento cognitivo.

Los procesos que abarcan el ámbito cognitivo de la conducta humana son variados y complejos, pero se agrupan en categorías de acuerdo a ciertas funciones:

- a) Atención.- Los procesos atencionales abarcan desde el estado de alerta de la conciencia hasta la capacidad para controlar el procesamiento de la información en el cerebro.
- b) Lenguaje.- Comprende la habilidad para codificar, decodificar e interpretar los elementos semánticos y sintácticos de símbolos empleados para comunicar información: estas funciones se representan principalmente en el hemisferio cerebral izquierdo.
- c) Memoria .- Son mecanismos relacionados con la búsqueda de información almacenada gracias a la educación formal e informal y la experiencia acumulada a lo largo de la vida que constituyen la memoria, la cual puede ser subdividida en varios componentes, cada uno de ellos con sus bases neurales en diferentes grupos de estructuras cerebrales.
- d) Habilidades constructivas.- Son procesos no verbales que requieren la integración de las funciones de los lóbulos frontales, parietales y occipitales; necesitan integración visoespacial y abarca la habilidad para dibujar, construir y manipular formas y dimensiones.
- e) Funciones cognitivas superiores.- Incluyen procesos de abstracción, conceptualización, uso de información aprendida en la solución de problemas, habilidad para el cálculo, en general, a todas las funciones intelectuales superiores y únicamente humanas.

- f) Funciones superiores de control mental.- Concebidas como actividades de control ejecutivo, relacionadas con la anticipación, planificación y selección de las respuestas o conductas.

Anteriormente se tenía la idea de que el funcionamiento del sistema nervioso se deterioraba como resultado del envejecimiento, pero estas ideas estaban basadas en estudios de individuos con enfermedades relacionadas con la edad. Otros estudios con personas sin tales enfermedades mostraron cambios, como en la pérdida de memoria, dificultad para aprender tareas nuevas, disminución en el procesamiento por parte del cerebro y pérdida de masa cerebral; sin embargo, estos cambios eran relativamente modestos. La mayoría de los adultos mayores sin patología cerebral ya sea degenerativa de causa desconocida o vascular de causas conocidas, presentan decrementos mínimos en el funcionamiento neuropsicológico.

Actualmente en ancianos sanos se ha investigado la memoria y otras funciones cognitivas con el propósito de descubrir pruebas sensibles a las pérdidas tempranas y se intenta determinar que actividades, alimentos, aficiones, ejercicios y medicamentos separan a estas personas de aquellas que adquieren algún tipo de demencia.

La demencia por lo general inicia de forma insidiosa y progresa con lentitud, refiriéndose a cambios conductuales y de la personalidad, que en la mayoría de los casos, implica pérdida de espontaneidad. Las personas se muestran apáticas y retraídas, se alejan de los conocidos, se sienten solos y pierden interés en sus actividades y pasatiempos. En otros tantos, se vuelven demasiado extrovertidos y desinhibidos y pueden perder sus modales y trato social. También aparecen signos de deterioro intelectual, dificultándose la realización de actividades que requieren pensamiento novedoso o creativo. Los transitorios de memoria se vuelven evidentes y los enfermos repiten preguntas una y otra vez porque no pueden recordar la respuesta. El lenguaje se modifica ya que adquiere una cantidad

estereotipada y se vuelve vacío y carente de significado. Llegando al punto de desorientarse en su casa y no reconocer familiares y amigos cercanos, además de que presentaran incontinencia y la pérdida de la capacidad de aseo.

Cambio de Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

1.4.- Desarrollo de la jubilación

La jubilación es una gran oportunidad para recuperar ilusiones, proyectos y deseos no satisfechos en la infancia o en la juventud. Es un momento ideal para replantearse el proyecto personal al preguntarse por el sentido de la vejez misma (Pérez; Malagón y Amador, 2005).

Cuando se llega a la jubilación, normalmente se ha dejado atrás responsabilidades y compromisos que hicieron llevar un ritmo acelerado, llegando a convertirse a veces en una vida con importantes grados de estrés y agobio. Tres ejemplos que pueden ejemplificarlo son:

- a) **Trabajo.**- Una de las primeras pruebas del adulto es conseguir trabajo que le permita vivir. Pero al principio es una ilusión, y sin dejar de conocer lo positivo, como medio de vida e incluso como fuente de realización personal, las relaciones laborales también suelen llevar aspectos negativos: desde las circunstancias adversas, provocadas por la propia dinámica productiva,

hasta los roces con los compañeros de trabajo, conflictos con los jefes... circunstancias que si no fueran porque aportan ingresos económicos mucha gente ya lo hubiera dejado.

b) **Familia.**- Es la mayor fuente de apoyo para el ser humano. Las responsabilidades que se adquieren como progenitores se modifican, dejando una liberación para reencontrarse con la pareja.

c) **Deudas.**- Las deudas suelen estar liquidadas y si existen se deben al crecimiento del patrimonio o mejora de las condiciones de vida.

Todas estas experiencias pueden ser el factor decisivo que aporte equilibrio, serenidad, sentido común... y, sean claves que ayuden a orientar a la jubilación de una forma acorde con la autorrealización.

Esta etapa tiene efectos negativos y positivos, mucha gente la afronta con sentimientos de inutilidad y marginación. Se trata de una crisis más de la vida, que puede servir para madurar o para salir empobrecidos, para redescubrir el sentido de la vida o perder la propia existencia.

Hay dos posturas ante el proceso de jubilación: los que la reciben con júbilo y los que la asumen con sentimiento. En los primeros suelen estar los que desempeñaron tareas pesadas y monótonas, por lo que para ellos el trabajo ha sido una carga. Mientras que para los segundos, desarrollaron su trabajo gustosamente, recibiendo abundantes satisfacciones.

Es muy frecuente que los que se encuentran felices por haberse liberado de un trabajo un tanto opresor, no sepan qué hacer con su tiempo libre del cual ahora disponen, malgastándolo o aburriéndose. Esta situación, al prolongarse indefinidamente, resulta perjudicial ya que aumenta la falta de interés por las cosas, la vida carece de significado y el cerebro envejece rápidamente. En este

grupo de jubilados hay quienes dedican parte de su tiempo a su familia o asuntos personales. Los que saben emplear su tiempo, encuentran sentido a la vida y su envejecimiento se vuelve normal.

La problemática de la jubilación es un fenómeno típico de la industrialización, propio de una sociedad basada en el rendimiento. Sin embargo, el alejamiento de la vida profesional supone algo más que el cese de una actividad más o menos valorada. Entre otras cosas, implica la adopción de un nuevo rol, con otras expectativas de comportamiento, una nueva modificación del curso cotidiano de la vida, sujeto antes al ritmo de la actividad profesional, una reestructuración del campo social, incluida la reestructuración de los contactos familiares; supone ciertas modificaciones en la economía personal y un desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre. El individuo se ve así enfrentado a una compleja situación, cuya solución depende de numerosos factores, entre los que destaca la influencia de la imagen social del jubilado, asociada con ideas de deterioro e inutilidad que en muchas ocasiones da como resultado el que una persona, por temor a asumir este rol tan poco apreciado por la sociedad, cuando tiene que tomar la decisión de dar por terminada su actividad profesional, se ve obligada, en contra de sus propios deseos, a mantenerse profesionalmente activa durante más tiempo.

Resulta unánime, a la hora de evaluar los sistemas actuales de jubilación, llegar a la conclusión de que es injusto el que estos permitan a una persona sin mayor preparación individual y social pasar, del día a la noche, de trabajador activo, con todos los derechos y obligaciones, a miembro pasivo, jubilado, con tan pocos derechos como obligaciones. Por lo tanto resulta necesario reorientar el concepto de jubilación y su práctica, considerando un período preparatorio previo a ésta, si se quiere dar una efectiva respuesta a las necesidades de una etapa de la vida que durará, en la mayoría de los casos, de 15 a 20 años, como lo recomienda la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Viena en 1983.

Lo cierto con respecto a la jubilación, es que antes todo dependía de la actividad profesional y del horario de trabajo; ahora con el fin de la vida laboral ocasiona con

frecuencia una falta de ordenación del tiempo, que acaba provocando una sensación de tedio. La adaptación social del anciano se realiza a través de los procesos de sustitución y reducción de actividades. En la sustitución se reemplazan las actividades perdidas por otras nuevas, la reducción de actividades surge cuando el anciano disminuye el número e intensidad de sus ocupaciones, redistribuyendo su tiempo y energía entre el resto de sus roles sociales, como esposo, abuelo, miembro de la comunidad. En palabras de bracken, 1953: “ Puede quizás que las emociones afectivas de la mera existencia y del simple ser uno mismo sean más débiles; pero en cambio, los sentimientos superiores ofrecen insospechadas posibilidades de desarrollo. Se descubren nuevas y constantes cualidades vivenciales, mediante la música, las artes plásticas, la literatura y la historia “.

Es evidente pues, que para facilitar la adaptación de los sujetos a la situación de la jubilación, se necesite una remodelación más o menos amplia al respecto, por parte de nuestra sociedad y sobre todo, la renuncia a ideas estereotipadas muy concretas acerca de los viejos, además de la preparación pre-jubilatoria. La jubilación provoca cambios de papeles que producen, generalmente, un efecto espectacular en las relaciones familiares. Algunas de estas reacciones son facilitadas por la situación familiar individual, mientras que otras producen cambios dramáticos.

Aun cuando la vida familiar ha variado sus esquemas se entrelaza con la efectiva, psíquica y social, a pesar de los juicios parciales que la sociedad tiene al respecto. Existen indicios empíricos que demuestran que, cuando es posible, los hijos cuidan a sus padres o les procuran la ayuda necesaria para que continúen siendo independientes.

La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes reconocen la importancia del abuelo o bisabuelo.

1.5.- Aspectos éticos y legales en el cuidado de los adultos mayores

Así como “la tutela” es la figura legal de protección para los menores de edad, “la curatela” está destinada a la protección de las personas mayores de edad que tienen dificultades para manejarse solas por tener alguna discapacidad, salud mental o simplemente no pueden valerse por si mismos.

Importancia de esta figura legal de protección.

El cuidador tiene como fin la protección de la “persona” y de los “bienes” de quien sufra una “disfuncionalidad mental”. Será quien asistirá a dicha persona en el ejercicio de sus derechos. Para ello, se requiere llevar adelante un juicio especial donde se demuestre de manera fehaciente que la persona necesita ciertamente aquella protección, por tener una dolencia mental – sea de carácter temporario o permanente-, que hace necesario disponer esa ayuda jurídica y social. En ese juicio se debe demostrar con certificados médicos, que la persona a ser asistida tiene serios riesgos de no poder administrar sus actos sin ayuda; y persigue el propósito de evitar que otros seres inexpertos o – lo que es peor- “malintencionados”, le ocasionen graves perjuicios por no comprender plenamente la envergadura de sus acciones.

En dicho juicio, luego de una importante y reservada producción de pruebas médicas, psicológico-psiquiátricas y sociales, el Juez tendrá que considerar y declarar en su sentencia: 1) que es necesario proteger a la persona por tratarse de alguien que tiene capacidades diferentes y necesidades propias que requieren particular amparo; y que los actos de ésta deben ser calificados legalmente de manera especial, para que no resulte calificada como “responsable o culpable” de hacer o no hacer alguna cosa, cuya importancia quizás no pudo comprender en su totalidad; y 2) que, por tal motivo, se le designa un “cuidador” para que lo asista y ampare en los actos personales o patrimoniales que así lo requieran, según el caso.

La importancia particular, social y jurídica del “cuidado” consiste en la ayuda particular a la persona asistida; no para excluirla o anularla, sino para garantizar una actuación conjunta con ésta -cuando sea necesario-, y permitir que logre mayor autonomía en los demás aspectos de la vida personal y material que no requieran asistencia directa.

Personas que pueden ejercer el cargo de cuidador.

Para el logro de tales objetivos, el Juez designa al “cuidador principal”, quien debe cumplir con la función de asistir a la persona protegida, representarla legalmente en determinados actos, garantizar su atención, procurar su reinserción social y rehabilitación, y cuidar de sus bienes.

La ley prevé que el Juez llame para el cargo de cuidador principal a los parientes más cercanos de la persona a proteger. Por lo general, la madre, el padre, el cónyuge, o hermanos mayores de edad. Pero si no los tuviera, o si éstos no fueran aptos para ejercer tales funciones, el Juez podrá designar a una persona no vinculada familiarmente al asistido, para que cumpla con aquella misión.

En todos los casos, el o los cuidadores son responsables del cumplimiento estricto de sus funciones, y son vigilados judicialmente por el Asesor de Incapaces y por el Juez que interviene en la causa.

Clases de cuidador.

Existen tres clases diferentes de cuidador, dos de carácter general y una especial.

Cuando la persona con discapacidad mental tiene una disfuncionalidad muy severa y no puede cuidarse sola ni proteger autónomamente su patrimonio, el juicio se orientará hacia la declaración de “insania” de la persona afectada en su salud mental ; y el tipo de cuidado requerirá que la función del cuidador consista en “representar legalmente” y asistir en numerosos aspectos a la persona protegida (por ejemplo, administración de sus bienes, firma de documentación,

autorizaciones para actos importantes de su vida, etc.). De este modo, se evita que la persona declarada incapaz sea responsabilizada penal o civilmente, por los actos inconvenientes que hubiera realizado sin plena conciencia.

En cambio, si la disfunción mental es moderada o de mediana complejidad y la persona comprende en alguna medida el valor de sus actos y puede desarrollarlos con cierta autonomía, el juicio se orientará hacia la declaración de “inhabilitación”; y el curador cumplirá un rol algo distinto, pues no representará totalmente a su protegido sino que lo “asistirá” legal y personalmente actuando “en conjunto” con éste, vigilando los actos que realiza su asistido. Para aclararlo con un ejemplo sencillo del deporte automovilístico, la persona asistida desempeñará el rol de “piloto” de su propia vida, y el curador será solamente su “copiloto”; o sea, quien conduce es aquél, y el curador se ocupa de leer los mapas y decir qué curvas o peligros hay que evitar.

A estos dos tipos, se agrega un tercero denominado “cuidador especial”, que está destinado a brindar seguridades a la persona asistida cuando existen intereses cruzados o contrapuestos entre ésta y su cuidador general. El “cuidador especial”, permite que el o los cuidadores generales sigan ejerciendo sus cargos, salvo en los temas puntuales donde haya conflicto de intereses con su asistido; o sea, el “cuidador especial” solamente desempeñará un rol específico y determinado para la defensa de algunos derechos o negocios particulares de la persona protegida donde se presentan los intereses contrapuestos; por ejemplo, cuando el cuidador general y su asistido comparten una herencia o determinados bienes y negocios entre sí, y los derechos e intereses de los cuidadores se mezclan con los de la persona protegida; o esta última tiene que reclamar judicialmente alimentos a los parientes que se desempeñan como sus curadores generales; etc.

En todos los casos, es importante que la sentencia por la cual se declara la “inhabilitación” o la “insania” y se designa el o los cuidadores que habrán de ejercer esa función de asistencia, describa – en la medida de lo posible- los actos

que la persona protegida puede realizar por sí sola, y los que debe realizar con su cuidador para que tengan valor y no ocasionen responsabilidades injustas.

Problemas éticos en la asistencia geriátrica

Algunos de los problemas éticos que con mayor frecuencia se presentan en la asistencia geriátrica son:

- Limitación de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos por razón de la edad cronológica
- Limitación de la capacidad de decisión y autonomía del anciano
- Maltrato a los ancianos.

CAPITULO II.- Clínicas del dolor y Cuidados paliativos

El dolor es un problema frecuente en la sociedad, se produce por diversos mecanismos biológicos, los cuales afectan el equilibrio fisiológico, funcional, emocional, social y económico de los individuos que lo padecen. Debido a que el reporte del dolor sólo puede ser obtenido de quien lo sufre y a la complejidad de los mecanismos que lo producen, surgieron en el mundo especialistas en medicina dedicados a su estudio y tratamiento, los cuales introdujeron el concepto hoy conocido como clínicas del dolor. Estos establecimientos poseen características específicas normadas internacionalmente, las cuales favorecen el abordaje terapéutico integral e interdisciplinario de los pacientes. Por lo tanto, en estos sitios el paciente puede encontrar ayuda especializada para el manejo de su dolor. Debido a que este concepto es relativamente reciente en México, es preciso hacer algunas consideraciones para disipar las interrogantes de la población en general sobre las clínicas del dolor.

Un ejemplo de sintomatología dolorosa es la osteoartritis (enfermedad articular degenerativa), la cual tiene una prevalencia del 13% en personas mayores de 55 años en la Unión Americana y en Inglaterra cerca de 3 millones de personas.

En México, se ha documentado que el cáncer es la segunda causa de muerte. El dolor en el paciente oncológico, se presenta del 80% al 90% de los casos. Por lo que su aparición, es el principal temor de los pacientes y de sus familiares, condicionando dificultades en su terapéutica.

