

GUÍA DEL ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Salud Mental
Departamento Ciclo Vital
Oficina Nacional Salud Integral para Personas Mayores
2023



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Departamento de Ciclo Vital, Programa Nacional Salud Integral de Personas Mayores.

Departamento de Salud Mental.

Resolución exenta N° 915 del 28 de Julio 2023.

Todos los derechos reservados.

Cita sugerida: Ministerio de Salud (2023). Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Depto. Ciclo Vital, Oficina de Salud de las Personas Mayores, y Depto. Salud Mental. Santiago, Chile.

Un agradecimiento especial a la **Dra. Sylvia Santander Rigollet, EU. Bárbara Leyton Cárdenas**, y **Ps. María José Gálvez**, quienes en el ejercicio de sus funciones como jefa de la DIPRECE, jefa del Depto. Ciclo Vital, y profesional técnico, quienes favorecieron la elaboración de la presente guía.

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)	
Fernando González Escalona Médico Cirujano. Especialidad Pediatría. Mg en Salud Pública Jefe División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud.	
Departamento Ciclo Vital	
Patricia Cabezas Olivares Enfermera. Jefa del Departamento de Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades	
Equipo Oficina de Salud Integral para Personas Mayores	
René Guzmán Montes Enfermero. Mg. en Gestión en Salud. Encargado de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores.	Pablo Villalobos Dintrans Ingeniero Comercial, Doctorado en Salud Pública.
Patricio Herrera Villagra Médico Geriatra. Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores.	Carla Bonatti Paredes Enfermera. Mg. en Enfermería. Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores.
Luis Sarmiento Loayza Trabajador Social. Mg. en Ciencias Sociales. PhD en Sociología. Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores.	Juan Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo. Mg. en Psicología Clínica y Mg. en Salud Pública. Profesional de la Oficina de Salud Integral para Personas Mayores (editor y coordinador general del documento).
Colaboradores de los Departamentos de Salud Mental del Ministerio de Salud	
Pablo Norambuena Cárdenas Psicólogo, Doctorado en psicología, Jefe del Departamento de salud mental DIPRECE.	Rodrigo Zárate Soriano Psicólogo, Mg.en Psicología Comunitaria. DIPRECE.
María Paz Araya Álvarez Psicóloga, Mg. en Psicología Clínica. DIPRECE.	Belén Vargas Gallegos Psicóloga, Mg. en Psicología Clínica. DIPRECE.
Cynthia Zavala Gaete Psiquiatra, Mg. en Filosofía y Políticas Públicas. DIPRECE.	Felipe Salinas Gallegos Psicólogo, Mg. en Afectividad y sexualidad. DIGERA.
Milena Pereira Romero Psicóloga, Mg. en Gestión de Instituciones de Salud. DIVAP.	
División de Jurídica del Ministerio de Salud	
Yasmina Viera Bernal Abogada. Jefa División de Jurídica del Ministerio de Salud.	
Yanara Bravo Montenegro Abogada	

CONTENIDO

LISTADO DE ACRÓNIMOS	5
INTRODUCCIÓN	6
PARTE 1. CONCEPTOS GENERALES	7
1.1. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	8
1.2. TEORÍAS PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO	12
1.3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE PSICOGERONTOLOGÍA	22
1.4. CONCEPTOS GENERALES SOBRE PSICOGERIATRÍA	32
1.5. DERECHOS HUMANOS Y PERSONAS MAYORES	38
PARTE 2. TEMÁTICAS RELACIONADAS AL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA SALUD MENTAL	43
2.1. RELACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES CON SUS CUERPOS	44
2.2. EROTISMO Y SEXUALIDAD	54
2.3. PÉRDIDAS Y DUELOS	64
2.4. SOLEDAD Y AISLAMIENTO	82
2.5. SOBRECARGA EN CUIDADORES O CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES	95
2.6. SITUACIONES DE VIOLENCIA Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES	108
2.7. EMERGENCIAS Y DESASTRES	118
PARTE 3. PROBLEMAS Y TRASTORNOS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES	137
3.1. CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS MAYORES	138
3.2. TABAQUISMO Y ABORDAJE EN PERSONAS MAYORES	145
3.3. TRASTORNO DE SUEÑO	150
3.4. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	162
3.5. TRASTORNOS ANSIOSOS	169
3.6. CONDUCTA SUICIDA	175
3.7. DELIRIUM - SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	189
3.8. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O DEMENCIA	200
3.9. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS MAYORES	219
ANEXOS	241

LISTADO DE ACRÓNIMOS

- ADN:** Ácido Desoxirribonucleico.
- APA:** American Psychology Asociation.
- APS:** Atención Primaria de Salud.
- ATP:** Adenosintrifosfato.
- CAM:** Confussion Assessment Method.
- CRED:** Centre for Research on the Epidemiology of Disasters.
- DRS:** Delirium Rating Scale.
- DSM:** Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- ECICEP:** Estrategia de Cuidados integrales Centrados en la Persona.
- ELEAM:** Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.
- EMDR:** Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares.
- EMPAM:** Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- ERO:** Especies Reactivas del Oxígeno.
- MIS:** Memory Impairment Screen.
- MMSE:** Mini mental.
- MPE:** Movimientos Periódicos de Extremidades.
- NINCDS-ADRDA:** National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer´s Disease and Related Disorders Association.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PAP:** Primera Ayuda Psicológica .
- PSS:** Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale).
- REDIP:** Red Inter Disciplinaria de Psicogerontología.
- RRD:** Reducción de Riesgo de Desastres.
- SAHOS:** Síndrome de Apneas Hipopneas Obstructivas del Sueño.
- SENAMA:** Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- SFAS:** Síndrome de Fase Avanzada del Sueño.
- SPI:** Síndrome de Piernas Inquietas.
- TCR:** Trastorno Conductual del sueño REM.
- TEC:** Traumatismos Encefalocraneal.
- TEPT:** Trastorno Estrés Post Traumático.
- TNCM:** Trastorno Neurocognitivo Mayor.
- VGI:** Valoración Geriátrica Integral.
- WAIS:** Escala de Wechsler Adult Intelligence Scale.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno dinámico, progresivo e inherente a la existencia de todas las formas de vida. Si bien es un proceso universal, la forma en la que se envejece varía entre los distintos seres vivos, y donde los seres humanos no están ajenos a ello. La interacción de múltiples factores propios, relacionales y ambientales a lo largo de la vida de cada persona, van influyendo en la forma en que se envejece. Por ello, es crucial que los equipos de salud estén en conocimiento de este fenómeno desde una mirada de la salud mental, permitiéndoles ampliar su conocimiento sobre el envejecimiento como un proceso multidimensional, y contribuir a la atención de este grupo de personas. Junto con lo anterior, el presente documento puede verse como una oportunidad de crecimiento y desarrollo profesional, en el marco actual en donde las sociedades están aumentando el número de personas mayores. Existe evidencia acerca del mayor uso que realizan las personas mayores de servicios de salud, así como de la complejidad de los servicios requeridos cuestión que demanda la formación de equipos interdisciplinarios con una comprensión integral del envejecimiento a modo de mejorar la experiencia de acceso a estos servicios.

Por otro lado, durante el envejecimiento existen temáticas que son importantes de conocer y abordar, las cuales pueden afectar la salud mental de las personas mayores, y por lo tanto es necesario que los equipos de salud y salud mental que atienden a personas mayores, así como aquellos que trabajan en contextos socio-sanitarios, estén en conocimiento de estos eventos, siendo la presente guía un apoyo para su diario quehacer. Esto cobra especial importancia cuando los eventos no son detectados o abordados a tiempo, aumentando la probabilidad de desencadenar trastornos que afecten la vida de la persona mayor. Por ello, para poder entregar conocimiento respecto al envejecimiento y su relación con la salud mental, el presente trabajo se divide en 3 partes: 1) la primera respecto a los conceptos generales del proceso de envejecimiento, abordando aspectos teóricos y de especialización en las temáticas, así como también los derechos humanos en las personas mayores; 2) La segunda parte aborda las temáticas relacionadas al envejecimiento, los principales estresores, eventos y situaciones de riesgo para la salud mental y bienestar en las personas mayores; 3) la tercera parte aborda los trastornos mentales que son frecuentes en las personas mayores, entregando orientaciones respecto al diagnóstico y tratamiento.

La “Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores”, de la Oficina de salud integral para personas mayores del Ministerio de Salud, fue realizada en colaboración con destacadas y destacados profesionales expertos en este grupo etario de la psicología, psicogerontología, psicogeriatría, neuropsicología, psiquiatría y neurología, con el propósito de entregar herramientas para la comprensión de la dimensión cognitiva y de salud mental respecto al envejecimiento en las personas. El objetivo de fondo, para la realización de este esfuerzo, es lograr una comprensión más integral de este proceso natural, en términos conductuales, cognitivo-emocional y social, junto con entregar recomendaciones concretas para el abordaje de las necesidades de salud mental en esta población.

PÚBLICO OBJETIVO

Para conocimiento de la red de salud, profesionales y técnicos sociosanitarios, estudiantes de la salud, ciencias sociales, y otras personas que en su diario quehacer trabajan o se relacionan con personas mayores, y quieran ahondar en el fenómeno del envejecimiento y la salud mental.

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Entregar herramientas teóricas y práctica sobre el envejecimiento y su relación con la salud mental.

PARTE 1. CONCEPTOS GENERALES

La primera sección de la presente guía pretende establecer un marco general de trabajo basado en los conceptos centrales del envejecimiento como un proceso esperado y que ocurre a lo largo de todo el curso de la vida. Luego se conocerá el quehacer desde la subdisciplina de la psicología denominada psicogerontología, la cual se nutre de los aportes de las neurociencias y del desarrollo de la neuropsicología. Posterior a ello, se dará a conocer el rol de la psicogeriatría, subespecialidad de la psiquiatría que, en la actualidad, se hace cargo del envejecimiento de personas con diagnósticos de patologías aparecidas en edades previas. Posteriormente, ahondaremos en las principales teorías psicosociales asociadas al envejecimiento, divididas en cuatro aproximaciones ampliamente reconocidas internacionalmente, para luego culminar con los derechos humanos de las personas mayores en Chile. Los capítulos de la Parte 1 de la guía son los siguientes:

- 1.1. Proceso de envejecimiento**
- 1.2. Teorías psicosociales asociadas al envejecimiento**
- 1.3. Conceptos generales sobre psicogerontología**
- 1.4. Conceptos generales sobre psicogeriatría**
- 1.5. Derechos humanos en las personas mayores**

1.1. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Daniela González Astorga
Psiquiatra Psicogeriatría

Ideas centrales

- El envejecimiento es un fenómeno dinámico, progresivo e irreversible y universal que tiene diferencias muy importantes entre las personas. envejecimiento, la vejez y el trabajo con las personas mayores, comprendiendo los procesos psíquicos/psicológicos que ocurren durante el curso de la vida.
- En el curso de este fenómeno influyen aspectos moleculares en el cerebro, aspectos a nivel celular en los sistemas del cuerpo, y aspectos psicológicos.

El envejecimiento es un fenómeno dinámico y progresivo e irreversible (1), el cual está influido por diversos factores sobre los cuales los individuos no siempre tienen posibilidades de modificar. Por ello, el uso de adjetivos calificativos para acompañar el concepto envejecimiento, tales como exitoso, patológico, deben ser utilizados con sumo cuidado, dado que otorgan algún grado de connotación valórica riesgosa, es decir, por ejemplo, si existe y es deseable un envejecimiento exitoso, se establece tácitamente que existen envejecimientos fracasados. Esto puede ser otra forma velada de edadismo y discriminación, que desconoce la individualidad de las realidades de cada persona, sus circunstancias e historia.

Sin perjuicio de lo antes señalado, es importante poder distinguir algunas características comunes a todos los envejecimientos en especial desde la perspectiva de sus posibles consecuencias en la esfera de la salud mental en la vejez.

1. Aspectos moleculares del envejecimiento en el cerebro

En términos muy generales, podemos decir que tanto el Ácido Desoxirribonucleico (ADN), como casi todas las moléculas, en especial las de origen proteico, que forman los organelos, células, tejidos y sistemas en el organismo humano, está sometidas a ser dañadas por diversos agentes, provenientes del medio ambiente externo y también del interno. Dentro de los mecanismos más relevantes para efectos del envejecimiento son: el daño a las proteínas y al ADN por oxidación (proceso metabólico aeróbico fisiológico normal), daño molecular por agentes externos (radiaciones). Por su importancia en la transferencia y expresión de la información que contiene, el ADN es constantemente reparado (en ocasiones con ciertas limitaciones), en cambio las proteínas son más desechables y se eliminan y renuevan regularmente, existe normalmente un cierto equilibrio entre producción de proteínas y eliminación de proteínas dañadas o defectuosas. En cuanto a la eliminación de las proteínas dañadas; existen dos principales mecanismos: el aerofágico y la proteólisis, estos serían mecanismos que se verían superados al hacerse menos eficientes, de modo que tanto en el proceso de envejecimiento normal del cerebro, así como en varias enfermedades que lo afectan, se presenta como fenómeno común la acumulación de proteínas anormales dentro de las neuronas y la glía.

Por otro lado, la reducción de la capacidad de las neuronas de manejar los productos de los procesos oxidativos propios de su alta tasa metabólica produce un desequilibrio a favor del aumento de Especies Reactivas del Oxígeno (ERO) conocido como estrés oxidativo. Es decir, la pérdida de efectividad y capacidad de estos procesos de degradación proteica y manejo de los desechos del metabolismo oxidativo aumentan la tasa de acumulación de proteínas anormales y ERO.

2. Envejecimiento a nivel celular y de sistemas

Los fenómenos antes mencionados, que ocurren a nivel molecular son los que subyacen a los fenómenos de envejecimiento celular, tisular y de los sistemas del organismo. A nivel neuronal y de la glía, la acumulación de desechos proteicos produce la agregación de estos, formando cuerpos de inclusión, que en presencia de estrés oxidativo (que daña todo tipo de moléculas) afectarían los procesos celulares paulatinamente, entorpeciendo la fisiología neuronal, generando circuitos reverberantes de daño, que serían claves en el envejecimiento neuronal y del sistema nervioso. También se ha recogido evidencia que indica que estos cuerpos de inclusión tendrían la capacidad de propagarse a células adyacentes y/o distantes, generalizando el proceso de daño neuronal.

A nivel intracelular neuronal, existe evidencia de procesos de alteración del funcionamiento de los organelos como las mitocondrias, que se relacionan con envejecimiento y disfunción celular. En las neuronas que son células con una alta tasa metabólica, la producción de la gran cantidad de energía requerida para llevar a cabo los procesos sinápticos también es provista por sus mitocondrias, que producen el Adenosín trifosfato (ATP) necesario, con una enorme producción de ERO a las que están particularmente expuestas; además tiene la capacidad de movilizarse hacia las zonas neuronales de mayor demanda energética, como las dendritas. En varias situaciones neuropatológicas se ha registrado una alteración de la tasa de movilidad mitocondrial y de su eficiencia en la producción de ATP.

En el sistema nervioso central, se observa normalmente una paulatina reducción del tamaño neuronal y de la densidad dendrítica, que explica una consecuente reducción del volumen cerebral total. Sin embargo, estos cambios estructurales tienen un impacto muy variable en el funcionamiento neurológico de las personas, dependiendo mucho de las capacidades desarrolladas a lo largo de la vida, especialmente en la esfera neurocognitiva, la llamada “reserva funcional”. Sí habría una correlación con situaciones neuropatológicas entre disminución de volumen de la sustancia gris en ciertas zonas clave, tales como la corteza entorrinal y el hipocampo con la demencia de tipo Alzheimer.

En base a lo anterior, es importante señalar que todas estas observaciones y avances en la comprensión del proceso de envejecimiento, son aún insuficientes, especialmente en cuanto a permitir diferenciar el envejecimiento cerebral normal del patológico, donde los límites de esa interfaz son muy difusos. Por otra parte, la resultante de todos estos fenómenos a nivel molecular, celular y sistémico, tienen una expresión final en la funcionalidad de cada individuo enormemente variado y poco predecible. Es decir, hay personas con gran deterioro del funcionamiento de su cerebro y organismo, con bajo impacto en su funcionalidad y viceversa, demostrando que aún existe desconocimiento de la dinámica global de estos procesos y sus resultantes finales (2).

3. Aspectos psicológicos del envejecimiento normal

Las dificultades en describir y delimitar los cambios psicológicos del envejecer normal, están dados principalmente por dos preguntas: ¿qué es normal? y ¿qué es envejecer? y las aproximaciones al tema se ven marcadas por tres hechos: los estudios orientados a establecer la normalidad del funcionamiento psicológico en el proceso de envejecimiento tienen muchas limitaciones, desde la selección de individuos con un funcionamiento psicológico “normal”, su seguimiento con la posibilidad de aparición de procesos patológicos intercurrentes, así como la delimitación de lo que se considerará esperable para esta etapa.

La gran heterogeneidad de las resultantes del envejecer, en cuanto a la multiplicidad y cambio permanente de factores contextuales, propios de un proceso longitudinal. Por otra parte, la presencia de patologías y otras condiciones que afectan la salud mental de las personas no condiciona que no puedan tener una salud mental funcional y una buena calidad de vida en esta etapa vital (3).

Una buena forma de comprender mejor las dinámicas psicológicas del envejecer es tener en cuenta algunas premisas (4):

1. Los procesos psicológicos del envejecimiento son un continuum de esos mismos procesos a lo largo de la vida.
2. Las vivencias y experiencias a lo largo de la vida van dejando su huella en el funcionamiento psíquico, especialmente constatables en estrategias de afrontamiento y patrones de relaciones interpersonales de las personas mayores.
3. Los factores contextuales entre los que se desenvuelven las personas mayores determinan en forma relevante su devenir psicológico.
4. La Interacción entre los factores señalados es muy dinámica y va produciendo efectos moduladores del funcionamiento psíquico de las personas mayores.

Referencias

1. Deming T, Thomas A. Oxford Textbook of Old Age Psychiatry. 2013;
2. Blazer D, Steffens D. Tratado de Psiquiatría Geriátrica. 4o edición. 2010.
3. DULCEY-RUIZ E. Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. Revista Colombiana de Psicología. 2010;19:207-24.
4. De la Fuente C. y López-Dóriga P. Fundamentos de la atención sanitaria a la persona mayor Actualización [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.hospitalvirgendelmar.es/pdf/libro_fundamentos_at_sanitaria_persona_mayor.pdf#page=140

1.2. TEORÍAS PSICOSOCIALES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO

Luis Sarmiento Loayza

Trabajador Social, Doctorado en Sociología.

Ideas centrales		
TIPOLOGÍA DE WEINERT	TIPOLOGÍA DE LEHR Y THOMAE	TEORÍAS PSICOSOCIALES
Mecanicistas	Modelos de déficits	Capacidades compensatorias de Miles.
		Somatización psíquica de Jones.
		Declive de mecanismos fisiológicos centrales de Welford.
		Aprendizaje determinado genéticamente de Kay.
Organicistas	Modelos cualitativos de transcurso	Modelo de transcurso de Erik Erikson.
		Teoría de las tareas del desarrollo de Havighurst.
		Teoría de Gutmann sobre el envejecimiento específico de género.
		La gerodinámica.
	Teorías del envejecimiento con éxito	Teoría de la actividad de Havighurst.
		Teoría de la desvinculación.
		Teoría de la continuidad.
		Modelo de selección, optimización y compensación.
	Teorías cognitivas	Teoría de las expectativas generalizadas.
		Teoría cognitiva de la adaptación a la edad avanzada.
Humanistas	Teorías sobre el crecimiento	El bienestar y el crecimiento en la vejez.
		Teoría del crecimiento y la sabiduría en la vejez.
		Teoría de la gerotranscendencia.

Fuente: Elaboración propia por parte de la Oficina de Personas Mayores.

Las primeras teorías del envejecimiento—provenientes de psicólogos fuertemente influenciados por lo que denomina biología de la edad—, están centradas en conocer la relación entre memoria, inteligencia, capacidad de reacción y edad de la vida (1). Surgen precisamente, en un contexto en que el envejecimiento se enfoca desde la perspectiva del declive de las capacidades físicas y psíquicas producidas por la edad, proceso ineludible para cualquier individuo. Las teorías psicosociales del envejecimiento tuvieron una importante proliferación con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, en donde autores como Schroots (2), logró identificar 15 teorías psicosociales sobre el envejecimiento, las que clasifica en tres grupos diferenciados de acuerdo a un criterio cronológico. Estos grupos son: teoría del período “Clásico” (40s-70s), “Moderno” (70s-90s) y “Reciente” (80s-90s).

Resulta, por lo tanto, importante dar a conocer las principales teorías psicosociales que explicarían el fenómeno del envejecimiento desde sus distintos paradigmas. Este capítulo dará a conocer una breve versión de cada una de ellas, basándose en la clasificación de Weinert (1) y Lehr y Thomae (3).

1. Clasificación de las teorías psicosociales del envejecimiento

De acuerdo a Weinert (1), desde una perspectiva epistemológica, las teorías psicosociales del envejecimiento se pueden clasificar en mecanicistas, organicistas y humanistas, encontrándose entre las primeras los modelos de déficits funcionales, centrados en la pérdidas de capacidad física y cognitiva desarrollados con la edad y genéticamente determinados, como lo son la memoria y la inteligencia.

Por otra parte, entre las teorías humanistas se encontrarán aquellas que ponen énfasis en la satisfacción vital aparejada a la mayor edad, satisfacción asociada a capacidades que sólo se desarrollan con la edad avanzada.

Según Lehr y Thomae (3), las teorías psicosociales del envejecimiento tuvieron una importante pro-liferación con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial. A pesar de su origen reciente, en términos relativos, en el lapso de una década, la producción de la teoría psicosocial sobre el envejecimiento fue abundante, al punto de generar una propuesta de clasificación por parte de diversos autores.

A continuación se darán a conocer las principales teorías psicosociales del envejecimiento agrupadas según la clasificación de Weinert (1): Mecanicistas, organicistas y humanistas.

1.1. Teorías mecanicistas o modelos de déficit

Durante la Primera Guerra Mundial, el ejército estadounidense realizó una serie de pruebas de inteligencia en el contexto de reclutamiento de nuevos soldados, conocidas como las pruebas Army-Alpha y Army-Beta, desarrolladas por Bingham, Gooddard, Haines, Terman, Wells, Whipple y Yerkes, y publicadas en 1921 por Yerkes (4). Las pruebas fueron realizadas a hombres entre 18 y 60 años, y sus resultados mostraron que el déficit en la inteligencia, medido a través de desviaciones estándar, es ya considerable a partir de los 30 años. Posteriormente, Jones y Conrad (5) aplicaron el Army-Alpha-Test en municipios rurales a más de mil personas comprendidas entre los 10 y 60 años, con nivel socioeconómico bajo.

Los resultados mostraron que en cuanto a léxico y conocimientos generales no existían diferencias según edad, sin embargo, las personas mayores mostraban peor rendimiento en comprensión de instrucciones, manejo de analogías y conexiones, además del manejo de series numéricas. En este mismo sentido, Miles (6), a quien llamaba la atención el menor porcentaje de empleabilidad que mostraban los hombres mayores de 40 años en la industria estadounidense, generó un test de inteligencia denominado Good-Judgement-Question-Series. Según los resultados de esta prueba (test), se comprueba el menor rendimiento cognitivo a medida que se avanza en edad: las personas de inteligencia superior tendían a ubicarse en el rango entre 20 a 40 años, mientras que las personas con inteligencia mediana o inferior se encontraban comprendidas en el rango de 50 años y más.

David Wechsler (7), mediante su Escala de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), llevará los estudios sobre inteligencia un paso más allá, generando análisis en los cuales es posible comparar resultados obtenidos en diferentes muestreos. Sus resultados confirmaron la curva típica de los cambios arrojados por el Army-Alpha-Test, encontrando un rendimiento máximo en la tercera década de la vida con una disminución en las décadas subsiguientes. Aquí aparecen como las capacidades con mayor estabilidad en el tiempo la extensión del saber, capacidad de formular juicios prácticos, habilidades lingüísticas, atención, concentración, capacidad de planificación, y capacidad de discernir situaciones según nivel de relevancia. Aquellas capacidades con mayor variación según edad fueron memoria, capacidad de fijación, agilidad intelectual, capacidad de orientación, pensamiento lógico-abstracto, capacidad de establecer relaciones y combinaciones, además de velocidad psicomotriz.

Estos estudios, que evidencian una disminución de algunas capacidades cognitivas a mayor edad de los individuos, generan el marco para la aparición de diversas explicaciones acerca del declive observado. En este contexto, el propio Miles (6) propondrá la hipótesis, que puede ser entendida como el germen de la teoría de la selección y la compensación, que las personas de inteligencia superior, ante la pérdida de ciertas capacidades cognitivas, generan capacidades compensatorias valiéndose de su experiencia, seguridad y técnica de aprendizaje. Las personas de menor inteligencia, en cambio, no tendrían la posibilidad de generar comportamientos compensatorios ante la pérdida de capacidad funcional.

Por su parte, Jones planteará la somatización psíquica, basándose en varias hipótesis acerca de la pérdida de capacidades cognitivas con el paso del tiempo, entre las cuales se encuentran pequeños daños en la estructura y función del sistema nervioso, pero donde también aparece la influencia de factores económicos como las malas condiciones higiénicas, nutrición insuficiente, prevalencia de enfermedades y falta de acceso a atenciones de salud; estas desventajas de tipo socioeconómico se traducirían en problemas psíquicos y somáticos. Las investigaciones de Jones son relevantes toda vez que establece una relación entre condición física y mental, sin embargo, las principales hipótesis ensayadas se enmarcan en el enfoque de la biología de la edad, que tiende a observar el envejecimiento como un proceso de declive, el cual se explica por cambios en las estructuras y funciones fisiológicas, las cuales se encuentran genéticamente determinadas.

Por otro lado, Welford (8) propone que existe un declive de mecanismos fisiológicos centrales, como explicación monocausal de los cambios en la psicomotricidad de las personas mayores, específicamente a través de los límites de la capacidad funcional de los mecanismos fisiológicos centrales, los cuales estarían determinados genéticamente. En la misma línea, Kay (9) postula que el aprendizaje está determinado genéticamente, y se expresa en los cambios en el aprendizaje con el paso de la edad a partir de procesos biológicos, en el cual determinadas partes del cerebro tienen diferente importancia de acuerdo a las exigencias a las que es sometido el individuo.

Todas estas teorías tienen como elemento común la identificación de la edad como variable determinante. La serie de teorías psicosociales que nacerán en adelante, y que intentan explicar el envejecimiento por fuera de los márgenes del enfoque mecanicista, tendrán este contexto histórico como base. Las teorías subsiguientes pondrán creciente énfasis en los aspectos psicológicos, sociales y culturales que condicionan el envejecimiento, sin necesariamente desconocer la relevancia del factor biológico.

1.2. Teorías organicistas o modelos cualitativos de transcurso

De acuerdo a Lehr y Thomae (3), las teorías del transcurso, a diferencia de los modelos del déficit, ponen atención a los cambios cualitativos asociados las etapas de la vida, describiendo las características de dichos cambios por sobre la explicación de sus causas. Algunas de las teorías de este tipo se describirán, someramente, a continuación.

a) Teorías del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

El modelo cualitativo de transcurso de Erikson (10), propone que durante la vida, las personas deben atravesar 8 etapas, y que el paso entre etapas se experimenta en la forma de crisis. Las personas pueden atravesar ciertas etapas de forma exitosa o fracasar en su intento, de lo cual depende finalmente la integración del yo, siendo dicha integración el propósito más importante en la vida de una persona mayor. La integración del yo supone la aceptación de la singularidad de la propia vida y de quienes rodean a la persona, la aceptación de las experiencias vividas, de lo conseguido y lo perdido. El fracaso en el tránsito entre etapas tiene como resultado la aparición de desequilibrios psíquicos, además de eventos de salud no deseados, como enfermedades físicas y problemas de relación social. De acuerdo con esta teoría, la generatividad es el reto al que la persona se enfrenta en la etapa media de su vida, pudiendo definirse como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones, afín de dejar un legado con su experiencia (11). Se puede expresar a partir de actividades como la crianza de los hijos o hijas, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, entre otros, contribuyendo al bien común de los entornos en los que las personas participan (la familia, la empresa, la comunidad, entre otros) (11).

Siguiendo en la línea de las teorías del desarrollo, por su parte Havighurst (12), propuso un análisis de lo biográfico a través del cumplimiento de ciertas tareas típicas asociadas a cada etapa de la vida. Estas tareas fueron denominadas por él como tareas del desarrollo, las cuales se presentan a cada individuo en ciertas etapas de su vida y le exigen su resolución. Al resolverse con éxito, estas tareas llevan a la satisfacción de la persona, mientras que en el caso contrario, el individuo sufre insatisfacción con su propia persona, recibe el rechazo por parte de la sociedad, y además tendrá problemas para la resolución de tareas futuras. Estas tareas surgirían de la maduración corporal de los individuos, de las normas culturales o expectativas de la sociedad y de las expectativas y valoraciones individuales; son por tanto tareas que tienen un origen endógeno y también exógeno. El enfrentamiento con tareas asociadas a una nueva etapa de la vida, exige una reestructuración de su propia conducta, y por tanto, son tareas que demandan desarrollo individual.

b) Teoría de Gutmann sobre el envejecimiento específico de género

Gutmann obtiene su teoría a partir de observaciones de estudios antropológicos. Lo que rescata de estos estudios, y que permite articular su teoría, es que las características de hombres y mujeres generan una acomodación mutua en la medida en que avanzan en edad (13). Las mujeres, en la medida que envejecen, desarrollan una capacidad más activa para enfrentar exigencias, mientras que los hombres, por el contrario, desarrollan una capacidad pasiva ante dichas exigencias. Para Gutmann, estas tendencias son universales y se encuentran relacionadas con la función de los progenitores. Para mantenerse unidos ante las demandas de la crianza, los progenitores deben reprimir ciertos impulsos; las mujeres deben reprimir su impulso agresivo para entregar a los hijos apoyo afectivo, mientras que los hombres deben inhibir su impulso a fiarse de otras personas, para desarrollar una protección material a los hijos e hijas (13). Una vez que el hijo o la hija ha abandonado el hogar, los padres pueden desarrollar los impulsos reprimidos, lo cual tiende a darse en la edad avanzada, abriéndose la posibilidad de llevar adelante proyectos personales significativos.

c) La geodinámica

Se trata de una teoría basada en la Teoría General de Sistemas y la Teoría del Caos. Schroots (2) plantea que, al ser los individuos unidades sistémicas, en estos se va produciendo conforme se desarrolla su tiempo de existencia, al igual que en todos los sistemas vivos, un aumento del desorden o entropía. Llegado un punto crítico de desorden, a fin de lograr la sobrevivencia, los sistemas necesitan desarrollar cierta reestructuración u ordenamiento.

Esto es llevado por Schroots al ámbito de las personas, proponiendo que en ciertos puntos críticos de la vida aparecen ramificaciones que las personas pueden integrar en estructuras de orden superior, logrando con esto cierto desarrollo (2). Aquellas personas que no logren desarrollar estructuras de orden superior a partir de crisis experimentan un aumento de la probabilidad de morbilidad y potencialmente, de muerte. Esto explicaría que ciertas personas desarrollen un trastorno psíquico después de vivir alguna enfermedad, mientras que otras resultan fortalecidas, adquiriendo mayor madurez.