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que debido a su alta prevalencia, y a la complejidad de los mecanismos que lo producen, así como a la dificultad que representa su correcta identificación, caracterización y tratamiento, es necesario contar con especialistas en medicina que sean capaces de controlar esta entidad. Es así como surgen grupos médicos en todo el mundo con el propósito de iniciar la lucha contra el dolor.

Los esfuerzos tendientes a lograr este objetivo inician durante la primera mitad del siglo XX con un médico estadounidense de nombre John J. Bonica, quien se interesó por ahondar en el estudio del dolor. Este pensamiento revolucionario sobre el abordaje multidisciplinario del dolor lo condujo a la creación de la primera clínica del dolor en 1946. Posteriormente, en 1947, el Dr. Duncan Alexander hizo lo propio. La creación de estas clínicas del dolor promovió el surgimiento de muchas más a lo largo de la Unión Americana. No obstante lo anterior, al Dr. Bonica no le fue suficiente que diversos grupos siguieran sus pasos, por lo que en 1974 fundó la primera organización enfocada al estudio y tratamiento del dolor (IASP) y promovió mundialmente la educación especializada de los médicos que pretendieran dedicarse a este campo.

En nuestro país, la lucha contra el dolor inicia con el Dr. Vicente García Olivera, quien en 1953, adquirió sus conocimientos en este campo, bajo la tutela del Dr. Alexander. A su regreso a México, el Dr. Olivera logró transmitir sus enseñanzas y su visión del manejo del dolor a un grupo de médicos interesados en esta área. El resultado de esta labor, y de sus invaluable consejos, se cristalizan con la fundación de la primera clínica del dolor en nuestro país en el año de 1972, por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán.

A esta monumental tarea se suma el Dr. Uriah Guevara López, quien a su vez logra consolidar una clínica del dolor funcional y multidisciplinaria, la cual, en concordancia con la mística del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” conjunta las áreas de: a) docencia, b) asistencia y c) investigación. Los esfuerzos de estos maestros de la medicina mexicana impulsaron la creación del programa universitario para la formación de médicos especialistas con post-grado en Algología (clínica del dolor), y promovieron la creación de éstos en la República Mexicana. Actualmente, este programa universitario logra la formación de médicos especializados en esta área, en las diversas clínicas del dolor reconocidas por la Universidad Nacional Autónoma de México.

2.1.- Epidemiología del dolor en el adulto mayor

El dolor es una queja común en los ancianos que a menudo es tratada inadecuadamente. El dolor no es una parte normal del envejecimiento, y puede ser un signo de que algo está mal. Algunas veces no hay una causa evidente o exacta del dolor. El manejo del dolor es una parte importante de su atención médica.

Existen dos tipos de dolor en el adulto mayor:

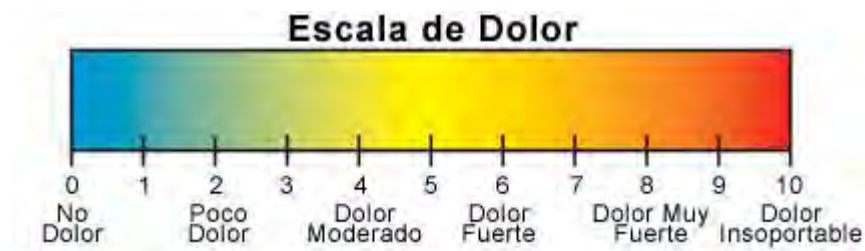
- **Dolor agudo:** Este puede ser provocado por una enfermedad o una lesión. Este dolor aparece de repente y no dura mucho tiempo. El dolor agudo generalmente desaparece conforme su cuerpo sana, pero puede volverse un dolor crónico si se deja sin tratamiento.
- **Dolor crónico:** Esto describe el dolor que continúa o empeora al pasar de un largo tiempo. El cual puede durar meses o años. El dolor se puede quedar después de recuperarse de una lesión. Las afecciones como el cáncer, la artritis, la migraña, y los problemas de la espalda son también las causas comunes del dolor crónico.

Las condiciones como demencia (problema de la memoria), lesión o un derrame cerebral pueden impedir la forma de expresar el dolor. Los siguientes son indicadores comunes que pueden informar a los médicos que el adulto mayor está sufriendo por el dolor:

- Llanto, gemidos, fruncir el entrecejo o suspirar
- Con frecuencia sentirse triste, deprimido, desesperado, agresivo o enojado
- Respiración ruidosa, llamar o pedir ayuda
- No cambiar de posición o quedarse en una posición donde no sienta dolor
- Falta de apetito o cambios en los hábitos de sueño
- Se retira o se enoja cuando lo tocan.

El diagnóstico del dolor crónico se basa en el tiempo y con la frecuencia que se tiene los síntomas. También se puede necesitar cualquiera de lo siguiente para revisar cuánto dolor se tiene o encontrar su causa:

- **Examen físico:** El médico buscará las áreas dolorosas durante un examen físico. Él puede tocar o apretar diferentes lugares del cuerpo.
- **Escala del dolor:** Estas pueden ayudar a medir cuánto dolor siente. Existen muchas escalas del dolor que incluyen números o expresiones faciales. El médico solicitará que se valore el dolor en una escala de 0 a 10.



- **Exámenes de imagenología:** Estos incluyen los rayos X, una tomografía axial computarizada (TAC escáner) o un examen de imágenes de resonancia magnética (RM). Es posible que se necesite más de uno de estos exámenes para buscar la causa de su dolor crónico. Se debe administrar un medio de contraste que ayuda a que las imágenes se vean mejor.
- **Pruebas de estimulación:** Estas incluyen un examen de la velocidad de conducción nerviosa junto con una electromiografía y los estudios potenciales evocados. Estas pruebas pueden ayudar a encontrar exactamente cuál nervio o músculo es el afectado por el dolor.

El dolor se puede tratar de dos maneras, con medicamentos o sin ellos:

- **Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES):** Estos medicamentos disminuyen la inflamación y alivian el dolor. También se conocen como NSAIDs por sus siglas en inglés. El médico podrá recetar el medicamento adecuado para cada padecimiento. El medicamento hay que tomarlo como se indica. Los antiinflamatorios no esteroides pueden provocar sangrado estomacal o trastornos en los riñones si no se los toma con las indicaciones necesarias.
- **Narcóticos:** Estos medicamentos sirven para el dolor moderado a severo.
- **Anestésico:** Estos pueden ser inyectados en el nervio o alrededor de este. Funcionan al bloquear los signos que envían los nervios.
- **Antidepresivos:** Estos se pueden usar para tratar el dolor del nervio u otro tipo de dolor crónico.
- **Medicamentos contra la ansiedad:** Estos medicamentos pueden ayudarlo a sentirse más calmado y relajado. También pueden aliviar el dolor y ayudarlo a dormir.
- **Relajantes musculares:** Este medicamento ayuda a relajar sus músculos. También ayuda a reducir dolor y espasmos musculares.

- **Esteroides:** Este medicamento disminuyen la inflamación que causa el dolor.
- **Medicamentos anticonvulsivos:** Este medicamento puede servir para disminuir el dolor crónico.

Los médicos en lo posible van a tratar la causa del dolor. Esto puede incluir tratamientos para infecciones o el cáncer. Es posible que necesite de lo siguiente para ayudar a controlar su dolor:

- **Calor.-.** Aplicarse calor en el área por 20 a 30 minutos cada 2 horas por los días que se recomiendan..
- **Hielo:** El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor. El hielo también puede ayudar a prevenir daño al tejido.
- **Rehabilitación:** Un fisioterapeuta puede ayudar a realizar los ejercicios para mejorar el movimiento y la fuerza, y así aliviar el dolor. El terapeuta ocupacional puede enseñar las habilidades necesarias para realizar las actividades diarias.
- **Aparatos de asistencia:** Un bastón, un caminador o las muletas son necesarias para ayudar a moverse y disminuir el riesgo de caer.
- **Estimulación eléctrica:** Un dispositivo especial manda señales eléctricas leves y seguras. Estas señales disminuyen el dolor cuando se usan sobre una parte adolorida del cuerpo.
- **Cirugía y otros procedimientos:** El médico puede utilizar ultrasonido, ondas de radio, terapia térmica (calor) o terapia láser para aliviar el dolor. Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir el corte de nervios o reparar articulaciones que están causando el dolor.

2.2.-.- El papel del psicólogo en las clínicas del dolor

En el campo de tratamiento del dolor, la psicología ofrece varios recursos que pueden contribuir a una mayor efectividad en su tratamiento como enfermedad y a una mayor adaptación del paciente en su vida cotidiana. Desde una perspectiva biopsico-social del dolor, la intervención psicológica es necesaria para ofrecer una terapia efectiva, maximizando la adhesión al tratamiento médico y creando cambios en el estilo de vida y las actitudes del paciente que aportan beneficios en otros ámbitos. Si bien es cierto que hay pacientes que obtienen suficiente mejora clínica con los tratamientos médicos (con efecto puramente biológico), la experiencia en las consultas muestra un gran porcentaje de pacientes con aspectos psicosociales que interfieren en su tratamiento de modo significativo.

Este trabajo muestra un modo de organizar la actividad de un psicólogo dentro de una Unidad del Dolor, de modo que su función sea lo más útil posible tanto para profesionales como para pacientes. Organizar dicha actividad ha mostrado no ser en absoluto fácil, si partimos de que un solo profesional no podrá hacer frente a todas las posibles demandas, y de que la psicología como disciplina se compone de distintos enfoques que plantean soluciones diferentes para cada problema. El protocolo de acción resultante ha de situarse entre dos extremos de una línea: en un lado, abarcar el máximo de pacientes; en el otro, lograr el máximo beneficio terapéutico individual. Contando con que la intervención psicológica (como la del resto de disciplinas) requiere tiempo y al no disponer de suficientes profesionales, ha de conciliarse la minuciosidad necesaria para cada paciente, con una aplicación lo más amplia posible de cada recurso terapéutico. La elección principal de cada acción del psicólogo está entre abarcar más pacientes o asegurar más efectividad en cada intervención.

2.3.- Valoración psicológica del enfermo con dolor crónico y estilos de afrontamiento (personalidad a, b, c).

La evaluación psicológica forma parte importante del estudio integral de los pacientes en las clínicas del dolor de los hospitales más importantes del mundo. Esta evaluación tiene múltiples funciones: puede determinar el grado de incapacidad, los factores psicosociales y conductuales que intervienen en la naturaleza, severidad y persistencia del dolor crónico, así como el grado de incapacidad y su correlación con la intensidad y características individuales del paciente. La evaluación psicológica además puede determinar la presencia de ansiedad y depresión, así como determinar la influencia de estos dos factores en la "conducta dolorosa" del paciente. La importancia de la evaluación psicológica ha sido comprobada por Merksey, encontrando que factores como la personalidad pre mórbida y otras enfermedades psíquicas son factores determinantes en la población con dolor crónico.

Carlsson al evaluar la personalidad de pacientes con dolor crónico y comparándola con controles sanos, encontró que los primeros tenían un mayor número de experiencias negativas infantiles y puntuaciones bajas en inhibición de la agresión, proponiendo un sistema diferente al tradicional para evaluar la personalidad (le estos enfermos, utilizando la escala Karolitska de personalidad y haciendo énfasis en las ventajas que presenta sobre el MMPI, debido a que la primera requiere de menor tiempo de aplicación y brinda datos sobre rasgos de personalidad y no sobre psicopatología).

Atkinson encontró un (42.2%) de depresión mayor utilizando criterios del RDC (Research Diagnostic Criteria), en pacientes con dolor crónico, porcentaje superior al encontrado en la población de pacientes hospitalizados en general.

A la hora de analizar las relaciones entre personalidad y enfermedad, se deben tener en cuenta dos aspectos:

Por una parte, antes de que una variable pueda ser considerada como un factor de riesgo para la salud deben cumplirse una serie de criterios: que se hayan realizado, diseños de investigación prospectivos, tomar indicadores objetivos de enfermedad, que la asociación entre personalidad y enfermedad sea consistente, que dichas asociaciones no sólo sean significativas estadísticamente sino que además lo sean a un nivel práctico y que exista una teoría biológica viable para explicar los mecanismos que median la asociación entre personalidad y enfermedad.

Por otra parte, cuando se analizan las relaciones entre personalidad y enfermedad, éstas pueden ser directas o mediadas por otras variables.

Para explicar las relaciones entre personalidad y enfermedad se ha apelado a dos tipos de mecanismos:

Directos: estaría la excesiva reactividad fisiológica ante el estrés.

Indirectos: la personalidad puede promover la enfermedad a través de su efecto sobre las conductas o hábitos de salud y sobre las reacciones a la enfermedad.

Teniendo en cuenta estos mecanismos, se han propuesto cuatro modelos para explicar los procesos por los que la personalidad puede influir en la salud, modelos que en cualquier caso, no sería excluyentes sino complementarios:

Estrés como modulador: se sugiere que la reactividad fisiológica constituye el puente de enlace entre la personalidad y la salud. El estrés psicológico produce aumentos en la actividad simpática y adrenocortical. A lo largo del tiempo, las respuestas fisiológicas exageradas repetidas en muchas ocasiones, contribuirían a la etiología de la enfermedad.

La personalidad puede servir para atenuar o exacerbar la conexión entre el estrés y sus consecuencias en distintos puntos de la secuencia estrés-afrontamiento. Puede afectar a la valoración del acontecimiento y a las estrategias de

afrontamiento. También afecta a la selección de situaciones donde la persona actuará.

Conducta de salud: se sugiere que la personalidad influye en la salud porque afecta a las prácticas o conductas de salud. Los efectos de la personalidad serían indirectos, al estar mediados por dichas prácticas o conductas.

Vulnerabilidad constitucional: propone que una cierta predisposición o vulnerabilidad constitucional sería la causa de una mayor labilidad autonómica, lo que a su vez influye en los procesos de personalidad y en los problemas de salud. Se apunta a la influencia fisiológica como causa de la enfermedad, mientras que la personalidad sería un correlato no causal.

Conducta de enfermedad: la personalidad impacta la experiencia subjetiva de enfermedad y las respuestas ante los síntomas percibidos. Se deriva de la evidencia que indica que la enfermedad objetiva a veces no corresponde con el informe de síntomas.

Hay dos aproximaciones a la hora de analizar las relaciones entre personalidad y enfermedad:

La aproximación basada en la **especificidad** asume que hay rasgos o patrones de personalidad específicos que se asocian con enfermedades concretas.

La aproximación basada en la **generalidad** indicaría que se puede hablar de una susceptibilidad general del individuo hacia la enfermedad afectada por distintos factores o características de personalidad, que facilitan o inhiben el comienzo de una serie de enfermedades.

En términos generales, las múltiples causas que generan estrés pueden ser las mismas para cualquier sujeto. Las diferencias se presentan cuando tomamos en cuenta los modos de interpretar las situaciones estresantes y las consiguientes respuestas adaptativas. En este caso, el análisis nos permite distinguir diferentes perfiles psicológicos, también llamados comúnmente patrones de conducta. Un

patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica.

Personalidad tipo A

Los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, muy competitivos, ambiciosos, agresivos en los negocios y que les cuesta mucho relajarse o tomar unas vacaciones. Generalmente las personas con este tipo de personalidad no les gusta relacionarse con los individuos que tienen personalidad tipo B.

La personalidad tipo A impulsa a las personas a estar apresuradas todo el tiempo y generalmente son personas que trabajan largas horas y que realizan varias actividades al mismo tiempo. Se impacientan demasiado cuando alguien atrasa algún trabajo que ellos necesitan tener en cierto momento. Los individuos con este tipo de personalidad siempre están estresados y casi todo el tiempo se encuentran de mal humor.

Personalidad tipo B

Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

Personalidad tipo C

Se trata de una persona poco asertiva, que se somete a los deseos de los demás y rara vez tiene en cuenta sus propios deseos, necesidades o preferencias. Tiende a ocultar sus emociones negativas y trata de mantener una apariencia calmada y positiva ante los demás, aunque en su interior puede sentir desesperanza y tristeza.

Son personas incapaces de expresar la ira. Pueden sentirla, pero la suprimen de inmediato, la ignoran o la reprimen. Tampoco expresan o experimentan el resto de

emociones negativas, como miedo, ansiedad o tristeza, sino que tienden a reprimirlas o suprimirlas.

Son también personas pacientes, amables, cooperadoras, extremadamente preocupadas por complacer a los demás y ser aceptados por ellos, no suelen quejarse y tienden a sacrificarse por otros de una manera excesiva.