1.3. Teorías del envejecimiento exitoso

El concepto de envejecimiento con éxito fue desarrollado por Havighurst (12), quien constató que, más allá de lo planteado por los modelos de déficit, ciertas personas de igual edad mostraban condiciones físicas y mentales muy diferentes, además de distintos niveles de satisfacción con su vida. Este mismo autor define el envejecimiento con éxito como “un estado interno de contento y felicidad”, aunque él mismo plantea reservas sobre la posibilidad de describir con claridad qué significa

felicidad para las personas. De todas formas, la satisfacción con la propia vida podía ser entendida como un indicador de adaptación exitosa al proceso de envejecimiento, proceso que consta también de una serie de pérdidas que bien pudiesen resultar en trastornos psíquicos en las personas (abandono del hogar paterno de los hijos, pérdida de personas cercanas, enfermedades) (12).

La satisfacción con la vida también daría cuenta de un proceso de adaptación exitosa a las necesidades de la última fase de la vida. El consenso sobre la adecuación de la satisfacción vital como indicador del envejecimiento con éxito, sería la condición de posibilidad para la generación de una serie de teorías que intentarían explicar la satisfacción con la vida de las personas mayores (12).

a) Teoría de la actividad

Para el mismo Havighurst (12), las personas mayores experimentan alta satisfacción con la vida, en la medida en que se mantengan activas, esto es, que permanezcan desarrollando actividades durante toda su vida. La persona que quiera envejecer con éxito deberá mantener el nivel de actividad de una persona de edad mediana. La actividad generaría asimismo una autoimagen satisfactoria de la persona, cuestión que permite a su vez mantener un nivel de compromiso importante con las actividades en la última fase de la vida. Las actividades que las personas realizan tienen un carácter dinámico, esto es, cambian en la medida que se transita entre fases etarias, sin embargo, el llamado de esta teoría es a reemplazar actividades de manera de continuar estando activo.

Según Bengton, a pesar de que esta teoría tiene una pretensión universal, sería evidente que su éxito se debió al contexto de emergencia en los Estados Unidos de la segunda mitad del siglo XX, un contexto de obsesión con el individualismo, el consumo y la productividad (14). Havighurst apoya su teoría de la actividad en los resultados de una serie de estudios empíricos en los que se demuestra que las personas mayores que mantienen un alto nivel de actividad están significativamente más satisfechas con su vida que las personas con menor nivel de actividad. El mantenerse activo en términos de actividad, permitiría que las personas presentaran un buen autoconcepto, percepción de autoeficacia y buena condición física, lo cual les permite a su vez continuar vinculadas con su sociedad a través de actividades productivas y significativas, es decir, experimentan un círculo virtuoso entre actividad, salud psíquica y física (12).

b) Teoría de la desvinculación

Cumming y Henry plantean que a determinada edad las personas van disminuyendo paulatinamente la participación en aquellas actividades sociales con mayor nivel de intensidad, reduciendo con ello la frecuencia y continuidad de las interacciones sociales en relación con los que podrían tener cuando eran jóvenes (15)(16)(17). En contraposición a la teoría de la actividad, estos autores proponen que las personas mayores encuentran satisfacción con la vida en la medida en que dejan de realizar ciertos roles que realizaron durante las etapas anteriores de su vida, por ejemplo trabajar, hacerse cargo de hijos y/o nietas, mantener contacto frecuente con amistades.

La "adulthood" sería una etapa de necesaria desvinculación con la sociedad, una etapa en que las personas pueden disfrutar de la distancia con relación a los roles que desempeñaron en las fases anteriores de la vida.

De acuerdo a Lehr y Thomae (3), la teoría de la desvinculación sufre una serie de modificaciones en su desarrollo histórico, incluyéndose matices de acuerdo a variables como nivel de educación o sexo de las personas. En ese contexto, las personas mayores que han experimentado altos niveles de estrés previo a su retiro laboral, manifiestan cierto nivel de satisfacción una vez que se

desvinculan del mundo productivo; sin embargo, una vez que baja su nivel de estrés, el permanecer desvinculado les genera pobres niveles de satisfacción vital (3). En esta etapa, las personas necesitarían experimentar un nuevo proceso de vinculación con roles de la edad mediana, lo cual permite conseguir mejores niveles de satisfacción con la vida, y por tanto, mejor salud física y psíquica. Asimismo, las personas experimentarían la adquisición de compromisos compensatorios, lo cual consiste en compensar la desvinculación de ciertos roles comprometiéndose con nuevos roles, por ejemplo, al dejar la vida laboral y con ella las relaciones con colegas, se puede generar nuevos vínculos con amigos o familiares con quienes se tenía cierta distancia (3).

c) Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad de Atchley (18) propone que las personas logran un envejecimiento con éxito siempre y cuando logren dar continuidad a ciertas estructuras endógenas y exógenas al entrar en la última etapa de su vida. De este modo, mientras las personas desarrollen estrategias para mantener estables ciertos aspectos internos (pensamientos, estado anímico, personalidad, formas de interpretación de experiencias) y externos (ambiente físico y social, relaciones familiares) en condiciones cambiantes, obtendrán cierta satisfacción con su nueva etapa vital (18). Es necesario comprender que el ingreso a la adultez mayor conlleva una serie de cambios, por lo mismo, en la medida que las personas puedan mantener aquellos aspectos internos y externos que consideran parte de su identidad, podrán adaptarse a las nuevas condiciones de forma satisfactoria.

d) Modelo de selección, optimización y compensación

De acuerdo a Baltes y Baltes (19), la satisfacción subjetiva con la condición vital no es un indicador suficiente para evaluar el envejecimiento exitoso, sino que se debe incorporar la evaluación algunas condiciones objetivas. El supuesto principal de esta teoría es que las personas deben enfrentarse a exigencias objetivas del ambiente, las cuales demandan ciertos esfuerzos. A medida que las personas envejecen, pierden ciertas capacidades físicas y cognitivas. Debido a esto, los individuos seleccionan ciertas conductas y esfuerzos necesarios para armonizar las condiciones del ambiente con sus motivaciones intrínsecas, las capacidades biológicas y sus habilidades. Lo anterior demandaría una creciente especialización de las acciones y el mundo vital, en cuyo contexto se seleccionan aspectos del entorno y la propia actividad para conseguir una optimización del funcionamiento. De acuerdo con esta teoría, frente a la pérdida de plasticidad biológica del organismo humano, las personas desarrollarían respuestas compensatorias. Por ejemplo, la pérdida de memoria se compensa con una atención selectiva en las variables relevantes de la situación dada, cuestión posibilitada por la mayor experiencia de las personas mayores.

Se trata de una teoría que se acerca a los modelos del déficit, esto toda vez que presenta una imagen del envejecimiento como un proceso negativo e inevitable. Según Lehr y Thomae (3), es una teoría que pone demasiado énfasis en las condiciones objetivas del ambiente, desvalorizando el aspecto subjetivo del envejecimiento exitoso. Lo anterior resultaría en perder de vista aquellas situaciones en que las personas desarrollan ciertos procesos de aceptación que generan satisfacción más allá de su condición de salud, discapacidad o dependencia, o en procesos terapéuticos de resignificación de experiencias que pueden mejorar la salud psíquica y por consecuencia, la funcionalidad global.

1.4. Teorías organicistas

Según Lehr y Thomae (3), en las últimas décadas del siglo XX aparecieron una serie de teorías que buscaban explicar desde lo cognitivo, las percepciones, comportamientos y pensamientos de las personas mayores. Estas teorías tienen en común que sus autores las agrupan en la categoría de cognitivas, esto es, que proponen que el estímulo externo y objetivo, no es lo determinante a la hora de entender la acción, sino que la cognición (representación, interpretación, percepción) propia de cada persona, que genera una respuesta singular y diferenciada. De este modo, la variable determinante es la cognición que procesa ciertos estímulos para la producción de respuestas, sean estas acciones, afecciones o acciones específicas.

a) Teoría de las expectativas generalizadas

La teoría de las expectativas se ha planteado de diversas formas en gerontología, poniendo énfasis en distintas funciones que permiten regular la conducta. En este contexto, la teoría ha prestado especial atención a la cognición de control personal, la cual ha llegado a ser considerada variable interviniente de primera importancia a la hora de comprender el grado de adaptación a los problemas del envejecimiento. De acuerdo a Rodin et al (20), la sensación de control sobre la situación permite que las personas mayores mantengan cierto nivel de salud psíquica ante situaciones estresantes, eventos adversos de salud o pérdida, evitando su deterioro y futura dependencia. La cognición de control personal sería también relevante para evitar el deterioro psíquico que conlleva la sobrecarga asociada a labores de cuidado (21).

b) Teoría cognitiva de la adaptación a la edad avanzada

La teoría de la adaptación a la edad avanzada de Thomae (22), propone que la cognición es la clave de una adaptación exitosa o fallida a las exigencias de la edad avanzada. Precisamente, esta cognición hace la diferencia en las respuestas entre personas mayores que experimentan las mismas condiciones objetivas, así como la buena autopercepción de salud de personas con discapacidad y/o dependencia funcional. Esta teoría se basa también en estudios realizados en hogares de personas mayores, los cuales tuvieron mala calificación de acuerdo a evaluación de expertos, pero que, de acuerdo a la evaluación de las propias personas mayores, los sentían cómodos y acogedores.

1.5. Teorías humanistas

a) Bienestar y crecimiento

Ryff y Essex (23), realizaron una revisión del concepto de bienestar, proponiendo que su definición como estado de satisfacción subjetiva es estrecho. A su vez, propusieron definir el bienestar a través de cinco condiciones, estas son: aceptación de sí mismo, formación de relaciones positivas con otras personas, formación de autonomía, dominio del entorno y sentimiento de finalidad en la vida. Para estos autores, el funcionamiento psicológico óptimo requiere del desarrollo permanente de estas cinco condiciones. El logro de estas condiciones llevaría a una plena integración entre el ideal que la persona posee de sí mismo y su realidad. Para el logro del bienestar en la adultez mayor es de suma relevancia la realización de actividades significativas.

b) Crecimiento y sabiduría

Clayton (24) indaga en la posibilidad que tienen las personas mayores de lograr la sabiduría en esta etapa de la vida. Lo que este autor propuso, es que la sabiduría es una forma específica de saber que se adquiere solamente en la edad avanzada. Este conocimiento tiene una dimensión

práctica a través de la cual la persona desarrolla capacidad para resolver problemas cotidianos, pero también una dimensión trascendental, a través de la cual las personas adquieren una cierta concepción sobre el sentido de sus vidas. Según esta teoría, las personas que logran la sabiduría muestran una alta integración del yo, alcanzado con esto el máximo nivel de desarrollo de la personalidad en los términos de Erikson.

c) Gerotranscendencia

La teoría de la gerotranscendencia (“gero” que se traduce a “viejo” y “trascendencia” se refiere a “elevarse por encima de”), fue propuesta por Tornstam (25) como un intento por plantear una nueva orientación de la teoría de la desvinculación. La gerotranscendencia sería una etapa tardía del desarrollo de los seres humanos caracterizada por la búsqueda de una cosmovisión trascendental (25). También, se caracteriza por una mayor integración con generaciones anteriores y futuras, la desaparición del temor a la muerte, y por la aceptación del misterio que conlleva vivir. Además, las personas que logran esta etapa del desarrollo serían personas más altruistas, que prestan menor atención a las relaciones superficiales y al aspecto material de la vida, además de destinar más tiempo a la reflexión sobre sí mismos. Esta teoría entiende que la hipótesis de la desvinculación plantea una manera defensiva de enfrentar los cambios acaecidos con la edad avanzada, observando las estrategias compensatorias que las personas activan ante el fracaso de las relaciones sociales, pero que resta atención al aspecto positivo, diferente en términos cualitativos de la adultez mayor.

En este contexto, Joan Erikson publicó una versión extendida del trabajo de su difunto esposo Erik Erikson sobre las ocho etapas del desarrollo psicosocial, agregando una novena y décima etapa que integran ideas de gerotranscendencia (26).

Referencias

1. Weinert F. Altern in psychologischer perspektive. 1994;180-203.
2. Schroots JJF. Theoretical Developments in the Psychology of Aging. *The Gerontologist*. 1 de diciembre de 1996;36(6):742-8.
3. Lehr U, Thomae H. *Psicología de la senectud: Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona : Herder. 2003.
4. New learning online. Yerkes' Army Intelligence Tests [Internet]. Disponible en: <https://newlearningonline.com/>
5. Jones HE, Conrad HS. The growth and decline of intelligence: a study of a homogeneous group between the ages of ten and sixty. *Genetic psychology monographs*. 1933.
6. Miles CC. Influence of Speed and Age on Intelligence Scores of Adults. null. 1 de enero de 1934;10(1):208-10.
7. Wechsler D. *The measurement of adult intelligence*. William&William. Baltimore; 1944.
8. Welford AT. Psychomotor performance. En: *Handbook of aging and the individual*. Oxford, England: Univer. Chicago Press; 1959. p. 562-613.
9. Kay H. Theories of learning and aging. En: *Handbook of aging and the individual*. Oxford, England: Univer. Chicago Press; 1959. p. 614-54.
10. Erikson EH. Growth and crises of the «healthy personality.» En: *Symposium on the healthy personality*. Oxford, England: Josiah Macy, Jr. Foundation; 1950. p. 91-146.
11. Villar F, López O, Celdrán M. La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *An psicol*. 20 de septiembre de 2013;29(3):897-906.
12. Havighurst RJ. Successful Aging1. *The Gerontologist*. 1 de marzo de 1961;1(1):8-13.
13. Gutmann D. *Reclaimed powers: Men and women in later life*. Evanston, IL, US: Northwestern University Press; 1987. xii, 335 p. (Reclaimed powers: Men and women in later life.).
14. Bengtson V. How Theories of Aging Became Social: Emergence of the Sociology of Aging. Vol. *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer/Publishing Company; 2016.
15. Cumming Elaine Henry, William E ,,. *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Books; 1961.
16. Cumming ME. New thoughts on the theory of disengagement. En: Kastenbaum R, editor. *New Thoughts on Old Age* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1964. p. 3-18. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-662-38534-0_1
17. Robledo Díaz, Luis. Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*. 2016;4(2):125-40.
18. Atchley RC. A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*. 1 de abril de 1989;29(2):183-90.
19. Baltes PB, Baltes MM, editores. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. (European Network on Longitudinal Studies on Individual Development). Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/successful-aging/9C9443F6E5D53BC108F6C9B4F775441D>
20. Rodin, J., Timko, C., & Harris, S. The construct of control: biological and psychosocial correlates. *Annual review of gerontology & geriatrics*. 1985;5:3-55.
21. Krause N. Stress and Coping: Reconceptualizing the Role of Locus of Control Beliefs1. *Journal of Gerontology*. 1 de septiembre de 1986;41(5):617-22.
22. Thomae H. Theory of Aging and Cognitive Theory of Personality. *Human Development*. 1970;13(1):1-16.

23. Ryff CD. Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*. 1995;4(4):99-104.
24. Clayton V. Wisdom and Intelligence: The Nature and Function of Knowledge in the Later Years. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1983;15(4):315-21.
25. Tornstam L. Gero-transcendncnc: A reformulation of the disengagement theory. *Aging Clinical and Experimental Research*. 1989;1:55-63.
26. Verbraak A. Gerotranscendence: An Examination of a Proposed Extension to Erik Erikson's Theory of Identity Development : a Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Psychology in the University of Canterbury [Internet]. University of Canterbury; 2000. Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=n-LlnAAACAAJ>

1.3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE PSICOGERONTOLOGÍA

Nicolás Cisternas Sandoval

Psicólogo, Magíster en psicogerontología

Susana González Ramírez

Médico cirujano

Magister en Psicogerontología Universidad Maimónides – Buenos Aires, Argentina.

Profesora Miembro de la Universidad Católica de Chile

Ideas centrales

- La psicogerontología es un constructo interdisciplinar que aborda el envejecimiento, la vejez y el trabajo con las personas mayores, comprendiendo los procesos psíquicos/psicológicos que ocurren durante el curso de la vida.
- La psicogerontología tiene como objetos de estudio el envejecimiento, las personas mayores que cursen un envejecimiento normal o alterado, y la vejez como la toma de consciencia a través de temas del envejecer que evidenciarían el paso del tiempo.
- Se diferencia de la psicogeriatría en que esta última estudia y aborda las patologías psiquiátricas que surgen en las personas mayores, así como también en el diagnóstico de patologías aparecidas en edades previas y trastornos del neurodesarrollo.
- Existen distintos temas relativos al envejecimiento en las personas como son respecto al cuerpo, a los vínculos, los duelos / pérdidas, a factores social y económico.
- El rol del profesional de la psicogerontología se puede desarrollar en el trabajo con personas mayores desde dispositivos clínicos, con las familias desde dispositivos clínicos, desde dispositivos comunitarios, en residencias de larga estadía, en el área de capacitaciones, investigación y docencia.

La gerontología nace el año 1903 de la mano del inmunólogo ruso Elie Metchnikoff, quien acuña el concepto que Martin y Gillen (1) reconocen como punto de partida para el desarrollo científico del quehacer interdisciplinario que estudia el envejecimiento, la vejez y las personas mayores desde una mirada bio-psico-social. A lo largo del siglo XX, tanto la Geriatría como la Gerontología Social respondieron a la demanda de una vejez enferma y marginada. Sin embargo en la actualidad tiene una mirada de promoción y prevención de salud. La psicogerontología, en cambio, no concitó mayor interés investigativo hasta la década del 1960. Hoy en día, existen dos grandes perspectivas para comprender la psicogerontología, una europea (que comparte elementos con Estados Unidos) que la reconoce como una subdisciplina de la psicología tal como señala Pinguet (2), y una corriente latinoamericana que describe Zarebski (3) que busca la descolonización teórica y la producción local de conocimiento bajo una mirada interdisciplinaria.

1. Psicogerontología: Evolución y perspectivas

Tal como señala Dosil (4), a lo largo de la historia de la humanidad se ha puesto atención a las distintas etapas de la vida que atraviesa un ser humano. Sin embargo, durante la primera mitad del siglo XX, los estudios que centraban su atención en la vejez eran escasos: las investigaciones estaban focalizadas en comprender la niñez y la adolescencia. Aun así, diversas fuentes reconocen que ya desde el siglo XIX, existían autores que realizaban un abordaje preliminar de la

vejez, entre los que se destacan Quetelet, Galton, y Sandford, por mencionar solo algunos. Destaca la figura de Stanley Hall – quien publica el libro “Senescence, The last half of life” (5)– como uno de los precursores en reconocer la vejez como una etapa de la vida a cuál se le debía prestar la misma atención que a la adolescencia, debido a los múltiples cambios que caracterizan ambas etapas.

A partir de la década del '60, los estudios de psicogerontología fueron cobrando relevancia y superando poco a poco miradas basadas en estereotipos; en aquel momento el envejecimiento poblacional se presentaba como una realidad irrevocable, y la psicogerontología podía entregar una mirada desde las oportunidades, distinta a las visiones que provenían de las ciencias económicas y empresariales, que observaban el envejecimiento como un problema, acuñando conceptos como invierno demográfico (6).

Este desarrollo no estuvo libre de prejuicios “viejistas”, como presumir que los cambios negativos en la personalidad y la rigidez cognitiva forman parte de un envejecimiento normal. Estos estudios comienzan a ser cuestionados a partir de la década de los '80 con los aportes de estudios longitudinales iniciados 10 años antes, y con el auge de la Psicología del Curso de Vida (Life-Span), que aporta una mirada dialéctica, entendiendo el envejecimiento como un proceso dinámico de interacción entre la genética, el ambiente, y el contexto histórico-político. Con el tiempo, los estudios longitudinales evidenciaron la imposibilidad de encasillar a las personas mayores en determinadas características, reconociendo – como señala Fernández-Ballesteros (7) – que, a mayor edad, existe mayor diferencia interindividual; no se puede hablar de una vejez, sino que presenciamos una gran diversidad de vejeces.

2. ¿Qué estudia la Psicogerontología?

La Psicogerontología, según Schroots (1995) citado en Fernández-Ballesteros (7) reconoce tres objetos de estudio. En primer lugar, el envejecimiento como proceso que ocurre a lo largo de todo el curso de la vida; en segundo lugar, las personas mayores, ya sea que cursen un envejecimiento normal o alterado, y; en tercer lugar, la vejez como etapa, de la cual Zarebski (8) señala que se tomaría consciencia a través de temas del envejecer que evidenciarían el paso del tiempo.

Cabe destacar que en la actualidad no existe una sola perspectiva desde la cual entender la Psicogerontología, pudiendo describirse dos corrientes. La de mayor prevalencia es la perspectiva positivista, que integra la Psicogerontología como subdisciplina conformada a partir de la Psicología del desarrollo y de la psicología de las diferencias individuales, por ende, de ejercicio exclusivo de psicólogos. Tal como señala Qualls (9), se ha nutrido en las últimas décadas de los aportes de las neurociencias y, sobre todo, del desarrollo de la Neuropsicología. La segunda corriente se comienza a configurar en Latinoamérica a partir del año 2005, reconociendo los aportes de la perspectiva positivista, pero buscando romper con los reduccionismos propios de las ciencias positivistas, las cuales han marcado gran parte de las corrientes europeas y norteamericanas; al respecto, Pérez (10) señala que el ser humano es analizado aislado del contexto y del reconocimiento de su historia de vida.

La perspectiva latinoamericana propone su propio campo de acción; según Da Costa y Catullo (9), la psicogerontología se ocupa del estudio de los procesos psíquicos del envejecimiento como construcción histórica permanente de subjetividades. No es un enfoque disciplinario, dirigido a un grupo determinado de profesionales o investigadores, es un conjunto de conocimientos que interesa a todos los profesionales de la Gerontología, dirigido a la construcción de un nuevo conocimiento interdisciplinario. De acuerdo con Zarebski (3) un acercamiento fundamental sería la anticipación a trabajar el proceso de envejecimiento propio y de los otros; y las disciplinas que nutrirían la Psicogerontología son la Psicomotricidad, Terapia ocupacional, Musicoterapia, Psicopedagogía, Psicogeriatría y la Psicología.

El desarrollo de esta perspectiva latinoamericana se potencia con la conformación de la Red Inter-Disciplinaria de Psicogerontología (REDIP) que tiene por objetivo la descolonización del conocimiento, reconociendo que la realidad estudiada en contextos anglosajones difiere de la realidad de los pueblos latinoamericanos, no para aislar o plantear supremacía de uno por sobre otro, sino por el contrario, producir conocimiento para nutrir e intercambiar experiencias.

3. Delimitación de la psicogerontología con otros campos disciplinares

Más allá del reconocimiento de las perspectivas existentes, tomando como base la psicología del envejecimiento como subdisciplina, se hace necesario distinguir y delimitar la psicogerontología de otras disciplinas clínicas. La primera diferencia se establece con la psicogeriatría o Psiquiatría Geriátrica, subespecialidad de la Psiquiatría que, como señala Fernández-Ballesteros (7), estudia la patología psiquiátrica que surge en las personas mayores y, en la actualidad, también se hace cargo del envejecimiento de personas con diagnósticos de patologías aparecidas en edades previas, así como de las personas portadoras de trastornos del neurodesarrollo, que envejecen. La Psicogeriatría aporta conocimientos a la Psicogerontología. La segunda distinción necesaria es con la Neuropsicología. Como la define Drake (11), ésta es una especialidad clínica que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales que resultan de una disfunción cerebral conocida o sospechada. Las evaluaciones neuropsicológicas deben ser realizadas por profesionales formados para tal propósito. Sin embargo, una persona con alteraciones neurocognitivas no solo requiere de diagnóstico o tratamiento desde la Neuropsicología, sino que la Psicogerontología también aportará al tratamiento integral de esa persona y su entorno. La tercera distinción necesaria es con la Psicología de la salud, cuyo campo también aporta a la Psicogerontología. En esta línea, suele homologarse el abordaje de los cuidados paliativos no oncológicos de personas mayores en situación de dependencia con los cuidados paliativos propios de la Psicooncología, áreas que pueden tener puntos de encuentro, pero que difieren en sus abordajes.

Por último, la cuarta distinción cabe mencionar que los cuidados paliativos también difieren de los cuidados de fin de vida, y para su abordaje se han desarrollado nuevas ramas teóricas que entrecruzan la Tanatología con la Psicología.

4. Temas del envejecer

Una de las disyuntivas en Psicogerontología ha sido determinar cuándo comienza la vejez. Como señala Fernández-Ballesteros (7), no existe una forma clara de precisar su inicio desde la perspectiva psicogerontológica, por lo que Zarebski (8) define la existencia de eventos - normativos y no normativos - que demandan el uso de recursos adaptativos, y hacen tomar consciencia del paso del tiempo y del tránsito de la mediana edad a la vejez. Estos eventos, denominados "temas del envejecer" impactan e interrogan la identidad del sujeto que envejece dado que constituyen o impulsan cambios que evidencian el paso del tiempo, pudiendo generar, desde crisis adaptativas que la persona mayor resuelve con sus propios recursos psicológicos, hasta patologías de salud mental que requieren abordaje profesional.

Los temas del envejecer tienen la peculiaridad que no pueden ser evadidos por el psiquismo, se hacen presente, marcan un antes y un después, y en aquellas personas que carecen de herramientas psicoemocionales para abordarlos, pueden generar consecuencias severas que motivan la consulta de salud mental del sujeto envejeciente, ya sea por motivación propia, o por presión del entorno familiar.

Quienes logran afrontar los temas del envejecer usando herramientas tales como relativizar, reformular, compensar, adaptarse a los cambios, y otras, desarrollan un envejecimiento normal integrando los eventos de cambio, manteniendo la percepción de eficacia y de control de una forma razonable, sosteniendo una identidad flexible, anticipando y planificando el futuro, y generando un proyecto de vida. Quienes no pueden o no quieren enfrentar las evidencias del paso del tiempo, experimentan un quiebre identitario que se vive como la angustia de haberse transformado en algo no deseado y haber perdido todo lo valioso que lo identificaba como sujeto. Se vive una vejez sin deseo, esperanza ni motivación, pensando con nostalgia en un pasado irrecuperable y sufriendo un futuro carente de proyectos. Algunos de los temas del envejecer que podemos observar en consulta se dan a conocer en el cuadro 1 en la siguiente página.

CUADRO 1: TEMAS DEL ENVEJECER

RELATIVOS AL CUERPO	RELATIVO A LOS VÍNCULOS
<p>Los cambios en: Propia imagen. Los sentidos. Rendimiento físico. Rendimiento genital. Producidos por la aparición de enfermedades o un envejecimiento patológico.</p>	<p>Independencia de hijos/as (nido vacío), o el retorno de los hijos/as (nido lleno). Convivencia con la pareja. Vínculos intergeneracionales. Abuelidad*. Ausencia de vínculos.</p>
RELATIVO A LOS DUELOS / PÉRDIDAS	RELATIVO A FACTOR SOCIAL Y ECONÓMICO
<p>Pérdida de padre u otros familiares, amistades. Viudez. Posición frente a la propia muerte. Pérdida de la funcionalidad y/o de la salud. Pérdida del rol laboral.</p>	<p>Jubilación y pensiones. Edadismos. Aislamiento. Maltrato. Cambios sociales y uso de nuevas tecnologías.</p>

Fuente: Adaptación de los autores a partir de Zarebski (8).

5. La Psicogerontología frente al edadismo

El edadismo es un tema preocupante cuando se traslada al campo de la atención en salud mental. Como en otros ámbitos de la salud, abundan los estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas mayores.

Al respecto, Cisternas y Sarabia (13), señalan que el concepto edadismo proviene de la traducción de *ageism*, propuesto por Robert Butler (1969), y comprende actitudes discriminatorias que se usan para categorizar y dividir a las personas, generando daño, desventajas e injusticias, y erosionar la solidaridad entre generaciones (14). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (14) (15) refiere que la discriminación por edad es un fenómeno social multifacético, y la define como: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación dirigidos hacia las demás personas o hacia una misma en función de la edad. A su vez, el edadismo tiene varios aspectos interrelacionados (14):

- Tres dimensiones: estereotipos (pensamientos), prejuicios (sentimientos) y discriminación (acciones o comportamiento).
- Tres niveles de manifestación: institucional, interpersonal y autodirigida.
- Dos formas de expresión: explícita (consciente) e implícita (inconsciente).

*Concepto acuñado por la psicoanalista P. Redler, para denominar la relación intrapsíquica e interpersonal entre abuelo o abuela y nieto o nieta (12).

Según Bodner, Palgi y Wyman (16) es poco frecuente que los profesionales de salud mental manifiesten una actitud positiva cuando se trata de atender a personas mayores; esto se reflejaría, por ejemplo, en el escaso interés profesional de formarse y/o dedicarse a la práctica de la psicogerontología. Destacan que en el trabajo clínico tienen más reacciones negativas durante la atención y tienden a generalizar y no identificar las particularidades de cada caso, generando un reduccionismo diagnóstico (16). Si se piensa que las personas mayores sufren deterioro y son quejas, una negligencia frecuente es no reconocer signos y síntomas indicativos de patología física o psíquica, interpretándolos como manifestaciones normales de envejecimiento (16).

En cuanto a los procesos terapéuticos, algunas manifestaciones del edadismo se presentan en el o la terapeuta cuando tiene una pobre expectativa de éxito sólo por tratarse de personas mayores o cuando siente rechazo, angustia, o lástima a la hora de atenderlas. Los prejuicios que sustentan dichas reacciones suelen ser: la creencia de que todas las personas mayores no son cognitivamente competentes, que tienen un pensamiento rígido, y la convicción de que no tienen la posibilidad de cambiar. Estos pensamientos desalientan el trabajo psicoterapéutico por considerarlo inútil o innecesario (16).

Al respecto, Pérez (10) señala que la clínica con personas mayores debe considerar la historia de vida y la elaboración de proyectos independientemente de la edad cronológica de la persona. A su vez, se deben evitar las prácticas discriminatorias como, por ejemplo, dirigirse sólo al familiar que acompaña a la persona mayor consultante, generando un diálogo bidireccional que excluye a la persona mayor transformándola de protagonista a espectadora. En cuanto al estilo comunicativo, Hummert (17) señala que se debe evitar el uso de lo que en gerontología se denomina *elderspeak* o “lenguaje para viejos”, que consiste en un discurso lento, excesivamente modulado, con uso de un vocabulario precario y explicaciones simplistas, asumiendo que todas las personas mayores tienen una reducida capacidad cognitiva de comprensión del lenguaje. Una forma más radical de discriminación lingüística es el *baby talk* o “habla de bebe”, frecuentemente observado en las residencias de larga estadía, caracterizado por una distorsión infantilizada del tono y la pronunciación.

El conocimiento psicogerontológico de los últimos 20 años ha fundamentado la necesidad de erradicar el edadismo en el ejercicio profesional. Es imprescindible adquirir nuevos aprendizajes en torno a la vejez y envejecimiento para erradicar viejas creencias sostenidas en la práctica clínica, que incluso se siguen enseñando en las cátedras vinculadas con la vejez y el envejecimiento cuando los docentes no están familiarizados con las nuevas propuestas y comprensiones de esta disciplina.