2.4.-. Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico

El dolor crónico es muy común en personas ancianas. El dolor es una experiencia sensitiva desagradable a la cual los médicos prestan poca atención, posiblemente por varias razones: los pacientes no mueren a causa del dolor, el dolor es una queja subjetiva, el manejo adecuado del dolor consume tiempo, el médico siente temor por los posibles efectos adversos de los analgésicos etc. El entendimiento de la fisiopatología del dolor crónico facilita un adecuado manejo. En este sentido se puede dividir el dolor crónico en tres grandes tipos: nociceptivo (somático o visceral, por ejemplo: osteoartritis, enfermedad isquémica, etc.), neuropático (periférico o central, por ejemplo: neuralgia postherpética, dolor posterior a evento cerebro vascular, etc.) y dolor psicógeno. Aunque las personas ancianas son más propensas a padecer los efectos adversos de los medicamentos, en general la mayoría de analgésicos son seguros y efectivos en este grupo poblacional. Se recomienda iniciar con los analgésicos de uso común como acetaminofén, el cual se puede combinar con opioides suaves del tipo de la codeína, para dolor moderado. En el paciente geriátrico debe evitarse el uso de AINES por períodos prolongados de tiempo. Los analgésicos opioides han sido controvertidos para usar en ancianos pero en realidad han sido subutilizados ya que la probabilidad de desarrollar farmacodependencia en esta población es muy baja. Otras estrategias no farmacológicas como terapia física, ejercicio dirigido, técnicas de relajación, etc. bien sea solas o en combinación con fármacos siempre deben formar parte integral del manejo del anciano con dolor crónico (AU).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado científicamente su eficacia en el tratamiento del dolor crónico por medio de ensayos clínicos controlados. También ha demostrado ser el tratamiento de elección en problemas de ansiedad y depresión, que son consecuencia del dolor y a su vez incrementan sus efectos.

El manejo del paciente con dolor crónico requiere de la intervención de profesionales de muy diversas áreas, todos ellos integrados dentro de un equipo multidisciplinario en el que la comunicación sea la divisa primordial. El factor emocional debe ser tomado en cuenta no sólo por el psiquiatra del equipo, sino que el algólogo, la trabajadora social y el terapeuta físico serán los proveedores de pacientes para el profesional de la salud mental, y en muchas ocasiones fungirán como evaluadores y psicoterapeutas. La labor del psiquiatra no termina con la evaluación del paciente, básicamente estará dirigida al mejoramiento de la relación del equipo con el enfermo, a la sensibilización del mismo equipo sobre los aspectos emocionales del que sufre de dolor crónico, así como a la interpretación de las propias dificultades del equipo para tener un funcionamiento óptimo.

Está demostrado que la intervención del profesional de la salud mental en el tratamiento y evaluación de pacientes con trastornos crónicos disminuye los días de hospitalización, las dosis de los medicamentos utilizados y el número de consultas e interconsultas solicitadas para los diversos servicios.

2.5.-. Desgaste profesional del cuidador formal del adulto mayor

En la sociedad actual, el estudio del estrés laboral (Síndrome del Burnout) ha generado muchas investigaciones, debido a las graves consecuencias que tienen para la salud y el bienestar de los o las trabajadoras, ya que influye negativamente en el rendimiento laboral y la productividad, favoreciendo el deterioro de los servicios, provocando el ausentismo laboral, rotación excesiva del personal en algunas instituciones o pérdida del empleo.

El Síndrome de Burnout según Gil-Monte.- lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las

personas con las que trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Este síndrome se desarrolla en aquellas personas cuyo objetivo de trabajo son las personas y es posible distinguir tres dimensiones que lo componen: agotamiento o cansancio emocional (fatiga), despersonalización (sentimientos, actitudes y respuestas negativas, o distante con las personas, baja realización personal). Es temporal y específica en el ámbito del trabajo.

En el ambiente geriátrico la prestación de servicios que se realiza a los pacientes dependientes durante un tiempo prolongado puede convertirse en una tarea física y emocionalmente agotadora sobre su salud y bienestar personal. El clima organizacional y ciertas características del puesto de trabajo hacen que el personal de asistencia presente fácilmente este síndrome, siendo los pacientes los que sufren las consecuencias como maltrato, pasividad ante la atención de los adultos mayores.

Las consecuencias que trae la presencia del Síndrome de Burnout según Gil Monte y Peiró (1997) son:

Consecuencias para el propio sujeto: como aquellas que afectan la salud y las relaciones interpersonales extralaborales de las personas. Con respecto a la salud existe una relación entre el estrés laboral y la falta de salud las consecuencias a nivel e relaciones interpersonales y extralaborales se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrollado por el sujeto, lo que lleva a un deterioro en las relaciones y un aumento en conflictos interpersonales dentro del lugar.

Consecuencias para la organización: en ellas encontramos disminución de la satisfacción laboral, como ausentismo laboral elevado, abandono del puesto de trabajo, bajo interés por las actividades laborales deterioro de la calidad de servicios, aumento de conflictos interpersonales con otros compañeros de trabajos, aumentos de accidentes laborales entre otros. Dentro de las consecuencias relevantes para la organización: podemos destacar: satisfacción

laboral baja la satisfacción laboral esta relacionada negativamente con los sentimientos de agotamiento emocional y la despersonalización y con la realización personal en el trabajo.

Los factores extrínsecos o dependientes del entorno, del ambiente físico y de la estructura socio-laboral, así como la cultura de la organización, las condiciones laborales, la calidad y la cantidad de trabajo, los problemas específicos del rol profesional, la ausencia de apoyo social, etc., pueden hacer que los profesionales más vulnerables desarrollen el Síndrome del Burnout.

No obstante, el Síndrome del Burnout, puede depender de cada individuo en particular y de sus variables personales, modos de afrontamiento, etc., pero los factores organizacionales frecuentemente intervienen junto con otros relativos a las peculiaridades de la profesión y a las circunstancias laborales en las que ésta es ejercida.

Debido a la posible incidencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de adultos mayores, en los sistemas complejos de relaciones humanas que son los centros o instituciones geriátricas, es necesario que la administración de estos centros, desarrolle políticas preventivas de apoyo en el contexto laboral y extralaboral con el fin de que el cuidador restablezca su bienestar físico y mental.

Este trabajador debe evitar transmitir sus inquietudes, inseguridades y temores al anciano; por eso, es imprescindible que la residencia geriátrica le ofrezca apoyos, como táctica para preservar su equilibrio físico y mental. Así, al mismo tiempo se estará mejorando la calidad de la atención dispensada al paciente, puesto que un cuidador con Síndrome de Burnout tenderá muy probablemente a protegerse, desarrollando actitudes negativas de indiferencia hacia los residentes y compañeros, con lo que será virtualmente imposible proporcionar un cuidado integral a los ancianos.

En este sentido, es imprescindible que el equipo interdisciplinario de la institución (geriatra, psicólogo, enfermera, trabajador social, kinesiólogo, terapeuta ocupacional etc.) establezca mecanismos de comunicación, integración y

colaboración, amén de principios éticos y solidaridad entre sus participantes, y un hábito de manejo asertivo de los conflictos, para maximizar el funcionamiento y minimizar el estrés de sus miembros. Al igual que los directivos de las instituciones.

La prevención precoz, la información y la formación previa sobre la existencia y desarrollo del Síndrome del Burnout, así como la instrucción e incentivo de estrategias de afrontamiento eficaces en los cuidadores, permitirá a estos hacer frente a los problemas y situaciones potencialmente ligadas a tal síndrome.

No se ha de olvidar que aspectos como el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicios, el ambiente de trabajo y diversas variables psicosociales contribuyen también al síndrome de estar quemado.

2.6.- Cuidados paliativos, una necesidad actual

Los cuidados paliativos han surgido como una respuesta a la mala evaluación y tratamiento de estos pacientes y sus familias.

Doyle (1977) refiere que estos últimos años se han reconocido extensamente que los doctores modernos no están recibiendo el entrenamiento eficaz que necesitan para proporcionar cuidados paliativos, así también, que los mismos doctores han atestiguado de sus carencias de confianza y de capacidad en muchos aspectos del cuidado paliativo.

En los últimos 20 años, los Cuidados paliativos han evolucionado enormemente. Desde sus inicios como un movimiento médico social no alineado con la medicina académica, a la cual reprocha su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece, los cuidados paliativos han crecido hasta ser finalmente aceptados, muchas veces a regañadientes, por los centros académicos mundiales.

La medicina paliativa no está naciendo hoy. Se puede decir que está renaciendo después de un paréntesis histórico en que fue dejada de lado. Coincide precisamente con otros dos aspectos de la medicina: *la preventiva y la curativa*.

Se hablaba de Medicina Paliativa como única opción para enfermos terminales, sin embargo, en la práctica diaria prevención, curación y paliación conviven armoniosamente en todo tipo de enfermedades, como enfermedades terminales y geriátricos avanzados. Que exigen una planificación adecuada para garantizar a estos enfermos una asistencia de calidad.

“Según la Organización Mundial de la Salud”, los cuidados paliativos se definen como:

El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa. El control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales son de esencial relevancia. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Muchos de los aspectos de los cuidados paliativos deben emplearse en estudios más precoces de la enfermedad, en combinación con tratamientos activos de índole curativa. (Behar, 2004).

Los servicios de cuidados paliativos son el eslabón final donde se depositan los síntomas, los miedos, las angustias, las promesas no cumplidas, etc.

Los sistemas de salud deben considerar que la muerte es la parte final de la vida y que el impulso de estas unidades y la capacidad del personal son indispensables. No se requiere para ello grandes inversiones, sino solo voluntad política para lograr una atención médica más completa, más *humana*. La muerte no es un acontecimiento inusitado, siempre está con nosotros. Por ello el cuidado de los pacientes en edad avanzada y los moribundos es parte obligada de las funciones médicas.

Los Cuidados Paliativos (CP) en México son programas de asistencia que nacen a partir de la atención de los pacientes con cáncer en fase terminal. Comenzaremos por mencionar la definición del *American College of Physicians*, que cataloga al paciente en estado terminal como: "*aquél enfermo que se encuentra en una*

situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que en un periodo de tres a seis meses, fallecerá".

Con el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónico-degenerativas, se hace necesario diseñar clínicas que sean atendidas por especialistas para cubrir las necesidades del enfermo terminal, por lo que en México, en el año de 1972 se inaugura la Unidad de Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". En 1976, se instala la Clínica del Dolor en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" por el Dr. Miguel Herrera Barroso, en 1979 nace la Asociación Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor en la ciudad de Guadalajara. Es preciso mencionar que a finales de la década de los setentas y principio de los ochentas, la psiquiatría norteamericana aportó a través de la Dra. Jimmie Holland, los conceptos de la psico-oncología y la hizo parte de la práctica clínica de los psiquiatras y psicólogos mexicanos. Y quien con su interés y generosidad aportó becas en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* de Nueva York, para especialistas mexicanos interesados en el área. En 1981, se inicia la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en noviembre de 1988, se introduce a México por el INCan el primer embarque de morfina, procedente de Alemania, bajo el cargo del Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, quien desarrolla en 1989 el primer programa académico de CP en el INCan. Este primer programa es apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de igual forma, organiza el primer simposio de CP en el paciente con cáncer, con el objetivo primordial de introducir en la teoría y en la práctica, los conceptos de calidad de vida, evitando internamientos frecuentes por el manejo inadecuado de la enfermedad, atendiendo no sólo los aspectos biológicos, sino enfatizando los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del paciente moribundo. Se firma la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer y en 1990, se le reconoce como política oficial de importancia dentro de la salud pública. El 19 de octubre de 1992 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se asigna a la Clínica del Dolor del Hospital General de México "Dr.

Eduardo Liceaga" como Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor (Acuerdo No. 106 DOF), este hecho generó la divulgación del tratamiento del dolor a nivel nacional. En 1992, se crea la Unidad de CP del Hospital Civil de Guadalajara, así como la del Centro Médico 20 de Noviembre del ISSSTE. En 1999 en la Clínica del Dolor del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" se crea la clínica de CP, atendiendo principalmente a pacientes oncológicos y realizando visita domiciliaria durante un breve tiempo. Para el 2002, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, se conforma el programa de CP que incluye el apoyo domiciliario. En el 2007, inicia la Unidad de CP , en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se realiza el seguimiento a domicilio y asistencia telefónica.

Entre los hospitales e institutos de salud que actualmente mantienen activa la clínica de CP y de los que tenemos información, son el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital General Regional de Querétaro.

El concepto de calidad de vida se origina en 1975, en el campo de la medicina, y su estudio ha interesado también a la Psicología. Su definición varía de acuerdo a la cultura y a la sociedad.

Calidad de vida: Es el estado de satisfacción general, en cuanto al sentimiento de bienestar personal y material, como son la salud, la educación, el trabajo, de la funcionalidad, de la vivienda, de la seguridad social, y subjetivamente es la sensación de bienestar físico, psicológico y social, como la expresión de las emociones y el sentido de pertenencia a grupos sociales, estableciendo relaciones armónicas consigo mismo, con el ambiente y con la comunidad, al realizar las actividades cotidianas.

La experiencia de la enfermedad, afecta esta funcionalidad y el sentimiento de bienestar, por lo que en el ámbito de la salud, se hace una diferenciación entre calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS).

Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS): Se refiere al estado de salud y la calidad de vida en la enfermedad, involucra a la sensación de los síntomas, auto-cuidado personal, aspectos emocionales como ansiedad y depresión, al tratamiento y a las relaciones sociales.

Mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos es el objetivo primordial de los Cuidados Paliativos, ya que permite analizar la toma de decisiones, influye en los estudios de sobrevida, evalúa el costo-beneficio y el apoyo familiar. El diagnóstico de cáncer tiene una connotación psicosocial desesperanzadora y se considera que los tratamientos afectan la vida física, emocional y social de los enfermos. La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han establecido a los CP como programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer. La OPS diseñó un programa para los países de América Latina y el Caribe ante enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, ya que implican un alto costo en virtud de su grado de complejidad.

El 5 de enero del 2009 se lleva a cabo un cambio en la Ley General de Salud, agregando el *título octavo bis* de los CP a los Enfermos en Situación Terminal, donde se puntualiza evitar el sufrimiento del enfermo terminal, aceptar los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, controlar el dolor y atender los aspectos psicosociales y espirituales.

La estrategia de equidad de la OMS reconoce la aplicación del tratamiento paliativo en el proceso de la enfermedad para mejorar la calidad de vida, asimismo menciona la efectividad de la aplicación del tratamiento en los tres niveles de salud y en el hogar, considera que el acceso a la morfina por vía oral permite el alivio del dolor moderado a intenso, que causa el cáncer terminal en el 80% de los pacientes que lo padecen. En el dolor, los factores que se relacionan con su difícil control son: el dolor mismo, el dolor muscular por la presencia de un tumor; el médico, por temor al suministro de opioides; y el paciente, integrado por su cultura, edad, sexo, experiencias previas relacionadas con el dolor, evolución de la

enfermedad y sus factores de personalidad, emocionales, conductuales y cognitivos.

A partir del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2012), del cual deriva el programa del sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 31 de diciembre del 2010, se establece el Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) con el objetivo de dar una vida digna a los mexicanos a través de servicios de salud eficientes y de calidad.³⁰ Con base a este programa, en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y bajo la dirección del Dr. Miguel Jiménez Olvera, médico algólogo, y el apoyo de la Dirección General, se ha actualizado la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en tres coordinaciones conformadas por un equipo multidisciplinario: una atiende a pacientes oncológicos, otra a pacientes terminales no oncológicos y la tercera a pacientes pediátricos. La atención es hospitalaria, y la visita domiciliaria se reinició en diciembre del 2011, por lo que se han realizado 20 visitas domiciliarias de enero a mayo del 2012. Se encuentra en proceso la asistencia telefónica y se trabaja para formar una red metropolitana, con el objetivo de optimizar los recursos. Se han cubierto los aspectos del manejo de signos y síntomas, atención psiquiátrico-psicológica, tanatológica, orientación higiénico-nutricional, prevención y manejo de úlceras por compresión y el tratamiento de linfedema. El equipo multidisciplinario se encuentra integrado por médicos algólogo, psiquiatras, psicólogo, oncólogo, geriatra, nutriólogo, trabajo social y enfermería. En el año 2010, se atendieron 1 267 interconsultas oncológicas y 532 no oncológicas. De enero a mayo del 2012 se han atendido 245 interconsultas pediátricas, y 713 en adultos. En la enseñanza, el curso de alta especialidad Algología, recibe residentes de anestesiología del mismo Hospital y de la República Mexicana.

❖ Cuidados paliativos a domicilio

Con relación a la aplicación de los Cuidados Paliativos a domicilio, se menciona que este modelo de atención beneficia a la institución hospitalaria, al paciente y a

su familia. España, brinda el apoyo paliativo domiciliario con equipos para la administración subcutánea de narcóticos y personal especializado, con la finalidad de disminuir el tiempo de estancia del paciente terminal en el hospital. Astudillo (2001), menciona que las características personales del enfermo, la etapa de la enfermedad, los factores físicos, Sociodemográficos, red de soporte social y los servicios paliativos, influyen en la decisión del paciente acerca del lugar donde desea morir. Choi (2005), refiere que el 90% de los pacientes con cáncer en situación terminal, el último año de vida prefieren permanecer en su hogar, lo cual parece fomentar el sentido de pertenencia a la familia. En México, la Ley General de Salud, en su capítulo II, artículo 166 bis 3, apoya que el enfermo terminal reciba los Cuidados Paliativos en su domicilio. Cuando un paciente cuenta con un cuidador, ya sea un familiar o un profesional especializado, se debe tomar en consideración la necesidad del apoyo psiquiátrico-psicológico para éste, debido a que el estrés es un factor de riesgo de morbilidad física y mental. Un fenómeno común que se presenta en los enfermos terminales y en sus familias, es el aislamiento social (el complot del silencio), el cual asociado con la muerte, genera sentimientos de minusvalía y pérdida de autonomía, dificultando el proceso de duelo, generando falsas interpretaciones y ocultando la información acerca del pronóstico del enfermo, para evitarle el sufrimiento emocional. Realizar la visita domiciliaria ayuda a conocer la estructura y dinámica familiar, y permite orientar a la familia en la atención de su paciente. Cuando el hospital cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) brinda seguridad y confianza en la familia, disminuyen los costos, los reingresos al hospital, y la muerte del paciente puede darse con un buen control de los síntomas. A pesar de las políticas establecidas, la aplicación de los Cuidados Paliativos a domicilio es un modelo que poco se aplica en México debido a los costos del personal.

En los pacientes con enfermedades terminales se presentan síntomas emocionales y cambios de comportamiento, como respuesta a un estresante psicosocial identificable, la enfermedad. Este factor deteriora la actividad social, laboral y de desarrollo profesional. El diagnóstico, las múltiples hospitalizaciones, los procedimientos médicos, el personal sanitario, la separación de la familia, los

lores y el dolor son factores de estrés, que generan reacciones de ansiedad. El paciente también puede presentar ansiedad anticipatoria y esperanzas propias de su cultura, formación de vida, edad, estado civil y sexo. La ansiedad se define como la reacción emocional caracterizada por una anticipación a una sensación desagradable, preocupación o nerviosismo y se manifiesta con la activación del sistema nervioso simpático, mostrando respuestas como sudoración, sensación de ahogo, taquicardia, desmayos, temblor de voz, bloqueos, pensamientos e imágenes negativas o de escape. La ansiedad está relacionada con esta etapa del proceso del morir y cuando no ha habido control del dolor. Cuando se pierde la autonomía se anuncia la muerte, y se exagera por el aumento del malestar de la sintomatología somática. Ante el diagnóstico, la evolución de la enfermedad y hasta el estadio terminal, hay ánimo deprimido, llanto y desesperanza. Los signos físicos de la depresión como la fatiga, anorexia y alteración del ritmo circadiano, pueden ser atribuibles a la enfermedad, así como a los medicamentos utilizados, por lo que es importante evaluar al paciente deprimido para estimar el riesgo de suicidio. Entre las alteraciones cognitivas que se presentan en la depresión están la disminución de la atención y de la memoria.

El Día de los Cuidados Paliativos es organizado por el Comité de la Alianza Mundial del Cuidado Paliativo, la Red de Hospicios y las organizaciones mundiales, nacionales y regionales. Cada año aproximadamente 70 países participan en las celebraciones. En nuestro país se han realizado algunos esfuerzos para implantar medidas de tratamiento principalmente en pacientes con cáncer terminal, los cuales se han enfocado únicamente hacia el alivio del dolor.

Para el Centro de Cuidados Paliativos de México, IAP (CECPAM), los Cuidados Paliativos son el modelo de atención integral para atender al paciente que sufre una enfermedad terminal, de preferencia en su domicilio. Se trata de pasar del sanar al cuidar, involucrando al paciente en la toma de decisiones de su tratamiento.

Así, los cuidados paliativos involucran el cuidado de los ancianos (geriatría), el cuidado de enfermos crónicos, la Medicina familiar, el cuidado de enfermos de cáncer, las clínicas del dolor, la eutanasia y suicidio asistido, los cuales se enfocan a la muerte.

CAPITULO III.- La muerte, el proceso de morir y el duelo.

La muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre las más grandes reflexiones y profundas preguntas. El mundo occidental se caracteriza por tener la incertidumbre de la muerte, y con frecuencia sentimos temor de morir, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir seguro que tenemos como seres humanos.

Filósofos y pensadores importantes que han existido a lo largo de los tiempos, como Platón, Aristóteles, han tenido como objetivo dilucidar el significado de la muerte y auxiliar al ser humano en su temor frente a ella. Las religiones o creencias en torno a la vida, como las de los judíos, cristianos, hinduistas, budistas y demás, tienen variados conceptos y rituales de la muerte, pues algunos creen en la posibilidad de la reencarnación o la resurrección, o de una vida eterna en el cielo o en el infierno.

El sentido de la muerte en el México prehispánico y en nuestras etnias actuales está ligado a ciertos dioses y a la vida después de la muerte; de hecho, el mexicano actual ha llenado su mundo de mitos y leyendas, de poemas, canciones, dichos populares y de una mezcla de temor y humor; incluso se dice que nos burlamos de la muerte o reímos de miedo, pero ¿estamos preparados para morir o para perder a un ser querido? Seguramente la respuesta será un rotundo no.

La muerte es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema está cuando nos toca de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras

vidas, y entonces las reacciones son intensas, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos variables.

El duelo es el proceso que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos.

La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional, y no transcurrir de un duelo considerado “normal” a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata.

Las etapas del duelo europeo difieren de las del mexicano y, en general, de las del latino, según opina la doctora Elisabeth Kübler-Ross (psiquiatra suiza-estadounidense que fundó la Tanatología clínica moderna) , y quien es considerada como la madre de la Tanatología. Propone que la elaboración del duelo ocurre en cinco etapas: negación y aislamiento, ira, regateo, depresión y, finalmente, aceptación. En México, el doctor Alfonso Reyes Zubiría (misionero de curar y enseñar a curar el dolor por la muerte y la desesperanza), tiene una visión distinta respecto del proceso de duelo y de las emociones anteriormente descritas. Al mexicano –señala– lo caracteriza la religiosidad y el apego a la familia, ingredientes que lo hacen vivir estas etapas de manera distinta al europeo; refiere sentir una gran tristeza a lo largo del proceso de duelo, pero la religiosidad hace que alcance en la mayoría de los casos la aceptación mediante la fe. Las etapas que el mexicano vive son, entonces, la depresión, la ira, el perdón y la aceptación.

En ocasiones es posible sufrir síntomas idénticos a los de un proceso de duelo sin que se haya padecido la muerte de un ser querido debido a la ocurrencia de sucesos que pueden desencadenarlos, como una enfermedad incurable o terminal, un divorcio, la pérdida del trabajo o de un miembro anatómico, la ruina económica, una decepción amorosa, la prisión o un fracaso profesional, entre

otros. El tanatólogo deberá asistir a estas personas para que logren la aceptación del hecho en estos casos, y orientar a la familia a vivir un proceso de duelo lo más saludable posible y en el menor tiempo, si hubiese ocurrido la muerte de un ser querido.

La Tanatología es una disciplina científica que estudia las conductas que pueden representar una amenaza para la vida; es una ciencia multidisciplinaria de la que hoy se habla más frecuentemente y que tiene resultados considerablemente útiles.

En la actualidad, hay un gran número de personas preparadas para ayudar a curar el dolor del proceso de morir, tanto en el enfermo como en la familia. El trabajo tanatológico no termina con la muerte de alguien, sino que continúa hasta que el familiar concluye su trabajo de duelo y llega a la verdadera aceptación de la muerte de su ser querido.

a).- Teoría de Erikson (desesperanza en el adulto mayor de las metas que no se realizaron)

Plantea el ciclo de la vida como un ciclo de desarrollo que se lleva a cabo por etapas que se suceden, desde el nacimiento hasta la muerte, en ocho estadios. En cada uno de ellos el ser humano debe **ganar** una situación evolutiva concreta que le hará sentirse satisfecho y definirá su identidad personal.

- Una crisis de personalidad que, de no resolverse frenará el desarrollo coherente del yo.
- Una virtud concreta a alcanzar
- La definición por un rasgo positivo que debe prevalecer, y otro negativo, que también tiene cierta presencia, y a los que Erikson denomina respectivamente ritualizaciones y ritualismos.

- La armonía entre ambos polos permite solucionar satisfactoriamente la crisis correspondiente.

Última etapa evolutiva de Erik Erikson

VIII (50'...) adulto viejo	Integridad vs. desesperación	Los humanos o los "míos"	Ser, a través de haber sido. Enfrentar el no ser	Sabiduría	Presunción y Desesperanza
---	---	---	---	------------------	--------------------------------------

De este modo, la teoría de Erikson considera al mismo tiempo, aquellos aspectos de pérdida y de ganancia como posibles resoluciones de las encrucijadas normativas. El envejecimiento no es normativo, ya que se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo es capaz la persona de afrontar y resolver cada una de estas situaciones.

❖ Sabiduría vs Desesperanza.

La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama **sabiduría**. Considera que este es un regalo para los hijos, dado que "los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte". El autor sugiere que una persona debe sentirse verdaderamente agraciada de ser sabia, entendiendo lo de "agraciada" en su sentido más amplio: me he encontrado con personas muy poco agraciadas que me han enseñado grandes cosas, no por sus palabras sabias, sino por su simple y gentil acercamiento a la vida y a la muerte; por su "generosidad de espíritu".

Y junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también a uno le toque su turno. Al enfrentarnos a toda esta situación, parece que todos debemos sentirnos desesperanzados.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas (muy diferente a estadios anteriores). Vemos entonces que algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones de comportamiento de senilidad con o sin explicación biológica.

❖ Consecuencias en la familia.

Hoy día, la asistencia a la familia suele acabar cuando el paciente fallece: todos esperan que después de la muerte del paciente la familia "recoja sus cosas", abandone el hospital, el anfiteatro municipal o la funeraria y siga viviendo como siempre lo había hecho. No debe sorprendernos que muchas de ellas sean incapaces de proceder así: la relación que la familia ha mantenido y establecido con el equipo asistencial durante días, semanas o meses no puede ser interrumpida de forma tan brusca y por eso se propone lo siguiente:

1. Disposición de apoyo emocional

Es el más abstracto si bien el más inmediato e imponente de los roles de la familia; además, constituye la principal fuente de estrategias de afrontamiento externas para sus miembros. Aunque alguno de los miembros de la familia puede verse muy quebrantado por el fallecimiento, de ellos se espera, tanto por parte de ellos mismos como de otros, que sean capaces de contener sus sentimientos y funcionar adecuadamente hacia los demás, situación que con frecuencia es sobre estimada por ciertos especialistas y por otros allegados de la familia.

2. Responsabilidad compartida en la toma de decisiones.

El duelo produce complejas e inmediatas tomas de decisiones en la familia, especialmente en el deudo principal, en un momento en el que éste quizá sea menos capaz de tomarlas; habitualmente las familias dan un paso en este sentido,

comprometiéndose y formando en ocasiones el punto de enlace necesario para evaluar y explorar un paquete de nueva y difícil información.

3. Disposición de cuidados concretos.

En este sentido se confirma la importancia de la familia como un miembro activo de soporte y apoyo, particularmente cuando las ayudas domiciliarias no existen y el deudo principal (por ejemplo, una viuda con hijos pequeños) requiere de urgentes cuidados concretos en el domicilio.

4. Disponer un marco de continuidad.

Además de todos los problemas que la familia ha de algún modo soportar y de las varias tareas que simultáneamente ha de cumplir, debe llenar y reemplazar la pérdida del rol y contribución del miembro fallecido, afrontar antiguas y nuevas demandas, satisfacer las necesidades emocionales de los demás miembros de la familia que se ven súbitamente aumentadas por la crisis del duelo y continuar adaptándose a las multitudinarias funciones para las cuales era previamente responsable (alimentación, educación, crianza, economía familiar, etc.). Este mantenimiento de la estabilidad en medio del cambio puede ser una de las tareas más agotadoras para los miembros de la familia, precisamente en un momento en que sus estrategias de afrontamiento están siendo fuertemente tensionadas. Aunque estas tareas no pueden ser llamadas "cuidado directo del duelo" si son esenciales para su bienestar.

b).-Educación para la muerte en adultos mayores

***La muerte pertenece a la vida como al nacer. Así el caminar está tanto en
levantar el pie como en volverlo a poner en el suelo.
Rabindranath Tagore.***

❖ ¿Qué es la muerte?

El concepto de muerte, ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba a la muerte, como un evento, y tenía lugar cuando el corazón dejaba de latir y el ser vivo ya no respiraba. Con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que, a partir de un cierto momento, se vuelve irreversible.

Para Freud la muerte propia no se puede concebir. Cuando intentamos hacerlo, en verdad sobrevivimos como observadores. La experiencia psicoanalítica nos enseña que "nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal". Admite la muerte y al mismo tiempo la desmiente como irreal. No hay inscripción de la muerte propia, no hay simbolización de ella, no se sabe qué es.

Sin embargo la muerte habita nuestras vidas como posibilidad.

Cuando otro muere suele destacarse el carácter contingente de la muerte traslucir "nuestro afán de rebajar la muerte de necesidad a contingencia". Así, se le piensa como un accidente que podría haberse evitado. Pero la muerte de una persona querida y el dolor que conlleva produce un descalabro en la actitud convencional y nos confronta de golpe con lo real de la muerte, haciéndonos tomar conciencia de ella como algo cercano y posible. También la guerra barre con el tratamiento convencional de la muerte, que entonces se vuelve real. Para Freud la muerte de seres queridos así como la ambivalencia que coexiste frente a ellos, ha empujado a la humanidad a la investigación y a especulaciones intelectuales sobre la vida y la muerte.

No podemos mantener lejos a la muerte, pero no se soporta admitirla ni representarse a sí mismo muerto. Eso llevó a la humanidad a compromisos y desmentidas de la muerte que comenzaron en etapas tempranas, dando lugar a distintas creencias, reflexiones, sistemas filosóficos. Cada cultura hace de la vida luego de la muerte un tratamiento diverso para hacerla soportable. La creencia en la inmortalidad del alma, la valorización que algunas religiones y reencarnaciones son modos entre otros de "arrebatar a la muerte el significado de canceladora de

la vida”

También las creaciones literarias y artísticas tiene como uno de sus temas saldar cuentas pendientes de su vida y centrales de la muerte.. También cada sujeto inventa, con sus respuestas neuróticas, psicóticas o perversas, con sus inhibiciones, sus síntomas, sus angustias, sus fantasías y sus actos, un tratamiento singular de lo real de la muerte que le permite defenderse de ella, hacerla tolerable, pero al mismo tiempo tiene consecuencias que pueden afectar las condiciones de su vida.

Que sucede cuando alguien se encuentra con la noticia de una enfermedad terminal?

También aquí hay variaciones en las respuestas subjetivas y muchas veces un mismo sujeto pasa por diferentes momentos frente a la enfermedad. Negación, rebeldía, enojo, desesperación, esperanza y aceptación son algunas de las maneras de reaccionar frente a lo inevitable. Muchos no quieren saber, no preguntan, niegan la posibilidad de que sea algo malo y sin solución y hay que respetarlos. Otros prefieren saber, y se aferran a las posibilidades de un tratamiento para su curación. Pero. Siempre se está vivo hasta el final. Y de la muerte propia, no se sabe. Freud decía que soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser humano. La ilusión perdió valor cuando no estorba hacerlo. . Saber que la muerte puede ocurrir en cualquier momento y al mismo tiempo proyectar al futuro la dimensión del deseo no es sencillo. Tensión irreductible que requiere al mismo tiempo saber de la finitud y sostener el futuro a pesar del futuro incierto. Fragilidad de la vida con la que convivimos, que implica reconocer, como planteaba Lacan, que "la función del deseo debe permanecer en una relación fundamental con la muerte, "por lo cual "la terminación del análisis debe enfrentar al que padece con la realidad de la condición humana, con el desamparo de la relación con su propia muerte".

Como decía Freud: **"si quieres soportar tu vida, prepárate para la muerte "**

❖ El adulto mayor frente a la muerte

En la vejez natural tenemos una posibilidad más cercana de morir, que la esperanza de vida, que tiene un límite, sin embargo, cuando vivimos un sano envejecimiento podemos encontrar energía física, mental y espiritual para conseguir la adaptación a los cambios, pérdidas de una manera más creativa, madura y suave.

Si tuviésemos una concepción de la vejez, de una edad dorada, con tiempo para sentarse a disfrutar de la jubilación, sin problemas económicos ni desequilibrios emocionales.

El adulto mayor al final de su vida ha enfrentado una infinidad de pérdidas tales como físicas, sociales y psicológicas que le han permitido responder a las exigencias de las limitaciones finales cuando se presenta la enfermedad y la muerte.