Por último, como señala Zarebski (8), es importante conocer la posición anticipada del envejecimiento en el o la profesional que trabaja con personas mayores, ya que parte de los prejuicios operan a nivel inconsciente. Éstos pueden conducir, aunque el profesional cuente con los mejores lineamientos teóricos y técnicos actualizados y basados en la evidencia, a manifestar conductas edadistas en el ejercicio profesional.

6. Perspectivas teóricas en el campo de la Psicogerontología

La Psicogerontología puede ser abordada desde diversas corrientes teóricas, en su mayoría emergen de la propia psicología, aunque en algunos casos, también son aportes desde otras disciplinas como la terapia ocupacional, la psicomotricidad o la musicoterapia. Al respecto Palazzolo, Baudu y Quaderi (18) distinguen los aportes de las siguientes corrientes (cuadro 2 de la página siguiente):

CUADRO 2: CORRIENTES TEÓRICAS EN EL ABORDAJE DE LA PSICOGERONTOLOGÍA

COGNITIVO - CONDUCTUAL Y TERCERA GENERACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Terapia conductual (Gerontología conductual). ▸ Terapia Cognitiva de Beck. ▸ Psicoeducación. ▸ Terapia de Aceptación y compromiso. ▸ Mindfulness. ▸ Terapia dialéctica conductual. ▸ Terapia centrada en la compasión.
PSICOANÁLISIS
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Terapia psicoanalítica individual. ▸ Terapia psicoanalítica vincular. ▸ Terapia psicodinámica breve.
HUMANISMO
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Terapia gestáltica. ▸ Terapia centrada en el cliente. ▸ Logoterapia (Gerontología fenomenológica).
OTROS ABORDAJES
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés). ▸ Terapia sistémica. ▸ Terapia de apoyo. ▸ Terapia de grupo centrada en el significado. ▸ Terapia dignidad.

Fuente: Elaboración propia en base a (18).

7. Formación y capacitación en psicogerontología

Salvarezza (19) plantea que todo profesional debiera saber sobre la vejez, entendiendo que, el contexto social de envejecimiento poblacional nos lleva – como señala Piña (20) – a gerontologizar las profesiones; en poco tiempo, todos los profesionales se verán enfrentados a interactuar con personas mayores. En América Latina, no se tiene un registro de la formación profesional en el área, pero se reconoce la Universidad Maimónides de Buenos Aires como el único centro de formación de postgrado en Psicogerontología. En Chile no se cuenta con un catastro oficial de las escuelas de psicología que abordan la asignatura en pregrado. Sí se puede desprender, como ocurre en otros países de la región, que la psicogerontología suele ser una asignatura optativa, reflejando una discriminación internalizada, como señala Qualls (9), de la postergación del estudio del envejecimiento en comparación otras etapas del curso de la vida.

En Europa, Pinguart (2) a través de diversos catastros reconoce la presencia de formación psicogerontológica a lo largo de todo el continente; principalmente se trata de la formación de psicólogos y psicólogas, que en su mayoría adquieren conocimientos en temas de envejecimiento, vejez y personas mayores en diversas asignaturas, pero reconoce la necesidad de conformar más programas de postgrado. En cuanto a Estados Unidos, Bush, Allen y Molinari (17) identifican la formación de postgrado como algo elemental para el trabajo con personas mayores, buscando reducir actitudes

negativas hacia las personas mayores. La American Psychology Asociation (APA), por su parte, destaca la necesidad de supervisión clínica que guíe el ejercicio profesional con personas mayores y el diseño de un perfil del psicogerontólogo.

8. Rol de el o la profesional de la psicogerontología: Campos de acción posible

Al no existir en Chile una definición y delimitación clara del rol del psicogerontólogo, éste se puede extrapolar del análisis de las propuestas de intervención desarrolladas en otros países que han configurado con más claridad este rol profesional.

Es necesario recalcar que la neuropsicología y la psicogerontología son campos clínicos diferentes. Hasta hace poco tiempo, se entendía que a la psicología sólo le competía el trabajo con personas mayores a través de la neuropsicología; como señala Lengenfelder y sus colaboradores (21), la era de la psicología pensada como única forma de intervenir con personas mayores a través de la evaluación del funcionamiento cognitivo y su posible entrenamiento. Si bien, la psicogerontología se nutre – entre otras fuentes – de los avances de la neuropsicología y las neurociencias de la misma forma que la psicogeriatría, intenta romper los reduccionismos asociados a los modelos teóricos que nutren cada una de estas disciplinas. En el cuadro 3 se muestran las principales tareas que son de competencia de el o la profesional de la psicogerontología:

CUADRO 3: ROL DE EL O LA PROFESIONAL DE LA PSICOGERONTOLOGÍA

TRABAJO CON PERSONAS MAYORES DESDE DISPOSITIVOS CLÍNICOS
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluación psicológica. ▸ Intervención psicológica y psicoterapia. ▸ Counselling o consejería. ▸ Evaluación e intervención psicológica con personas mayores en situación de dependencia física o psíquica. ▸ Intervención en crisis. ▸ Atención psicológica domiciliaria. ▸ Acompañamiento de fin de vida. ▸ Diseño e implementación de intervenciones no farmacológicas con personas mayores con diagnóstico de demencia.
TRABAJO CON LAS FAMILIAS DESDE DISPOSITIVOS CLÍNICOS
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Orientación psicogerontológica familiar. ▸ Psicoterapia familiar. ▸ Orientación y acompañamiento en procesos de duelo. ▸ Prevenir y abordar la sobrecarga del cuidador/a familiar de personas mayores en situación de dependencia.
TRABAJO DESDE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Diseño y ejecución de intervenciones psicoeducativas. ▸ Diseño y ejecución de actividades para el tiempo libre y ocio. ▸ Diseño y ejecución de talleres de preparación para la jubilación. ▸ Grupos de apoyo mutuo dirigido a personas mayores. ▸ Grupos de apoyo mutuo dirigido a cuidadoras/es de personas mayores en situación de dependencia. ▸ Integración social.

- Diseño y ejecución de programas intergeneracionales.
- Diseño y ejecución de proyectos de ciudades y comunas amigables desde una perspectiva psicogerontológica ambiental.
- Diseño y ejecución de programas de voluntariado.
- Gestión de casos.
- Parte de equipos interdisciplinarios en centros diurnos.
- Promoción del buen trato.
- Diseño e implementación de programas preventivos pensados desde el enfoque del curso de la vida, para prevenir un envejecimiento psíquico patológico.
- Diseño e implementación de programas que reduzcan el edadismo en la sociedad.

TRABAJO EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA

- Acompañamiento en ingreso y adaptación de la persona residente.
- Llevar a cabo procesos psicoterapéuticos, según demanda de el o la residente.
- Vinculación de la familia o persona significativa con la residencia.
- Construcción de la historia de vida.
- Diseño de estrategias de intervención en base a la historia de vida.
- Manejo del Burnout en el equipo.
- Orientación para profesionales de trato directo en el manejo positivo de las demencias.
- Prevención del maltrato.
- Gestión de casos.
- Administración de residencias.

TRABAJO EN EL ÁREA DE CAPACITACIONES, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

- Formación a profesionales y asistentes de cuidado en la salud mental de las personas mayores.
- Investigación en torno al envejecimiento, la vejez y las personas mayores desde la perspectiva psicológica/psíquica.
- Formación a equipos interdisciplinarios que aborden el envejecimiento y la vejez.

Fuente: Elaborado por autores del presente capítulo, a partir de Zarebski (3) y Fernández-Ballesteros (7).

9) Ética en la práctica psicogerontológica

Los principios éticos que guían la práctica de la psicología son los mismos aplicados a diversas poblaciones. Sin embargo, es probable que los psicogerontólogos enfrenten problemas éticos particulares a la población mayor. Al respecto, Bush, Allen y Molinari (17) reconocen los siguientes aspectos, los cuales se presentan en el cuadro 4:

CUADRO 4: ASPECTOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA PSICOGERONTOLÓGICA

ASPECTO	DEFINICIÓN
Competencia profesional	La necesidad de que el o la profesional cuente con la formación adecuada en psicogerontología. No contar con los conocimientos adecuados implica el riesgo de conductas edadistas, contratransferencias que obturan procesos, y abordajes superficiales o medicalizados.
Confidencialidad	El secreto profesional y la privacidad necesaria deben respetarse en la atención de la persona mayor de la misma forma que a una persona adulta, salvo que la persona mayor esté incapacitada para comprender y/o decidir, o que exista riesgo a su integridad o la de otros.
La familia de la persona mayor	El profesional que trabaja con personas mayores desempeñándose en diversos contextos, puede requerir acceder a la familia de la persona mayor o ser requerido por ella. Es frecuente que la familia necesite información, y aunque las demandas de la familia no siempre se ajustan a lo clínico o éticamente recomendable, se debiera poder contar con la familia como un aliado del tratamiento.

Fuente: Elaboración por autores del presente capítulo, a partir de Hummert, M.L (17).

Referencias

1. Martin DJ, Gillen LL. Revisiting Gerontology's Scrapbook: From Metchnikoff to the Spectrum Model of Aging. *The Gerontologist*. 1 de febrero de 2014;54(1):51-8.
2. Pinquart, M. Principales tendencias de la Psicogerontología en Europa: Investigación, formación y práctica. En R. Fernández- Ballesteros *Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. *PsicoGerontología*. 2009;(45-64).
3. Zarebski, G. El nuevo paradigma psicogerontológico latinoamericano. Ponencia presentada en: VI Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. 2015.
4. Dosil, A. La Psicogerontología como disciplina científica: visión diacrónica y situación actual. *Tratado de Psicogerontología*. 1996;5-21.
5. Hall GS. *SENESCENCE*. *Am J Public Health*. 1 de julio de 2006;96(7):1160-2.
6. Leguina J. El invierno demográfico. *El Siglo de Europa-La trinchera de papel*. 2015;1104:6-12.
7. Fernández-Ballesteros R. *Psicología de la vejez : una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide; 2016.
8. Zarebski, G. *El Curso de la Vida, Diseño para armar*. Buenos Aires: Universidad Maimónides; 2005.
9. Qualls, S. *The Field of Geropsychology*. En V. Molinari (edit.). *Specialty Competencies in Geropsychology*. Oxford University Press. Nueva York; 2011. 14-20 p.
10. Pérez Fernández, R. La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. EN: Fernando Quintanar Olguín. *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. 2011;279-99.
11. Burin DI , Drake, Marina A., Harris, Paula. *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós; 2013.
12. SEPYPNA. *CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE* No65. 2018.
13. Cisternas, N. y Sarabia, L. El edadismo como factor de riesgo para el envejecimiento activo. En V. Plaza (ed). *Necesidades Emergentes en Chile: Avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la psicología*. Ril Editores. 2018;51-66.
14. World Health Organization, United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations Population Fund, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. *Global report on ageism*. 2021.
15. Officer, Alana & de la Fuente-Núñez, Vânia. A global campaign to combat ageism. 4.a ed. Vol. 96. 295-296: *Bulletin of the World Health Organization*; 2018.
16. Bodner E, Palgi Y, Wyman MF. Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, editores. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 241-62. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
17. Hummert, M.L. Communication with older people. En N. Pachana. *Encyclopedia of Geropsychology*. En Singapur: Springer; 2017. p. 569-74.
18. Palazzolo, J., Baudu, C., y Quaderi, A. *Psychothérapies du sujet age. Prise en charge des pathologies du vieillissement*. Elsevier Masson. 2016.
19. Salvarezza, L., Abramovich, G., Chapot, S. L., & Cosentino, A. *Envejecimiento: Psiquis, poder y tiempo*. EUDEBA, Buenos Aires. 2001.
20. Marcelo Piña Morán. *Intervención Social Gerontológica: Articulando las dimensiones epistemológicas-teóricas y metodológicas*. RRTS [Internet]. 1 de diciembre de 2009 [citado 7 de diciembre de 2021];0(4). Disponible en: <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/175>.
21. Lengenfelder J, Dahlman KL, Ashman TA, Mohs RC. Psychological assessment of the elderly. *Handbook of Psychological Assessment*. 2019.

1.4. CONCEPTOS GENERALES SOBRE PSICOGERIATRÍA

Daniela González Astorga
Psiquiatra Psicogeriatría

Ideas centrales

- La Geriatría como rama de la medicina que se ocupa de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en las personas mayores, desde los cambios físicos, fisiológicos, bioquímicos y estructurales que ocurren a causa del envejecimiento. Por su parte la Psicogeriatría se considera una subespecialidad de la Psiquiatría, que aborda un conjunto de enfermedades cuyo correlato cerebral puede ser muy diferente al que observa el o la geriatra, y cuyas múltiples causas pueden estar las enfermedades psíquicas, o que se pueden presentar como una patología psíquica.
- La funcionalidad es el mejor reflejo de la buena o mala salud de las personas mayores. La autovalencia y la autonomía son habilidades que forman parte de la calidad de vida de las personas mayores.
- Las patologías o trastornos de salud mental en la vejez pueden darse en general en dos escenarios: continuación de situaciones clínicas ya adquiridas en etapas previas o debut de nuevas problemáticas. La distinción habla del posible origen y pronóstico del cuadro clínico que presenta el o la paciente.
- Una dimensión humana crucial en cuanto a su influencia como factor moderador positiva o negativamente en el curso del proceso de envejecimiento psíquico de las personas mayores es, el conjunto de relaciones e interacciones más cercanas, que suelen darse en contexto de familia o equivalentes (otras relaciones con las mismas características de vínculo emocional). Las características y la calidad de las relaciones familiares y/o con otras personas, pueden ser muy variados y de este modo componer un escenario de protección, contención y apoyo o lo contrario.

1. Fundamentos y campo de acción de la Psiquiatría Geriátrica

El cuerpo del individuo que envejece va cambiando con el tiempo, por lo tanto, las enfermedades que en él se asientan presentan diferencias en su forma de presentación, evolución, y pronóstico, en comparación con las personas de menor edad. También ocurre que el envejecimiento de órganos y sistemas, genera condiciones de riesgo propicias para la aparición de patologías que se presentan preferentemente en personas mayores, enfermedades que suelen denominarse "propias de la vejez". Asimismo, el cuerpo que envejece es un escenario distinto que acogerá las acciones destinadas a recuperar la salud perdida, por lo que los tratamientos deben adecuarse a los nuevos parámetros biofisiológicos del cuerpo envejecido. Incluso los objetivos que se persiguen al tratar las enfermedades se transforman: no es posible curar una enfermedad crónica - y éstas abundan en la población envejecida - sin embargo, ello no significa que nada se pueda hacer (1). Conceptos como homeostasis, funcionalidad, autovalencia, dignidad y calidad de vida, adquieren protagonismo cuando se trata de abordar apropiadamente la salud y la enfermedad de las personas mayores.

Desde esta evidencia surge la necesidad del desarrollo de una rama de la medicina, que se ocupe de prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades para este grupo de la población. La Geriatría nace a principios del siglo XX y se valida progresivamente a lo largo de las décadas siguientes, siendo

hoy una sólida especialidad de la medicina (1). Se instalan entonces las preguntas: ¿la patología psíquica también cambia con el envejecimiento?, ¿el psiquismo humano envejece?, ¿se develan nuevas enfermedades psiquiátricas vinculadas al psiquismo envejeciente?, ¿se requiere un abordaje específico y especializado de la salud mental en las personas mayores?

A lo largo de la historia, las enfermedades mentales – representadas fundamentalmente por el estigma de la “locura” – han sido comprendidas de muy diversas formas. Primitivamente atribuidas a espíritus malignos, estudiadas y tratadas con un enfoque naturalista en la antigua Grecia y el Imperio Romano, manifestación de posesión demoníaca, de brujería o de castigo por una vida pecaminosa a lo largo de la Edad media, ocultada y marginada de la sociedad en la Edad Moderna. Recién en el siglo XVIII se humaniza nuevamente la mirada sobre “la locura” que da lugar, en la segunda mitad del siglo XIX, al estudio científico de las enfermedades mentales (2).

De la misma forma como la psiquiatría se desarrolló tardíamente en comparación con otras áreas de la medicina, el estudio científico de la vejez y el envejecimiento sufrió un retraso equivalente. En la medida que la vejez era vista como la etapa previa a la muerte, y se la caracterizaba como un estado de deterioro progresivo, abundante en enfermedades, carente de utilidad productiva, y conducente irremediablemente a la demencia, no era una etapa de la vida que despertara el interés científico. El estudio sistemático de los aspectos psíquicos del envejecimiento se inicia recién en torno a mediados del siglo XX, época en que la longevidad alcanzada, el mejor nivel de salud, y la actividad desplegada por las personas mayores permite visibilizar este colectivo (3).

La Psiquiatría Geriátrica o Psicogeriatría surge en Inglaterra a mediados del siglo XX como una subespecialidad de la Geriatria. Se establece que dicha subespecialidad abarcará no sólo el abordaje de las enfermedades psíquicas que se presentan característica y preferentemente en la vejez (demencias, delirium, trastorno delirante, entre otros), sino que toda patología psíquica que pueden padecer las personas mayores (trastornos depresivos, trastornos ansiosos, trastornos por consumo de sustancias, entre otros). También se incorpora al campo de la Psicogeriatría aquellas enfermedades psiquiátricas crónicas que, habiéndose iniciado en etapas previas de la vida, siguen acompañando al individuo a lo largo del envejecimiento presentando nuevos desafíos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, entre otros) (3).

El necesario enlace que se requiere entre la geriatría y la psiquiatría, para enfrentar de manera adecuada la atención de las personas mayores con patología psíquica, despierta cada cierto tiempo la controversia acerca de si la Psicogeriatría debiera ser una subespecialidad de la Psiquiatría o de la Geriatria. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una Declaración de Consenso de 1996 la define como “Psiquiatría Geriátrica”, la pregunta sigue siendo válida (4). Asimismo – pero claramente menos importante – la denominación de la disciplina genera opiniones divididas: ¿Gerontopsiquiatría o Psicogeriatría?

Actualmente, la Psicogeriatría enfrenta múltiples desafíos. La población mayor aumenta en términos proporcionales y en números absolutos, y presenciamos una longevidad inédita dando lugar a que la vejez sea la etapa más larga de la vida. Por otra parte, las personas mayores – especialmente en sus aspectos psíquicos – son heterogéneas; han llegado a ser quienes son a lo largo de caminos y experiencias diversas, lo que resulta en muchas formas posibles de envejecer, y por lo tanto, diversidades en los modos de enfermar y de mejorar (5). Finalmente, no todos los países cuentan con programas de formación oficiales y reconocidos en la subespecialidad de Psicogeriatría, por lo que las personas mayores con patología psiquiátrica suelen ser tratadas por geriatras sin la formación necesaria en psiquiatría, o por psiquiatras con escaso conocimiento de geriatría.

2. Geriatría y Psicogeriatría

La Geriatría, como rama de la medicina que se ocupa de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en las personas mayores, entiende que en el individuo los cambios físicos, fisiológicos, bioquímicos y estructurales ocurren a causa del envejecimiento, obliga a tener una mirada distinta de la salud y la enfermedad. El envejecimiento de órganos y sistemas puede no evidenciarse notoriamente en la tarea que cada uno de ellos cumple cotidianamente, sin embargo, es la reserva funcional la que se compromete con el paso del tiempo. Consecuentemente, frente a una demanda extraordinaria proveniente del medio externo - como un esfuerzo físico intenso - o del medio interno - como enfrentar una infección viral - la respuesta del organismo será menos eficiente. Por lo tanto, el cuerpo viejo es más vulnerable al estrés, más propenso a enfermar, y tiene más riesgo de morir (1). Sin embargo, la vulnerabilidad no es necesariamente equivalente en todos los órganos; algunos pueden verse más afectados por el envejecimiento o ser asiento de una patología, lo que los hace más frágiles. Esta es la razón por la cual en la persona mayor, una enfermedad puede presentarse con un perfil sintomático diferente del habitual en personas de menor edad, pues el órgano más frágil será el que presente más signos y síntomas que el órgano enfermo (6). El ejemplo más común es la presencia de un foco infeccioso en una persona cuya única patología de base es una demencia; en este caso, el órgano más frágil es el cerebro. Si esta persona presenta una infección urinaria, lo más probable es que presente un síndrome confusional agudo o delirium.

En la medida que la disminución de la reserva funcional se evidencia sólo frente a demandas que exceden lo habitual, la persona mayor sana conserva la capacidad de desempeñarse independientemente en la vida cotidiana, tanto física como psíquicamente. En geriatría, la funcionalidad, es decir, la capacidad de ser independiente en los roles y tareas necesarias para la supervivencia y la relación con el entorno social, es el indicador de salud más importante (7). La evaluación de la funcionalidad forma parte de la apreciación de la salud de la persona mayor, siendo tan importante como la pesquisa de enfermedades. En Chile, el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) integra la Valoración médica y la Valoración funcional (EFAM). Cuando una patología sobrepasa la reserva funcional, si es curable y de corta duración, la recuperación de la autovalencia será espontánea o requerirá de algún tiempo de rehabilitación. Sin embargo, si se trata de una enfermedad que ha dejado secuelas o tiene un curso crónico, se verá comprometida la funcionalidad de la persona mayor de manera definitiva, enfrentando la condición de "dependencia".

Cuando se trata del envejecimiento psíquico normal, es necesario considerar que, si bien el cerebro envejece como el resto de los órganos y sistemas, posee una característica particular, la plasticidad cerebral, que le permite adaptarse al envejecimiento conservando la funcionalidad de la mayor parte de la vida psíquica en el sujeto mayor sano. Si bien se presenta declive en algunas funciones cognitivas, como la velocidad de la memoria anterógrada y de la función de evocación, así como la eficiencia de las funciones ejecutivas, otras manifestaciones psíquicas como la orientación temporo-espacial, la afectividad, el juicio y la inteligencia, no sufren pérdidas a lo largo del envejecimiento. La disposición y el trabajo en red de las neuronas permite optimizar el rendimiento, más aún, la generación de nuevas redes neuronales es posible a lo largo de toda la vida cuando existen los estímulos correspondientes (8).

La Psicogeriatría aborda un conjunto de enfermedades cuyo correlato cerebral puede ser muy diferente. Las demencias, síndrome neurológico, son la manifestación de diferentes grados de compromiso de la masa cerebral, como atrofia, degeneración o invasión progresiva, entre otros, dependiendo de la modalidad, tecnología y resolución de las imágenes cerebrales, puede ser apreciada a simple vista. En la depresión mayor en cambio, si bien se constatan algunos cambios

cerebrales estructurales independientemente de la edad, muchos de los cuales no parecen ser específicos, la mayor parte de la sintomatología depresiva se apoya en cambios neurofisiológicos reversibles (9). Esta diferencia en cuanto a la forma como el cerebro enferma y da cuenta de manifestaciones tan distintas como las demencias y las depresiones, conduce a la idea obsoleta y errónea de considerar que las patologías de origen “cerebral orgánico” requieren de un abordaje médico exclusivo, y las patologías “psicológicas” cuyo asiento es más fisiopatológico que estructural, están mucho más distantes de la medicina. Si se extrapola este pensamiento a la patología psicogeriatrica, podría pensarse que el abordaje de los trastornos ansiosos, depresivos, disociativos y tantos otros que presentan las personas mayores, puede desentenderse de la Geriátrica, lo cual está lejos de la realidad.

Como ya se explicó antes, la funcionalidad es el mejor reflejo de la buena o mala salud de las personas mayores. La autovalencia - valerse por sí mismo - y la autonomía - ser capaz de tomar las decisiones concernientes a su propia vida - son habilidades que forman parte de la calidad de vida de los mayores. En Geriátrica, el abordaje de las patologías crónicas no consigue la curación, pero el objetivo de conservar la mayor funcionalidad posible nunca se abandona. Prevenir la dependencia siempre será más fácil que revertirla. Desde este enfoque, hay enfermedades que en la persona mayor pueden tener consecuencias que resultan más graves e incapacitantes que la enfermedad original (7). Esto se ilustra con el siguiente ejemplo: La fractura de un brazo provocada por una caída, probablemente sanará después de un tiempo de inmovilización y posterior rehabilitación kinésica para recuperar la movilidad del brazo. Sin embargo, esa persona mayor perdió la seguridad para caminar porque teme caerse nuevamente, por lo que evita salir a la calle. A consecuencia de ello, se aísla socialmente y requiere que alguien le haga compras y trámites. Como se siente sola e inútil, surgen síntomas depresivos. La progresiva falta de ejercicio le produce atrofia muscular, por lo que después de un tiempo, como no tiene ánimo y se cansa mucho, empieza a quedarse en cama, lo que deteriora aún más su estado físico y psíquico, terminando en situación de postración.

En Geriátrica es frecuente que la condición de salud que se aprecia a simple vista sea la consecuencia final de un conjunto de enfermedades que se conjugan o se suceden en el tiempo, enfermedades que no son infrecuentes en las personas mayores. A estos cuadros clínicos que representan “la punta del iceberg”, se les denomina síndromes geriátricos. A la producción de los síndromes geriátricos contribuyen: la pluripatología frecuente en las personas mayores, el efecto sobre la funcionalidad de enfermedades agudas o crónicas, y la mayor vulnerabilidad previa de algún órgano o sistema (1). Los síndromes geriátricos deben ser investigados exhaustivamente para desentrañar, diagnosticar y tratar todas las condiciones patológicas que contribuyeron a su generación; entre ellas - como en el ejemplo - suelen haber patologías psiquiátricas. Más aun, dentro de los síndromes geriátricos hay algunos cuya manifestación visible es una alteración psíquica, bajo la cual subyacen un conjunto de condiciones patológicas de otra índole. Algunos de ellos son síndrome confusional agudo o delirium, síndrome de deterioro cognitivo, o síndrome de disfunción sexual (1). Si bien, la Psicogeriatrica se considera una subespecialidad de la Psiquiátrica, necesita acoger de la Geriátrica algunos de sus conceptos básicos, que deben estar presentes en la práctica clínica de la Psicogeriatrica:

- La mantención de la funcionalidad como una de las metas.
- La visibilización de signos y síntomas a través del órgano o sistema más vulnerable, no necesariamente del más enfermo.
- Los síndromes geriátricos, entre cuyas múltiples causas pueden estar las enfermedades psíquicas, o que se pueden presentar como una patología psíquica.

3. Patologías de salud mental en la vejez

En esta etapa vital, confluyen una serie de circunstancias que hacen necesario poner atención y observar de forma conjunta e integrada para mejor comprensión y abordaje de las problemáticas de salud mental en la vejez. Las crisis normativas y no normativas van a afectar de modos muy diferentes a distintas personas mayores, este debe ser un área para indagar activamente. Las patologías o trastornos de salud mental en la vejez pueden darse en general en dos escenarios: continuación de situaciones clínicas ya adquiridas en etapas previas o debut de nuevas problemáticas. Esta distinción es relevante, puesto que nos hablará del posible origen y pronóstico del cuadro clínico que estemos enfrentando. Otra arista que debemos tener presente es la concurrencia de patología física influyendo en la presentación de las enfermedades de salud mental. Finalmente, los factores contextuales sociales y económicos son elementos claves, pues pueden estar constituyendo factores protectores o de riesgo para la ocurrencia o descompensación de patologías de salud mental (1).

4. La familia como sujeto de atención

Una dimensión humana crucial, en cuanto a su influencia como factor moderador positiva o negativamente en el curso del proceso de envejecimiento psíquico de las personas mayores, es el conjunto de relaciones e interacciones más cercanas, que suelen darse en contexto de familia o equivalentes (otras relaciones con las mismas características de vínculo emocional).

A lo largo de la vida, las personas van estableciendo lazos afectivos con personas significativas, que suelen constituir luego relaciones de consanguinidad o parentesco (pareja, hijos, nietas, sobrinos entre otras personas) que las van profundizando y consolidando. Sin embargo, las características y "calidad" de dichos vínculos pueden ser muy variados y de este modo componer un escenario de protección, contención y apoyo o lo contrario (10). Para la mayor parte de las personas, las relaciones familiares son el eje de sus desarrollos vitales, de modo que el patrón relacional resultante en esta etapa vital es determinante en cuanto a dos elementos que son gravitantes para tener una salud mental suficientemente "sana", como la percepción de apoyo social y mantención de un sentido para vivir (10). Ambos componentes facilitan la continuación del desarrollo en condiciones de satisfacción y tranquilidad. Esta dimensión va cobrando cada vez mayor relevancia, en la medida que las personas mayores se van haciendo más dependientes del apoyo y cuidado de otras personas. Esto se explica porque en las relaciones de cuidado, se tiende a reeditar los estilos de apego y a establecer las formas de cuidado según la percepción de mayor adecuación; quedando muchas veces excluida la opinión y emocionalidad de la persona mayor. Las decisiones de cuidado y apoyo que se necesita tomar en encrucijadas de salud o necesidad de mayor supervisión o cuidado, impactan enormemente la percepción y vivencia de la persona mayor, en cuanto su percepción de apoyo social y sentido de vivir (11).

Referencias:

1. Romero L, Luengo C, Maicas L, et al. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. 2007;143-50.
2. Vallejo J. Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2015;8:1-18.
3. Berríos G. Historia de la Psiquiatría en la vejez. 2019; 9 (1): 49-57. Recuperado de. Revista de la Sociedad Española de Psicogeriatría. 2019;9(1):49-57.
4. Salud OM de la, Psiquiatría (WPA) AM de. Organización de la asistencia en psiquiatría geriátrica : declaración de consenso. Organización Mundial de la Salud; 1997 p. Este documento es un declaración técnica consensuada sobre la organización de la asistencia psiquiátrica en la edad avanzada, producido conjuntamente por la Sección de Psiquiatría Geriátrica de la Asociación Mundial de Psiquiatría y por la OMS, con la colaboración de varias ONGs y la participación de expertos de diferentes Regiones de la OMS. Esta versión final de un borrador inicial emitido bajo la referencia MSA/MNH/MND/97.1.
5. Finkelstein C, Matusevich D. Psicogeriatría: marco teórico. En: Finkelsztejn C y Matusevich D. Psicogeriatría Clínica. p. 31-34. [Internet]. Delhospital; 2012. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_Psicogeriatricorte.pdf
6. Caballero J. Valoración Geriátrica Integral. Actualización Manual de Geriatría para Médicos. 2019;13-29.
7. Briceño C, Castillo N.; Ministerio de Salud. Evaluación funcional de la persona mayor. En: Actualización Manual de Geriatría para Médicos. 2019;371-80.
8. Rimassa C. Medición de Reserva Cognitiva: estudio en una muestra de adultos chilenos. Revista Chilena de Fonoaudiología. 2019;28(1):1-9.
9. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Mental. 2016;39(1):47-58.
10. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica. 2012;30:23-9.
11. Chruściel P, Dobrowolska B. The Correlation between Social Support and Quality of Life of Seniors without Cognitive Disorders from an Institutional Environment—A Descriptive Cross-Sectional Survey. Healthcare [Internet]. 2020;8(3). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/3/212>

1.5. DERECHOS HUMANOS Y PERSONAS MAYORES

María José Gálvez Pérez

Psicóloga clínica, Magíster en Salud Pública Jefa del Departamento de Estudios, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Ideas centrales

- En 1982 se celebra la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
- En 2002 se presenta la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- En Chile en el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) publicó la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025.
- En el año 2015 se genera la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y ratificada por Chile el 2017. Los Derechos protegidos de la Convención son 27.
- A nivel nacional existen leyes exclusivas para las personas mayores, en materias de Participación social y comunitarias, en protección social, en delitos, en vivienda, en salud, en la institucionalidad y organización gubernamental.