Si el adulto mayor cuenta con una red de apoyo que lo pueda sostener más allá de sus dolencias refiriéndose a soportar en sus creencias religiosas, familiares, valores, las experiencias positivas que ha tenido en su vida y su esperanza sostenida en la fe, todos estos puntos mencionados reconfortan al adulto mayor a la hora de la prueba y cuando el final esté próximo. El saber vivir la vida cuando se acerca la muerte es uno de los grandes miedos de la Educación para morir (Tanatología). (DIOS GRIEGO DE LA MUERTE THANATO)

Ayudar a los enfermos incurables a tener una buena calidad de vida que se sientan vivos, aliviándoles su dolor físico o moral y que se sientan comprendidos y amados hasta el final, les permite eliminar el temor a la muerte. Parte de la aceptación de la muerte incluye a la familia, que entra en crisis durante una enfermedad de uno de sus miembros, ayudándolos y acompañándolos en sus decisiones vitales.

El adulto mayor ha tenido tiempo para ir visualizando su concepción de la muerte a lo largo de su vida, cuando perdió a uno de sus padres, más tarde a uno de sus amigos o hermanos o personas de su generación.

La mayoría del adulto mayor acepta hablar de la muerte, y al verla como algo inminente, resulta para ellos menos terrible que para los jóvenes.

Actitudes ante la propia muerte:

ACTITUD DE INDIFERENCIA:

Generalmente el adulto mayor dice “estoy ya demasiado viejo, en cualquier momento moriré...” ésta actitud revela una existencia como quitarle importancia al momento más crucial por el que atraviesa la persona en su vida, actitud de miedo, hablar poco de su aprehensión a la muerte, más bien expresar su temor al dolor, a quedarse solo en su agonía.

ACTITUD DE DESCANSO:

La muerte es esperada como la liberación de los sufrimientos, sobre todo cuando se trata de personas que han padecido alguna enfermedad crónica o han llevado una vida de sufrimiento.

ACTITUD DE SERENIDAD

El adulto mayor tiene consciencia de haber vivido una existencia plena y de haber sido útil a los demás, por lo tanto esto los prepara para despedirse de este mundo.

- Muchos ancianos se les ve que aceptan la muerte con naturalidad por el poco valor social que tiene su vida, ya no representan un rol importante y la sociedad los va marginando poco a poco.
- Hay un distanciamiento cada vez mas grande entre las generaciones, dando la impresión de indolencia hacia el adulto mayor, es decir ya vivieron su vida, ahora el mundo les pertenece a los más jóvenes. Esto los lleva a

ver con naturalidad la muerte, como una salida al abandono. Así el adulto mayor se va haciendo la idea que se aproxima su hora.

Esto no quiere decir que estén ansiando morirse, salvo los casos de depresión, pacientes con enfermedades terminales, o lo que han sido abandonados

La contención familiar ayudaría al adulto mayor a aceptar la manera como ha vivido, la lucha por un sentido, de integridad, de coherencia y el sentir que su vida ha valido la pena y esto le va a ayudar a aceptar su muerte próxima. Así se desarrolla la sabiduría que permite aceptar la propia muerte.

Es importante despejarle todos los temores, como por ejemplo: el miedo al más allá, al juicio de Dios, dejar a sus seres queridos y despejar la aprehensión que puede afrontar una agonía plagada de dolores insoportables, este temor puede crear gran tensión, ansiedad y angustia en ellos, También darles la seguridad que no están solos, abandonados.

Es natural temer a lo desconocido pero se puede apoyar al adulto mayor acompañándole con afecto, asegurándole que no se le dejará sólo en ningún momento y apoyándole a tener confianza en sus creencias religiosas.

❖ Estilos de afrontamiento de los adultos mayores ante la muerte

En muchos casos, los ancianos, al acercarse a la muerte, ya sea por la edad simplemente o por enfermedades, sienten que al morir tendrán un descanso después de tantos años de vida. No obstante, esto sucede cuando la persona ha realizado una evaluación de su vida y considera que ésta ha sido digna.

“El anciano hace una evaluación final sobre el curso de su vida, si ésta es positiva, puede sentirse listo para partir por un sentido de trascendencia; es un escenario ideal al que puede llegar una persona que se siente lo suficientemente preparada para morir”.

Sin embargo, los especialistas hacen énfasis al señalar que es necesario saber distinguir de una persona mayor que se ha deprimido por las pérdidas sociales o familiares y eso lo conduzca al deseo de no vivir más.

En el caso de la idiosincrasia mexicana, es más común que se tema a la muerte, o se le considere como algo temible, si uno se queda solo, y esto sucede por los apegos familiares que se tienen en culturas de Latinoamérica.

“En general hay un buen entendimiento, un buen desarrollo y un buen pronóstico ante la vejez, porque en realidad a lo que más se teme es al abandono. Conforme la persona pierde facultades, la familia puede considerarla como una carga, y el impacto que esto puede tener para el anciano lo conduce a la depresión. Eso es lo que se asocia más con la muerte y lo que hace la diferencia entre una forma saludable y una situación que provoca depresión”, finalmente, los estudiosos en este tema dicen que lo más importante es que el anciano se encuentra realizando una evaluación de su vida, de lo que ha logrado y no, “entendiendo eso, es necesario tratar de ayudarlo a hacer ese balance tendiendo hacia lo positivo sobre el éxito alcanzado en su vida”.

“Hay que reconocer las partes buenas de la vida de la gente adulta mayor, eso puede ayudarlo en el balance, sentirse útil y que todo valió la pena”.

❖ Valoración psicológica del enfermo en situación terminal

Independientemente de la causa, el paciente con enfermedad terminal ve afectado seriamente su equilibrio físico, pero también psicológico y social. En esta sección nos ocuparemos de las consecuencias de la enfermedad en la salud del paciente y en la manera como se enfrenta este problema.

El dolor es probablemente el síntoma más común, pero no es el único ya que son comunes los síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos, la disfagia, la anorexia, el estreñimiento y la diarrea; problemas cutáneos como úlceras de

presión y prurito; malnutrición con el consiguiente menoscabo en la eficiencia del sistema inmunitario y disturbios respiratorios como disnea, tos y heimoptisis. Recientemente sin embargo, ha llamado la atención la importancia de la fatiga como síntoma frecuente y discapacitante sobretodo en pacientes con cáncer.

Son muchos los problemas que presenta la valoración subjetiva de los síntomas, en particular cuando incluyen la angustia de los moribundos. Evaluar las molestias físicas con objeto de aliviarlas exige contar con una medición de intensidad, cosa que no puede ser exacta. Se necesita también de una observación paralela de duración, e incluso con respecto a esta medida hay dificultades para definir la duración de la enfermedad terminal. Aquí sólo ha considerado la fase final de la enfermedad y excluyendo lo que podría ser un largo periodo de vida durante el cual aunque el paciente tenga una enfermedad incurable no se puede decir que se está muriendo. Además, dentro de las enfermedades terminales se evidencia el hecho de que los clímax aislados del dolor causan una tensión muy diferente a semanas de dolor continuo. La duración de la fase terminal es muy variable.

Ningún ser humano escapa al temor a la muerte.

Es sorprendente, en todo caso, que un individuo desee vivir y encuentre doloroso morir y no obstante, acepte su muerte como parte integral de su vida. Existe un temor social hacia la muerte y todo lo relacionado con ella: cadáveres, esqueletos, féretros, cementerios, etc. Es de notar que al mismo tiempo, las películas de horror fascinan a muchas personas, probablemente porque, a la vez que las ponen en contacto con la muerte, les permiten evitarla. En la vida real, en cambio, reaccionamos ante la muerte como si fuera contagiosa y de esta manera, nos alejamos de los viejos, porque están cerca de ella. Lo que es más grave aún es que los propios ancianos puedan sentirse marginados al estar convencidos, ellos también, que viejo y moribundo es lo mismo.

Si bien es cierto que esta analogía no sólo es errónea, sino nefasta, no es posible soslayar que al envejecer, el individuo se aproxima cada vez más a su muerte; se lo recuerdan, además, sus propias enfermedades y la disminución de las diferentes funciones. Por ello, no es de extrañarse que los ancianos piensen con frecuencia en su muerte, como lo demuestran los estudios y la observación clínica.

La mayoría de los ancianos preferirían morir tranquilamente, sin sufrimientos, “quedarse dormidos y no despertar”, como refieren algunos pacientes. El lugar de preferencia debería ser la propia casa y la cama. Para algunos ancianos sería importante despedirse de los suyos, aunque en general prefieren una muerte rápida.

En la aceptación del final cercano de la existencia parecen influir factores como el nivel educativo (cuanto más elevado, mayor aceptación), la adaptación adecuada a las crisis previas de la existencia y el entorno que rodea al anciano. Así, un entorno muy diferente y la soledad influyen negativamente, en tanto que tiene una influencia positiva la relación estrecha, sin mucha ambivalencia con los hijos y los nietos, la cual, por otra parte, satisface en gran medida la necesidad de trascendencia. El deseo de “poner orden en sus cosas” (testamento, asuntos financieros, sociales y personales, destino de los restos, etc.) indica habitualmente una actitud madura, de aceptación de la muerte y sin embargo, se enfrenta casi siempre con una respuesta evasiva o de oposición por parte de los familiares.

c).- Aspectos bioéticos – legales de la decisión de vida (Educación para morir)

❖ Suicidio y la Muerte Asistida

El suicidio es contrario a la dignidad humana. Nadie, en condiciones normales desea su propia muerte. Al contrario, de forma natural el hombre trata de conservarse vivo por todos los medios posibles. Cuando se producen circunstancias extraordinarias, uno puede llegar a pensar que la muerte es

preferible al sufrimiento, y puede llegar a quitarse la vida. Eso no es un derecho, sino una posibilidad, imposible de evitar por la sociedad. Que si pudiera, lo haría. Recuérdese la campaña de la DGT: "*No podemos conducir por tí*" (que si pudiéramos, lo haríamos, pobre inútil que no sabes conducir solito). No existe, por tanto, un pretendido "derecho al suicidio". Los que lo defienden no son conscientes del grave ataque a la dignidad humana que su pretendido derecho supone.

Por otro lado, la muerte asistida plantea un grave problema antropológico añadido. Y es que la muerte asistida, a diferencia del suicidio, requiere la intervención de dos personas (al menos). Por eso se da una relación asimétrica, que consiste en que uno de los dos impone su voluntad al otro: El médico al enfermo, cuando el primero se considera con el poder para decidir si una vida merece o no el esfuerzo (económico, la mayor parte de las veces) de su protección. Aprovechándose de su superioridad, el médico puede sentirse tentado a decidir que un enfermo ya no tiene necesidad de vivir más. En el caso contrario, es el enfermo, desesperado por una situación que considera inaguantable, quien pretende obligar al médico a que le suministre las sustancias precisas que acaben con su vida. Si aceptáramos que existe el derecho al suicidio deberíamos, por lógica, aceptar la petición de quien tiene derecho a suicidarse, pero se encuentra imposibilitado para hacerlo, o no quiere hacerlo de forma traumática.

Como vemos, el presunto "**derecho a morir**" del enfermo no genera un deber correlativo en el médico, que no está obligado por un "**deber de matar**". No digamos cuando el que se siente con derecho a matar es el médico, por encima de la debida Autonomía del paciente.

❖ Prevención e intervención oportuna.

La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples y deben aplicarse en conjunto para lograr efectividad. No hay una solución unívoca en la prevención del suicidio y el mejor

abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública.

El enfoque de la prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno mental (depresión, esquizofrenia, drogodependencia y estrés).

El enfoque de salud pública cuenta con estrategias para la prevención del suicidio:

- Realizar campañas de salud mental, despistaje en los colegios, diagnóstico precoz del abuso de drogas, de la depresión y del estrés.
- Realizar programas específicos de prevención del suicidio y evitar la estigmatización de la conducta suicida.
- Controlar el acceso a los medios para cometer suicidio. Existe evidencia que el control de la posesión de armas disminuye la tasa de suicidio, así como el control del uso de medicamentos y pesticidas. Otras medidas pueden incluir el cercado de puentes de gran altura y de ventanas en edificios altos.
- Apoyo a los medios de comunicación para que la información se adecue a la prevención: Formación de periodistas en el manejo de la información sobre la conducta suicida, ya que los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en ayuda a prevenir el suicidio.

La prevención del acto suicida comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de niños y jóvenes, el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales y el control de los factores de riesgo.

Aunque se han identificado factores de riesgo de la persona con alto riesgo de suicidio, no hay una medida definitiva para prevenir el suicidio y muy pocas personas con estos factores cometerán suicidio.

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones, que muestran qué factores de riesgo y protección pueden ser modificados y qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención (Public Health Service, 2001).

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

Una difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización social del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención, pero la prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

1. Prevención general que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los acontecimientos vitales estresantes y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

La Organización Mundial de la Salud (2000) sugiere algunas medidas generales para prevenir el suicidio:

- Tratar de las enfermedades mentales.
 - Controlar los gases de los vehículos de motor.
 - Controlar el gas doméstico.
 - Controlar la posesión de las armas de fuego
 - Controlar la disponibilidad de las sustancias tóxicas.
-
2. Prevención indirecta conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Los Centros de Ayuda pueden ofrecer un apoyo confidencial a quien quiera que se encuentre afligido o desesperado y que pueda estar experimentando sentimientos suicidas.

3. Prevención directa constituida por aquellas medidas que ayudan a resolver las ideas y pensamientos suicidas mediante soluciones alternativas. Las Guías Prácticas pueden ayudar a los sanitarios de Atención Primaria a la detección y al manejo de las personas con conducta suicida y a derivarlas para que sean valoradas de forma precoz por profesionales de la salud mental.

Y los Grupos de Autoayuda permiten el encuentro con otras personas para compartir sentimientos y experiencias, lo que puede aportarle consuelo..

La prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos.

La intervención precoz en la persona con riesgo de suicidio es necesaria y las amenazas e intentos de suicidio siempre tienen que tomarse en serio, porque casi un tercio de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en un período de un año y cerca del 10% de los que amenazan o intentan suicidarse terminan consumando el acto (Pérez Barrero y Mosquera, 2002).

Es necesario como medida de prevención disponer de recursos humanos donde se realice una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida (servicios de línea telefónica directa), ya que nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.

Generalmente una persona con conducta de riesgo suicida es una persona muy infeliz que piensa en suicidarse por no tener otras formas de adaptarse a acontecimientos vitales estresantes.

El abordaje y evaluación de la persona con conducta suicida desde salud mental es necesaria y tiene que realizarse forma inmediata.

Se considera útil conocer las diez características comunes en toda persona con conducta suicida para realizar lo adecuado en cada momento Shneidman (2001):

1. El dolor psicológico es insoportable, por lo que hay que reducirlo utilizando la comprensión y escucha, favoreciendo cualquier tipo de expresión emocional que sirva de válvula de escape de ese dolor.
2. Es conveniente tener en cuenta la frustración de las necesidades psicológicas y aceptar como reales dichas necesidades y ser imparcial.
3. Se debe dar oportunidad al sujeto a que manifieste su situación y entender que para él la solución del acto suicida es seria, por lo que se puede preguntar si ha considerado otras soluciones que no sea el suicidio e invitarle a pensar en otras alternativas e informarle que usted le ayudará a ello.
4. Es necesario brindar apoyo emocional.
5. Es conveniente reconocer los sentimientos de desesperanza y no combatirlos con expresiones pesimistas, pues en ocasiones estos síntomas responden a depresiones graves que no se modifican con buenas intenciones y consejos.
6. Ante la ambivalencia que pueda manifestar la persona, es necesario buscar alternativas más positivas y reforzarlas.
7. La constricción debe ser reconocida precozmente y explorar otras opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución a los problemas.
8. Se debe estar alerta sobre los mensajes de la intención suicida, porque pueden ser el prelude de la conducta suicida. Por ello, es imprescindible interrogar sobre la presencia de idea o un plan suicida.

9. Ante la posibilidad de acto suicida se debe escuchar y actuar con rapidez, pues en esta condición el individuo está en el límite de sus posibilidades para realizar el acto suicida, y es necesario restringir los métodos mediante los cuales el sujeto pueda dañarse.

10. Es necesario prestar atención a los rasgos de personalidad de la persona, ya que se pueden poner de manifiesto en el comportamiento durante la entrevista, así como sus anteriores formas de reaccionar en situaciones críticas.

La primera ayuda psicológica es una intervención inmediata de apoyo que tiene de a restablecer una cierta estabilidad emocional, y que puede realizarla tanto un médico de atención primaria, psiquiatra, un psicólogo como un vecino, un amigo, un familiar o un compañero de estudios o de trabajo. Esta primera ayuda (Matusevich y Pérez Barrero, 2009) puede consistir en:

- Escuchar de forma empática, sin crítica (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).
- Crear un ambiente de apoyo, comprensión y aceptación incondicional, aceptando sus sentimientos y a la persona con riesgo de suicidio y mostrando interés por ella.
- Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos y generar un clima de confianza.
- Generar alternativas y estrategias ante los problemas que plantee sin dar consejos.
- No expresar confidencialidad.
- Evaluar el peligro suicida y preguntar directamente si es necesario, no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida.
- Tomar las decisiones prácticas y necesarias para proteger a la persona con riesgos suicida, siendo directivo e implicando a familiares y medios sanitarios.

Si la persona ya ha realizado una tentativa de suicidio, la primera medida es salvar su vida, por lo que hay que apoyarse en un médico que evalúe los posibles daños e imponga el tratamiento oportuno que impida futuras secuelas. Pero si el sujeto está en condiciones de cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer cuál ha sido el móvil que explica dicha conducta (Maris, Berman y Silverman, 2000).

Algunas señales de intento suicida pueden ser:

1. Poder descansar del agobio de una situación intolerable.
 2. Expresar rabia, inconformidad, frustración.
 3. Brote de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
 4. Reacción ante la pérdida de una relación afectiva.
 5. Chantaje emocional y reclamación de apoyo.
 6. Agredir a otros.
 7. Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal.
- ❖ Suicidio en adultos mayores por abandono, agresión o maltrato familiar.

Los adultos mayores constituyen el grupo de edad en el cual el suicidio alcanza con mayor frecuencia su expresión más categórica: la consumación. Sin embargo, no se ha investigado con asiduidad esta temática. En este trabajo se enfatiza en los principales factores de riesgo suicida y en su frecuente interacción. Asimismo, se consideran estrategias de prevención destinadas a atenuar las alarmantes cifras de suicidios concretados en este grupo de personas.

El suicidio ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales. Es un tema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la medicina y del psicoanálisis, que ha sido escrutado incesantemente por la literatura y los medios audiovisuales, analizado por la ética y la teología y constituye hoy un problema sanitario de proyección mundial.

El suicidio tiene cualidades pluridimensionales y una etiopatogenia multifactorial, por ello, en la consumación del acto suicida, se deben considerar factores genéticos- neurobiológicos- psicopatológicos- de interacción familiar- de stress psicosocial.

Es decir, que es una acción multideterminada por diversos factores intervinientes que, al conjugarse, se potencializan.

Además de su rica patoplastia, los fenómenos suicidas están sometidos a una indudable influencia transcultural, por ello cualquier intento de ordenamiento de estos fenómenos nace con un carácter precario y explica la inestabilidad nosológica del suicidio. Hace un tiempo, en una clásica, Stengel consideró al suicidio como un acto deliberado de autoperjuicio en el cual la persona que lo concreta no puede estar segura de sobrevivir. Hoy, la línea de demarcación entre el que se suicida, el que piensa en ello y otras conductas de riesgo o de autoagresión que han dado en llamarse "equivalentes" o parasuicidios, tiende a esfumarse.

Surgido el concepto de "proceso suicida", en un intento de abarcar todo ello, algunos autores acuñaron el término "suicidalidad", para designar al potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas tendientes a la autodestrucción.

En el tratamiento de este tema es importante destacar que los datos estadísticos siempre constituyen estimadores bajos de la incidencia verdadera, ya que por diversas razones psicosociales, muchos comportamientos suicidas no se reconocen como tales.

Aunque todos los estudios epidemiológicos coinciden en que los ancianos tienen la tasa más elevada de suicidio, no son excesivos los trabajos de investigación dedicados al estudio de esta temática.

LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ANCIANOS

Este grupo de edad constituye la parcela social en la cual la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en diferentes países, lo que cambia entre ellos es únicamente las tasas más o menos altas de suicidio.

En la etiología multifactorial de la conducta suicida del anciano suelen desempeñar roles coprotagonicos, la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión. El perfil más probable del anciano suicida estaría representado por un hombre con antecedentes de un primer episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente.

El propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. Es una conducta suicida activa, no pocas veces reflexiva y premeditada. Por ello el porcentaje de suicidios intentados /suicidios consumados, es para el anciano de 2 a 1, mientras entre los adultos jóvenes es de 7 a 1.

Las tentativas son menos frecuentes en las Instituciones que en el domicilio particular o en las casas de familia. Se debe tener en cuenta si el ingreso a la Institución fue voluntario o se produjo en forma compulsiva, considerando seriamente la sensación de desarraigo y el sobre esfuerzo de adaptación que implica la institucionalización para este tipo de pacientes.

Los métodos más frecuentemente utilizados por el hombre son las armas de fuego, el ahorcamiento y el salto al vacío. Las mujeres prefieren el envenenamiento o la sobredosis de droga. Un método creciente en los últimos años en las grandes urbes, para las ancianas, es la precipitación y la utilización de armas de fuego. En general, en el suicidio consumado, con el aumento de la edad se incrementa la proporción de métodos categóricos y violentos. Esto podría fundamentarse en la mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión con la edad.

Otro mito muy difundido es pensar que los ancianos comunican menos frecuentemente sus intenciones suicidas que los jóvenes. Se debe estar muy atento a los "avisos presuicidas", sin la expectativa de que éstos sean claros y directos. Las "comunicaciones indirectas" de los deseos de concretar suicidio pueden estar manifestadas por la necesidad de poner los asuntos familiares en orden o el interés por despedirse de amigos o familiares con los cuales hace tiempo que no se ve. No es infrecuente "la despedida" al médico de cabecera, en forma de reconocimiento y gratitud, en la última consulta previa al intento.

Un interesante estudio de Cattel y Jolley (1995) señala que sólo un 14% de los ancianos que consumaron suicidio recibían atención psiquiátrica, mientras un 43% habían estado en contacto con sus médicos generales en el mes previo. Este bajo porcentaje de ancianos suicidas con asistencia psiquiátrica especializada también podría influir en el bajo porcentaje que se les acredita en comunicar su intención de suicidarse.

Todas estas características afirman la gravedad de la conducta suicida en este grupo de edad, que casi siempre traduce una clara intencionalidad de morir y no, como en otros grupos, la intención de valerse de la categoría de la muerte para negociar con el entorno. Por ello, los intentos suicidas en los adultos mayores pueden considerarse suicidios frustrados y su perfil se parece notablemente al de los ancianos que consuman el suicidio en la misma medida en que se diferencia de los intentos que realizan las personas menores de 60 años.

En contraposición a esta conducta suicida activa y categórica, el anciano, también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar "conductas suicidas encubiertas", lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda medicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte -suicidio pasivo- y dadas las circunstancias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en cierta infraestimación de las muertes por suicidio en este grupo de edad.

El suicidio asistido.- Se refiere a que por voluntad del enfermo y de conformidad con sus familiares o la persona a cargo, el enfermo decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud le proporciona los medios para lograrlo.

❖ Muerte asistida: Normas fundamentales de ética

Es el cese total, definitivo e irreversible de todas las funciones vitales del organismo humano. Se puede certificar tras la confirmación del cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias, o del cese irreversible de las funciones encefálicas.

Facetas del derecho:

1) muerte de la persona

2) muerte de la persona como miembro de una unidad familiar.

LA MUERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA PENAL:

Cuando se desconocen sus causas, da lugar, a una investigación supervisada por el juez competente y se realiza la autopsia, para determinar las causas de la muerte. Desde el punto legal y ético hay poca diferencia con la muerte asistida activa, pero no se acepta como tal y se considera homicidio.

La autopsia puede ser: clínica o forense

CLÍNICA: es un examen realizado sobre el cadáver, a causa de una enfermedad.

MÉDICO FORENSE: es un estudio de un cadáver, con el fin de informar a la autoridad judicial de las causas de la muerte.

El documento de voluntades vitales anticipadas, que son instrucciones previas, para que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifieste anticipadamente su voluntad, con el objeto de que ésta se cumpla, en el momento de su fallecimiento, indicando sobre el destino de su cuerpo y órganos.

DOCUMENTOS MÉDICOS LEGALES:

Certificado de defunción

Certificados médicos

Partes de confirmación

Parte de incapacidad temporal

Partes de enfermedades contagiosas

Partes de lesiones.

- ❖ Tipos de muerte asistida.
- ❖ Muerte asistida pasiva.- Su motivo y justificación puede ser, evitar molestias, dolor o sufrimiento al paciente. No se ejecuta ninguna acción ni se aplica ningún procedimiento o medicamento que termine con la vida. En pacientes terminales con patología avanzada, la que de acuerdo a la valoración clínica e índices pronósticos se considera irreversible, se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, solo las que representan un riesgo para el enfermo y le produce dolor o sufrimiento, que se consideran inútiles, ya que no se espera alguna respuesta favorable, pero si debe continuarse con las medidas ordinarias, que se llaman de sostén habituales que actúan como paliativos, dejando que la enfermedad tenga su evolución natural, aquí el dilema o problema es que muchas veces es difícil establecer la diferencia entre medidas proporcionadas y desproporcionadas.
Debe ser solicitada por el paciente o familiares que no quieran que su adulto mayor sea sometido a medidas de reanimación cardio-pulmonar; esto lo puede pedir el paciente antes de inicio de la enfermedad, a lo que se ha denominado “testamento de vida “, en el que se pide el derecho a la muerte o muerte con dignidad.
- ❖ La petición y aplicación de la muerte asistida activa pretende su justificación basándose en la autonomía y calidad de vida del enfermo, se relaciona con la libertad del paciente y derecho a morir, sin embargo; la muerte es parte de la vida, por lo que el derecho a la vida tiene primacía, por otra parte la beneficencia debe prevalecer sobre la autonomía, razón de más, si se consideran las condiciones de estos enfermos, su capacidad de comprensión, juicio y raciocinio, lo que también influye en los familiares.
- ❖ La Mistinasia, que viene del griego mys (infeliz) y thanatos (muerte), que se refiere a la muerte que ocurre en el abandono, social, médico y espiritual. Sería éticamente reprochable abandonar a un paciente cuando rechaza determinado tratamiento.

❖ La Ortotasia, viene del prefijo griego orto, que significa correcto y thanatos, que significa: muerte. Se considera un vocablo nuevo en la tanatología acuñado en la última década, que consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos, a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, y se evita en ensañamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo. En pocas palabras AYUDA EN EL MORIR.

❖ Implicaciones legales de la muerte asistida en algunos países.

Los numerosos intentos por modificar el estatus legal de la muerte asistida durante el siglo XX tuvieron poco éxito. De hecho, esta práctica no se reconoce o se considera ilegal en una gran mayoría de países. Sin embargo, en algunos estados europeos o norteamericanos existe una cierta tolerancia con la condición de que se respeten algunas reglamentaciones.

Albania: la eutanasia voluntaria se considera legal desde 1999 dentro del marco de los derechos del enfermo terminal. La eutanasia pasiva se considera legal con el consentimiento de 3 o más familiares.

Alemania: desde el 2010, la eutanasia pasiva con consentimiento del paciente es legal.

Bélgica: la eutanasia activa fue despenalizada en 2002 bajo ciertas condiciones, aunque ya se había practicado en miles de casos antes de la aprobación de la ley.

Canadá: la eutanasia es ilegal pero un enfermo terminal puede expresar su voluntad de no mantenerse en vida artificialmente, lo que conduce a un dilema entre este testamento vital y la eutanasia pasiva.

Estados Unidos: a pesar de que la eutanasia activa es ilegal en todos los estados, los pacientes tienen el derecho a rechazar tratamiento médico y a recibir tratamiento del dolor aunque esto acorte su vida. Lo anterior se traduce en una

práctica de la eutanasia pasiva que es aceptada por la Corte Suprema. En Washington, Oregón y Montana se considera legal el suicidio asistido

Irlanda: la eutanasia pasiva bajo solicitud del enfermo es legal.

Japón: existe un marco legal tanto para la eutanasia activa como pasiva. Sin embargo, hasta ahora, la política sobre eutanasia parece estar marcada por dos casos en que los médicos fueron declarados culpables por no cumplir con todas las condiciones.

Luxemburgo: el suicidio asistido y la eutanasia en enfermos terminales con la aprobación de dos doctores y un panel de expertos son legales desde 2009.

México: la eutanasia pasiva es legal en algunos Estados de la República Mexicana.

Noruega: la eutanasia es ilegal pero las penas son reducidas cuando se practica con el consentimiento del paciente o sobre un paciente desahuciado.

Países Bajos: la eutanasia, incluyendo el suicidio asistido, es legal desde 2002.

Suiza: el suicidio asistido y la eutanasia pasiva son tolerados.

CAPITULO IV.- Investigación y Gestión en Salud Gerontológica

4.1.-Plan nacional de desarrollo 2006 – 2012

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo primero prohíbe la discriminación, incluyendo, entre otras, la condición de edad y género. Derivada de la Carta Magna, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, define (artículo 3º, fracción I) que se entiende por personas adultas mayores: “Aquellas que cuenten con 60 años o más de edad”.

Dicha ley tiene como objeto “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores” (artículo 1º). Entre los derechos que buscan ser garantizados por la ley referida (artículo 5º), se incluye la no discriminación, una vida libre de violencia, así como la protección contra toda forma de explotación. También se contempla el derecho a la salud y a tener una familia, a la educación, al trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, a ser sujetos de programas de asistencia social, a la planeación integral del desarrollo social, y al acceso a servicios en condiciones preferentes.

En esta ley se establece la obligación del Estado de garantizar a las personas adultas mayores “condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social” (artículo 6º). También mandata (artículo 10º) que las políticas públicas, programas y acciones deben garantizar: la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres, así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer adulta mayor.

En este contexto, es importante considerar que los datos estadísticos disponibles y estudios referentes a las personas adultas mayores, constatan el inminente envejecimiento de la población a nivel mundial y nacional. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se identifica que en México, entre

1990 y 2010, la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 1.61%, en tanto que la tasa de crecimiento de las personas de 60 años o más. Así, el número de personas adultas mayores pasó de 5 a 10.1 millones en dicho periodo y su proporción respecto a la población total creció en un porcentaje de 6.2 a 9.

Cuadro 1
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Eje 1	Estado de derecho y seguridad
1.7 Derechos humanos	
Objetivo 12	Asegurar el respeto estricto a los derechos humanos y pugnar por su promoción y defensa.
Estrategia 12.3	Priorizar la atención de grupos vulnerables para prevenir la violación de sus derechos humanos.
Modificar el enfoque de las políticas públicas para la defensa de los derechos humanos, superando la visión que pretende únicamente restituir el goce de los mismos, para privilegiar un enfoque preventivo de la violación de estos derechos. Esta nueva orientación resulta particularmente importante en el caso de miembros de grupos vulnerables como son los niños, los adultos mayores, los discapacitados, los enfermos y cualquier otro grupo social que, por sus características, se encuentre expuesto a la violación de sus derechos humanos.	
Eje 2	Igualdad de oportunidades
3.6 Grupos vulnerables	Es obligación del Estado proporcionar igualdad de oportunidades para todas las personas, y especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad, como los adultos mayores, niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad. La igualdad de oportunidades debe permitir tanto la superación como el desarrollo del nivel de vida de las personas y grupos más vulnerables. Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mayores posibilidades de bienestar.
Objetivo 17	Abrir la marginación y el estago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proteger igualdad en las oportunidades que les permita desarrollarse con independencia y plenitud.
Estrategia 17.4	
Aprovechar la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permit an desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad. Con el propósito de estimular la generación de empleos para este sector de la población, se ofrecerán estímulos fiscales a las empresas que den empleo a adultos mayores que deseen continuar su vida de manera productiva. Además, se impulsarán acciones que permitan aprovechar la experiencia de estos adultos y que, al mismo tiempo, les generen un ingreso adicional para que puedan hacerle frente al empobrecimiento progresivo que padecen, producto del desempleo o de la inactividad de su pensión o jubilación.	
Estrategia 17.9	
Dar prioridad a los vertientes de apoyo alimentario y nutricional de los programas del gobierno con responsabilidades en esta materia. Se consolidarán las políticas públicas de apoyo alimentario con acciones integrales y articuladas que permitan atender con más oportunidad y eficacia a la población vulnerable en el campo y las ciudades: personas en condición de pobreza alimentaria, niños en situación de calle, adultos mayores de 70 años en desamparo. En este esfuerzo los niños serán el objetivo más importante, pues la desnutrición infantil, además de ser origen de daños que pueden durar toda la vida, genera un círculo vicioso de enfermedades.	

Fuente: Con base en contenido del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Nota: Subrayado de la autora.

4.2.- Programa de apoyo social y asistencia

Ante el abandono que padecen los adultos mayores, en el año de 1979 se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) que antes era llamado Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), el cual surgió con el propósito de ayudar y orientar a las personas de la tercera edad así como de crear conciencia hacia toda la sociedad de la importancia que tiene el atender a este grupo poblacional, debido a su rápido incremento no solo a nivel nacional, sino

mundial.