Las personas mayores han sido uno de los grupos de población más postergados desde el punto de vista de sus derechos, por este motivo y basado en distintos instrumentos internacionales se empiezan a instalar mecanismos para poder asegurar progresivamente el ejercicio sus derechos. Esto implica el reconocimiento de ciertos aspectos específicos como grupo de la población, y ubica un proceso de emancipación y lucha política por las formas de comprender a las personas mayores. En este sentido, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es un instrumento sustantivo en dicha construcción y fue Ratificado por Chile el año 2017 (1).

1. Normativa internacional relativa a las personas mayores

Los avances en materia normativa internacional relativa a las personas mayores dan cuenta de los cambios en los paradigmas de abordaje de este grupo poblacional, por lo que es posible identificar tres momentos clave:

- a. El primer momento ocurre en 1982, cuando se celebra la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2), donde se adopta el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este instrumento significa un gran avance, dado que sitúa a la vejez como tema en la agenda internacional.
- b. El segundo momento fue en el año 2002, cuando se presenta la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (3). A partir de este instrumento surge como eje la dignidad al envejecer. También cambia el rol que asume el Estado, siendo este más activo y relevante en la protección de las personas mayores. A partir de ello en Chile en el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) publicó la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025 (4).
- c. Por último, el tercer momento ocurre con la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores el 15 de junio de 2015, y ratificado por Chile el año 2017 (1); siendo un avance normativo sustantivo para la protección

de los derechos humanos de las personas mayores. Este instrumento presenta una oportunidad no sólo de ampliar los mecanismos de protección jurídica, sino de colocar a las personas mayores en una nueva categoría: la de sujeto de derecho humano. Al ubicar a las personas mayores como objeto y sujeto de discurso de los derechos humanos, se inaugura una nueva forma de enunciar que tiene la potencia de producir nuevas categorías de comprensión respecto a la vejez, habilitando nuevas prácticas emancipadoras con el poder de reinterpretar el rol de las personas mayores en el espacio social, transformando su lugar legal, moral y político.

2. ¿Cuáles son los Derechos protegidos de la Convención? (1)

1. Derecho a la igualdad y no discriminación por razón de edad (Art. 5°).
2. Derecho a la vida y dignidad en la vejez (Art. 6°).
3. Derecho a la independencia y autonomía (Art. 7°).
4. Derecho a la participación e integración comunitaria (Art. 8°).
5. Derecho a la seguridad y a una vida sin violencia (Art. 9°).
6. Derecho a no ser sometido a tortura, ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 10°).
7. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (Art. 11°).
8. Derecho de las personas mayores que reciben servicios de largo plazo (Art. 12°).
9. Derecho a la libertad personal (Art. 13°).
10. Derecho a la expresión, opinión y acceso a la información (Art. 14°).
11. Derecho a la nacionalidad y libertad de circulación (Art. 15°).
12. Derecho a la privacidad e intimidad (Art. 16°).
13. Derecho a la seguridad social (Art. 17°).
14. Derecho al trabajo (Art. 18°).
15. Derecho a la salud (Art. 19°).
16. Derecho a la educación (Art. 20°).
17. Derecho a la cultura (Art. 21°).
18. Derecho a la recreación, esparcimiento y al deporte (Art. 22°).
19. Derecho a la propiedad (Art. 23°).
20. Derecho a la vivienda (Art. 24°).
21. Derecho a un medio ambiente sano (Art. 25°).
22. Derecho a la accesibilidad y movilidad personal (Art. 26°).
23. Derechos políticos (Art. 27°).
24. Derecho de reunión y asociación (Art. 28°).
25. Derecho a la protección ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias (Art. 29°).
26. Derecho a igual reconocimiento como persona ante la ley (Art. 30°).
27. Derecho al acceso a la justicia (Art. 31°).

Considerando el derecho internacional, las normativas y convenciones, Chile ha dado respuesta a través de leyes y decretos que configuran el marco legal nacional, las que se resumen en la tabla 1 a continuación:

TABLA 1: LEYES Y DECRETOS EN CHILE RELACIONADA A LAS PERSONAS MAYORES

Tipo	Ley
Comunitarias y de participación social	<p>Ley N.º 19.418 sobre Junta de vecinos y demás organizaciones comunitarias.</p> <p>Ley N.º 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.</p> <p>Ley N.º 20.423 del sistema institucional para el desarrollo del turismo.</p> <p>Decreto Supremo N.º 94 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Asociaciones de Adultos Mayores.</p> <p>Decreto Supremo Exento N.º 3787 de 2004 del Ministerio de Justicia, que aprueba el texto del acta y estatuto tipo al cual podrán ceñirse las corporaciones del adulto mayor.</p>
Protección Social	<p>Ley N.º 20.255 que Establece Reforma Previsional y nuevo Pilar Solidario.</p> <p>Ley N.º 20.506, que otorga un bono a los cónyuges que cumplan cincuenta años de matrimonio.</p> <p>Ley N.º 20.531 que exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica.</p>
Delitos	<p>Ley N.º 21.013 que tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial.</p> <p>Ley N.º 20.427 que modifica la ley N.º 20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.</p>
Vivienda	<p>Ley N.º 20.732, que rebaja el impuesto territorial correspondiente a propiedades de adultos mayores vulnerables económicamente.</p> <p>Decreto Supremo N.º 106 de 2004 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que dispone beneficios que indica para adultos mayores deudores de los SERVIU.</p> <p>Decreto Supremo N.º 49 de 2011 del Ministerio de Planificación, Reglamento que regula el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayores.</p>
Institucionalidad y organización gubernamental en torno a las personas mayores	<p>Decreto Supremo N.º 95 de 1997 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, crea comités regionales para el adulto mayor.</p> <p>Decreto Supremo N.º 92 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Comité Consultivo del Adulto Mayor.</p> <p>Decreto Supremo N.º 93 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores.</p> <p>Decreto Supremo N.º 115 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Fondo Nacional del Adulto Mayor.</p> <p>Decreto Supremo N.º 125 de 2005 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, instituye día del adulto mayor.</p> <p>Decreto Supremo N.º 8 de 2008 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que crea los Consejos Asesores Regionales de Mayores.</p>
Salud	<p>Ley N.º 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p> <p>Ley N.º 20.584, de atención preferente en salud, la cual vela por la atención preferente y oportuna por los prestadores de salud hacia las personas mayores y las personas con discapacidad.</p> <p>Ley N.º 21.375 consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves.</p> <p>Ley N.º 21.380 Derecho Preferente de Atención de Salud, Persona con Discapacidad, Persona mayor de 60 años, Cuidadores, Cuidadoras.</p> <p>Decreto Supremo N.º 14, de 2010, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a (5-25).

Referencias

1. Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Decreto N° 162 Promulga la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 2017; Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>
2. ONU. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento [Internet]. 1982. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>
3. ONU. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: los países aprueban el Plan de Acción In-ternacional sobre Envejecimiento [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-asamblea-mundial-envejecimiento-paises-aprueban-plan-accion-internacional>
4. SENAMA. Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025 [Internet]. 2012. Disponible en: https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropolicas_.pdf
5. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley N° 19.418 sobre Junta de vecinos y demás organizaciones comunitarias [Internet]. Ley 19.418. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30785>
6. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley N.° 19.418 sobre Junta de vecinos y demás organizaciones comunitarias [Internet]. 19.418. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=70040>
7. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Ley N.° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública [Internet]. 20.500. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>
8. Ministerio De Economía, Fomento Y Reconstrucción; Subsecretaría De Economía, Fomento Y Recons-trucción. Ley N.° 20.423 del sistema institucional para el desarrollo del turismo [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010960>
9. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto Supremo N.° 94 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Asociaciones de Adultos Mayores [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=217790>
10. Ministerio de Justicia. Decreto Supremo Exento N.° 3787 de 2004 del Ministerio de Justicia, que aprueba el texto del acta y estatuto tipo al cual podrán ceñirse las corporaciones del adulto mayor.[Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=233298&f=2004-12-07>
11. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley N.° 20.255 que Establece Reforma Previsional y nuevo Pilar Solidario [Internet]. Disponible en: [https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-article-7330.html#:~:text=Crea%20y%20establece%20un%20Sistema,APS\)%20de%20vejez%20e%20invalidez.](https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-article-7330.html#:~:text=Crea%20y%20establece%20un%20Sistema,APS)%20de%20vejez%20e%20invalidez.)
12. Ministerio de Hacienda. Ley N.°20.506, que otorga un bono a los cónyuges que cumplan cincuenta años de matrimonio [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1024068>
13. Ministerio de Hacienda. Ley N.° 20.531 que exime, total o parcialmente, de la obligación de coti-zar para salud a los pensionados que indica. [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1028994>
14. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley N° 21.013 que Tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial. [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1103697>
15. Ministerio de Justicia. Ley N.° 20.427 que modifica la ley N.° 20.066, de Violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011723>
16. Ministerio de Hacienda. Ley N.° 20.732, que rebaja el impuesto territorial correspondiente a propie-dades de adultos mayores vulnerables económicamente [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1060038>
17. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Decreto Supremo N.° 106 de 2004 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que dispone beneficios que indica para adultos mayores deudores de los SERVIU [In-ternet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=229755&idVersi on=2005-06-09>

18. Ministerio de Planificación. Decreto Supremo N.º 49 de 2011 del Ministerio de Planificación, Reglamento que regula el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayor. [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1026803>
19. Ministerio General de la Presidencia. Decreto Supremo N.º 9 de 1997 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, crea comités regionales para el adulto mayor [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=225472>
20. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto Supremo N.º 92 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Comité Consultivo del Adulto Mayor [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=217789&idParte=8649503&idVersion=>
21. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto Supremo N.º 93 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=217790>
22. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto Supremo N.º 125 de 2005 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, instituye día del adulto mayor [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar/imprimir?idNorma=235449&idVersion=2005-02-12>
23. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Decreto Supremo N.º 8 de 2008 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que crea los Consejos Asesores Regionales de Mayores [Internet]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Decreto_8.pdf
24. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley N.º 20.584, de atención preferente en salud, la cual vela por la atención preferente y oportuna por los prestadores de salud hacia las personas mayores y las personas con discapacidad [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
25. Ministerio de Salud. Ley N.º 21.380 Derecho Preferente de Atención de Salud, Persona con Discapacidad, Persona mayor de 60 años, Cuidadores, Cuidadoras [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166847&tipoVersion=0>

PARTE 2. TEMÁTICAS RELACIONADAS AL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA SALUD MENTAL

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se está produciendo en todos los países del mundo, y Chile no es la excepción. Si bien este fenómeno podría verse como un éxito o logro de las políticas públicas en salud, debido a que las personas puedan vivir más tiempo que sus antepasados, también trae consigo la posibilidad de que las personas vivencien una serie de situaciones, las que de no abordarse a tiempo, pueden cronificar y complicar hasta el punto de afectar su calidad de vida, tanto a nivel físico como mental. Dada la multiplicidad de eventos y situaciones, sería difícil poder incorporarlas a cabalidad en un mismo documento, por ello en la Parte 2 aborda las principales temáticas relevantes, eventos y estresores frecuentes en la vejez, los cuales podrían llegar a ser potencialmente traumáticos o poner en riesgo su salud, y/o ser eventualmente un motivo de consulta. Algunos de ellos son:

2.1. Relación con el cuerpo y autoimagen

2.2. Erotismo y sexualidad

2.3. Pérdidas y duelos

2.4. Soledad y aislamiento

2.5. Sobrecarga en cuidadores o cuidadoras de personas mayores

2.6. Situaciones de violencia y maltrato hacia las personas mayores

2.7. Emergencias y desastres

2.1. RELACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES CON SUS CUERPOS

Ricardo Iacub

Psicólogo, Doctorado en psicología, Profesor en las Universidades de Buenos Aires Facultad de Psicología, UBA.

Ideas centrales

- Las respuestas ante los cambios corporales pueden generar modificaciones en la figuración de la identidad, alterando la relación del sujeto con su cuerpo. La importancia de trabajar esta temática implica poder analizar el modo en que los cambios relativos al envejecimiento pueden generar dificultades, como así también propiciar estrategias para su mejor resolución. La figuración puede resumirse como el resultado de un esfuerzo narrativo, que posibilita figurarse (o representarse) como un tipo particular de identidad en un momento determinado.
- Cuando se producen desajustes entre lo que la persona cree ser, y lo que efectivamente ocurre en los contextos que participa, se promueven disonancias cognitivas y repercusiones emocionales, que abren a un proceso denominado refiguración.
- La identidad narrativa tiene como objetivo restaurar las refiguraciones, generando nexos de sentido que provean márgenes de coherencia y continuidad. La configuración es el resultado del trabajo de integración, y su objetivo es resolver los desajustes entre los contextos y la identidad a partir de “proyectos narrativos” que vuelvan coherentes las nuevas condiciones vitales.

Tipos de refiguración del cuerpo

TIPOS	DESCRIPCIÓN
El cuerpo rechazado	Se describe con desagrado y las expresiones críticas con que se relata al cuerpo de la vejez, utiliza significados singulares y sociales.
El cuerpo privador	Se lo relaciona con las imposibilidades que provoca una parte del cuerpo o el conjunto del mismo, lo que genera una diferencia y un conflicto entre la persona y su cuerpo.
El cuerpo no reconocido	Se refiere a la dificultad de reconocer el cuerpo propio a partir de alguien, o de sí mismo o sí misma.

- El análisis de la trama narrativa de las personas mayores permite comprender las figuraciones otorgadas a los cambios corporales, y los efectos emocionales que estos generan. Cuando no se consigue aprehender y entamar dichos cambios, el sujeto presentará emociones muy encontradas y limitaciones funcionales que pueden dar lugar a síntomas o patologías.
- La configuración aparece como la respuesta de cierre a la refiguración y tendrá diversas modalidades y niveles, que van desde formas fragmentarias hasta las más consolidadas. Esta noción se asocia con la posibilidad de integración de hechos que resulten incoherentes y discontinuos con la figuración de la identidad.
- La construcción de la configuración identitaria implica estructurar un relato que de sentido a la relación entre la identidad y los escenarios alternativos.

Durante el proceso de envejecimiento es factible que se produzcan modificaciones físicas de tal magnitud, que pueden poner en tensión los recursos funcionales, la percepción de salud y bienestar, o las imágenes de la persona hacia sí misma. Esto, puede llevar a que las personas mayores cuestionen su capacidad para afrontar y aceptar dichos cambios.

Las investigaciones (1)(2) muestran que las respuestas ante las vicisitudes corporales pueden generar modificaciones en la figuración de la identidad, que alteran la relación del sujeto con su cuerpo. Algunas de las respuestas halladas lo leen desde la escisión entre un cuerpo joven y uno viejo, o entre uno propio y otro ajeno; otras lo asocian al enojo, la culpa o el temor ante partes del cuerpo que no pueden ser controladas o que escapan a las expectativas anheladas (1)(2). También pueden presentarse respuestas que inhiben el movimiento ante el temor que generan los cambios o, por lo contrario, desestiman las limitaciones tomando riesgos excesivos.

La importancia de trabajar esta temática implica poder analizar el modo en que los cambios relativos al envejecimiento pueden generar dificultades, como así también propiciar estrategias para su mejor resolución. Por ello, es de fundamental importancia que los grupos multidisciplinarios comprendan e intervengan sobre esta temática.

En este capítulo se desarrollará de qué manera los cambios corporales inciden en la identidad de las personas mayores, y para ello se expondrán las nociones de la Teoría de la Identidad Narrativa, que permite situar los fenómenos relativos a los cambios corporales. En segundo término, se presentarán tres representaciones corporales emergentes, que indican el malestar con el cuerpo, a partir del: "cuerpo rechazado" el "cuerpo privador" y el "cuerpo no reconocido". En tercer lugar, se tratarán los procesos de cambio que complejizan la incorporación de nuevas figuraciones de sí y los efectos emocionales y sintomáticos que presentan. En cuarto lugar, se conceptualizará el proceso de configuración que permite reconstruir la identidad. Finalmente en quinto lugar, se propondrán estrategias de abordaje del equipo multidisciplinario desde las teorías del control personal.

1. Los cambios físicos y su incidencia en la identidad

La identidad se construye en relación a ciertos límites, connotados por valores e ideales, niveles de control y dominio, formas de interacción, u otras, que forjan un mapa conocido y relativamente seguro (3). De esta manera el límite se convierte en un factor importante de la identidad, ya que determina lo propio y lo ajeno, lo central y marginal, o lo valioso y lo que carece de valor.

La crisis, signada por una relación conflictiva con el cuerpo envejecido, puede resultar una experiencia que limita, escinde y margina. Más aun cuando esta percepción se afirma en un contexto social que descalifica ese cuerpo, tanto a nivel estético como funcional. La persona puede encontrar en su cuerpo la pérdida de un ámbito que brindaba la sensación de control sobre los movimientos, lo que a su vez implicaba seguridad, capacidad, independencia y diversas formas de relación e inclusión.

Las representaciones sociales le otorgan al cuerpo una determinada posición dentro del simbolismo general de la sociedad. El cuerpo puede ser pensado como un espacio donde surge el sí mismo, o como su representante, con todos los significados que ofrece. Su representación será concebida, en este contexto, como un territorio que se coloniza o se abandona, se libidiniza o se rechaza, se goza o se padece.

El cuerpo, a su vez, es un espacio de interacciones y formas de identificación, que organizan el encuentro con las demás personas. Por todo esto, un cambio o un trastorno en su configuración y presentación, provocarían un desorden en lo que denominamos la realidad (4).

Cuando el cuerpo falla, duele, se vuelve menos predecible o deja de resultar atractivo para sí o para otras personas, produciendo una serie de respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que generan cambios en los modos de figurarlo, sentirlo y conducirlo. Sin embargo, esta compleja transformación psicológica, no suele ser atendida, sino reducida a una mera cuestión física, lo que limita otras formas de atención y acompañamiento a nivel profesional.

Las formas de nombrar, recortar, examinar, penetrar o de dar sentido al cuerpo, son modos en que la cultura se apropia y le permite a la persona a tener una representación de sí misma, de su dolor, de su placer, de esa dimensión poco conocida, a la que se le atribuyen causas y consecuencias (4). Razón por la cual resulta necesario articular los modos individuales y sociales en los que se construyen los significados que obtiene el cuerpo.

Erikson (5) sostenía que el desafío en la vejez era la integridad versus la desesperación, ya que en esta etapa, muchos de los modos de integración (física, psicológica o social), podían alterarse, dejando a la persona en una vivencia de desintegración asociada con la desesperación y la desesperanza. La identidad es parte de ese constructo que puede ubicar al cuerpo como integrado o desintegrado desde variables muy complejas que buscaremos aprehender en este capítulo.

2. La identidad como constructo

La Identidad Narrativa (2)(6)(7) es una teoría que permite analizar las formas de **figuración*** que construye un sujeto para atravesar los cambios contextuales que se producen en el curso vital. Dichas figuraciones se basan en creencias implícitas y explícitas acerca de lo que cree ser, en un momento determinado de su trayectoria. Creencias que dependen de significados personales y sociales, así como de constructos de significados que se confrontan de continuo con los contextos en los que una persona interactúa.

La identidad, sin que resulte un término absoluto, requiere de ciertos márgenes de coherencia y continuidad que otorguen consistencia a las figuras identitarias, ya que de lo contrario, sería muy difícil encontrar significados que den sentido a la vida, integrándola y orientándola (8). Cuando se producen desajustes entre lo que la persona cree ser, la figuración de su identidad, y lo que efectivamente ocurre en los contextos que participa, se generan disonancias cognitivas y repercusiones emocionales, que abren a un proceso denominado **Refiguración** (7). Este proceso promueve una experiencia de fragilización de la identidad.

Ante situaciones de estrés, como las que pueden generar ciertos cambios en el cuerpo, Polkinghorne (9) señala que se pueden descomponer las narrativas de la identidad, produciendo ansiedad y depresión frente a la pérdida de sentido, orientación y reconocimiento. Estas variaciones tienen una particular gravitación en las crisis vitales, donde el pasaje a una nueva etapa cuestiona la continuidad de la figuración identitaria, pudiendo producir una "ruptura biográfica" o "narrativa" debido a que el sujeto siente que su nueva identidad es desconocida, negativa o estigmatizada (2). Por su parte, para Neimeyer y Botella (10), este proceso daría lugar a quiebres narrativos que indican una profunda inconsistencia cognitiva y un alto impacto emocional.

Los cambios en la propia figuración producen evaluaciones entre las diversas representaciones temporales, de sí y de las demás personas, o de sí con respecto a las expectativas sociales,

* La noción de figuración permite considerar los modos en que un sujeto se concibe, se ve y se comprende como tal, tanto por sí mismo o misma, o como para las demás personas, y se relaciona con la representación de la identidad y por ello, con los relatos con que se constituye y representa el cuerpo en cuanto tal. La figuración, por lo tanto, es el resultado de un esfuerzo narrativo, que posibilita figurarse (o representarse) como un tipo particular de identidad en un momento determinado.

Intentando promover mecanismos de coherentización y continuidad a ciertos momentos de padecimiento subjetivo. Es allí donde se evidencia el carácter figurativo del personaje que encarnamos y donde resulta necesaria una serie de procesos reflexivos que organicen el sí mismo o sí misma, brindándole un nuevo sentido de identidad que dé unidad y propósito (11).

La identidad narrativa tiene como objetivo restaurar las refiguraciones generando nexos de sentido que provean márgenes de coherencia y continuidad. La configuración es el resultado del trabajo de integración. Su objetivo es resolver los desajustes entre los contextos y la identidad a partir de “proyectos narrativos” que vuelvan coherentes las nuevas condiciones vitales.

3. La refiguración y el cuerpo en la vejez

El cuerpo puede aparecer como uno de los escenarios de mayores cambios en la vejez, poniendo en tensión la figuración de la identidad. Por un lado, a nivel social, el cuerpo viejo marca discordancias con el cuerpo de la juventud, significado uno como cuerpo devaluado y el otro como idealizado. Por otro lado, se produce un cambio biológico en los movimientos, las sensaciones, las capacidades que modifican los tiempos y los recursos para enfrentar la vida cotidiana. Por ello es importante delimitar los diversos posicionamientos advertidos en investigaciones de tipo cualitativas relativas a esta temática (1). A continuación se darán a conocer tres tipos de refiguración del cuerpo, según señala Ricardo Iacub en su investigación (1).

3.1. El cuerpo rechazado

Presenta el desagrado y las expresiones críticas con que se relata al cuerpo de la vejez, lo que sitúa significados singulares y sociales. La cuestión estética suele criticarse más abiertamente a partir de los medios de comunicación, la industria y las premisas anti-age. Asimismo, aparece más tempranamente en las personas mayores, ya que estos cambios suelen anteceder a las limitaciones funcionales, y particularmente afectan más a las mujeres, por demandas específicas de género (1).

El conflicto se presenta con diversas modalidades, en donde la crítica social facilita el rechazo y la búsqueda de restauración estética, o puede aparecer como expresiones de enojo y miedo que conduzcan a la disociación funcional o al abandono de sí. Este tipo de rechazo tendrá una particular incidencia a nivel de la sexualidad.

“Cada uno con la vejez, como te ves de pronto, ¿no es cierto?, y dices, como se deteriora el cuer-po humano (frunce la nariz y la boca remarcando la impresión negativa) a la edad de uno ¿no?”

(Haydee, 75 años) (1).

Esta viñeta comienza confrontando un proceso universal, marcado por el “cada uno”, y el impacto personal de verse “de pronto” en esa vejez. Lo que lleva a señalar con un término, casi técnico, “el deterioro del cuerpo humano a la edad de uno” que se refrenda con un gesto de rechazo, frunciendo la nariz. Desde un análisis discursivo resulta notoria la aplicación del uno para referirse a sí misma, lo que indicaría la dificultad en aceptar ese cambio y, al mismo tiempo, el modo en que lee su cuerpo desde una mirada social.

“A veces me asusta no reconocerme... antes no era así... me asusta ver cómo mi cara va cambiando... me da pánico pensar que dentro de unos años voy a estar más avejentada... No quiero ser una anciana y verme así... me asusta todo eso.”

(Silvia, 66 años).

Esta viñeta expresa lo que le generan sus imágenes a futuro con un término particular: susto. Éste remite a una impresión repentina, asociable al espanto y a referencias infantiles. La diferencia en el cuerpo la aleja de sus formas de figurarse, o de poder imaginarse a futuro, de maneras menos disonantes cognitivamente, lo que motiva su baja regulación emocional. Lo que indicaría una profunda discrepancia que la lleva a esa forma del temor poco elaborado que es el susto. Ante la pregunta acerca de cómo ve su cuerpo responde:

“Mal, mal, claro por ejemplo, todos me dicen que piel que tienes, pero en los brazos... (se toca) la veo floja acá.(...) yo cada vez me encuentro rayitas, pero que esperas María, yo tengo 70, qué voy a esperar, la cara de una de 25, a todo el mundo le llega.”

(María, 70 años) (1)(2).

En esta viñeta observamos de qué manera se escinde la figuración de sí ante la pregunta por su cuerpo. Particularmente, cuando señala aquellas partes que considera más envejecidas, como las arrugas (a las que las denomina rayitas) o la flacidez de los brazos, comienza un diálogo consigo misma entre lo que debería ser su cuerpo, alternando la figura de una de 25 y la de 70. Diálogo que parece querer saldar con una remisión a una posición universal: “a todo el mundo le llega”, aunque no pareciera aceptar o incluir dicha figuración de sí.

3.2. El cuerpo privador

Este concepto se relaciona con las imposibilidades que provoca una parte del cuerpo o el conjunto del mismo, generando una diferencia y un conflicto entre el sujeto y su cuerpo. La relación de control sobre el cuerpo aparece como un elemento crítico, en donde se debate la capacidad de dominio del sujeto sobre el mismo. Esta percepción de un cuerpo doliente e incapacitado, escinden a la persona mayor y la confronta con la figuración de sí.

***“Verdaderamente yo pretendo seguir haciéndolo, pero bueno me encuentro con problemas.”
(Señala las piernas con várices, se toca y dice) Esto duele.”***

(Horacio, 76 años) (1).

“(me llevo) ¡A las patadas! (se ríe a carcajadas) lo que pasa es que yo quiero hacer más cosas y éste no me deja tanto.”

(Teresa, 68 años) (1).

“No quiero llegar a que el cuerpo diga basta antes de que lo diga yo.”

(Isabel, 86 años) (1).

Las viñetas permiten visualizar la percepción de un cuerpo escindido calificado como “este o esto”, y la diferencia entre el deseo personal y la confrontación con las limitaciones corporales. En cada una de las viñetas se refleja la limitación que impone el cuerpo, y en la última, se observa una serie de controles que establece con el fin de dominar al cuerpo, aunque su referencia sigue connotando una clara confrontación.

3.3. El cuerpo no reconocido

Muestra la dificultad de reconocer el cuerpo propio a partir de los demás, o de sí mismo o misma. Esta dificultad no se relaciona con una agnosia visual, sino con una representación de sí mismo que difiere demasiado con lo que se da a ver.

“Me ven otra persona, como envejecida”// “Cada vez más, cada vez más, tenía otra cara, ahora tengo otra cara (haciendo alusión a lo arrugas).”

(Golde, 92 años) (1).

“Ya no me reconozco. Me miro poco al espejo, y creo que tengo siempre la misma cara, y cuando voy por la calle y me veo en una vidriera y digo quien es esa señora.”

(María Elena, 85 años) (1).

Las viñetas muestran la otra persona que los otros ven, en tanto envejecida, y el “cada vez” indicaría una suma de cambios que se producen en el tiempo, así como un suceso contingente (que fue descrito previamente), donde el verse no logra convertirse en parte de la figuración del sujeto. Las viñetas muestran un sentido de escisión, confrontación y rechazo. Por un lado, aparece una figura que se externaliza como un medio de defensa ante algo que se rechaza, priva y no reconoce, aunque al mismo tiempo supondría un tipo de control secundario de su identidad. En los diversos códigos se observa que la escisión corporal se refuerza lingüísticamente por la falta de elementos identificadores, mientras que la dimensión identitaria se presenta desde la sensación, el deseo o la creencia de continuidad.

4. Los procesos de cambio y los efectos emocionales

El análisis de la trama narrativa permite comprender las figuraciones otorgadas a los cambios corporales, y los efectos emocionales que estos generan. Cuando no se consigue aprehender y entramar dichos cambios, el sujeto presentará emociones muy encontradas y limitaciones funcionales que pueden dar lugar a síntomas o patologías.

“Eso es lo que pienso: antes de mis caídas y después de mis caídas. No tengo la movilidad que tenía antes. Quedé con un poco de temor. Eso me retrajo... Sola, sola casi no salgo. (...) No me muevo en radios importantes. Ese es el miedo a caerme. Esa es la imagen cuando salgo a la calle. Veo la disminución. (...) Quedé aprehensiva, temerosa. Era más intrépida de lo que puedo ser ahora. (...) Cuando sueño me veo bien, como antes de las caídas. Después me despierto y bueno. - ¿Cómo si no terminases de ver quién irá ahora?/ -Verme cambiada, diferente. Me despierto con lo que soñé y después ahí estoy. Quedé como ahí. De no verme bien.”

(Mónica, 76 años).

En esta viñeta, Mónica aparece suspendida entre dos momentos que no se pueden entramar, el antes y el después de las caídas. La movilidad se reduce por el temor, y la imagen de sí aparece en la calle significada como disminución. Los sueños muestran la no incorporación de la nueva imagen y lo que surge es verse cambiada “cada vez”, sin que esto se incluya en su representación de sí, por ello dice: “quedé como ahí”. Lo que se asocia con no verse bien, con no salir y con la inmovilización de sí con el fin de rechazar esa imagen.

Si bien el análisis se focaliza en el modo en que inciden ciertas pérdidas, lo que se destacará es cuando el cambio sucedido afecta temas o valores centrales, que pueden invalidar los supuestos o creencias y volver inconsistente la figuración de la identidad, dando lugar a síntomas o patologías.

“Superé muchas cosas en mi vida pero el no poder caminar bien me generó un enojo tal que me cuesta mucho superar. Piensa que antes del problema con la cadera, yo trabajaba. Con 76 años iba en colectivo, y me manejaba sola. La gente me decía que parecía 10 años menos. La edad se me vino encima, no me resigno a haber quedado así.”

(Lucía, 78 años).

En esta viñeta vemos lo irrecuperable de una pérdida que lleva a una vivencia de desajuste y enojo con el escenario actual. Una pérdida local afecta un conjunto de roles y recursos que sostenían una caracterización central de la identidad. La vejez aparece de una manera invasiva e inmanejable y el enojo muestra la no aceptación de lo sucedido. Sin embargo, el “no me resigno” aparece también como un margen de dominio del escenario, ya que implicaría un poder volver atrás, pero que a su vez, no habilita nuevas caracterizaciones que den lugar a otros proyectos narrativos. Esta dificultad de alcanzar nuevas caracterizaciones que habiliten escenarios tan diferentes y disruptivos se expresa especialmente en la desorientación ante la carencia de objetivos vitales. La vivencia de discontinuidad y desconcierto limita la posibilidad de conciliar las caracterizaciones de sí con los nuevos escenarios. Tal discrepancia, entre la identidad y los escenarios actuales, genera una serie de inhibiciones o síntomas que desorganizan los objetivos posibles.