Esta institución se encuentra afiliada a la Secretaría de Salud, por lo que también se prevé de servicios médicos a la población que tiene 60 años cumplidos o mas: estos servicios se proporcionan a través de la expedición de una tarjeta que acredita a los individuos como parte del mismo. Desde entonces, este instituto se ha preocupado por velar los intereses de los ancianos que habitan la República Mexicana, sobre todo en lo que tiene que ver con el desarrollo social al tener acceso a todo tipo e servicios, entre los cuales se espera que la Dirección General de Transporte conceda tarifas preferenciales a aquellas personas que cuenten con la tarjeta que certifica su pertenencia a este programa social: uno de los problemas principales es que a pesar de que se encuentra en un decreto presidencial no se ha logrado que todos los ancianos tengan acceso a estos beneficios. El problema principal es que los transportistas no reciben por parte del Estado los subsidios necesarios para que los transportistas no resientan en sus ganancias estos descuentos, a pesar de que en este año se aprobó el Reglamento de la Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas Adultas Mayores mediante el cual se exhorta a dar tarifas preferenciales a este grupo vulnerable de la población.

Es necesario el crear conciencia acerca de la dificultad que tienen los adultos mayores para acceder a servicios no solo de transporte, debido a que la población de la tercera edad a nivel mundial ha mostrado una clara tendencia al aumento, por lo cual cada vez se va haciendo mas necesario el implementar servicios que ayuden no solo a la ayuda hacia los ancianos sino hacia el desarrollo sustentable de cada uno, brindándoles el lugar que por tanto tiempo mantuvieron de ser los guías en las sociedades humanas, cambiándolo en la actualidad por la discriminación social clara que sufren cada vez mas.

El instituto procura el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por este, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida

orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en su entorno social incluyente. Pone a disposición diversas opciones de recreación y cultura, activación física y educación para la salud. Además brindan atención médica, apoya la detección, control y seguimiento de enfermedades comunes en el envejecimiento.

A pesar de, en México solo el 3% de la población adulta mayor se encuentra afiliada al INAPAM y 97% de la población no. Siendo el DF y el Edo de México los de mayor porcentaje de afiliación, donde el 85% son mujeres y el 15% son Hombres. (Mayen, 2010).

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha implementado el programa 70 y más. Actualmente se ha reducido a 65 años de edad para poder tramitar dicho programa.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), apoya a los adultos mayores en la solución de sus problemas biopsicosociales para prevenir que sufran males mayores, mejorando sus condiciones de vida, y ayudándoles a su reintegración social y productiva.

4.3.- Servicios sociales comunitarios e institucionales

Para la capacitación del personal de salud en aspectos gerontogeriátricos, se ha establecido coordinación con las siguientes instituciones: Facultad de Estudios Superiores UNAM-Zaragoza, Asociación Mexicana de Atención a la Tercera Edad, Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Asociación Mexicana de actividad Física y Deporte para Adultos y Ancianos e Instituto del Deporte del DF, Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, Tech Palewi, A.C., Escuela de Medicina Homeopática, del Instituto Politécnico Nacional, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).

Para acciones coordinadas para la Atención Integral al Adulto Mayor:
INMUJERES-DF, DIF-DF, IASIS, LOCATEL, UAPVIF, Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, Procuraduría Social, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Secretaría de Seguridad Pública, Coordinadores de grupos de personas adultas mayores en las delegaciones políticas.

❖ Articulación con otros programas sociales

La Pensión Alimentaria se articula con las siguientes estrategias que integran el Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

a) Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores. El programa inició su operación en julio del año 2001 y en mayo de 2006, se elevó a rango de Ley. Todo adulto mayor que goza del beneficio económico de la Pensión Alimentaria, cuente o no con seguridad social; tiene derecho a los servicios médicos y medicamentos gratuitos en los Centros de Salud, Hospitales Generales y Clínicas de Especialidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

b) Programa de Visitas Médicas Domiciliarias a los Adultos Mayores. Este opera desde el 1ero. de junio de 2005 y a la fecha, con la finalidad de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para los adultos mayores y de promover el domicilio como un lugar de atención primaria y cuidados a largo plazo, operado por una Unidad Básica de Atención Primaria (médico visitador y educadora en salud comunitaria). En estas visitas a los adultos mayores se les realiza una valoración geriátrica y se les da seguimiento en Centros de Salud en los casos de los adultos mayores con autonomía y funcionalidad y aquellos que han perdido o se ha deteriorado en alguna de ellas, se les programan visitas subsecuentes en domicilio. Participan en este Programa, médicos generales que han sido capacitados en atención gerontogeriatrica.

4.4.- Acciones de Promoción de la Salud.

La promoción de la salud de las personas adultas mayores tiene como objetivo promover una cultura del envejecimiento, en la que se revalore y se respete a este grupo de la población; insertar en un proceso educativo y de fortalecimiento individual y colectivo a las personas adultas mayores, a los familiares, a los grupos sociales y a los servicios de salud, que promuevan la participación activa y la organización de las personas adultas mayores, en la transformación de sus condiciones de salud y de vida. En este sentido, se promueven los grupos de ayuda mutua, la generación y recuperación de redes sociales y de apoyo, un diagnóstico actualizado de salud y socioeconómico de la población adulta mayor pensionada, uso de la “Cartilla de salud para las personas adultas mayores” como una herramienta para el control y evaluación del estado de salud, así como acciones tendientes al cuidado de los cuidadores de las personas adultas mayores.

Para llevar a cabo las estrategia de promoción de la salud de las personas adultas mayores, se ha establecido coordinación con las siguientes instancias: LOCATEL, DIF-DF, INMUJERES-DF, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, Dirección General de Participación Ciudadana e IASIS, entre otras.

Con el objetivo de detectar de manera oportuna el riesgo de padecer enfermedades no trasmisibles como diabetes, presión alta o hipertensión, sobrepeso y obesidad, se realizan ferias de la salud u organizan actividades masivas con módulos donde se aplica un Cuestionario de Factores de Riesgo para manejo no farmacológico y farmacológico, mismos que están disponibles en todos los Centros de Salud. Si a una persona se le diagnostica con sobrepeso, obesidad, diabetes, presión alta o síndrome metabólico, puede acudir a su Centro de Salud en busca del Grupo de Ayuda Mutua GAM-PROESA, cuyo objetivo es trabajar con las personas que comparten estas enfermedades a fin de motivarse,

compartir y de manera conjunta alcanzar cifras de control y adopción de hábitos saludables (alimentación sana, actividad física y adherencia a su tratamiento). En el estado actualmente existen 200 grupos activos.

Si usted es una persona cuyo padecimiento es uno de los que hemos mencionado pero no ha sido controlado en su unidad de salud, su médico podrá referirlo a una de las dos Unidades Médicas Especializadas en Enfermedades Crónicas (UNEMES E.C) ya sea en la Ciudad de Cuernavaca o en la Ciudad de Cuautla.

Estas Unidades Médicas cuentan con un equipo multidisciplinario compuesto por Médico Especialista en Medicina Integrada, Lic. En Nutrición, Lic. En Psicología, Lic. En enfermería, Técnico en Trabajo Social). Se cuenta además con laboratorio de análisis clínicos en donde se realizan perfiles de lípidos (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos), glucosa sérica (azúcar), hemoglobina glucosilada (para personas que ya tienen Diabetes) microalbuminuria (para detectar daño en riñones) y electrocardiograma (para vigilar funcionamiento del corazón). Es importante mencionar que también existe material impreso de apoyo para realizar pláticas y talleres y una parte de este material (manuales, trípticos, dípticos, etc.) es proporcionado a los pacientes que acuden a la unidad.

Al asistir a estas unidades especializadas se garantiza que se recibirá un manejo integral de varias disciplinas (Médico especialista, Nutrióloga, Psicóloga, Trabajadora Social y Enfermera) para acompañarle y ayudarle a lograr el control de su enfermedad, además de prevenir o retardar la presencia de complicaciones y así mejorar su calidad de vida.

4.5.-Importancia de las vacunas y la prevención de enfermedades en el adulto mayor

Vacunación

El esquema de vacunación del adulto mayor cuenta con tres vacunas de suma importancia: la antineumocócica, la antiinfluenza o antigripal y la antitetánica.

- Vacuna antineumocócica

Esta vacuna evita la neumonía por neumococo, que es una infección aguda del pulmón que puede causar la muerte en el adulto mayor. Se aplica a partir de los 65 años de edad.

- Vacuna anti-influenza

Previene la influenza, que es un padecimiento de las vías respiratorias que puede complicarse y es más grave en los adultos mayores. Debe aplicarse una dosis cada año, preferentemente entre los meses de octubre y noviembre para estar protegido durante la temporada invernal.

- Toxoide tetánico diftérico (Td)

El tétanos es una infección causada por una bacteria que penetra a través de una herida y a veces causa la muerte.

- La difteria es una enfermedad aguda que afecta al sistema respiratorio, principalmente a la garganta y nariz, provoca dificultad para respirar y le puede llevar a la muerte; gracias a la vacunación, cada vez es menos frecuente.
- La vacuna Td previene estas enfermedades, su aplicación es intramuscular en el brazo, el esquema cuando aun no te han aplicado ninguna vacuna es de dos dosis con intervalo de 1 mes entre la primera y la segunda, con refuerzo al año y después cada cinco o diez años.

Por otra parte, cabe destacar que las vacunas pueden estar acompañadas por Reacciones, cabe destacar que las vacunas pueden estar acompañadas por fiebre o malestar en general, los cuales no deben exceder los dos días.

Prevención de tuberculosis

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por una bacteria, afecta principalmente el pulmón, los riñones y los huesos. Las personas más afectadas son las de 45 años y más. La infección se transmite por vía aérea mediante gotitas de saliva que los enfermos expulsan al hablar, toser y estornudar.

Existen factores que favorecen su contagio como son: desnutrición, diabetes

mellitus, SIDA y el hacinamiento, es decir, que convivan y duerman más de cuatro personas en una habitación.

Las manifestaciones son: tos con flema por más de 15 días, falta de apetito, cansancio, fiebre y pérdida de peso. Esta enfermedad es curable si se detecta a tiempo y se lleva un tratamiento supervisado.

Si se presenta los síntomas mencionados o simplemente se tiene tos con flema, acuda de inmediato a su Unidad de Medicina Familiar para que le realicen un examen de la expectoración, llamado baciloscopia.

Si se resulta enfermo le proporcionarán tratamiento durante seis meses. Éste consiste en acudir diariamente a la clínica durante los dos primeros meses, y tres veces por semana en los siguientes cuatro meses, en donde una enfermera le proporcionará el medicamento y confirmará que usted se lo tome. Es recomendable seguir consultando al médico familiar de manera mensual.

Es importante no abandonar el tratamiento, ya que implicaría recaídas y las bacterias se harían resistentes a los medicamentos, siendo necesario reiniciar un nuevo tratamiento, pero con una duración hasta de dos años.

Cuadro de vacunación para adulto mayor y personal de riesgo

<i>Vacuna</i>	<i>Grupo de riesgo</i>
Influenza	Pacientes con trastornos renales crónicos Diabéticos Pacientes con neoplasias hematológicas Neumópatas Personal de salud Residentes en asilos
Neumococo	Diabéticos Alcohólicos Pacientes con neoplasias Neumópatas Asplénicos Pacientes con trastornos renales crónicos
Hepatitis B	Personal de salud Personal en contacto con sangre o derivados

	Prisioneros Enfermos mentales Drogadictos Sujetos en promiscuidad sexual
Meningococo	Contacto con individuos con meningococo
Fiebre Q	Veterinarios Personas en contacto con ganado
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Anemia de células falciformes Pacientes con neoplasias hematológicas Asplénicos

Las vacunas no son sólo para los niños.

Demasiados adultos mayores enferman, quedan incapacitados y mueren cada año por causa de enfermedades que se podrían haber evitado fácilmente por medio de vacunas.

Por esta razón, todos, desde los adultos jóvenes a las personas ancianas, pueden disfrutar de las ventajas que ofrecen las vacunas.

CAPITULO V.-Propuesta de Intervención Oportuna en el Adulto Mayor

a).- Guía práctica de los criterios de fragilidad en el Adulto Mayor

En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos y otros factores de tipo bio psico-social que determinan el bienestar de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, así como las enfermedades crónico-degenerativas y terminales.

JUSTIFICACION

Por todos estos detalles existe la problemática general y la intención de esta tesis es detectar las necesidades de detección oportuna y se ofrece esta guía de registro de criterios BIOPSIICOSOCIALES del envejecimiento.

Además de los cambios físicos, la persona que envejece se enfrenta a cambios bio-psico-sociales que de manera directa o indirecta contribuyen al proceso de fragilización. Anteriormente la sociedad veía el adulto mayor con respeto, actualmente se han creado una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad y debilidad. Este punto de vista moderno hace que el adulto mayor asuma este estereotipo legitimado por la sociedad. Si bien la vejez genera limitaciones a los sujetos, también genera potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social.

Con el propósito de aportar a la comprensión de los aspectos mencionados anteriormente y de identificar procesos protectores y de deterioro en salud, en este estudio se indagaron diferentes aspectos en este grupo de población.

Hasta la fecha no existe consenso sobre los instrumentos que se deben aplicar por el médico para detectar esta situación. Los diferentes criterios de fragilidad han sido agrupados en cuatro categorías: médicos, funcionales, mentales y Sociodemográficos, en las tablas 1 y 2 se presentan los criterios que han aportado diversos autores por periodos, considerando esta clasificación. Como se puede apreciar los criterios propuestos en cada etapa están en consecuencia con la evidencia científica acumulada y las particularidades de cada región en la cual se ha investigado.

Por esto, la problemática es general y la propuesta es tener una detección oportuna, y se ofrece esta guía de registro de criterios BIOPSIICOSOCIALES del envejecimiento.

Tabla 1. Criterios médicos y funcionales de fragilidad en el adulto mayor según autores

Criterios Médicos
Padecer enfermedades crónicas e invalidantes
Presencia de síndromes geriátricos
Caídas a repetición y/o recientes
Mala salud auto percibida

Polifarmacia
Ingreso hospitalario reciente o repetido
Pérdida no intencional de peso
Disminución de la fuerza en el apretón de manos
Pobre resistencia
Fractura de cadera
Consumo de líquidos en cantidades inadecuadas
Malnutrición
Efectuar dieta no saludable

Criterios funcionales
Dificultad para la deambulaci3n y la movilizaci3n
Necesidad de ayuda para ABVDs, AIVDs
Percepci3n de la propia actividad como nula o moderada
Paseo diario < 30 min
Baja velocidad al caminar
Baja actividad f3sica
Dependencia o necesidad de cuidador

Criterios Mentales
Deterioro Cognitivo
Depresión

Criterios Sociodemográficos
Vivir solo
Viudez reciente
Edad > 80 años
Sexo femenino
Escasos ingresos económicos
Nivel de instrucción bajo
Ausencia del cuidador
Estrés del cuidador
Falta de práctica religiosa
Residencia en instituciones
Cambio reciente de domicilio
Marginal
Estado civil no casado

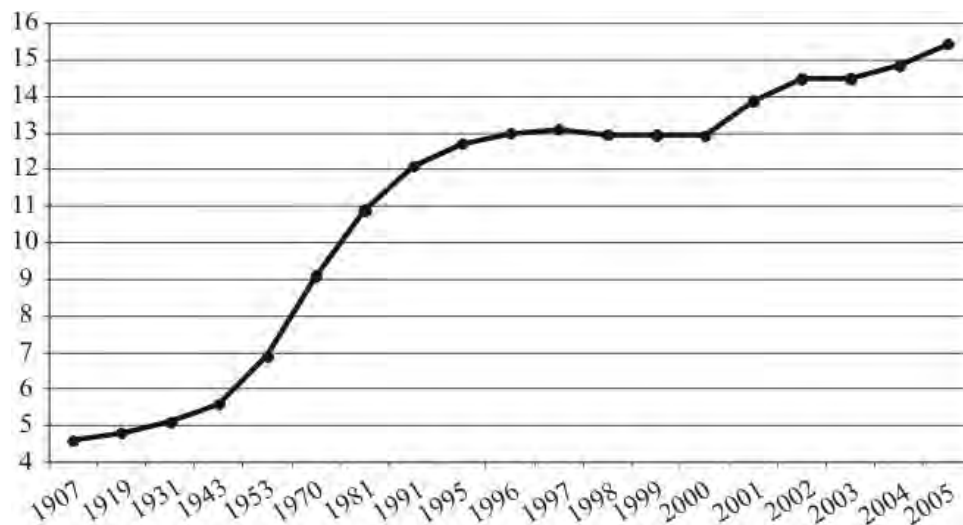
Sin hijos
Utilización de servicio social comunitario
Paralizados en su domicilio
Presencia de tres o más barreras arquitectónicas en el hogar

El principio esencial de la definición clínica de fragilidad ha sido el concepto de que ningún sistema alterado por sí solo define este estado, sino que múltiples sistemas deben estar involucrados, de manera que estas anormalidades, se hacen aparentes clínicamente cuando los factores estresantes las desenmascaran ya en un fenotipo clínico.