“En un momento fueron tantas las caídas, las operaciones, que cuando me dijeron de volver a operarme, dije que no. Creo que era lo único que podía decidir, no quería una operación más. Al principio no podía trabajar y después fui dejando de hacerlo. Me encerré en el enojo, era una tristeza que era mezcla de rabia e impotencia. No sabía bien para dónde ir, así que me fui quedando. No sé qué hacer. Como una depresión.”

(Ana, 74 años).

En este caso notamos que, frente a cambios tan disruptivos y poco manejables de su escenario, la única respuesta que encuentra fue encerrarse en la rabia y la impotencia. Enojo que conspira contra la posibilidad de revisar sus figuras identitarias para, desde allí, repensar los escenarios actuales, y deriva en una inhibición que toma la forma de síntoma depresivo.

5. La configuración como construcción individual y colectiva

Esta noción se asocia con la posibilidad de integración de hechos que resulten incoherentes y discontinuos con la figuración de la identidad, modificando el proyecto identitario a través de nuevos sentidos que reintegren objetivos valiosos y posibles. La configuración aparece como la respuesta de cierre a la refiguración y tendrá diversas modalidades y niveles, que van desde formas fragmentarias hasta las más consolidadas. Según Josselson et al. (11), para Erikson la identidad incluye las identificaciones significativas, pero las altera para convertirlas en un conjunto único y razonablemente coherente. En ese sentido, la configuración de la identidad se revela en las historias de vida, a través de la organización narrativa de un argumento, personaje, escenario, escena y tema, que proporciona un marco integrador y dentro del cual varias personificaciones diferentes pueden encontrar un ámbito narrativo común (6). Las configuraciones son posibilitadas por relatos identitarios que promueven una adecuación a los nuevos escenarios, sin perder elementos característicos tales como continuidad, relevancia discriminativa y significación biográfica, que conjuguen un criterio de valor y logren explicar y orientar, brindando una proyección a futuro (12). Dichos relatos requieren de elaboraciones narrativas que generen consonancias en las figuraciones y mecanismos validadores, tales como las prácticas sociales, roles o redes sociales de apoyo. Por esta razón, el relato se vuelve soporte de la identidad, y solo allí el sujeto puede sentirse con una figuración identitaria más clara y estable.

Otro de los ejes que resultan valiosos, a lo hora de narrar los cambios corporales, se relaciona con los mecanismos de control que permiten nuevas formas de manejo y dominio y hallar un sentido de eficacia, aun cuando se encuentren límites que previamente no existían.

Todo este conjunto de elementos no puede ser pensados sin todos los otros que componen la corporalidad, ya sea como representación, como magnitud biológica, o como forma de interrelación. La

configuración, de esta manera, representa una “adaptación” al contexto social e histórico de la vida, y es por ello por lo que el cuerpo se representa en cada instancia de esta.

6. La construcción de la configuración identitaria

Describir los modos en que se conforman dichas configuraciones, implica dar cuenta de la construcción de significados que se produce, con el fin de ajustar la figuración de la identidad y los escenarios alternativos. Su construcción implica estructurar un relato que de sentido a la relación entre ambos, a partir de un entramado que habilite valores sustitutivos, un relato con significado y metas factibles, que permitan realizar un proyecto narrativo.

“Por momentos siento que ya no soy la misma, me veo las manos, la cara... pero pienso en cómo viví mi vida, cómo llegué a formar mi familia, la ilusión que me dan los nietos y siento que las cosas no cambiaron tanto.”

(Mabel, 78 años) (1).

Aun cuando el escenario corporal se presenta diferente, la reconstrucción histórica sitúa continuidades entre el pasado y el futuro, lo que amengua los cambios físicos o les otorga una coherencia desde un ordenador identitario basado en un valor positivo asociado a la familia. En este sentido el escenario central se modifica pasando de un cuerpo distinto y poco controlable, a una familia en la que se deposita la ilusión de un relato preñado de valor, y desde allí se ajustan las diferencias(1).

“...Uno va midiendo sus fuerzas, sus cualidades a lo que uno quiere hacer. Por ejemplo, si voy en (transporte) colectivo, yo antes lo corría, ahora no lo puedo hacer, entonces mi decisión es otra. Físicamente te modifica... no te da el físico, ... el estado de uno, no sólo mental sino el físico, todo te va limitando. (...) Y ahora lo que tengo que hacer es salir antes... Uno empieza a ver todo desde otro punto de vista, adaptando la parte física y mental a lo que existe.”

(Daniel, 77 años) (1).

Daniel afronta los cambios físicos como una alteridad poco manejable y aborda la configuración de la identidad que le permite orientarse en un proyecto y alcanzar los objetivos. Su estrategia pasa por comprender los cambios físicos, pero modificando su decisión. Es decir, produce un relato identitario, en el que integra las limitaciones existentes, que modifican el manejo de su cuerpo, a partir de otro tipo de control posible (salir antes), que le permite sostener un sentido de eficacia y control, muy cercano a un valor personal, su puntualidad(1).

“Pude entender que no me cansaba, que no estaba enfermo, sino que con 80 años uno tiene otras fuerzas. No es fácil, más que nada cuando uno piensa en tener que dejar de manejar o de trabajar, que en su momento veremos en la terapia. Pero ahora siento que no me quedo corto, tengo la edad que tengo. Pero también puedo disfrutar con Sara quedarnos en la cama o dormo siestas más seguido”

(Jorge, 81 años) (1).

El cansancio, o la falta de fuerza, para muchas personas mayores se convierten en una forma de desconocimiento de los recursos del cuerpo, al tiempo que una nueva forma de encuentro y reconocimiento de sí. En este caso, en la psicoterapia se abordaron situaciones que excedían sus recursos físicos y el cansancio apareció como un síntoma poco comprensible. El recorrido configurativo pudo encontrar en la edad un límite, el que a su vez pudo convertirse en un modo de comprensión y control de sí, y descubrir el valor del descanso (1).

“Desde que entré al grupo de mayores entendí que no era tan viejo como pensaba, que había otros más viejos que yo y sin embargo trabajaban, bailaban, ¡tenían fuerza! Eso me hizo verme distinta y darme cuenta que puedo.”

(M. Isabel, 81 años) (12).

En esta viñeta aparece el grupo de personas mayores como un marco que permite conectarse con su capacidad física al poder modificar sus creencias sobre la vejez y la fuerza de los compañeros. El contexto comunitario aparece como un recurso potenciador, incluso del propio cuerpo, al poder generar comparaciones positivas.

“Con yoga aprendí a que mi cuerpo tiene tiempos y que envejecer es cambiar esos tiempos y esa fuerza, pero no dejo de entenderlo como una nueva forma de encontrarme conmigo. No te digo que no me costó pero, trabajar el cuerpo y ver qué podía, sin exigirlo ni desgastarlo, me hizo llevarme mejor.”

(Eugenia, 82) (12).

Esta viñeta muestra una práctica corporal que le permitió conformar un relato en donde el cuerpo y sus cambios no parecen excluir al sujeto, ni requerir escindirse defensivamente. Por lo contrario, puede incorporar el encuentro y trabajarlo de maneras diferentes, con menos exigencias, y a partir del cual, esa relación (que aún se narra con cierta exterioridad) se vuelve más positiva y se potencia en el punto en que resulta factible (12).

7. Estrategias del equipo multidisciplinario

El trabajo configurativo requiere de un cambio cultural e individual, así como del esfuerzo de múltiples disciplinas que conjuguen lo biológico, lo psicológico y lo social, para abordar el envejecimiento corporal. Para que sea factible la integración de experiencias corporales, sin que sea en un “cada vez”, o en una vivencia de ajenidad y privación, resultan necesarios contextos que enriquezcan las posibilidades de configuración.

En algunos de los ejemplos vertidos pudimos encontrar personas que hallaron recursos personales, en los vínculos afectivos o a través de estrategias particulares, que permitieron cambiar su figuración identitaria para comprender los cambios. En otros, hallamos la importancia de contextos que ofrecieron nuevas formas de leer e interpretar esos cambios, como el yoga, los grupos de personas mayores o la psicoterapia.

Uno de los aspectos que es importante destacar son las intervenciones médicas, ya sea en el diagnóstico o a lo largo del tratamiento de una enfermedad crónica degenerativa. El modo en que se lo trate puede favorecer las escisiones corporales, los enojos, las inhibiciones o, por lo contrario, promover mecanismos de afrontamiento que permitan entender la relación con el cuerpo enfermo, descubriendo recursos, goces y valores. Resulta de gran importancia que muchas de estas patologías o discapacidades puedan ser acompañadas por equipos interdisciplinarios que ayuden a leer el fenómeno, no como un mero suceso biológico, sino como un cambio que sacude lo más profundo de un ser humano. En este sentido, los enfoques clínicos, grupales o comunitarios pueden promover configuraciones a través del empoderamiento colectivo, las formas de integración, los nuevos roles y los espacios de reflexión.

REFERENCIAS

1. Iacub R. La representación subjetiva del cuerpo en la vejez. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2007.
2. Iacub R. Identidad y envejecimiento. *Paidós*. 2011;289:256.
3. McNamee S y Gergen K J. La Terapia como Construcción Social. *Paidós*. 1996;277.
4. Le Breton D. La sociología del cuerpo. 156p. España: Siruela; 2018.
5. Erikson E. El ciclo vital completado. *Paidós*. 1985;136.
6. McAdams D, McLean K. Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*. 4 de junio de 2013;22:233-8.
7. Ricoeur P. La identidad narrativa. en *Historia y Narratividad*. 1999;215-30.
8. Iacub R. Identidad y Envejecimiento. ¿Seguimos siendo los mismos? ¿Seguimos siendo las mismas? En: Dulcey- Ruiz E, Parales- Quenza C J y Posada- Gilède R, editores. *Envejecimiento del nacer al morir*. Bogotá; 2018. 239-258 p.
9. Polkinghorne D E. Narrative and Self Concept. *Journal of Narrative & Life History*. 1:135-53.
10. Neimeyer R A y Herrero O. Duelo, pérdida y reconstrucción narrativa. En: Botella L, editor. *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. 2006;470.
11. Josselson R, Lieblich A & McAdams D P. The meaning of others: Narrative studies of relationships. *American Psychological Association*. 2007;
12. Iacub R. *Proyectar la Vida. El desafío de los mayores*. Manantial; 2001;232.

2.2. EROTISMO Y SEXUALIDAD

Ricardo Iacub

Psicólogo, Doctorado en psicología, Profesor en la Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología.

Mariana Mansinho

Psicóloga, Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional, Profesora de Psicología de la Tercera Edad y Vejez en la Facultad de Psicología (UBA).

Ideas centrales

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que la sexualidad es un aspecto central en la vida humana y que está presente a lo largo de toda la trayectoria vital.
- Dentro de los factores que la componen, se destacan el sexo, la identidad y los roles de género, la diversidad y orientación sexual, el erotismo, la intimidad, el placer y la reproducción. Junto con ello, la definición aborda sus modos de expresión a través de elementos cognitivos, afectivos, y sociales. Estos elementos pueden estar presentes, total o parcialmente, y su expresión puede variar según las personas y los contextos culturales e históricos en los que se sitúen, así como también en la manera de comunicar y vivenciar la sexualidad está influida por factores biológicos, sociales, psicológicos, económicos, políticos, espirituales, religiosos, históricos, legales y éticos.
- Por su parte, la erótica describe la variedad de formas en que una cultura procesa la idea de sexo. Puede ser entendida como la concepción, autorización, legitimación y prohibición social de las necesidades psicofísicas asociadas al deseo y la satisfacción sexual. La erótica modula y regula el goce, teniendo en cuenta una serie de variantes culturales tales como la edad, el género u otros.
- El erotismo implica la interpretación, producción y apropiación del goce desde una dimensión personal ya que permite representar formas sucedáneas, símiles o alusivas de lo sexual, capaces de conjugar imágenes, afectos y sensaciones. Este concepto toma una fuerte relevancia ya que permite redimensionar y ampliar las formas del deseo y el goce sexual a lo largo del curso de la vida.
- Es esperable un declive gradual en el interés y en la actividad sexual, lo que no implica más que una disminución en la frecuencia, aun cuando las variaciones son altamente idiosincráticas. Respecto a los cambios en el varón, lo que puede presentarse es un enlentecimiento en la erección y la necesidad de un mayor esfuerzo para que esta sea plena. En la mujer, los cambios fisiológicos se relacionan con modificaciones hormonales (disminución de los estrógenos, especialmente), pero no necesariamente afectan el deseo sexual.
- Las maneras de intervenir pueden dirigirse a la promoción, la prevención y la asistencia, las que pueden ser pensadas tanto a nivel individual, grupal o comunitario. Una de las vías regias es la psicoeducación.

El abordaje de la sexualidad en la vejez ha sido una temática marginal en los estudios sobre esta etapa vital, muchas veces por desconocimiento, pudor o incluso incomodidad. Por ello resulta necesario considerarla en la formación gerontológica, para promover, prevenir y atender esta temática, tanto desde las políticas públicas como en las prácticas profesionales.

Su estudio es una tarea ineludible ya que existen múltiples creencias—muchas falaces y acientíficas—que limitan el desarrollo y expresión de la sexualidad a lo largo del curso de la vida. Esto genera que, en muchas ocasiones, los intereses sexuales de la persona mayor sean subestimados, o incluso ignorados, aún en ámbitos como el de la consulta profesional. De aquí la importancia de incluirlo como un factor que se asocia con el bienestar y la salud integral, de las personas en general y de las mayores en particular.

En este capítulo, se desarrollarán ocho apartados. En el primero, se conceptualizará qué es la sexualidad, la erótica y el erotismo, diferenciándolos y articulándolos entre sí para comprender los diferentes niveles de complejidad del tema. En el segundo, se trabajarán las representaciones sociales “viejistas” y las creencias más arraigadas sobre la sexualidad. En el tercero, se focalizará la noción de género como elemento regulador de la identidad y en cómo se habilitan o no los deseos de acuerdo con esta categoría. En el cuarto, se desarrollarán los cambios fisiológicos esperables que suceden en el proceso de envejecimiento, tanto en hombres como en mujeres, y su incidencia en la erótica y la sexualidad de las personas mayores. En el quinto apartado, se abordarán diferentes patologías y condiciones limitantes que pueden incidir de manera directa e indirecta en la relación con otros y consigo mismos, destacando especialmente la atención a las demencias y el VIH. En el sexto apartado se abordará la sexualidad en las instituciones de larga estadía, planteando las dificultades propias de este contexto. En el séptimo, se desarrollará el concepto de sabiduría del erotismo para incorporar las ganancias y aprendizajes respecto a la sexualidad. Finalmente, en el octavo apartado se describirán intervenciones posibles para el abordaje de la sexualidad en la vejez.

1. Diferencias entre la sexualidad, la erótica y el erotismo

Existen diversas maneras de conceptualizar a la sexualidad. Una de ellas es la que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), reconociendo que es un aspecto central en la vida humana y que está presente a lo largo de toda la trayectoria vital. Dentro de los factores que la componen, se destacan el sexo, la identidad y los roles de género, la diversidad y orientación sexual, el erotismo, la intimidad, el placer y la reproducción. A su vez, la definición aborda sus modos de expresión a través de elementos cognitivos (pensamientos, fantasías, creencias, actitudes), afectivos (deseos, valores, emociones) y sociales (roles, vínculos y prácticas). Estos elementos pueden estar presentes, total o parcialmente, y su expresión puede variar según las personas y los contextos culturales e históricos en los que se sitúen. Finalmente, la manera de comunicar y vivenciar la sexualidad es interpelada por una serie de factores biológicos, sociales, psicológicos, económicos, políticos, espirituales, re-ligiosos, históricos, legales y éticos. Sin embargo, una de las dificultades de esta definición, es que es muy amplia. Por ello se propondrán dos definiciones que permiten delimitar con mayor precisión algunos conceptos, lo que no implica que esta noción deje de ser utilizada en marcos más amplios y genéricos.

Por su parte, la erótica describe la variedad de formas en que una cultura procesa la idea de sexo (2). Puede ser entendida como la concepción, autorización, legitimación y prohibición social de las necesidades psicofísicas asociadas al deseo y la satisfacción sexual. De esta manera la erótica modula y regula el goce, teniendo en cuenta una serie de variantes culturales tales como la edad, el género u otros.

Finalmente, el erotismo implica la interpretación, producción y apropiación del goce desde una dimensión personal ya que permite representar formas sucedáneas, símiles o alusivas de lo sexual, capaces de conjugar imágenes, afectos y sensaciones. Este concepto toma una fuerte relevancia ya que permite redimensionar y ampliar las formas del deseo y el goce sexual a lo largo del curso de la vida (3).

Cada una de estas definiciones aportan elementos fundamentales para pensar, no solo diferentes dimensiones de la temática, sino también su relación con el envejecimiento. El modelo biopsicosocial entiende que la naturaleza de la expresión sexual en la vejez refleja la compleja interacción entre el cuerpo, la mente y el contexto social (4). A su vez, una suma de características del entorno social incide en la posibilidad de seguir teniendo actividad sexual. Sin embargo, las creencias acerca de esta temática pueden hacerlo negativamente complejizando su interacción.

2. ¿Cómo se representa la erótica en la vejez?

Las representaciones sobre esta temática han sido más fluidas de lo que se suele considerar. La diversidad de enfoques culturales e históricos muestra distintas maneras de producir la erótica en la vejez. Estos modos de comprenderla, aún sin tener una base científica, coexisten en la actualidad, preformando muchas de nuestras creencias, incluso de maneras contradictorias.

Un concepto que puede colaborar para entender el mecanismo que subyace a estos contenidos representacionales es el de viejismo o edadismo (ageism) (5), el cual tiene una particular incidencia en la interpretación de la sexualidad en la vejez (6). La creencia acerca de la inadecuación de la sexualidad en la vejez se asocia con criterios que la consideraban con un fuerte potencial patológico (6). La concepción que se tenía era que las personas mayores debían abstenerse sexualmente ya que, de no reprimirse, podía dar lugar a la perversión, más específicamente a la pedofilia, o al riesgo físico, como el morir en el acto sexual (la denominada muerte por orgasmo) (7).

Otras representaciones se focalizan en el ejercicio de la sexualidad como un medio de reproducción y por ello, el coito, se erige como el modelo de la "relación sexual". Esta concepción demarca un esquema de placeres "previos" y "finales", relativos a dicho fin. Desde este criterio, envejecer implicaría el término de la reproducción, especialmente en la mujer, y que ciertos cambios en las funciones físicas, tales como las dificultades en las erecciones o la lubricación disminuida, se conviertan en barreras ciertas ante la sexualidad (3).

Finalmente otra de las creencias más firmes, y menos cuestionadas, es la relativa a la no inclusión de las personas mayores en los marcos estéticos-eróticos tradicionales, lo que genera un rechazo implícito a considerarlos como objetos de deseo.

Todo este corpus de creencias se transforma en un modelo de control de las conductas y las emociones que impacta en el sujeto que envejece, así como en sus entornos y en los propios profesionales que atienden esta temática.

3. Incidencia del género en la construcción de la identidad sexual

La noción de género modela las pautas de vinculación, jerarquizando y distribuyendo el poder entre las personas, así como indicando formas esperables en que se expresan las emociones y los sentimientos, las actitudes y las conductas (6). De esta manera se complejiza el análisis de las representaciones acerca de la sexualidad puesto que se estipulan esperables articuladas con la noción de edad.

Las representaciones acerca de lo femenino y lo masculino, así como de las intersecciones con lo "joven" y lo "viejo", varían cultural e históricamente. Los modos en que se conceptualiza la edad y el género producen demandas sociales diferenciadas.

La masculinidad erige la potencia sexual, así como el poder físico o económico, como uno de los criterios que validan al varón, razón por la cual el proceso de envejecimiento puede poner en cuestión dichos constructos. La demanda referida a la capacidad sexual del varón es más exigente que

con la mujer. Por ello cuando aparecen fallas en la capacidad eréctil suele ser interpretado como una pérdida de virilidad que afecta la autoestima y puede producir síntomas depresivos. (8) Por lo contrario, las investigaciones indican que la buena percepción de salud, las expectativas positivas frente a la sexualidad y tener redes de apoyo social son elementos que facilitan la continuidad en la actividad sexual (8). Lo femenino en la vejez se encuentra influenciado por creencias que modelan su actividad sexual. Sobre la mujer recaen más fuertemente mandatos sociales y religiosos que asocian la sexualidad con la procreación o el amor (8); en este sentido la menopausia es considerada como un límite. El no percibirse deseada y valiosa aparece como otro de los obstáculos, especialmente en las clases medias (3). El cuerpo de la mujer es preponderantemente evaluado desde lo estético y el proceso de envejecimiento puede desafiar estos estándares, causando inseguridad y alejamiento de la sexualidad.

En síntesis, todas estas representaciones que anudan la edad y el género pueden verse modificadas cuando los niveles educativos son más altos, lo que permite ampliar los significados de la sexualidad, así como en las nuevas generaciones de personas mayores que vivieron más tempranamente los cambios sociales relativos a esta temática.

4. Cambios esperables

Uno de los factores esenciales en el abordaje de la sexualidad en la vejez es el conocimiento sobre su funcionamiento. Para comprender mejor un cambio, y no patologizarlo, se vuelve necesario tener información sobre lo que puede ocurrir.

Es esperable un declive gradual en el interés y en la actividad sexual, lo que no implica más que una disminución en la frecuencia, aun cuando las variaciones son altamente idiosincráticas (3). Las investigaciones evidencian que el interés sexual persiste hasta la edad adulta tardía entre un porcentaje sustancial de hombres y mujeres, más allá de que se informan períodos de tiempo en que falta interés por el sexo (9).

La presencia o ausencia de una pareja es extremadamente importante para entender la actividad sexual de las personas mayores, tanto mujeres como varones. Un factor importante de considerar es la duración de la relación de la pareja, ya que puede afectar el interés, la frecuencia y la calidad de la actividad sexual (10). Según Iacub (3), señala que Masters y Johnson sostuvieron que el proceso de envejecimiento modifica la expresión de la sexualidad, enlenteciéndola producto de los cambios fisiológicos. Cuando esto no es comprendido, puede ser interpretado como un límite para el desempeño sexual.

Respecto a los cambios en el varón, lo que puede presentarse es un enlentecimiento en la erección y la necesidad de un mayor esfuerzo para que esta sea plena. La fase de meseta (entre la erección y la eyaculación) es más larga si se la compara con la de la juventud, favoreciendo la duración del acto sexual (3). Por otro lado, la inevitabilidad eyaculatoria puede desaparecer y el fenómeno orgásmico disminuir su duración. Sin embargo, cabe destacar que estos cambios no alteran la sensación de placer.

En la mujer, los cambios fisiológicos se relacionan con modificaciones hormonales (disminución de los estrógenos, especialmente), pero no necesariamente afectan el deseo sexual. Lo que puede reducirse es el tamaño del clítoris, la secreción vaginal, y producirse un adelgazamiento de las paredes de la vagina (3). Entre las disfunciones puede presentarse un deseo sexual hipoactivo, anorgasmia, dispareunia y vaginismo. Por eso es sumamente importante el abordaje de estas temáticas a nivel profesional.

La vergüenza o pensar que estos problemas no tienen solución, pueden ser un obstáculo en la consulta. Además de los prejuicios por parte de los profesionales de la salud, ya que al no consultar pueden inhibir la comunicación sobre esta temática con las personas mayores (11).

5. Condiciones patológicas que limitan el ejercicio de la sexualidad

Existen una serie de patologías o condiciones psicofísicas que pueden incidir en el desempeño y en la actividad sexual. De manera directa, limita las condiciones físicas; de manera indirecta, genera dolores, dificultades o condiciones inadecuadas para el goce sexual. Es importante la intervención profesional con un enfoque interdisciplinario, para psico educar, analizar temores y brindar opciones posibles.

En principio, es importante considerar que la causa de las limitaciones a nivel sexual no suele relacionarse con la longevidad, sino con enfermedades, discapacidades y medicaciones que pueden ser más habituales en la vejez. Los que califican su salud como mala, suelen perder el interés sexual y tienen mayor prevalencia de problemas de erección, lubricación, dolor y falta de placer (11). Aquellas personas con más discapacidades físicas severas experimentarán niveles significativamente más bajos de estima y satisfacción sexual y niveles significativamente más altos de depresión sexual que quienes tenían discapacidades leves o quienes no tenían (12).

En los casos de enfermedad cardíaca o de un infarto de miocardio, se pueden producir impedimentos, generalmente temporarios, para tener actividad sexual. El poder volver a tenerla de manera plena depende del estado físico previo al infarto, de la magnitud de la afección y de las complicaciones asociadas, pero también deben ser considerados los temores que se suscitan asociados con el coito (3). Sin embargo, salvo en pacientes que continúen con síntomas importantes, los especialistas recomiendan retomar la actividad sexual.

La Hipertensión o HTA pueden tener consecuencias en la función sexual. En los hombres la disfunción eréctil es uno de los síntomas más habituales, y en las mujeres puede generar menor interés y capacidad para la estimulación sexual, especialmente si la afección genera fatiga (3).

El dolor, las limitaciones motrices y la debilidad corporal, pueden afectar de manera indirecta, ya que existe la capacidad pero se disminuye el interés sexual o la búsqueda de placer. Esto puede revertirse cuando el estado general mejora (3). La artritis es una de las patologías en la que se evidencia el desinterés sexual debido al dolor durante el acto sexual (3).

En la enfermedad de Parkinson se producen una serie de síntomas que afectan a la capacidad motora y pueden interferir o limitar la sexualidad. Asimismo otros factores como el dolor, la depresión, la fatiga o la disautonomía pueden contribuir a problemas como la disfunción eréctil. En los hombres predomina la incapacidad de lograr o mantener una erección, la eyaculación precoz, la falta de deseo sexual y, en algunos casos la hipersexualidad. Entre las mujeres es más común la falta de deseo sexual. La salud mental debe ser considerada como causa de limitaciones a nivel sexual. La ansiedad produce menos interés y placer en el sexo y más dificultades para alcanzar el orgasmo en varones y mujeres. La depresión incide más específicamente en el varón generando problemas de erección (13).

Las demencias, por otra parte, merecen un análisis más profundo. Si la articulación entre la sexualidad y el erotismo en las personas mayores requiere del derribamiento de prejuicios, esto se exagera aún más al incluir las demencias. Se evidencia lo dicho, por ejemplo, en las limitaciones sociales existentes respecto a la comprensión de la expresión erótica en personas con demencias (14).

En la persona con demencia, pueden producirse cambios en la expresión de la sexualidad y el erotismo. Se evidencia una merma en los encuentros íntimos con la pareja e incluso una disminución en las expresiones de afecto (14) (15) Cabe destacar que la expresión del deseo sexual está presente, aunque cambian los modos de realizarlo y en algunos casos se modifican las formas de satisfacción del deseo.

Cuando se habla acerca de la sexualidad en este tipo de cuadros, suele describirse mediante concepto de “Conductas sexuales inapropiadas” (14)(15). Esta manera de nombrar la conducta sexual conlleva a interrogarse para quién es inapropiada dicha conducta y cuál se consideraría más adecuada. Por otro lado, deja planteada la necesidad de pensar acerca del deseo y el goce en personas mayores con demencia que escapan a los estándares sociales esperados. Las lecturas morales restrictivas excluyen la diversidad de goces y enmarcan estas conductas como inapropiadas e inesperadas. Cabe destacar que la desinhibición es frecuente en las demencias fronto-temporales y puede presentarse de maneras desembozadas con el entorno. Sin embargo, no toda expresión sexual en las demencias se manifiesta de esta manera (14).

Dentro de las modificaciones en la expresión de la sexualidad y el erotismo se puede consignar una modificación en la erección o en la secuencia del acto sexual. A veces las personas pueden olvidarse de cómo realizar el acto o se distraen perdiendo el foco de la acción que estaban llevando a cabo. También la depresión que se registra en los primeros estadios puede impactar negativamente en el deseo sexual, inhibiéndolo. Sucede a veces que las parejas de las personas con demencia, sienten incomodidad o extrañeza porque no reconocen al otro u otra como quien era, o la pareja no lo reconoce, disminuyendo por esta razón el contacto sexual o la satisfacción percibida (15).

Otro grado de complejidad se agrega cuando se institucionaliza a las personas con demencias. Este proceso, en sí mismo, conlleva a una merma en la autonomía e independencia de la persona mayor, que se incrementa con este diagnóstico (15). La sexualidad será leída de otra manera en este contexto donde la persona de por sí pierde intimidad y privacidad, comparte espacios con otros desconocidos y con el personal (15). Por ejemplo, en las tareas de higiene, pueden darse conductas sexuales, debido a una mala interpretación de la situación, por fallas en el reconocimiento de la persona que lo higieniza, o también por la falta de cuidados con las que opera el personal, viéndolos como niños o niñas, o asexuados. La expresión de la sexualidad puede ser un medio para conseguir atención y contacto físico-afectivo o deberse a la ansiedad por la disminución del movimiento o a la deprivación sensorial (14).

La confusión y la desorientación provocan agitación, angustia y miedo (como consecuencia de la sensación de pérdida de control de la realidad) que pueden traducirse en demandas afectivas y sexuales. A veces las personas se aferran, tocan y besan, o incluso se masturban delante de otras personas como una forma de volver más familiar el contexto, buscando seguridad y apoyo (14).

Un factor de vital importancia es el del cuidado, evitar los abusos o conductas que puedan lastimar a la persona con demencia o que ella lastime a otros. Pero todo esto enmarcado en la conservación de los espacios de intimidad y de expresión sexual, capacitando al personal, psicoeducando y trabajando con las familias y el o la paciente.

En el caso de padecer una enfermedad terminal o estar en un contexto de cuidados paliativos, el tabú tiende a ser mayor, ya que no solo es hablar de la sexualidad en personas mayores sino también hacerlo cuando existe una mayor cercanía a la muerte. Aquí la sexualidad se invisibiliza aún más, porque se parte de la idea de la existencia de una incompatibilidad entre el sexo y la muerte. Sin embargo, es una dimensión importante en el cuidado paliativo. Las guías acerca de la

práctica clínica para cuidados paliativos de calidad se consideran a la sexualidad y a la intimidad como temáticas que deben ser abordadas dentro de un plan de atención social integral (16). Si bien puede suceder que en ciertas circunstancias mantener la intimidad sexual no sea una prioridad o una posibilidad dentro del cuidado paliativo, existen otras formas de acercamiento íntimo que se acrecientan y deben tener su espacio.

Otra temática que requiere atención es el de las personas mayores con VIH. El proceso de envejecimiento en personas con VIH muchas veces está signado por el estigma social y la pérdida de redes sociales de apoyo. En los últimos años, han aumentado los porcentajes de VIH/SIDA en personas de más de 50 años. El incremento en los contagios puede explicarse, en primer lugar, por no utilizar preservativos (dada la ausencia de riesgo de embarazo) (17). Esto genera, además, un aumento en las probabilidades de adquirir enfermedades de transmisión sexual en general. Por otro lado, el consumo de medicamentos que potencian la capacidad eréctil como el aumento de la expectativa de vida, colaboran en la prolongación de la actividad sexual y, por ende, la posibilidad de contagio.

La invisibilización de la sexualidad en la vejez disminuye la posibilidad de pensar la presencia de VIH/SIDA en este grupo de la población. Esto se vislumbra no solo en la ausencia de campañas de prevención que contemplen a este rango etario sino también en la omisión de solicitudes para su evaluación en los exámenes de rutina (17). Esto último también ocurre porque se considera que la persona tiene pareja estable, entonces no se necesita evaluar.

Por otro lado, lo que se encuentra es que no solo la calidad y expectativa de vida ha aumentado sino también han mejorado la calidad de los tratamientos, lo cual genera que más personas lleguen a la vejez con ese diagnóstico (17). En el caso de los contagios en la vejez, los diagnósticos suelen ser tardíos, dado que algunos de los síntomas pueden confundirse con otras enfermedades o porque la mirada hacia la vejez no lo contempla como posibilidad. Los síntomas pueden aparecer encubiertos o ser inespecíficos, tales como el cansancio, la falta de apetito, la pérdida de peso o ciertos trastornos de memoria. Sin embargo, una detección tardía y, por ende, un tratamiento retrasado, pueden traer complicaciones en la calidad de vida de la persona mayor. El VIH en esta población se asocia con un aumento en las probabilidades de tener deterioro cognitivo, un declive en la salud mental y sentimientos de soledad (8) (17). Esto se articula con el aislamiento que se produce al sentirse estigmatizados tanto por la sociedad como por los profesionales de la salud, al expresar su interés por la actividad sexual (8).

Otro de los factores que deben tener en cuenta son las emociones tales como la vergüenza o el miedo. Muchos creen que no es posible contagiarse de HIV o si tienen sospechas, no se animan a consultarlo con un profesional. En este punto, se genera un círculo vicioso, si los profesionales tampoco lo contemplan o lo hacen de forma reprobatoria. Por ende, resulta de vital importancia la capacitación a los profesionales de la salud y la sensibilización de la población general. Finalmente, las intervenciones sobre personas mayores con VIH pueden abordar la depresión, la calidad de vida, las redes de apoyo social, el funcionamiento cognitivo y las estrategias de afrontamiento (8).

Como último factor a considerar dentro de este aparato, es el de la polifarmacia. Las personas mayores suelen tomar muchos medicamentos lo cual puede incidir en su sexualidad, mermando el deseo o inhibiendo erecciones. Por eso es importante hablar con la persona mayor y no dar por sentado que no tiene actividad sexual (consigo misma o con otras). Esto último sucede cuando, por ejemplo, la persona ha enviudado. Creer que no hay pareja se liga automáticamente con el no tener sexualidad, mientras que en otras edades sí se informa sobre el impacto que puede tener la medicación en esa área, incluso buscando alternativas (3). Por ejemplo, los anti hiperten-

sores, los diuréticos (betabloqueantes, adrenérgicos centrales y periféricos), así como las drogas cardiovasculares, los agentes citostáticos, ciertos agentes hormonales y gran parte de los psicotrópicos, pueden influir en la sexualidad (3). Algunos antidepresivos también pueden tener injerencia en la falta de deseo, anorgasmia y dificultades en la excitación.

6. La sexualidad en las Residencias de Larga Estadía

Estas instituciones se conformaron desde miradas asilares, que custodiaban al sujeto ante la enfermedad y en donde la sexualidad no aparecía como una temática valiosa. Lo anterior, llevó a la implementación de pabellones o residencias diferenciados por género, incluso separando a personas mayores que eran pareja.

Actualmente, las prácticas e intervenciones deben enmarcarse desde los principios que estipula la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver capítulo 1.5), la que reconocen los derechos a la sexualidad, la privacidad y la intimidad. Sabemos que estos derechos pueden verse comprometidos en una institución de esta envergadura, ya que personas que no se conocen entre sí deben compartir su privacidad.

La sexualidad suele ser desconsiderada, ridiculizada o vista como un riesgo potencial por el encierro que puede generar o por la opinión negativa de los familiares. Los estudios internacionales sobre la temática relevan el rechazo a las expresiones sobre la sexualidad en los residentes, entendiéndolo como algo inapropiado o que debe ser limitado (18).

Aun cuando la residencia es un espacio compartido que debe tener reglas para su funcionamiento, estas deben también contemplar la privacidad y la intimidad. Por lo cual resulta necesario generar instituciones abiertas e intervenciones profesionales que amplíen los conocimientos sobre la temática y dispongan de los recursos para que las diversas expresiones de la sexualidad sean posibles en un marco de intimidad.

Uno de los debates actuales reside en contemplar el respeto por la diversidad sexual en las residencias. El estigma y la discriminación que padecen las personas mayores de la diversidad sexual ya sea por su orientación o identidad sexual, ha llevado al ocultamiento o vuelta al closet de personas que lo habían vivido con libertad a lo largo de su vida (8).

Es por ello que las residencias deben adecuar sus concepciones y prácticas en relación con la sexualidad, para que se democratice el acceso a la misma. Algunas experiencias plantean la toma de decisiones conjuntas con la persona residente, como el pautar espacios y normas de convivencia relativas a lo sexual (18).

7. Del conocimiento a la sabiduría del erotismo

Los estudios muestran que a mayor educación las definiciones del erotismo son más amplias y se reporta menor ansiedad por el desempeño (19). Sin embargo, además del conocimiento resulta necesario tener la flexibilidad y comprensión para aceptar cambios que se producen en el curso de la vida. La sabiduría del erotismo permite comprender cómo las personas se relacionan con los dichos cambios, sobre todo con la disminución de algunas capacidades sexuales y frente a una cultura que puede ser muy hostil (20).

La sexualidad se transforma a lo largo de la vida y la sabiduría del erotismo permite que el sujeto encuentre caminos accesorios para su satisfacción. Por ello, más allá del coito, el erotismo presupone una suma de modos similares que posibilitan el goce sexual, como el agarrarse de las manos, be-

sarse, abrazarse, acariciarse, fantasear, masturbarse y seducirse (7)(8)(11). Implica también generar contextos de erotismo, que faciliten la circulación del deseo, en donde los diversos cuidados de sí mismo o misma, ropas, perfume y demás elementos que puedan generar goce y placer (20).

En la vejez pueden darse nuevos aprendizajes con relación al erotismo. Se capitalizan experiencias previas y de destacan y priorizan otros valores en el acto sexual. Hay un incremento del interés por la calidad más que por la cantidad y el coito, especialmente en las mujeres, se puede volver más opcional (20).

El amor y la sexualidad se representan como oportunidades para expresar pasión, admiración o afecto y permiten una readecuación del propio cuerpo como lugar de goce (3) Además, son factores protectores frente a la ansiedad. Es por eso por lo que también se debe velar por una pluralidad en las imágenes que se muestran en la cultura acerca de la sexualidad en la vejez, promoviendo modelos de identificación más diversos y que posibilitan la exploración y circulación del deseo.

8. Intervenciones

Las maneras de intervenir pueden dirigirse a la promoción, la prevención y la asistencia, las que pueden ser pensadas tanto a nivel individual, grupal o comunitario.

Una de las vías regias es la psicoeducación. Si bien el concepto surge en relación a la presencia de una patología y su abordaje, también puede pensarse de forma más amplia a nivel de la prevención y promoción de salud. De una manera más general, psicoeducar implica generar conocimiento, recursos y herramientas para comprender mejor una situación específica (20). Es un mecanismo que empodera, incrementando los niveles de control y los mecanismos de afrontamiento. Por ende, hay un aumento en la seguridad personal, impactando positivamente en la autoestima, la autonomía y la calidad de vida.

Las maneras de intervenir pueden involucrar diversas estrategias. En el caso de la temática de este artículo, la psicoeducación se puede realizar en el consultorio, en la residencia de larga estadía, en los grupos de reflexión y en diferentes instancias y dispositivos donde las personas mayores se atiendan o desarrollen actividades (20).

Otra de las herramientas que pueden servir para intervenir es la generación de espacios de capacitación y reflexión. Esto puede llevarse a cabo, tanto dentro como fuera de las instituciones. Conocer más sobre la temática ayuda a generar herramientas y buenas prácticas para su abordaje (20). Por último, contar con espacios de reflexión permite debatir y poner en escena temores, situaciones dilemáticas e inquietudes que puedan tener los diferentes actores. Facilitar la comunicación fluida, libre de prejuicios y respetuosa particularmente en una generación que no accedió a una formación adecuada y en un contexto social que está habilitando día a día más posibilidades de información clara y científica.

REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo (Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach). 2018.
2. Bauman Z. On Postmodern Uses of Sex. *Theory, Culture and Society*. 1998;15(3-4).
3. Iacub R. Erótica y vejez: perspectivas de Occidente. 2006;
4. Chung HS, Kim GH, Shin M-H, Park K. Physical Intimacy Is an Important Part of Sexual Activities: Korean Older Adults Study. *Sex Med*. 2020/08/06 ed. diciembre de 2020;8(4):643-9.
5. Levy B, Banaji M. Ageism, Stereotyping and Prejudice against Older Persons. Todd D. Nelson (comp.). 2004;
6. Iacub R. Identidad y envejecimiento. *Paidós*. 2011;289:256.
7. Iacub R, Mansinho M. El erotismo y la sexualidad en la vejez. En: Ferreira JP y Ramos Melhado V, organizadores. *Gerontologia: perspectivas teórico-analíticas*. Alínea Editora. 2021;(1):105-10.
8. Torres Mencía S, Rodríguez Martín B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Española de Salud Pública*. 2019;93.
9. Waite LJ, Laumann EO, Das A, Schumm LP. Sexuality: measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009/06/04 ed. noviembre de 2009;64 Suppl 1(Suppl 1):i56-66.
10. Lindau ST, Laumann EO, Levinson W, Waite LJ. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2009;46(3):74-86.
11. von Humboldt S, Low G, Leal I. Are older adults satisfied with their sexuality? Outcomes from a cross-cultural study. *Sex Med*. 3 de mayo de 2020;46(5):284-93.
12. McCabe MP, Taleporos G. Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*. 1 de agosto de 2003;32(4):359-69.
13. Laumann EO, Waite LJ. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57-85 Years of Age. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 de octubre de 2008;5(10):2300-11.
14. Iacub R, Tuchmann C, Herrmann B. E. El erotismo y las demencias. En Allegri R, Roqué M. *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario*. 2015;1:129-133.
15. Rector S, Stiritz S, Morley JE. Sexuality, Aging, and Dementia. *The journal of nutrition, health & aging*. 1 de abril de 2020;24(4):366-70.
16. Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. *Australasian Journal on Ageing*. 1 de junio de 2020;39(S1):71-3.
17. Aguiar RB, Leal MCC, Marques AP de O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(6):2051-62.
18. Iacub R, Rodríguez R. [The eroticism of persons with dementia in nursing homes for the elderly]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*. diciembre de 2015;XXVI:120-4.
19. DeLamater J, Moorman SM. Sexual behavior in later life. *J Aging Health*. 2007;19(6):921-45.
20. Iacub R, Mansinho, M. El erotismo y la sexualidad en la vejez. Acerca de la pluralidad de los goces. En PROCAM. Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor. Tercer Ciclo. Módulo 1. Organizado por la Sociedad Argentina de gerontología y geriatría. Editorial Médica Panamericana. 2016;147-61.

2.3 PÉRDIDAS Y DUELOS

Daniela Thumala Dockendorff

Psicóloga clínica.

Doctora en psicología y Magister en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile.
Profesora titular, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Investigadora Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO).
Miembro del Centro Interuniversitario en Envejecimiento Saludable (CIES).

Ideas centrales

- La pérdida en la vejez puede conceptualizarse como el reporte que hace una persona mayor de cambios experimentados durante su envejecimiento que evalúa como negativos, generalmente irreversibles y que le dejan muy pocas posibilidades de control para su modificación, constituyéndose así como una nueva condición para su vida.
- A diferencia de etapas más tempranas del curso vital, en la vejez suelen acumularse diversos tipos de pérdidas, como la muerte de seres queridos, la pérdida de capacidad y/o salud física, de relaciones afectivas significativas, de integración social, de condiciones de vida materiales y cognitiva. Así, las pérdidas pueden ser uno de los estresores más frecuentes y relevantes en la etapa de la vejez.
- La pérdida, como un estresor psicológico, genera una reacción emocional que se denomina duelo. El duelo supone un proceso de sufrimiento normal, no patológico, en el que se puede experimentar tristeza, culpa, rabia, dificultades del sueño, pensamientos intrusivos sobre la pérdida, entre otras formas de malestar.
- Se recomienda atención clínica si el duelo cursa de un modo “complicado” y/o “persistente” o bien si la persona mayor (o su entorno) considera que no está pudiendo manejar su aflicción por sí misma y solicita ayuda, independientemente que el proceso de duelo cumpla o no con todos los criterios de complicación o riesgo.
- Respecto al abordaje psicoterapéutico, más allá de los diferentes enfoques teóricos, es importante considerar los procesos de afrontamiento desplegados durante los procesos de duelo, pues se prestan para el diseño de intervenciones terapéuticas y preventivas dado su carácter modificable.
- El modelo de afrontamiento de Brandtstädter aborda el afrontamiento en el curso vital, particularmente en la vejez, ofreciendo una mejor comprensión de la manera en que las personas mayores enfrentan sus pérdidas. El modelo distingue un modo asimilativo, en el que se busca modificar las condiciones que se enfrentan y un modo acomodativo, el cual se activa cuando no es posible cambiar la situación, como en las pérdidas, y se requiere de un ajuste flexible a las nuevas condiciones de vida.

Ideas centrales (continuación)

- La acomodación no implica una resignación amarga, sino una sensación de tranquilidad, de estar “en paz” con la pérdida, la disminución significativa de emociones displacenteras y, en ocasiones, puede haber un crecimiento asociado al estrés.
- ¿Cómo se puede favorecer la acomodación? Se describen y diferencian procesos de afrontamiento efectivos para lograr la acomodación (p.ej.: reconocimiento, búsqueda de sentido, distracción) de aquellos poco efectivos (p.ej.: negación, postergación).
- Finalmente, algunas consideraciones generales para la intervención clínica: distinguir los procesos de afrontamiento de las personas que los despliegan, considerando en cada caso las características particulares de cada consultante. Si el malestar del paciente resulta limitante y/o prolongado en el tiempo, es recomendable una interconsulta médica para la evaluación de la pertinencia de medicación. La atención clínica puede ser individual, familiar o centrada en algunos miembros del círculo cercano a la persona en duelo, dependiendo de quién(es) requiera(n) ayuda.

Las pérdidas pueden considerarse como uno de los estresores más frecuentes y relevantes en la etapa de la vejez. El malestar, como también la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos, tienen relación, entre otros factores, con la experiencia de duelo ante las pérdidas que suelen acumularse en esta etapa de la vida. En este capítulo se hará referencia a los tipos de pérdidas que suelen experimentarse en la vejez, la experiencia de duelo y consideraciones para su abordaje clínico.

1. ¿Por qué cobran especial relevancia las pérdidas en la etapa de la vejez?:

Para Baltes (1) en esta etapa las pérdidas superarían en número a las ganancias, por lo que este balance es cada vez más negativo con la edad. De hecho hay evidencias que, a nivel subjetivo, la relación entre pérdidas y ganancias, a medida que aumenta la edad, tiende a ser evaluada por las propias personas de manera negativa (1) (2).

Una de las razones por las que suelen experimentarse más pérdidas en la vejez tiene relación con lo que Baltes (1), desde una perspectiva evolutiva y ontogenética, ha señalado como la “arquitectura incompleta” del desarrollo humano. El atributo de “incompleta” derivaría principalmente de dos condiciones. En primer lugar, la evolución biológica y cultural en nuestra especie no ha llegado a un punto de detención, sino que se trata de un proceso en curso. La segunda condición, y la más importante, es que la arquitectura biológica y cultural de la ontogenia humana está relativamente poco desarrollada para la segunda mitad de la vida. Dicho de manera breve, la co-evolución de los aspectos biológicos y culturales se caracteriza, en la vejez, por una pérdida de plasticidad y potencial biológico, un consecuente aumento de la necesidad de mecanismos compensatorios culturales (como bastones u otros), y debido al aumento de pérdidas, la decreciente capacidad de dichos mecanismos para satisfacer esta necesidad. Ni la biología ni la cultura han tenido aún la suficiente oportunidad para desarrollar un adecuado andamiaje para las últimas etapas de la vida, por lo que estaríamos frente a la paradoja de que históricamente la vejez, como la prolongada etapa que ahora observamos, es joven. Así, por primera vez, la humanidad se ve enfrentada al fenómeno de un acelerado envejecimiento poblacional, con los múltiples desafíos que ello implica. Uno de ellos, para la Psicogerontología (capítulo 1.3.), tiene directa relación con la mantención o recuperación del bienestar psicológico frente a la acumulación de pérdidas que se experimentan durante la vejez.

2. Las pérdidas en la vejez

¿Qué se entiende por pérdidas en la vejez?, ¿cuáles son las más comunes? ¿cómo se acumulan? La literatura especializada no coincide en una conceptualización que permita una clasificación de la variedad de tipos de pérdidas que se experimentan en la vejez. Como señala Baltes (1) lo que puede considerarse una pérdida en el desarrollo humano no tiene una sola definición, más bien éstas se han relacionado con las diversas opciones teóricas y empíricas de los investigadores. Es así, como la mayoría de las investigaciones se centran en uno o dos tipos de pérdidas, por ejemplo la muerte de la pareja o la pérdida de funcionalidad, pero en general no abordan de manera conjunta la diversidad de experiencias que podrían ser consideradas como pérdidas.

Con el propósito de conocer cuáles experiencias son evaluadas como pérdidas por las personas mayores, y con el objetivo de establecer una categorización de las mismas, Thumala (3) realizó un estudio cualitativo en el que la pérdida en la vejez se conceptualizó **como el reporte que hace una persona mayor de cambios experimentados durante su envejecimiento que evalúa como negativos, generalmente irreversibles y que le dejan muy pocas posibilidades de control para su modificación, constituyéndose así como una nueva condición para su vida.** A partir de esta conceptualización, y de la información obtenida por medio de entrevistas semi-estructuradas, se distinguieron de seis tipos (categorías) de pérdidas, cada una de las cuales fue caracterizada a partir de los reportes que las mismas personas mayores hicieron sobre lo que consideraron una pérdida experimentada en su vejez. Este procedimiento permitió construir, y posteriormente validar, un instrumento de medición de pérdidas en la vejez que permite establecer relaciones con otras variables (3). A continuación se describen estos seis tipos de pérdida ilustrándolas con una frase que las sintetiza. Se presentan, además, algunos ejemplos extraídos de las entrevistas realizadas en el estudio señalado.

2.1. Tipos de pérdidas experimentadas en la vejez (3)

a Pérdida de capacidad y/o salud física (*“El cuerpo ya no me deja hacer lo mismo que antes”*): Reporte de una disminución significativa de la capacidad física y/o sensorial, por ejemplo, la percepción de menor fuerza muscular y/o de energía. Tales dificultades son asociadas por las personas mayores a su envejecimiento, pudiendo deberse a alguna enfermedad diagnosticada o ser sólo una sensación no atribuible a alguna patología específica.

“Me canso más que antes...”

Hombre, 65 años

Incluye también las restricciones debidas a una enfermedad o condiciones que impiden mantener hábitos previos (p.ej.: restricciones en la dieta).

“... y se encuentra con el doctor, que el doctor le empieza a suprimir, a controlar hasta la alimentación se la controlan... ‘no me coma mantequilla, no me coma huevo, no me coma carne’, anda ahí comiendo pescado y comiendo pollo y... limitado... pescado, mucho pescado”.

Hombre, 85 años

También el reporte de dificultades en la respuesta sexual, cuando es considerado como problema, se incluye en esta categoría.

“Tengo menos capacidad sexual... Ahí se nota que uno está más viejo, porque uno se siente incapaz de hacer lo que siente o medianamente capaz, entonces uno siempre quiere que la pareja lo pase bien... y entra la terrible duda ¿lo estará pasando bien o estará ahí no más?”

Hombre, 65 años

b. Pérdida de relaciones afectivas significativas (“*Mis relaciones ya no son como antes*”): Reporte de cambios negativos en las relaciones afectivas significativas durante la etapa de la vejez. Hay sensación de pérdida de lazos y/o soporte afectivo. Puede implicar separación, distanciamiento o cambios considerados negativos en el tipo de relación (p.ej.: tener a la pareja con demencia).

“...pero ahora pienso eeh... que me dejaron como sola, me han dejado... como abandonada me siento, abandonada de mi familia, porque tengo nietos que no son chicos ya son grandes la mayor tiene 24 ya y es grande (...) pero por lo menos yo digo ‘una llamadita por teléfono me hace tan feliz, una llamada’, ‘hola mami’ (...) eeh esta situación en que yo vivo, les he dicho a mis hijos, a todos, pero a nadie le importa”.

Mujer, 75 años

c. Pérdida por muerte de seres queridos. (“*Ya no están los de antes*”): Reporte de la muerte de personas significativas para las personas mayores. La viudez es lo más común, no obstante puede ser la muerte de otras personas cercanas.

“En estos últimos años, bueno, de estar bien casada, bien feliz y todo, murió mi esposo mmm... también eso marca mucho mmm... y uno, por supuesto tengo afecto, el cariño de mis hijos, de mis nietos y todo, pero que no es lo mismo”.

Mujer, 77 años

d. Pérdida de integración social (“*No ocupo el mismo lugar social que antes*”): Reporte de dejar de pertenecer a espacios sociales, más allá de los familiares, asociado al hecho de envejecer. Refiere a la pérdida de roles cívicos o sociales, por ejemplo, cuando la jubilación no es deseada. También alude a la falta de oportunidades o vulneración de derechos, como la dificultad para encontrar trabajo debido a la edad.

“Entonces de repente me dicen ‘no, tienes que irte, te vas o te vas, por la edad’ y ahí me di cuenta recién que era vieja, es decir, persona mayor que tratan de... de darle ese término de la tercera edad para que no suene tan feo, pero el término es viejo”.

Mujer, 67 años

e. Pérdida de condiciones de vida materiales (“*No dispongo de todas las cosas de antes*”): Reporte de una percepción de cambios del entorno físico y/o material, evaluados como negativos y asociados al hecho de envejecer, como dejar la casa de toda la vida porque ya no se justifica y/o es difícil mantenerla. Incluye la disminución del poder adquisitivo por vivir con menos ingresos, generalmente de una pensión, y tener más gastos, fundamentalmente de salud.

“...era demasiado mantener una casa de ese tamaño ¿me entiendes tú? Pero el error que cometí yo fue no haber buscado casa (...) pensé que me iba a acostumbrar (...) pero la verdad que no...”

Mujer, 74 años

f. Pérdida cognitiva (“*La cabeza ya no me responde como antes*”): Reporte de una disminución de la capacidad para responder a desafíos intelectuales y/o pérdidas de memoria, asociado por las personas mayores a envejecer.

“Incluso mentalmente la... me ha ido disminuyendo la capacidad, porque me cuesta... me cuesta, mmm... recordar muchas veces las cosas”.

Mujer, 83 años

Se puede apreciar que hay una diversidad de situaciones que las personas mayores pueden experimentar y evaluar como una pérdida en su vejez. De entre todas ellas, la experiencia clínica da cuenta, generalmente, de un reporte más recurrente de la pérdida de salud y/o capacidad física y la pérdida por muerte de seres queridos. Como estas pérdidas u otras, pueden reportarse juntas o bien acompañarse de algunas más, se habla de una acumulación de pérdidas en la vejez.

Como se señaló, la clasificación de pérdidas expuesta se basó en la experiencia reportada por personas mayores y, dada la fidelidad de este reporte, hay algunos tipos de pérdidas, de valor teórico, que no fueron incluidos en esta categorización. Específicamente, es importante hacer referencia a la “pérdida de sentido de vida”, que puede presentarse frecuentemente en la vejez. Ahora bien –como las pérdidas antes señaladas remiten a hechos o cambios en las condiciones de vida que son evaluados por las personas mayores como pérdidas (p.ej.: enfermar y perder la salud)– posiblemente la “pérdida de sentido de vida” se encuentre en un nivel de abstracción distinto, en tanto varios de los tipos de pérdida descritos podrían derivar en una sensación de este tipo. Así, por ejemplo, perder la salud o la integración social puede afectar proyectos vitales y generar la sensación de vacío o pérdida de sentido. Por otra parte, y en la otra dirección, mantener un propósito de vida en la vejez puede jugar un rol protector de la salud mental, favoreciendo el despliegue de afrontamientos saludables a las dificultades o pérdidas (5). Así, desde un punto de vista clínico, conviene tener presente la temática del sentido de vida y su eventual pérdida en la vejez, pero reconociéndola en un plano de abstracción diferente a los tipos de pérdidas antes señaladas.

3. El duelo

La pérdida puede considerarse una forma de estrés psicológico. Para Lazarus y Folkman (6), este estrés surge de la evaluación que hace un individuo sobre una situación que considera demandante, o que excede sus propios recursos, y es perjudicial para su propio bienestar. Para estos autores, el estrés incluye diversos tipos de evaluaciones por parte de quien lo experimenta, como son las de daño / pérdida, amenaza y desafío. En cuanto a las evaluaciones de daño / pérdida, cuando éstas tienen relación con aspectos de importancia para la persona, pueden considerarse potencialmente más dañinas y, en consecuencia, altamente estresantes.

Un elemento importante sobre las pérdidas en la vejez es que a diferencia de las que se experimentan en edades más tempranas (p.ej.: pérdida del trabajo) en la vejez es más difícil volver a recuperar aquello que se ha perdido (p.ej.: encontrar un nuevo trabajo). Esta característica podría asociarse a un impacto negativo mayor. Sin embargo, existen importantes diferencias entre las personas mayores en cuanto al grado de tranquilidad, felicidad y seguridad que reportan sentir (7)(8) lo que da cuenta de la diversidad de reacciones y formas de enfrentar dificultades, como pueden ser las pérdidas.

Para Bayés (9) la reacción emocional ante una pérdida que es considerada importante, se denomina duelo. Para este autor, la pérdida efectiva tiene relación con la experiencia de indefensión, de percepción de una falta de control ante un hecho que supone un cambio importante para el individuo y que se asocia a una sensación de amenaza de un futuro incierto. El duelo, señala, supone un sufrimiento producido por la pérdida y su magnitud y evolución dependerán del valor que tenga para una persona lo que acaba de perder y de los recursos que disponga para enfrentar esta experiencia.

Los desarrollos teóricos sobre el duelo generalmente referidos a la pérdida por la muerte de un ser querido han sido diversos, no obstante en su mayoría coinciden en la importancia que las significaciones de los propios individuos juegan en la evolución del proceso. Como describen Gallagher-Thomson, et al. (10), para Freud el duelo implicaba un progresivo distanciamiento de la persona

persona fallecida que permitía una futura reestructuración de la propia identidad y roles sociales. En este contexto, enfatizaba no interrumpir el proceso de duelo, de modo que éste pudiera seguir un curso saludable. Igualmente los autores mencionados (10) señalan que desde la Teoría del Apego de Bowlby, aun cuando los vínculos afectivos pudieran debilitarse con el tiempo, éstos no se perderían. Worden (11) por otra parte, propone que el duelo, como proceso, no se trata de un fenómeno constituido por diferentes momentos que recaen sobre la persona, sino más bien de un conjunto de tareas que se derivan de la pérdida y que cada persona debe ir asumiendo de manera activa para volver a reajustarse al entorno.

Desde una perspectiva constructivista Neimeyer (12) destaca la importancia del significado que se construye en base a los acontecimientos, por sobre los hechos mismos. La narrativa, entendida como la forma en que un individuo integra los eventos de la vida en el marco de la concepción que tiene de sí mismo en relación con su entorno social, sería un elemento crucial en la evolución del proceso de duelo. Los cambios importantes desafían la coherencia de esta narrativa, tanto que el significado de la propia vida requiere ser reevaluado y posiblemente reorganizado. Se destaca la importancia que este enfoque da al entorno social y cultural en el proceso de construcción de esta narrativa. Hay que considerar que, si bien cada individuo construye una respuesta única en el proceso de duelo, ésta no sólo reflejaría su propia narrativa personal, sino también los significados que culturalmente se atribuyen a las pérdidas. En ese sentido, como señala Iacub (13) podría hacerse referencia a una suerte de “control social del duelo” donde los modelos culturales otorgan más o menos valor a ciertas pérdidas y con ello mayor o menor legitimidad al proceso de duelo, incidiendo así en su curso. La cultura, entonces, ofrecería modos de significación a las pérdidas y también parámetros para la vivencia del duelo, pues tácitamente éstos posibilitan o restringen su expresión.

Respecto del curso del duelo, visiones más tradicionales lo han descrito como un fenómeno que tiene un desarrollo caracterizado por etapas que los individuos transitan en la medida que van pudiendo reestructurar un sentido o significado del vínculo que han perdido. La experiencia clínica y la literatura señalan, sin embargo, que la experiencia de duelo es compleja y los sujetos no necesariamente transitan por etapas definidas y ordenadas (12). Las personas más bien experimentan algunas (varias) de estas etapas con una secuencia y duración que varía de acuerdo con una serie de factores, como el significado de lo perdido, la intensidad de la reacción emocional, los propios recursos psicológicos y el contexto personal y social, entre otros. Gallagher-Thomson, et al. (10), señalan que una propuesta diferente es la del modelo dual del procesamiento del duelo de Stroebe & Shut. En ella, el proceso de adaptación supondría dos tipos de afrontamiento, uno orientado a procesar las cogniciones relativas a la pérdida de otra persona y, el otro, orientado a redefinir la propia identidad en un nuevo contexto luego de su ocurrencia. La oscilación entre estos dos tipos sería necesaria para un adecuado procesamiento del duelo.

¿Es posible diferenciar un duelo normativo (“normal”) de uno que no lo es?, ¿cuándo el proceso de duelo puede requerir atención clínica? Las respuestas no están ajenas a controversias. Los diferentes modelos de duelo, particularmente por la pérdida de un ser querido, coinciden en señalar que se trata de un proceso normal, no patológico, en el que se considera esperable la presencia de sensaciones de malestar tales como tristeza, culpa, rabia, junto a dificultades del sueño, anhedonia, cambios en la alimentación y pensamientos intrusivos sobre la persona fallecida. Gamba-Collazos y Navia (14) señalan que la American Psychological Association describe al duelo como un sentimiento de pérdida, en especial por la muerte de una amistad, o una persona significativa, donde el sufrimiento experimentado no es indicado en su definición como un “trastorno” o “patología”.

Ahora bien ¿puede un duelo favorecer la aparición de algún trastorno mental? o ¿puede ser un factor de riesgo para la salud mental? Como destacan Gamba-Collazos y Navia (14) para autores como Bolwy o Worden cuando una persona en duelo acepta su pérdida y se ajusta a ello, su salud no se vería afectada. En este sentido el duelo, en sí mismo, no constituiría un riesgo pero, advierten estos mismos autores, en algunos casos este proceso puede complicarse y si constituirse en un riesgo para la salud.

La pregunta entonces es: ¿cuándo se considera que un proceso de duelo se ha complicado? Para algunos investigadores el duelo “complicado”, no normativo, se diferenciaría del trastorno depresivo mayor, del trastorno de estrés postraumático y del trastorno de ansiedad generalizada (15). El duelo complicado, para el caso del fallecimiento de un ser querido, implicaría una combinación de síntomas de ansiedad de separación y de emociones, cogniciones y comportamientos que pueden aparecer luego de la muerte o seis meses después y que interfieren en el funcionamiento de diversas áreas significativas del sujeto. Los síntomas, además, podrían asociarse a problemas graves de salud, pudiendo generar depresión, problemas cardíacos y abuso de sustancias, entre otros.