En lo que sí parece haber consenso, es en el hecho de que el reconocimiento clínico de la fragilidad sólo puede establecerse mediante la valoración integral sistemática de los Adultos Mayores, que debiera ser del conocimiento y practicada por todo profesional que tenga a su cargo la atención a pacientes de la tercera edad, principalmente en el nivel comunitario.

El nivel primario de atención médica es el más cercano al Adulto Mayor y es donde se ha propuesto iniciar las estrategias de atención, promoción de salud, prevención y adecuación de los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades. Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud, se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor, que concibe la evaluación integral así como la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) de la cual se pueden derivar los criterios de fragilidad (anexo).

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años. Se estima que el porcentaje de Adultos Mayores alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, va a ser uno de los países más envejecidos del mundo.



Si a los adultos mayores se les atiende y cuidan de su salud, pueden lograr una calidad de vida satisfactoria y llena de logros personales, familiares y sociales.

Para tener una vida saludable es necesario que el Adulto Mayor se responsabilice de la atención y del cuidado de su salud física, emocional y espiritual realizando actividades diarias de autocuidado, que pueda hacer para mantenerse activo y saludable. También es importante que de manera periódica acuda a consulta con profesionales de la salud para su atención, control y supervisión de su estado de salud.

Por otra parte, es importante reconocer que en esta etapa de la vida se puede necesitar algún tipo de ayuda. A veces a los adultos mayores les puede ser difícil solicitarla o dejarse ayudar por otro adulto o por un familiar, amigo, cuidador o

vecino; ya que no quiere ser una carga para otro, o no quiere admitir que tiene una limitación o incapacidad porque esto, a veces, hiere el orgullo o amor propio y no es fácil aceptarlo, estoy segura que esta guía servirá de orientación a los adultos mayores para mantenerse sanos, activos y puedan desarrollar una vida agradable y placentera.

Aunque la prevención de las enfermedades es deseable, el adulto mayor puede mejorar su situación al tomar decisiones y adoptar estrategias para mantener su estado de salud o para prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. El objetivo es volver el **ENVEJECIMIENTO** en una experiencia positiva para que el adulto mayor sea independiente, autónoma y tenga una buena calidad de vida.

El bienestar de las personas adultas mayores es una prioridad de los Gobiernos de México, lo cual se deriva de acuerdos internacionales encabezados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en favor de las personas de edad avanzada en cinco ámbitos principales:

- 1.- **Independencia.**- Contar con todos los medios básicos para tener una vida plena.
- 2.- **Participación.**- permanecer integrada(o) a la familia y sociedad.
- 3.- **Cuidados.**- proporcionados por parte de la familia y comunidad para gozar de una vida sana, tanto en sus hogares como en instituciones.
- 4.- **Autorrealización.**- implica acceso a oportunidades para desarrollo y recursos educativos, culturales y otros.
- 5.- **Dignidad.**- tener una vida digna y segura, no ser víctima de explotación, maltrato o discriminación por su género, etnia o religión.

Toda persona tiene derecho a seguridad social que le garantice el derecho de protección de la salud, asistencia médica y de los servicios necesarios para su

bienestar, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales para su disfrute.

Los programas principales son 10, de los cuales 8 son directamente para la atención de adulto mayor y los 2 restantes para evaluar esa atención.

- 1.- Pensión alimentaria para adultos Mayores de 70 años residentes en el D.F.
- 2.- Visitas médicas domiciliarias para las personas que tienen pensión alimentaria
 - Valoración Gerontológica integral con énfasis en la disfuncionalidad.
 - Perfil del estado de salud
 - Atención en el nivel adecuado
- 3.- Redes sociales de apoyo para las personas adultas mayores.
- 4.- Apoyo a cuidados primarios y formación de acompañantes voluntarios.
- 5.- Prevención y atención de la violencia contra las personas adultas mayores.
- 6.- Recreación, cultura y activación física
- 7.- Difusión de los derechos de las personas adultas mayores
- 8.- Investigación y difusión:
 - Gerontológica
 - Geriátrica
 - Epidemiológica
- 9.- formación, capacitación y asesoría
- 10.- Evaluación de la calidad de la atención.

El médico deberá realizar una historia clínica completa así como interrogar de forma dirigida hacia otras características, practicar una exhaustiva exploración

física, hacer un recuento meticoloso de los medicamentos que toma el paciente, investigar la situación social y familiar y solicitar exámenes de laboratorio especiales si así se requiere.

Se ha demostrado científicamente una disminución de riesgo de aparición de tumores cuando se lleva un estilo de vida saludable. Incluso la aplicación de estos cambios en nuestra vida diaria pueden tener una influencia positiva y notable en aquellas personas que desafortunadamente ya tiene un padecimiento, ya que se puede mejorar la respuesta a la quimioterapia o disminuir el ritmo de crecimiento del tumor, entre otras, por lo que es útil considerar cambiar malos hábitos para mejorar nuestra calidad de vida.

Desde el punto de vista médico aún desconocemos muchas de las causas que provocan los diferentes cánceres. Las investigaciones han demostrado que algunos tipos de tumores guardan relación con la genética de un individuo (rasgos heredados de los padres biológicos), el estilo de vida y las exposiciones medio-ambientales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

“Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud” S.S.A. **Diario Oficial**, Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, miércoles 22 de agosto de 1979.

A.A.V.V.(1997) Guía Sociosanitaria Para Personas Mayores Fundación Matia. San Sebastián, España.

A.V.V (1994) envejecimiento y Psicología de la salud, Siglo XXI de España Editores. S.A. Madrid.

Antología - Geriátrica-Gerontológica, compiladoras: Palacios O. Nelly y Pérez C. Apolonia, Coordinación de Estudios de Enfría, DACS/UJAT. Febrero 2009, 722 págs.

Aresca, I. (1999). Cuidados Paliativos: Calidad de Vida en el final de la Vida. Argentina. Psicooncología, Diferentes miradas. Ed. Lugar Editorial Capitulo 8.

Arranz, P y Cols (2002) Apoyo emocional en medicina paliativa. Tomo II. Avance en Cuidados Paliativos. México: Gabinete de Asesoramiento y Formación socio Sanitaria Gafos. Capitulo 42.pp 137-150.

Artiachi, G.(2004, Noviembre) Conferencia sobre Tanatología y Cuidados Paliativos realizada en el Auditorio J. Rojo de la Facultad de Odontología.

Asili,N.(2004) Vida plena en la vejez, Un enfoque multidisciplinario, México, Editorial Pax México.

Azola, Galinsky (1994) LA Atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa, Publicación Científica No. 546 Washington: Organización Panamericana de la salud.

Babb, S. P., (1998), Manual de Enfermería Gerontológica, Ediciones Económicas de Enfermería. Mc Graw-Hill-Interamericana, México, D. F.

Barreto, P (2007) Muerte y Duelo , España: Editorial Síntesis

Behar, D.(2004) Un buen morir. México: Ed. Pax México.

Belando, M. (2001) Vejez Física y Psicológica. Una perspectiva para la Educación permanente. España: Cáceres.

Belando, M. María (2000) Educación Y Vejez Social, Ámbitos Y Propuestas de Intervención, Primera Edición, Editorial PPU., S.A., Barcelona, España.

Berenguel y Cols. (2004) Bondades de la medicina natural México: Tomo II Avance en Cuidados Paliativos. Gabinete de Asesoramiento y Formación Socio Sanitaria gafos. Capitulo 39 pp. 81-92.

Bonfil, M.(2004) Los límites de la Ciencia. ¿Cómo ves? Revista de Divulgación de La ciencia de La Universidad Nacional Autónoma de México. Año 6 N0. 70.

Bruera, E.(2000) Cuidados Paliativos en Oncología. U.S.A. extraído el 29 de Diciembre de "003 de <http://cancerteam.tripod.com/invioo1.htm/>

Bucay, J.(2002) El Camino de las Lágrimas. México: Ed. Océano de México.

Carlson, N (1986). Fundamentos de Psicología Fisiológica, México, ED. Printece All.

Cerejido, M, et al (1999). El envejecimiento: Sus Desafíos Y Esperanzas, México, Siglo XXI.

Charatan, Fred, B. (1987) Factores de Riesgo en Edad Avanzada. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México, D.F.

Chavarría, Arellano, Nancy (2011) Tesis : Tercera Edad: Vida Plena. Facultad de Psicología. UNAM.

Clínica del dolor. Revista Digital. www.revista.unam.mx

Consejo Económico Y Social O.N.U. Envejecimiento de La Población en América Latina. (Informe Técnico) San José de Costa Rica, 1980.

De Simone, G.(2004) La función docente de los profesionales de Cuidados Paliativos México: Tomo III Avance en cuidados Paliativos. Gabinete de Asesoramiento y Formación Socio Sanitaria Gafos. Capítulo 99. Pp.655-676.

Díaz, Castañeda, Maribel (2011) Tesis : Memoria, recuerdos y Tiempo por Vivir. Facultad de Psicología. UNAM.

Erikson, E. (1963) Teoría Psicosocial, Capitulo II.

Fericgla, J.: Envejecer- Una antropología de la ancianidad. Ed.Anthropos, Barcelona 1994.

Fernández Ballesteros, R.: Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Documentos técnicos, N° 83, Universidad Autónoma de Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales (I.N.S.E.R.S.O.) 1996

Fernández, B. Rocío (2000) Gerontología Social, Editorial Pirámide, Madrid, España.

Foucault, M.(1996) El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. México: Ed. Siglo XXI.

Freud, S.(1915) De guerra y muerte: temas de actualidad. En Obras completas. Tomo XIV. Argentina. Amorrortu.

Galtieri, M.; Peón, C.: El suicidio. Estudio de Sociología. Ed. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1994

García, M. Y Torres (1999), Geriatria Y Gerontología, Sociedad Española de Enfermería, La Rioja, España.

García, M. Y Torres (2000), Enfermería Geriátrica, Serie Manuales de Enfermería Edit. Masson, Barcelona España.

Goldstein, RB: The prediction of suicide. Arch. Gen. Psychiatry. 1991- 418-422

Gómez, B.(2003, Marzo) Simposio Nacional Sobre tendencias Actuales de Tanatología, México: Hotel Fiesta americana, Ciudad de México, realizado el 22 de Marzo de 2003.

Guerrero, Mejía. Lía Jobana (2010) Tesis: Educar para Morir. Facultad de Psicología UNAM.

Guillén, Llera, F.(1986) Teoría del Envejecimiento. Salvat, Editores. S.A. Barcelona.

[Http://www.psiconet.com/Tiempo/Educacion](http://www.psiconet.com/Tiempo/Educacion) Localizado en Revista del Clímatario 1999; 1 (5) (Noviembre-Diciembre) 225- 231.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001), Indicadores Sociodemográficos de México, Gobierno Mexicano. México, D. F.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2001), Indicadores Sociodemográficos de México, Gobierno Mexicano, México, D.F.

Katona, CL.: Treatment resistance in geriatric depression. Industry Symposia. N° 6E American Psychiatric Association- Anual Meeting- Washington DC, Mayo 1999.

L. Katherlem Mahan, (2001) Nutrición Y Dietoterapia. Editorial Mc- Graw- Hill, 10ª edición, México, D.F.

Levinstein, R. (2005). Cuando alguien se va. México: Ed. Panorama.

Malgren, R: Epidemiology of aging. En Coffey; E. Textbook of geriatric neuropsychiatry. American Psychiatry Press- Washington DC, 1994

Manual de Dietas Normales Y Terapéuticas, Ediciones Científicas, La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V.

Milán, c.(2005). PRINCIPIOS DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. España: Mc Graw- Hill.

Moragas, M. Ricardo (1998), Gerontología Social, Envejecimiento Y Calidad de vida, Segunda Edición, Editorial Herder. Barcelona, España.

Muñoz. (2002) Psicología del Envejecimiento, España: ediciones Pirámide.

Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de salud en las Américas. Publicación científica N° 549: 16-19- Washington, 1994

Original Bereavement And Murray Parkes, C. (1999) Duelo Y Salud Mental En La Vejez. Primer Curso Virtual de Educación para el envejecimiento.

Papalía, D (1998), PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, México, D.F. Ed. Mc Graw-Hill.

Papalía, D. y Olds S (1981) Desarrollo Humano. México. Mc. Graw-Hill.

Pérez, Gallo .Ana Bertha, (2000), Los Alimentos en la Salud y La Enfermedad,

Polo S., M.A. (2004). Tanatología con enfoque gestalt y humanista. México.

Taller abierto.

Quezada, L. Ramírez, c. (2002) Manual de Vejez Y Proceso de

Envejecimiento. México: Plaza y Valdez

Razo, Gutiérrez. Angélica María.(1999) Tesis: Evaluación de un programa de actividades para la vejez. Facultad de Psicología. UNAM.

Rojas P., S. (2005). El manejo del duelo. México: Ed. Norma.

- Rojo de la Vega, J. y Negrete, P. (2004). Un Pésame para Consolar. México: Diana.

Salas Jordi Salvador, (2000), Nutrición Y Dietética Clínica, Editorial Masson, Barcelona, España.

Secretaria De Salud (2000), La Salud de la población en edad avanzada, un reto más hacia el futuro. Cuadernos de Salud, número 1, población y salud, México, .

Stengel, E: Psicología del suicidio y los intentos de suicidio. Ed. Hormé. Buenos Aires 1987.

Tamer, E. V. (2000) Nutrición Y Calidad de Vida: Una Simbiosis de Importancia en El Adulto Mayor. Revista electrónica Tiempo N° 5 Junio.

Tolstij, (1989) A. El Hombre Y La Edad, Moscú, Ed. Progreso. Valdés Mier, M. A. (1997) Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales, Cuba, Ed. Oriente.

Vallejo Ruiloba, J (1991). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, Ed. Salvat.

Vega, J.(1996) Desarrollo Adulto Y Envejecimiento, España: Editorial Síntesis.

Vidal, D.: Trastornos psicopatológicos y glaucoma crónico. Su incidencia en el incumplimiento terapéutico. Alcmeón. Vol 4, N° 15: 286/292, 1999.

Villa, C. (2005) La Vida en la Jubilación. México: Editorial Trillas.

Fuentes: (años 1907-1997): *Martínez Almanza L* y otros. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED. 1999; 12(2):77-90; (años 1998-2005): MINSAP. Anuarios estadísticos años 1998-2005 [serie en Internet]. [Citada 31 Jul. 2006]

Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de

Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2003]. Disponible en: www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm

Espinosa JM. El anciano en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;26:515-6.

Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36 (NM 3):24-35.

Anexo 1. Criterios médicos y funcionales de fragilidad en el adulto mayor según autores y períodos en los que fueron enunciados

	Siglo xx			Siglo XXI
Décadas	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-actual
Criterios médicos				
Padecer enfermedades crónicas e invalidantes		73,74,83,92,93	45,96,99,102,109,18,120	27
Presencia de síndromes geriátricos		74	18	27
Caídas a repetición y/o recientes		74,84	97,103	
Mala salud auto percibida		76,85,86	104	
Polifarmacia		80,74	97,121	27
Ingreso hospitalario reciente o repetido		77,73,79,80,87	95,98,99,104,110,122	27
Pérdida no intencional de peso			42	43
Disminución de la fuerza del apretón de mano			42	43
Pobre resistencia			42	43
Fractura de cadera			117	
Consumo de líquidos en cantidades inadecuadas				26
Malnutrición			113,114,115,123,124,126	
Efectuar dieta no saludable				26
Criterios funcionales				

Dificultad para la deambulación y la movilización		73,88	97	
Necesidad de ayuda para ABVDs, AIVDs	75	78,79,81,82,85,86,89,90,91	96,100,106,107,111,112,125,24,127,128,94,36,119,56	
Perfil de Actividades de Adelaida < 2				26
Percepción de la propia actividad como nula o moderada				26
Paseo diario < 30 minutos				26
Baja velocidad al caminar			42	43
Baja actividad física			42	43
Dependencia o necesidad de cuidador			48	49

Anexo 2. Criterios mentales y Sociodemográficos de fragilidad en el adulto mayor según autores y períodos en los que fueron enunciados

	Siglo xx			Siglo XXI
Décadas	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-actualidad
Criterios mentales				
Deterioro cognitivo		88	108,111,118,129	27
Depresión		73	97,56	27
Criterios Sociodemográficos				
Vivir solo	75	73,79	99	27,26
Viudez reciente		73,80,	111	
Edad > 80 años	75	76,77,80	97,99,36	27,26
Sexo femenino	75			26
Escasos ingresos económicos	75	73	101	27
Nivel de instrucción bajo			107	
Ausencia del cuidador			104,105,111	
Estrés del cuidador			105,116	
Falta de práctica religiosa				26
Residencia en instituciones	75		98,99,110,122	
Cambio reciente de domicilio		73,80,		
Incapacidad severa del cónyuge	75			
Vivir en ambiente marginal		80		

Estado civil no casado	75	77		26
Sin hijos	75			
Utilización de servicio social comunitario		80		
Paralizados en su domicilio			99	
Presencia de tres o más barreras arquitectónicas en el hogar				26