En esta misma línea, los manuales Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) tradicionalmente diferenciaban el duelo “no complicado” del duelo “complicado” y del “trastorno depresivo mayor”, donde este último no se diagnosticaba en presencia del duelo, salvo si se cursaba un duelo complicado. La exclusión por duelo en el diagnóstico de depresión se mantuvo hasta la versión DSM-5 donde fue eliminada (16). Actualmente, al duelo se lo enmarca dentro de los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no atribuible a trastorno mental que, por cierto, puede ocasionar síntomas que no excluyen el diagnóstico de depresión. Así, si en las clasificaciones anteriores, como el DSM-IV, se excluían del diagnóstico de depresión quienes presentaban síntomas luego de la pérdida de un ser querido, el DSM-5 no los excluye. Esta decisión no ha estado ajena a controversias. Para Obaid y Albagli (17), los debates sobre la consideración del duelo como una entidad que se distingue del trastorno depresivo mayor dan cuenta de modos diferentes de comprender la práctica sanitaria. En la distinción del duelo “complicado”, se trata de diferenciar lo que se considera normal de lo patológico, lo que implica clasificar el sufrimiento de la persona desde criterios normativos externos (habría un duelo normal y uno patológico, complicado) y, en la versión actual DSM-5, este criterio diferencial habría sido eliminado “bajo la primacía del síntoma descartando el valor de cualquier circunstancia biográfica concomitante a la enfermedad” (18). Los autores señalan que, en este último caso, lo relevante es aliviar el sufrimiento y la distinción entre normal y patológico deja de revestir vital importancia.

Esta controversia no es menor y, así como Obaid y Albagli (17), refieren que para algunos investigadores la no consideración del contexto estresor en el diagnóstico tiene el riesgo de aumentar falsos positivos en el diagnóstico de depresión. Más aún, señalan que estos mismos investigadores indican la necesidad de ampliar la exclusión a otros estresores, como la pérdida marital o del trabajo, por ejemplo. Por otro lado, aquellos investigadores que defienden la no exclusión de estos estresores, advierten el riesgo de aumentar falsos negativos. De hecho, indican que luego de una revisión de diversas investigaciones donde se comparaban episodios depresivos vinculados al duelo (complicados y no complicados) con toda otra clase de episodios depresivos, no observaron diferencias significativas entre estos dos grupos (17).

La controversia señalada da cuenta de los diferentes modos de comprender lo que es un diagnóstico, la importancia de la etiología y, además, de las epistemologías que están a la base de las distinciones realizadas. No es el propósito de este capítulo profundizar en esa discusión, pero se considera importante señalarla, pues las diferentes posturas tienen efectos. Por ejemplo, y como se señaló,

para algunos investigadores la actual clasificación DSM-5, implica un riesgo de falsos positivos. Para Obaid y Albagli (17), sin embargo, “en concomitancia con la medicalización de la tristeza, se desarrolló una despatologización de la depresión” (18).

Donde sí parece haber mayor acuerdo es en que la prolongación del sufrimiento en el tiempo sería un factor relevante al momento de considerar que un duelo puede ser un factor de riesgo para la salud. Por cierto, no es posible aplicar una norma universal que indique cuánto tiempo es el adecuado o normal para procesar un duelo, pero la investigación ofrece evidencia que apoya la relevancia del tiempo transcurrido desde la pérdida como factor relevante (14). En coincidencia con lo señalado anteriormente, Gamba-Collazos y Navia señalan que Prigerson et al. (14) observaron que el malestar persistente más allá de seis meses se asociaba de manera significativa a la aparición de trastornos depresivos, ansiosos, de estrés post traumático, ideación suicida y percepción de baja calidad de vida; esta asociación no se observó en quienes experimentaron malestar por menos tiempo luego de la pérdida. Estos mismos autores refieren que Ott (14), por su parte encontró una asociación entre la persistencia del sufrimiento por más de seis meses y la aparición de enfermedades y sensaciones de bajo bienestar general en los sujetos en duelo. Es así como actualmente el DSM-5 distingue el “trastorno de duelo complicado persistente” en su apartado “Afecciones que necesitan más estudio”, indicando que es una condición donde el sufrimiento y las dificultades adaptativas en diferentes ámbitos se mantienen, sin mejoría significativa, luego de doce meses en personas adultas y seis en personas menores de edad (14).

4. Abordaje clínico del duelo

¿Cuándo es necesaria una intervención clínica? ¿Frente a un duelo “complicado” o ante un “trastorno de duelo complicado persistente”? Como es esperable, la literatura sobre el tratamiento del duelo no termina de ser concluyente, probablemente ello se deba a la falta de consensos sobre las categorías de duelo y sus formas de medición. Lo anterior dificulta el desarrollo de investigaciones que permitan conocer cuáles intervenciones, frente a cuáles definiciones o categorías de duelo, resultan más efectivas. Posiblemente deba considerarse que cada experiencia de dolor es única y genera necesidades diferentes en cada persona (15).

Considerando lo expuesto, y desde una perspectiva clínica, se puede señalar que la intervención resulta oportuna cuando un individuo, en este caso una persona mayor (y/o su entorno cercano) la solicita. Ello puede deberse a que cursa un proceso de duelo que podría calificarse de “complicado” y/o “persistente” o bien la persona mayor estima que requiere de un acompañamiento, independientemente que el proceso de duelo cumpla o no con todos los criterios de complicación o riesgo. Parece ser suficiente el hecho que las personas, cuando consideran que no están pudiendo manejar su aflicción por sí mismas, puedan contar con ayuda profesional.

Como se señaló, por lo general, cuando se habla de abordaje clínico de un duelo se suele hacer referencia a la pérdida de un ser querido. De hecho, en el lenguaje coloquial la palabra “duelo” comúnmente se restringe a la reacción emocional por la muerte de una persona cercana. Difícilmente las personas dicen estar cursando un “duelo” cuando han experimentado otro tipo de pérdida. Es muy poco probable escuchar una solicitud de ayuda profesional para enfrentar el “duelo” por jubilar, por percibir un declive cognitivo o porque las relaciones significativas se han deteriorado; aun cuando todas estas experiencias refieren, técnicamente, a un duelo. Estas últimas consideraciones son relevantes, pues los motivos de consulta muchas veces no se expresan bajo el término de un duelo, sino más bien por un malestar psicológico o presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa.

Consideremos el siguiente ejemplo: una mujer mayor consulta por malestar, mal ánimo y llanto fácil que no atribuye a nada en particular. Al conversar con ella el terapeuta advierte que luego de jubilar, esta mujer, por diversas contingencias, no ha podido concretar los planes que tenía para esta etapa de la vida. Actualmente vive sola y su única hija con la que mantiene una “buena relación”, por razones de trabajo, se trasladó a vivir a otra ciudad, lejos de Santiago.

Aun cuando la consultante no habla de “duelo”, el ejemplo da cuenta que ha enfrentado al menos dos tipos de pérdida: una pérdida de integración social (la etapa post jubilación no resultó según sus planes y la paciente no se ha reinsertado en nuevas actividades ni ha adquirido nuevos roles) y una pérdida de relaciones afectivas significativas (si bien la relación con la hija es evaluada como “buena”, ésta cambió para ella de forma negativa, no es la misma dado el distanciamiento físico). Al igual que en el ejemplo, muchas consultas pueden tener relación con una vivencia de duelo sin que ello sea inicialmente expresado como tal.

Respecto del abordaje clínico, más allá de las diferentes orientaciones teóricas a las que adscriben los/as terapeutas, cabe destacar la importancia que tiene la manera en que las personas significan sus pérdidas y el modo en que las afrontan, en sus procesos de duelo. Es así como muchas personas mayores se recuperan frente a sus pérdidas y logran mantener buenos niveles de satisfacción (19) (20)(21)(22). Este fenómeno, señalado como la “paradoja de la vejez”, demuestra que el bienestar es posible en etapas tardías, aún frente a situaciones difíciles, dada la capacidad de las personas mayores para hacerles frente. En este sentido, el concepto de afrontamiento resulta particularmente útil para el abordaje del duelo ante las pérdidas, en este caso, de aquellas experimentadas en la vejez.

4.1. El afrontamiento a las pérdidas en la vejez

En términos generales, la definición del concepto de afrontamiento presenta pocas controversias. La mayoría de los/as investigadores/as se ajusta a la conceptualización propuesta por Lazarus & Folkman (6), quienes lo definieron como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, orientados a manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como demandantes o excediendo los recursos de la persona. En una posterior revisión sobre algunos aspectos del concepto, Taylor y Stanton (23), lo refieren como aquellos esfuerzos activos o intrapsíquicos orientados a manejar las demandas generadas por eventos estresantes. En esa misma línea, el afrontamiento para Skinner, Edge, Altman y Sherwood (24), es un concepto organizativo que se aplica a un vasto repertorio de acciones individuales que son usadas para hacer frente a experiencias estresantes. Así, actualmente, la noción de afrontamiento se aplica a un amplio rango de respuestas que comúnmente se utilizan para manejar las dificultades de la vida, por lo que resulta útil para comprender por qué algunas personas manejan mejor que otras el estrés, como el provocado por las experiencias de pérdida. Por cierto, otros factores tales como la personalidad, la propia historia y el contexto social y cultural pueden ayudar a comprender estas diferencias, pero el concepto de afrontamiento es uno de los que más se presta para el diseño de intervenciones terapéuticas y preventivas (25).

Respecto de cuáles son las conductas específicas orientadas a manejar el estrés, los procesos de afrontamiento, existe una variedad de intentos por definirlos, clasificarlos y medirlos, siendo los principales desafíos su nomenclatura, medición y determinación de efectividad (24). Posiblemente esta falta de consenso tenga su explicación en que el afrontamiento no remite a comportamientos específicos que puedan observarse inequívocamente sino a un constructo que abarca un vasto repertorio de acciones para manejar el estrés (24)(25)(26).

4.2. Importancia de la acomodación

Considerando las diferencias conceptuales en torno a los procesos de afrontamiento, para los propósitos de este capítulo se seleccionó el modelo de Brandtstädter (27)(28)(29). Se trata de un modelo que aborda el afrontamiento en el curso vital, centrándose en cómo las metas van regulándose a lo largo de la vida, particularmente en la vejez, ofreciendo una mejor comprensión de la manera en que las personas mayores enfrentan sus pérdidas. Este modelo dirige la atención a dos modos generales de afrontamiento que juegan un importante rol en el intento por mantener niveles satisfactorios de bienestar. Así, se diferencia un modo asimilativo, caracterizado por la búsqueda persistente de metas, de un modo acomodativo, que se caracteriza por el ajuste flexible de las propias metas a las opciones disponibles. El primero consiste en esfuerzos dirigidos a modificar una situación para satisfacer metas personales, con él las personas pueden mantener su autoestima e identidad siempre que exista una posibilidad razonable de alcanzar la meta u objetivo personal. Cuando los esfuerzos se vuelven ineficaces y se constata la imposibilidad de cambiar la situación se activaría el modo acomodativo. En este caso, se abandonan metas consideradas como imposibles y es la persona la que se ajusta a las condiciones que vive. Hay evidencias que quienes ocupan este modo frente a situaciones no modificables, muestran actitudes positivas hacia su vida, dándole mayor significado, continuidad y son más capaces de aceptar cambios irreversibles (28)(30)(31) como son las pérdidas experimentadas en la vejez. Así, **la acomodación resulta particularmente saludable frente a situaciones donde el intentar cambiar condiciones no deseadas ni esperadas puede ser inútil, consumir demasiados recursos y/o amenazar el logro de otras metas más valiosas** (32). De este modo el “dejar fluir” propio de la acomodación, parecería una buena alternativa en estos casos (31). Estudios en nuestro país señalan que la acomodación resulta, para muchas personas mayores, el tipo de afrontamiento más relevante para recuperar su bienestar y los diferencia de quienes aún no lo logran (4)(33).

4.3. Procesos de afrontamiento que favorecen la acomodación

La acomodación no consiste en un estado que se desee o se busque por sí mismo. Como se indicó, sólo se activa cuando las metas o condiciones son bloqueadas (27)(28). **Al igual que para el olvido, la acomodación no puede forzarse, pero las acciones que se emprendan pueden facilitar o entorpecer su consecución.** En este sentido, se coincide con posturas que reconocen en el proceso de duelo la participación activa del sujeto, ya sea en la resignificación de la propia vida (12) como en los comportamientos o tareas asociados a ello (11). Ahora bien, aun cuando la acomodación no es buscada o deseada por sí misma, es importante destacar que **no implica una resignación amarga, sino el asumir una postura realista que favorece el dejar de aferrarse a metas y encontrar satisfacciones en el estado presente** (28). En general, la acomodación se describe como una actitud más bien calmada que podría describirse como sabia (27), una “aceptación genuina, un consentimiento amable (...) no sólo un estado de resignación o cumplimiento a regañadientes” (24), lo que indica su carácter saludable.

¿Cómo se puede favorecer la acomodación? Las personas que consultan comúnmente dicen que “saben” que tienen que ajustarse a sus pérdidas pero, al mismo tiempo, se preguntan “cómo” pueden lograrlo. Al respecto, algunas investigaciones permiten recomendar, por ejemplo, el re-evaluar positivamente una pérdida al encontrarle algún aspecto beneficioso o bien mover los propios recursos hacia otras metas factibles (34); tomar una perspectiva más amplia (35); compararse con quienes están peor o focalizarse en aspectos positivos. Skinner et al., (24) han indicado la aceptación, distracción, reestructuración cognitiva y minimización como procesos específicos asociados a la acomodación, aun cuando aclaran que ésta podría lograrse con el despliegue de otras acciones no incorporadas en su revisión.

La falta de consenso sobre cuáles procesos de afrontamiento favorecen la acomodación motivó el desarrollo de una investigación sobre los procesos que resultaban más y menos efectivos para el logro de la acomodación en personas mayores chilenas (33), cuyos hallazgos se indican en lo que sigue. Específicamente el estudio señalado tuvo por propósito conocer cuáles procesos de afrontamiento despliegan las personas mayores frente a sus pérdidas, cuáles de estos procesos favorecen efectivamente el logro de la acomodación y cómo se relaciona el estado de acomodación alcanzado con su bienestar subjetivo. Para establecer la efectividad de los procesos de afrontamiento se compararon los procesos desplegados por quienes habían logrado la acomodación con los afrontamientos utilizados por las personas que, al momento del estudio, no la habían logrado. **El logro de la acomodación se estableció a partir de reportes de sensaciones de tranquilidad, de estar “en paz” con la pérdida, la disminución significativa de emociones displacenteras como la tristeza, el dolor o la rabia, y, en ocasiones, con significar la pérdida como una oportunidad de crecimiento personal, de ser una “mejor persona” luego de su ocurrencia.** Esto último, el reporte de aspectos positivos asociados a una experiencia negativa, ha sido descrito en la literatura de diversas maneras, siendo una de las más conocidas el “crecimiento postraumático”, término acuñado en 1995 por Tedeschi y Calhoun (36). El concepto hace referencia al hecho que hay personas que frente a eventos altamente estresantes o crisis vitales tienen la impresión de que ellas mismas y sus vidas mejoraron. Este último fenómeno se vincula con la noción de gerotranscendencia desarrollada por Tornstam (37), con la cual se destacan cambios positivos relacionados al envejecimiento. Específicamente, la gerotranscendencia refiere a la posibilidad de transitar desde una perspectiva materialista y racional del mundo hacia una trascendente, cósmica, la cual se acompaña de un aumento en la satisfacción con la vida. Weiss (38) por ejemplo, a partir de resultados de sus estudios propuso que el crecimiento por estrés puede ser visto como un acelerador de la gerotranscendencia. En esta misma línea, Read et al., (39) encontraron una relación positiva entre haber experimentado eventos negativos con un incremento en gerotranscendencia. Es interesante que el sufrimiento, en ocasiones, puede ser una fuente de crecimiento y posterior satisfacción vital.

Respecto de los procesos de afrontamiento, el estudio referido permitió la identificación y caracterización de dieciocho procesos de afrontamiento a las pérdidas experimentadas en la vejez (33). **Si bien ninguno de estos procesos, por sí mismo, determinaba el logro de la acomodación, quienes habían logrado la acomodación y quienes aún no lo hacían se diferenciaron por el predominio del uso de unos procesos por sobre otros.** De este modo, trece procesos resultaron más efectivos, en tanto fueron los más utilizados por quienes habían logrado el ajuste a sus pérdidas y cinco procesos caracterizaban más a las personas mayores que no habían logrado la acomodación, por lo cual se consideraron poco efectivos. A continuación se describen y se ejemplifican tales procesos.

4.3.1. Procesos de afrontamiento efectivos para el logro de la acomodación (33)

a. **Anticipación:** desarrollar acciones para prepararse a enfrentar una pérdida futura. Este proceso implica tomar decisiones y/o comprometerse en acciones para amortiguar sus efectos negativos al momento de su ocurrencia.

“Ya tengo dos hijas casadas y la (nombre) también va a formar su vida... asumo que ellas tienen que formar sus propias familias”.

Mujer, 61 años

b. Reconocimiento: diferenciar entre el estado deseable y la situación real acontecida, “ver lo que hay”. Implica esfuerzos activos para ajustar las expectativas a la realidad atendiendo a la imposibilidad de revertir las pérdidas y sus efectos, junto a la búsqueda del bienestar en el terreno de lo posible.

“Uno no vive de expectativas, uno vive de realidades”.

Hombre, 75 años

c. Distracción: retirar por momentos el foco de atención de la pérdida y situarse en situaciones menos dolorosas, eventualmente gratificantes y que ayudan a sobrellevarla.

“Salir... converso con la gente, me río... así que eso me da ánimo”.

Hombre, 71 años

d. Aceptación de la experiencia emocional: entregarse a sentir las emociones displacenteras asociadas a la pérdida, confiando en que el paso del tiempo ayudará a que su intensidad disminuya.

“Yo antes andaba llorando en la calle. Fue un proceso, pero ya no es tanto el dolor, ha ido menguando”.

Mujer, 61 años

e. Regulación de las emociones: esfuerzos por modificar los afectos displacenteros asociados a la pérdida tomando posturas activas para recuperar el bienestar.

“... cuando no tengo ganas de hacer nada es cuando me hago el ‘lavado de cerebro’ y digo ‘¡no!’ yo me doy ese ánimo”.

Mujer, 67 años

f. Búsqueda de sentido: redefinición de la pérdida considerando algún aspecto positivo de la condición actual o buscando comprenderla, intentando responder “por qué” ha ocurrido.

“Pasó lo que tenía que pasar, al momento que tenía que pasar, para ella fue el momento preciso de morir”.

Hombre, 71 años

g. Aplicación del humor: resaltar una faceta cómica o irónica en la pérdida. Implica mirar la pérdida desde una perspectiva que aminora su impacto emocional.

“... de repente que la talla ‘y la coja por aquí y la coja por allá’ (cantando y risas) entonces ya lo tomo así”.

Mujer, 65 años

h. Búsqueda y aceptación de apoyo social: pedir y acoger soportes del entorno, familiar o no. Incluye la generación de nuevas redes afectivas y el fortalecimiento de las actuales.

“...también tuve bastante cooperación de mis hijos...estuvieron todos en el cementerio... en la misa y después me ayudaron mucho” (Hombre, 77 años).

i. Entrega a una dimensión espiritual: confiar en una voluntad trascendente o espiritual, que puede ser o no religiosa.

“Tiene que confiar en que Dios lo hace por algo”.

Hombre 97 años

j. Establecimiento de nuevas opciones: construir metas alternativas o ajustar las actuales a las posibilidades presentes.

“Hacer proyectos para tener dinero para poder salir, y como le he dicho, en el voluntariado”.

Mujer, 71 años

k. Planificación: de acciones o tareas con el propósito de disminuir el impacto de la pérdida.

“Me organizo con mi pequeña pensión, con eso me manejo bien, sin muchos gastos”.

Mujer, 67 años

l. Mantenimiento de actividades de interés: realizar actividades consideradas atractivas y/o incorporar nuevas, a pesar de la pérdida.

“Yo generalmente estoy en un curso (...) porque quedarte en la casa mirando el techo todo el día eso es deprimente”.

Mujer, 71 años

m. Orientación a la solución de problemas: intento por modificar los aspectos negativos, pero controlables, de la situación que resulta luego de la pérdida.

“... invento como me las arreglo para abrocharme los zapatos ¿qué hice? compré zapatos con velcro”.

Mujer, 74 años

El logro de la acomodación suele combinar procesos, por ejemplo aquellos orientados a “dejar ir” o “soltar” –como el reconocimiento de la pérdida o la búsqueda de sentido– junto a otros que buscan modificar aspectos aún controlables asociados a las pérdidas, como la solución de problemas.

4.3.2. Procesos de afrontamiento poco efectivos para el logro de la acomodación (33)

a. Evitación: retirar constantemente el foco de atención de la pérdida resistiéndose a reconocerla, llegando incluso a negarla o actuar “cómo si” ésta no hubiera ocurrido.

“Bueno, yo siempre fui un poco como (...) ‘hoy día no, mañana pienso’ o sea trato de desecharlo”.

Mujer, 71 años

b. Rumiación: mantener reiteradamente el foco de atención en la pérdida.

“... dándome vueltas y pensando (...) ‘que podría haber dicho adiós, que podría haberle dado un beso, que podría haberme despedido’ así”.

Hombre, 77 años

c. Reclamo a una dimensión espiritual: demanda insistente de alivio o de cambio de las actuales condiciones de vida.

“Yo le pido al Señor que me de eso, se lo he pedido hace rato y se está olvidando”.

Mujer, 67 años

d. *“Wishful thinking”* elaboración de fantasías como soluciones ideales, sin evidencias, a los problemas asociados a la pérdida.

“Sigo pensando que un día me voy a ganar el Loto”.

Mujer, 71 años

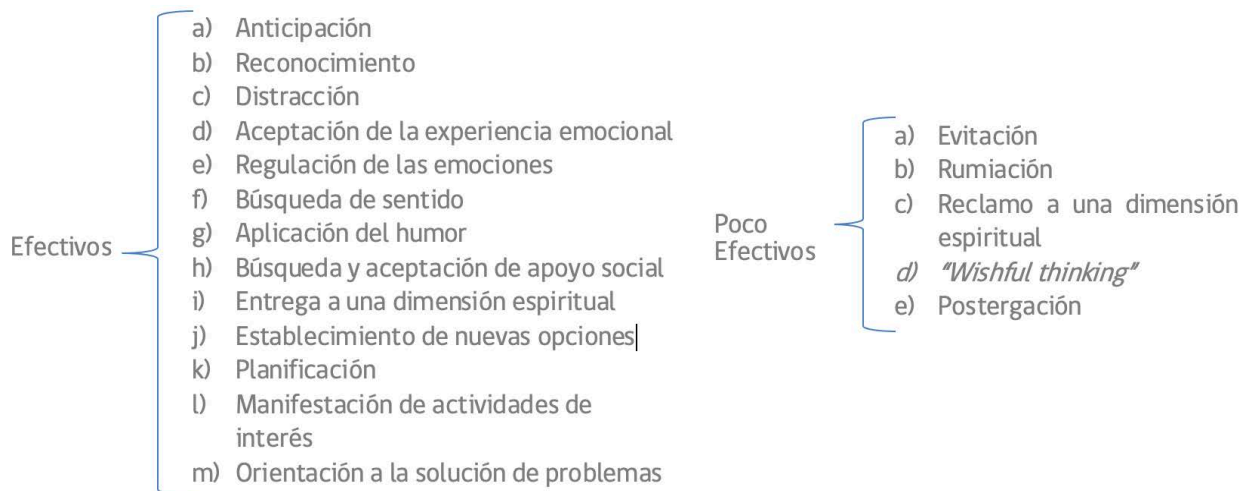
e. Postergación: dilatar en forma recurrente acciones que podrían disminuir el impacto negativo de la pérdida.

“Decía ‘¡no! ¿cómo voy a andar con bastón yo?! (...) y ese fue mi error, porque (...) cuando recién necesité, si hubiera usado bastón, no tendría mi pierna mala”.

Mujer, 61 años

Cabe indicar que no se observó una relación entre el logro de la acomodación con el tiempo transcurrido desde la pérdida, cuestionando la creencia popular que “el tiempo lo cura todo”. Por cierto, el tiempo transcurrido puede ayudar, pero no siempre parece ser suficiente. La forma en que las personas le hacen frente a la pérdida resulta relevante en su proceso de duelo, de hecho hubo participantes del estudio que no habían logrado la acomodación luego de varios años de transcurrida la pérdida. La figura 1 resume los procesos efectivos y poco efectivos descritos para el logro de la acomodación a las pérdidas en la vejez:

FIGURA 1: PROCESOS EFECTIVOS Y POCO EFECTIVOS RESPECTO A LOS PROCESOS DE AFRONTAMIENTO



Fuente: elaboración propia en base a (33).

4.4. Acomodación y bienestar subjetivo

Como es esperable, se observó en el estudio referido (33) que las personas que habían logrado la acomodación reportaban los más altos niveles de bienestar subjetivo. Por el contrario, la falta de acomodación se caracterizaba por el predominio de emociones displacenteras asociadas a la pérdida, tales como la rabia, tristeza sostenida, irritabilidad, desesperanza y por el abandono de actividades de interés. En este caso los niveles de bienestar subjetivo resultaban bajos.

Una variante se presentó en quienes habían logrado una sensación de tranquilidad o paz relativa, frágil frente a su pérdida y reconocían la necesidad de sostener permanentes esfuerzos para contrarrestar el malestar asociado a ésta, todo lo cual indicaba que aún había falta de acomodación. En estos casos el recuerdo de la pérdida generaba emociones displacenteras moderadas, sin embargo no llegaban a afectar el bienestar subjetivo. En este punto es necesario hacer referencia a la relación entre acomodación y bienestar subjetivo. Para Diener (40), el bienestar subjetivo alude al reporte del nivel de satisfacción vital y el predominio de afectos positivos o negativos. Se trata de una apreciación global de una persona sobre su vida, la cual incluye múltiples aspectos, no sólo las pérdidas. Así, la relación del bienestar subjetivo con la acomodación no es necesariamente lineal y probablemente tampoco unidireccional.

El bienestar subjetivo puede afectarse por el estado de la acomodación y, al mismo tiempo, estimular o limitar el despliegue de procesos que la favorecen (o no), de manera circular. Un ejemplo de ello se observó en una persona mayor que luego de muchos años transcurridos desde que su esposa lo había dejado declaró “me estoy transformando en un viejo amargado” en tanto aún sentía la misma rabia y se reconocía sin disposición a perdonar o comprender lo que podría haber sucedido. La validación de la rabia por eventos pasados hace años y la falta de disposición para redefinir su situación o perdonar dificultaba su acomodación y disminuía, progresivamente, su bienestar subjetivo. Por otra parte, hacer algo diferente que favoreciera la acomodación, como podría ser buscar algún sentido y “dejar ir”, requería de esfuerzos que probablemente esta persona no estaba en condiciones de realizar, dado su bajo nivel de bienestar subjetivo y alto malestar emocional. De este modo, pueden reforzarse mutuamente los comportamientos y el malestar manteniéndose en el tiempo o, como en este caso, empeorando. **Así, es posible considerar relaciones de mutua influencia, pero no determinantes, entre procesos de afrontamiento, acomodación y bienestar subjetivo.** Cuando estas relaciones refuerzan condiciones no saludables –por ejemplo entre procesos de afrontamiento poco efectivos, falta de acomodación y disminución del bienestar subjetivo– **un aspecto importante a resolver en la psicoterapia consiste en determinar clínicamente en qué parte de este de “círculo vicioso” primero intervenir.**

4.5. Consideraciones generales para la intervención clínica

Respecto al abordaje psicoterapéutico, **es importante diferenciar los procesos de afrontamiento de las características de las personas mayores que los despliegan.** La intervención clínica, en este caso psicogerontológica, debe reconocer la complejidad propia de los sistemas psíquicos (41). Los procesos de afrontamiento desplegados frente a una pérdida pueden variar de una persona mayor a otra en función de sus características personales, trayectorias de vida, contextos, entre otros factores. Para algunas personas la “entrega a una dimensión espiritual” será un afrontamiento posible, para otra puede ser absurdo y se orientará más a la “búsqueda y aceptación de apoyo social”. Los procesos de afrontamiento expuestos sólo permiten orientar la ayuda hacia quienes experimentan un proceso de duelo, básicamente describiendo lo que las mismas personas mayores han indicado como formas de hacer frente a sus pérdidas que les han ayudado a recuperar su bienestar.

Otro aspecto a considerar es que, si bien un proceso de duelo saludable se ve favorecido en la medida en que las personas van logrando la acomodación, es necesario tener presente la intensidad y duración de los síntomas que manifiesta la persona mayor o reportan los miembros de su entorno (16). **Cuando el malestar resulta limitante y/o, como se señaló anteriormente, el sufrimiento y las dificultades adaptativas se prolongan en el tiempo, sin mejoría significativa, es recomendable una interconsulta médica para la evaluación de la pertinencia de medicación.** Recordemos la relación entre procesos de afrontamiento, logro (o no) de la acomodación y bienestar subjetivo:

la disminución de la sintomatología puede favorecer el despliegue de procesos de afrontamiento saludables que favorezcan el logro de la acomodación. En otros casos sólo el refuerzo y despliegue progresivo de afrontamientos saludables será suficiente.

También es importante tener presente que la solicitud de ayuda profesional puede provenir de la persona mayor que cursa un proceso de duelo o bien de su entorno cercano, generalmente de su grupo familiar o de convivencia, que manifiesta preocupación por su salud mental. **En cualquiera de los casos, conviene que el abordaje considere quién y/o quiénes están más preocupados y motivados para recibir ayuda profesional, para focalizar ahí las intervenciones principales** (42)(43). Así, el abordaje podrá ser individual, familiar o centrado en algunos miembros del círculo cercano a la persona en duelo.

Por otra parte, cabe señalar que el procesamiento saludable del duelo no sólo puede facilitarse en contextos clínicos como la psicoterapia, sino también a través de otros dispositivos de salud mental, como intervenciones de carácter grupal o comunitarios, que estimulen en las personas mayores el despliegue de afrontamientos frente a sus pérdidas que favorezcan el logro de la acomodación.

Finalmente, el énfasis dado en este capítulo a los procesos de afrontamiento, diferenciando los que resultan efectivos de aquellos menos efectivos para el procesamiento del duelo, busca responder a la pregunta sobre “cómo” se puede favorecer la acomodación—es decir el ajuste saludable ante las pérdidas experimentadas en la vejez—destacando con ello el poder que las personas mayores tienen para mantener o mejorar sus niveles de satisfacción vital y de bienestar.

REFERENCIAS

1. Baltes P. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol*. abril de 1997;52(4):366-80.
2. Triadó, C. & Villar, F. Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. 73, 43-55. *Anuario de Psicología*, 1997;73:43-55.
3. Thumala Dockendorff, D. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educational Gerontology*. 2014. 40(5), 363-384.
4. Thumala-Dockendorff, D., Assar, R. Wenk, E., Arnold-Cathalifaud, M., Villagra, R., Lillo, P. & Slachevsky, A. Construction and validation of a scale of losses experienced in old age (SLO). *Educational Gerontology*. 2021, 47(11), 487-5015.
5. Reyes-Rodríguez MF, Cujiño-Medrano M-A, Cano-Santana D, Orozco-Barragán S, Pereira-Morales A, Díaz-Trujillo MC. Afrontamiento y viudez en la vejez: Estudio mixto en población colombiana. *Interdis-ciplinaria [Internet]*. 2020 [citado 3 de diciembre de 2021];37(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18062047007>
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company; 1984.
7. Belsky, J. *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: International Thomson Editores Spain Paraninfo, S.A; 2001.
8. Ardelt M. Wisdom and Life Satisfaction in Old Age. *The Journals of Gerontology: Series B*. 1 de enero de 1997;52B(1):P15-27.
9. Bayés, R. *Afrontando la Vida, Esperando la Muerte*. Madrid: Alianza.; 2006.
10. Gallagher-Thomson, D., Dupart, T., Liu, W., Gray, H., Eto, T. & Thompson, L. Assessment and treatment issues in bereavement in later life. E *Handbook of Emotional Disorders in Later Life. Assessment and treatment. Handbook of Emotional Disorders in Later Life Assessment and treatment*. 2008;287-310.
11. Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós; 2010.
12. Neimeyer, R. *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, España: Paidós; 2007.
13. Iacub R. Los duelos en la mediana edad y vejez. *Perspectivas Actuales desde la Psicología*. Compiladora Claudia Arias Mediana. Universidad Atlántida Argentina. 2017;191-229.
14. Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista colombiana de Psicología*. 2017;26(1):15-30.
15. Romero, V. Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*. 2013;10(2):377.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
17. Obaid, F. P., & Albagli, R. D. L. F. Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*. 2020
18. Obaid, F. P., & Albagli, R. D. L. F. Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*. 2020;
19. George LK. Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*. 1 de mayo de 2010;65B(3):331-9.
20. Woods, B. Normal and abnormal ageing. In: K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of Emotional Disorders in Later Life. Assessment and treatment*. 2008;33-58.
21. Cartensen, L., Miklels, J. & Mather, M. Aging and the Intersection of Cognition, Motivation and Emotion. In: J. Birren & W. Schaie (Eds), *Handbook of the Psychology of Aging*. Elsevier. 2006;343-62.

22. Fernández-Ballesteros, R. Psicología de la vejez. *Humanitas*. 2004;1:27-38.
23. Taylor SE, Stanton AL. Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol*. 1 de abril de 2007;3(1):377-401.
24. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*. 2003;129(2):216-69.
25. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*. 1 de febrero de 2004;55(1):745-74.
26. Duhachek A, Oakley JL. Mapping the Hierarchical Structure of Coping: Unifying Empirical and Theoretical Perspectives. *Journal of Consumer Psychology*. 2007;17:218-33.
27. Henselmans, I., Fleer, J., van Sonderen, E., Smink, A., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. The tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment scales: A validation study. *Psychology and Aging*. 2011;26(1):174-80.
28. Brandtstädter J. Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research*. 1 de marzo de 2009;14(1):52-62.
29. Brandtstädter J, Rothermund K. The Life-Course Dynamics of Goal Pursuit and Goal Adjustment: A Two-Process Framework. *Developmental Review*. 1 de marzo de 2002;22(1):117-50.
30. Hanssen MM, Vanclief LMG, Vlaeyen JWS, Hayes AF, Schouten EGW, Peters ML. Optimism, Motivational Coping and Well-being: Evidence Supporting the Importance of Flexible Goal Adjustment. *Journal of Happiness Studies*. 1 de diciembre de 2015;16(6):1525-37.
31. Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology*. 2011;30(6):763-70.
32. Aldwin CM, Skinner EA, Zimme Gembeck MJ, Taylor AL. COPING AND SELF-REGULATION ACROSS THE LIFE SPAN. En 2011.
33. Thumala, D., Gajardo, B., Gómez, C., Arnold-Cathalifaud, M., Araya, A., Jofré, P., & Ravera, V. Coping processes that foster accommodation to loss in old age. *Aging & mental health*. 2018;24(2):300-7.
34. Haase, C. M., Heckhausen, J., & Wrosch, C. Developmental regulation across the life span: Toward a new synthesis. *Developmental Psychology*. 2013;49(5):964-72.
35. Greve, W. & Strobl, R. Social and individual coping with threats: outlines of an interdisciplinary perspective. *Review of General Psychology*. 2004;2:271-99.
36. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage publication Inc. 1995;
37. Tornstam, L. Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology*. 2011;43(2).
38. Weiss T. Personal Transformation: Posttraumatic Growth and Gerotranscendence. *Journal of Humanistic Psychology*. 1 de abril de 2014;54(2):203-26.
39. Read S, Braam AW, Lyra T-M, Deeg DJH. Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? null. 2 de enero de 2014;18(1):117-24.
40. Diener, E. *Assessing Well-Being. The Collected Works of Ed Diener. Social Indicators Research Series*. Springer. Vol. 39. New York; 2009.
41. Luhmann, N. *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. México: Patria; 1991.
42. Hirsch, H., y Rosarios, H. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales*. Buenos Aires: Nadir; 1987.
43. Fish, R., Weakland, J.H. y Segal, L. *La Táctica del Cambio*. Barcelona, España: Herder; 1984.

2.4. SOLEDAD Y AISLAMIENTO

Ricardo Iacub

Psicólogo, Doctorado en psicología, Profesor en las Universidades de Buenos Aires Facultad de Psicología, UBA

Luciana Machluk

Psicóloga, Magíster en Psicogerontología, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires – Lic. en Psicología.

Daniela Thumala Dockendorff

Psicóloga clínica.

Doctora en psicología y Magister en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile. Profesora titular, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Investigadora Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO). Miembro del Centro Interuniversitario en Envejecimiento Saludable (CIES).

Ideas centrales

- El aislamiento social se entiende como la falta de interacciones con otras personas, a diferencia de la soledad la cual es sentirse solo o sola, incluso cuando se está con alguien.
- Dentro de las variables que condicionan la problemática de la soledad se encuentran: los duelos, la jubilación, las disminuciones sensoriales (pérdida de la audición, pérdidas de la visión, las limitaciones motrices), y los estereotipos negativos sobre la vejez “viejismo” o “ageism”.
- La soledad y el aislamiento social incrementan el riesgo de muerte tanto como la obesidad, así como también incrementa el riesgo cardiovascular; de la misma manera que el tabaquismo, el alcohol y el sedentarismo.
- A nivel físicos, la soledad y el aislamiento social puede generar un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, malnutrición, mala calidad del sueño, incremento en la actividad del eje hipotálamo-hipofisario adrenal y deterioro cognitivo. A nivel psíquico, puede existir un aumento del riesgo de depresión, episodios psicóticos y suicidios.
- Tanto el aislamiento social como la soledad se vinculan a comportamientos de salud más deficientes y un incremento de factores de riesgo, y donde la edad es uno de los factores de riesgo más importante para la soledad.
- Por el contrario, las conexiones sociales significativas se relacionan positivamente con la felicidad y la expectativa de vida.
- Las estrategias frente a la soledad y el aislamiento en personas mayores, se pueden dividir en 4 subgrupos: 1) considerado el más vulnerable, las personas mayores padecen tanto la soledad como el aislamiento social; 2) conformado por personas mayores aisladas socialmente pero que no se sienten solas; 3) conformado por aquellas personas mayores que tienen sentimientos de soledad, sin estar aisladas socialmente; 4) conformado por aquellas personas mayores que no padecen soledad ni aislamiento social.

Ideas centrales (continuación)

- Es de fundamental importancia generar la participación de los equipos que atienden personas mayores, para implementar programas que cuenten con una prescripción socio-sanitaria. Esta prescripción es entendida como la recomendación que hace un profesional de la salud en el marco de una consulta con respecto a recursos socio-sanitarios que existen en la comunidad, tales como los espacios socio-recreativos para personas mayores y los talleres, entre otros.
- Para ello resulta de fundamental importancia: a) Sensibilizar e informar; b) Prevenir; c) Fomentar la participación en espacios grupales; d) Abordar; e) Facilitar; f) Mejorar habilidades sociales.
- Numerosas investigaciones han demostrado que las relaciones sociales y una red social satisfactoria benefician tanto la salud física como mental e influyen en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, propiciando comportamientos y hábitos saludables.

La problemática que engendra la soledad y el aislamiento social está siendo visibilizada a nivel mundial, pudiendo reconocer los peligros para la salud pública y el bienestar subjetivo que conlleva, y que pueden incrementarse en la vejez. De acuerdo con la Quinta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez, aplicada el 2019, en Chile hay 460.000 personas mayores que viven solas y aproximadamente un 43,5% de quienes respondieron la encuesta percibe algún grado de soledad, observándose un aumento del 39,4% registrado en la aplicación del año 2016 (1).

Por ello, el conocimiento de los diferentes aspectos que puede atravesar el envejecimiento humano permitirá detectar situaciones de riesgo e intervenir, de manera apropiada y temprana, evitando de este modo, deteriorar la calidad de vida de las personas mayores. Para ello, será necesario diseñar acciones tendientes a visibilizar y facilitar la toma de conciencia de una temática poco atendida y altamente naturalizada.

En el presente capítulo se abordará, en primera instancia, las diferencias entre la soledad y el aislamiento social y la diversidad de situaciones que favorecen la aparición de estas problemáticas. Luego, se desarrollará el impacto que las mismas tienen sobre la salud de las personas mayores. Finalmente, se presentarán diversas estrategias para intervenir frente a la soledad y el aislamiento social.

1. ¿En qué se diferencian el aislamiento social y la soledad?

El **aislamiento social** se entiende como la falta de interacciones con otras personas, es decir, el individuo se encuentra alejado de sus relaciones y del contacto con otros o bien carece de estas relaciones (1). Esto suele ocurrir por condiciones medioambientales, que no suelen estar condicionadas por la edad, o porque algunas personas al envejecer dejan de participar en espacios de intercambio social, ya sea porque se encuentran con limitaciones en sus capacidades físicas como para trasladarse o comunicarse adecuadamente, no disponen de personas y espacios de encuentro, o tienen dificultades económicas para hacerlo.

La **soledad**, en cambio, es sentirse solo o sola, lo cual incluso puede sentirse cuando se está con alguien. La persona percibe que sus relaciones no tienen la frecuencia, intensidad, intimidad y calidad que desearía. Una vivencia frecuente del sentimiento de soledad se da cuando la persona participa

de una reunión social pero no se siente escuchada, integrada, valorada y/o respetada. También sucede cuando la mayoría de las relaciones que la persona tiene son percibidas como superficiales, de poca intimidad y baja calidad en el intercambio afectivo (1) El sentimiento de soledad se expresa de maneras diversas (2), asociándose con la desesperación, lo que incluye el miedo, la desesperanza, o la vulnerabilidad, con la tristeza y el vacío y la falta de proyecto vital, con el fastidio y el aburrimiento y con la baja autoestima, entre otros factores (2).

Conocer la diversidad en sus expresiones permite contar con más recursos para detectar esta situación tan preocupante y poder intervenir temprana y certeramente. Si bien entendemos que el sentimiento de soledad está multideterminado y que muchas de sus causas se basan en tipos de apego y personalidad, en este capítulo se abordarán aquellos factores que toman relevancia en el envejecimiento y que comúnmente favorecen la soledad y el aislamiento, como los duelos, la jubilación y los déficits sensoriales y/o motrices.

2. Variables que condicionan la problemática de la soledad

2.1. Los duelos: Como se mencionó en el capítulo de “pérdidas y duelos”, estos últimos pueden representar el inicio del camino que lleve a la soledad y/o el aislamiento, ya sea por el cambio concreto en la red de apoyo, como por las emociones que acompañan el proceso. Las pérdidas ocurren en todas las etapas de la vida, pero en la vejez se presentan con una mayor frecuencia. Entre las pérdidas que tienen las personas mayores, podemos mencionar la de seres queridos, mascotas, trabajo, capacidades, roles, entre otros (3).

2.2. La jubilación: Constituye un momento de gran cambio en la vida de una persona, y suele coincidir con la entrada en la etapa de la vejez. Este importante cambio de rol tiene características únicas en la vida de una persona mayor que, luego de haber pasado por diferentes instituciones educativas y por espacios laborales, por primera vez en su vida no tiene una tarea, un maestro o un jefe que organice su rutina diaria. Ahora sí el día a día depende de decisiones propias, organización y realización. Esto puede generar una sensación de gran libertad en algunas personas, pero también puede ocasionar temor o incertidumbre, en ocasiones producto de una preparación insuficiente para transitar esta etapa de cambio (4).

En el ámbito laboral la persona se nutre de una serie de intercambios con compañeros que pueden ejercer un rol muy importante a nivel de la sociabilidad. Es así como, en aquellas personas que no cuentan con redes sociales cercanas, como familia o amigos, la jubilación puede significar una pérdida de afectos y de un ambiente de encuentros muy valioso. En estos casos, intervenir anticipadamente es fundamental para evitar que esta persona, una vez que se jubile, aumente su aislamiento o se perciba más solo o sola (5). La anticipación de estos cambios de roles y de participación social puede ser prevista a partir de la preparación para la jubilación ya que no solo permite reformular los proyectos personales, sino también los ámbitos y personas con las que van a interactuar (4).

2.3. Las disminuciones sensoriales: Entre las principales disminuciones sensoriales que afectan el encuentro con los otros de las personas mayores están la disminución auditiva y la visual.

2.3.1. La pérdida de la audición relacionada con la edad se denomina presbiacusia, donde se observa una dificultad para oír y una baja tolerancia a ruidos fuertes. La persona mayor con esta deficiencia auditiva puede tener, no solo cierta dificultad para escuchar sino, también, para entender lo que se les está diciendo a determinada distancia o en ambientes ruidosos; esto le generará serias dificultades para seguir una conversación, por lo que puede generar obstáculos en la manera de vincularse con su entorno, constituyendo esta dificultad una puerta de entrada a situaciones de

aislamiento y soledad (4)(5).

Resulta frecuente que las personas con disminución auditiva presenten dificultad para mantener conversaciones, fundamentalmente cuando se encuentran hablando diferentes personas, de manera simultánea. Así como pueden necesitar aumentar el volumen del televisor y/o radio, generando tensiones en la convivencia, así como también una marcada dificultad para escuchar sobre el ruido de fondo (4).

De esta manera la disminución auditiva genera importantes obstáculos en la comunicación oral de las personas mayores, limitando su sociabilidad, además de constituir un factor de riesgo de problemas cognitivos. Una dificultad adicional es la tardanza en realizar consultas con especialistas, por lo cual la indicación de audífonos llega tardíamente. A lo que se agrega la baja adherencia al uso de los mismos, muchas veces relacionado con dificultades en el ajuste y seguimiento de la adaptación al uso de estas ayudas técnicas, o a temas estéticos asociados a considerarse más viejos por utilizarlos (4) (5).

Resulta de vital importancia favorecer las consultas tempranas en relación con la disminución auditiva de las personas mayores ya que no solo colaboraría en postergar los efectos de un posible deterioro cognitivo vinculado con la pérdida auditiva sino, también, en evitar el aislamiento (6). Las dificultades para escuchar palabras y, por lo tanto, entender el significado de lo expresado en las conversaciones, puede generar cansancio, frustración, estrés, enojo o resentimiento en las relaciones.

2.3.2. Las pérdidas de la visión en las personas mayores suelen relacionarse con la soledad y el aislamiento por diversas razones. Por un lado, limita la comunicación interpersonal por la pérdida de las señales no verbales (expresiones faciales, lenguaje corporal y movimiento de los labios) y por las dificultades motoras que genera para trasladarse en transportes públicos. De esta manera, los problemas en la visión se asocian con una baja participación social y con sentimientos de soledad (7). Además, es importante tener en cuenta que, cuando las personas mayores sufren una pérdida sensorial única, pueden compensarse algunos aspectos de la comunicación. Por ejemplo, las personas con disminución auditiva pueden utilizar la lectura de labios o el lenguaje de señas. Las personas con pérdida de la visión pueden depender del lenguaje hablado. Una situación agravada se establece en los casos en los que se da simultáneamente la pérdida de audición y visión, donde ya no son posibles estas formas de compensación.

2.3.3. En la vejez las limitaciones motrices tienden a aumentar, como por ejemplo en la marcha, el cual puede agravarse por enfermedades crónicas. La inestabilidad puede tener efectos físicos, a partir de las caídas que se generan, pero también emocionales ya que la persona teme no poder manejarse sola, como en el “síndrome post caída”, y por ello puede evitar los contactos. Lamentablemente la inestabilidad suele no ser tratada adecuadamente, salvo que las consecuencias físicas sean graves. Sin embargo, es una de las principales causas de deterioro funcional, discapacidad, muerte y un predictor de aislamiento e institucionalización. Las actitudes sobreprotectoras del medio pueden determinar la pérdida progresiva de movilidad, de autonomía o independencia, lo que puede llevar a un progresivo abandono de actividades que permitían contactos sociales (5).

Cada uno de los aspectos anteriormente desarrollados suman obstáculos a la socialización, limitando las posibilidades de participar activamente en actividades grupales y en ámbitos comunitarios, así como también, realizar actividades que antes resultaban muy sencillas de concretar y ahora resultan difíciles de llevar a cabo, tales como visitar amistades o familiares, concurrir a un profesional del área de la salud o medicina, hacer compras, ir al banco, entre otros.

Si bien se han presentado las situaciones con un ordenamiento didáctico, es importante tener en cuenta que las personas mayores transitan muchas de éstas de forma simultánea, situación que refuerza la predisposición que se presenta, en esta etapa vital, a desarrollar situaciones de aislamiento y/o soledad (5).

2.4. Otras variables que condicionan la problemática de la soledad

Diversos estudios mostraron una serie de factores en donde el sentimiento de soledad es más pronunciado en las personas mayores, por ejemplo en las personas de edad más avanzada, en las de menor nivel educativo, en los estratos socioeconómicos más bajos, en las mujeres y en las personas que se perciben más enfermas (8). Se agregan a estos factores los estereotipos negativos sobre la vejez y actos discriminatorios hacia esta población (el llamado “viejismo” o “ageism”), frecuente en nuestras sociedades, que contribuyen al aislamiento de las personas mayores. No es extraño que en la Quinta Encuesta de Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile, el 73% considera que éstas se encuentran “marginadas” (9). Más allá de estos factores, siempre es importante indagar los criterios más subjetivos que inciden en el aumento de la soledad o el aislamiento.

3. Soledad, aislamiento y su impacto en la salud

Al igual que el dolor físico o el hambre, la soledad es considerada como una señal aversiva que evolucionó para motivarnos a tomar medidas que minimicen el daño sobre nuestro cuerpo físico y social (10). El dolor físico protege al individuo de los peligros físicos. La soledad, evolucionó por una razón similar: para proteger al individuo del peligro de permanecer aislado. La idea de la soledad como dolor social es más que una metáfora. Estudios de resonancia magnética funcional muestran que la región del cerebro que se activa cuando experimentamos el rechazo social es, de hecho, la misma región -el cíngulo anterior dorsal- que registra las respuestas emocionales al dolor físico (11).

La soledad y el aislamiento social incrementan el riesgo de muerte tanto como la obesidad (12). La soledad incrementa el riesgo cardiovascular, de la misma manera que el tabaquismo, el alcohol y el sedentarismo. También aumenta considerablemente la probabilidad de morir prematuramente ya que se puede relacionar con hipertensión arterial, infarto, obesidad, falta de vacunaciones, adicciones, violencia, depresión y demencia, diabetes tipo 2, entre otros (13).

¿Qué tienen en común estas enfermedades? La mayoría de ellas, ya sea en su origen o en su desarrollo, pueden estar mediadas por un aumento crónico de la hormona cortisol, liberada durante situaciones de vida o hábitos que generan estrés crónico.

La investigación anteriormente mencionada (12) se centró en 70 estudios realizados entre 1980 y 2014, en el que se reunieron datos de más de tres millones de personas. En ellos exploraron en qué medida la soledad, el aislamiento social y/o el vivir solo afectan a las personas mayores. Una de sus conclusiones fue que la falta de conexiones sociales era perjudicial para la salud de las personas y representaba un factor de riesgo que incidía en la muerte prematura. Incluso las personas que eligen y valoran vivir solas no se encuentran exentas del sentimiento de soledad y sus consecuencias. Tanto el aislamiento social como la soledad se vinculan a comportamientos de salud más deficientes y un incremento de factores de riesgo. De hecho, los hallazgos de estos estudios prospectivos revelaron tasas de supervivencia más altas entre quienes poseían mayores conexiones sociales.

La soledad se considera un factor de riesgo de enfermedad y mortalidad (14). Una persona que se siente sola y aislada tiene mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales tales como: sintomatología depresiva, deterioro cognitivo y mayor incidencia de la enfermedad de Alzheimer, frag-

mentación del sueño y elevación de la presión arterial. La soledad también se asocia con el riesgo de experimentar ideación suicida o intentos de suicidio (15).

La edad es uno de los factores de riesgo más importante para la soledad. La distribución de la soledad en relación con la edad sigue una trayectoria compleja y no lineal con picos en los jóvenes (19-24 años) y los mayores de 70 años (16). En conjunto, todos estos factores pueden explicar por qué la soledad aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad (17). Por el contrario, las conexiones sociales significativas se relacionan positivamente con la felicidad y la expectativa de vida (18). En resumen, la soledad tiene una asociación muy importante con los problemas de salud físicos, como aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, malnutrición, mala calidad del sueño, incremento en la actividad del eje hipotálamo-hipofisario adrenal y deterioro cognitivo. También, hay una correlación muy fuerte entre la soledad y problemas de salud mental. Hay un aumento del riesgo de depresión, episodios psicóticos y suicidios.

A continuación, se describen con más detalle algunos de estos factores asociados a la soledad y aislamiento.

3.1. Enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares

En un meta-análisis de 23 estudios en donde se utilizaron 16 conjuntos de datos longitudinales, se encontró que las malas relaciones sociales (por ejemplo, el aislamiento social, la soledad) aumentaron el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, independientemente de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares tradicionales (19). Por su parte, en el Reino Unido se observó que las personas aisladas y solitarias tenían un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular (13).

3.2. Demencia y cognición

Numerosos estudios analizaron la asociación entre altos niveles de soledad, baja frecuencia de contacto con la familia, amistades, y escasa participación en grupos comunitarios con el riesgo de demencia y deterioro cognitivo en las personas mayores. Un meta-análisis de 2015 descubrió que un mayor riesgo de demencia se asociaba con altos niveles de soledad, contactos sociales infrecuentes y baja participación en grupos (20) (*less frequent social contact*) (RR: 1.57 (95% CI: 1.32-1.85). Por otro lado, este meta-análisis indicó que estos factores sociales aumentaban un 50%, aproximadamente, el riesgo de demencia, siendo esto comparable a factores de riesgo de demencia como la inactividad, la baja educación, la diabetes mellitus de tipo 2 y la depresión tardía (21)(22)(23).

Un marcado sentimiento de soledad en la mediana edad y vejez se asoció con elevados marcadores cardiovasculares y neuroendocrinos de estrés, deterioro del sueño y efectos fisiológicos pro inflamatorios, que podrían acelerar la neurodegeneración en el hipocampo y otras regiones del cerebro vulnerables a la enfermedad de Alzheimer y al deterioro cognitivo vascular (24)(25)(26)(27)(28).

Por último, las personas saludables cerebralmente que redujeron su interacción social han visto un deterioro cognitivo posterior más rápido, con altos niveles de amiloide cerebral, lo que indica un efecto interactivo adverso temprano de la baja conexión social y la patología del Alzheimer (29). Al contrario, un alto nivel de apoyo emocional en personas mayores se ha asociado con mayores niveles de factor neurotrópico derivado del cerebro y un menor riesgo de demencia, lo que sugiere que el enriquecimiento de las relaciones sociales podría promover la neurogénesis y la plasticidad sináptica (30).

3.3. Ansiedad y depresión

Un estudio que incluyó a más de 15.000 personas adultas y personas mayores alemanas de entre 35 y 74 años, mostró que los que tenían mayores niveles de soledad padecieron tasas más altas de depresión, ansiedad e ideación suicida, independientemente de la edad, el sexo, la pareja y el nivel socioeconómico (31).

Diversos estudios establecen que el poco apoyo social, el aislamiento social y la soledad están fuertemente relacionados con la depresión y la ansiedad (32). Aunque estas asociaciones no establecen la causalidad, las asociaciones temporales sugieren que el aislamiento social y la soledad probablemente causan o empeoran la depresión y la ansiedad (32).

3.4. Enfermedades crónicas y otros factores relacionados con la salud física

En la Encuesta de Salud de Suiza, se mostró que las personas que se auto identificaban como solitarios tenían un 41% más de probabilidades de verse afectadas por enfermedades crónicas autodeclaradas, un 31% más de probabilidades de tener niveles altos de colesterol, un 40% más de probabilidades de tener diabetes y un 94% más de probabilidades de informar un deterioro de la salud autopercebido (33).

En una muestra danesa, la soledad se asoció con un riesgo 2,5 veces mayor de mala salud autopercebida, un 91% más de riesgo de capacidades físicas limitadas y un 77% más de riesgo de múltiples diagnósticos (34). La evidencia específicamente relacionada con la conexión entre el aislamiento social y los comportamientos relacionados con la salud ha demostrado que las personas mayores que están aisladas son más propensas a tener comportamientos menos saludables, como dietas pobres, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol y falta de actividad física (35)(36)(37).

3.5. Ideación suicida e intentos de suicidio

La mayoría de los estudios que examinan el aislamiento social y la soledad han encontrado una fuerte relación entre la soledad y el intento de suicidio, independientemente de la depresión. Varios estudios (38)(39)(40), encontraron una relación entre la ideación suicida o las autolesiones en personas mayores que se sentían solas.

Lo que se pudo mostrar es que aislamiento social y la soledad están relacionados tanto con la ideación suicida como con los intentos de suicidio, incluso al margen de la depresión (38)(39)(40).

3.6. Mortalidad

Múltiples investigaciones han aportado pruebas sólidas de que la falta de contacto social y, en particular, una puntuación alta en las escalas de aislamiento social, ha sido asociada con un riesgo significativamente mayor de mortalidad. Este riesgo podría ser similar, o mayor, que otros factores de riesgo que han sido bien establecidos y ampliamente reconocidos y sobre los que actúan los sistemas de salud.

La revisión de los datos mostró la fuerte relación que existía entre el aislamiento, la soledad y el riesgo de fallecer precozmente. El aislamiento social (tener pocos contactos sociales o ninguno, o realizar pocas actividades sociales o ninguna) aumentó el riesgo de fallecer anticipadamente en un 29%. Así como el sentimiento de soledad también se asoció con un riesgo de un 26% más alto de muerte prematura.

Hakulinen et al. (13) indican que el aislamiento social y la soledad están asociados con un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, y entre aquellas personas con antecedentes de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, mayor riesgo de muerte.

Un estudio prospectivo de 20 años, con una muestra representativa a nivel nacional de más de 4.800 personas adultas y mayores en Alemania, sugiere que puede haber efectos sinérgicos del aislamiento social y la soledad. Las pruebas indican que cuanto mayor es el aislamiento social, más alto es el efecto de la soledad en la mortalidad, y que cuanto mayor es la soledad, más grande es el efecto del aislamiento social (41). Cuando se consideran conjuntamente el aislamiento social y la soledad, el aislamiento social sigue siendo un sólido factor de predicción de la mortalidad, pero la soledad parece más tenue.

4. Estrategias frente a la soledad y el aislamiento

Newall y Menec (42) propusieron, para facilitar la evaluación y el diseño de intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas mayores, dividir las en cuatro subgrupos:

4.1. El primer subgrupo, considerado el más vulnerable, las personas mayores padecen tanto la soledad como el aislamiento social. Resultan de difícil alcance por la carencia efectiva de redes sociales y suelen ser detectadas cuando están en una situación de emergencia (41). Por lo cual, es necesario evaluar esta complejidad para diseñar intervenciones que sorteen los obstáculos de llegada a estas personas mayores en riesgo, a las que denominan “ciudadanos ocultos”. Si bien este subgrupo es el que puede presentar más dificultades para ser alcanzado, podría ser el más beneficiado con los programas que se le ofrezcan (41).

4.2. El segundo subgrupo está conformado por personas mayores aisladas socialmente pero que no se sienten solas, por ejemplo, aquellas que viven en lugares poco poblados o que, por sus ocupaciones (por ejemplo, la actividad rural), han construido una vida con pocos contactos sociales, pero se muestran satisfechas con sus relaciones (41). Resulta importante analizar el nivel de vulnerabilidad de este grupo que, si bien no es el más alto, puede ser significativo y necesitar intervenciones precisas, particularmente cuando se presentan cambios significativos, como la viudez o ciertas discapacidades que pueden aumentar su aislamiento (41).

4.3. El tercer subgrupo está conformado por aquellas personas mayores que tienen sentimientos de soledad, sin estar aisladas socialmente. Sentirse solas, estando rodeado de personas, imprime a este padecimiento ciertos rasgos particulares (41). Resulta fundamental tener en cuenta un fenómeno que se observa cada vez más en personas mayores que conviven con otras generaciones de su familia y donde los niveles de soledad se asocian con la carencia de roles valiosos, o por sentirse poco escuchadas o integradas. El tipo de intervenciones necesarias para este subgrupo tendrá características diferentes al de los anteriores (41).

4.4. El cuarto subgrupo se encuentran aquellas personas mayores que no padecen soledad ni aislamiento social (41). Resulta fundamental brindar información sobre la temática para que puedan prevenir, ante posibles cambios vitales, este tipo de padecimientos.

La situación de disminución o carencia de vínculos sociales no debe ser un obstáculo para que las personas mayores puedan acceder a sus posibilidades de desarrollo y bienestar, siendo necesario hacer visibles los potenciales beneficios que tiene la participación en espacios diseñados para dar un soporte social, afectivo y emocional en distintos ámbitos de la comunidad (43).

Para muchas personas mayores el sistema de salud es el único punto de contacto con la comunidad, por eso es de suma importancia que los servicios de atención puedan identificar a las personas con riesgo de aislamiento social o soledad para establecer estrategias preventivas. Las personas mayores tienen que estar informadas acerca de los resultados de salud negativos asociados al aislamiento y a la soledad, para decidir sobre su salud en base a una información clara, precisa y fundada en co-

nocimiento compartido por la comunidad científica.

Es de fundamental importancia generar la participación de los equipos de atención, tanto a través de los médicos de cabecera, especialistas, como así también, de los profesionales de salud mental, para implementar programas que cuenten con una prescripción socio-sanitaria (43). Esta prescripción es entendida como la recomendación que hace un o una profesional de la salud en el marco de una consulta con respecto a recursos sociosanitarios que existen en la comunidad, tales como los espacios socio-recreativos para personas mayores y los talleres, entre otros. Es una herramienta que permite a los y las profesionales remitir a las personas a una serie de recursos comunitarios y que tiene como objetivo mejorar indicadores de salud en general y la calidad de vida. Esta herramienta se basa en la concepción de salud comunitaria y busca abordar las necesidades de las personas de una manera integral (43).

Para ello resulta de fundamental importancia: **a) Sensibilizar e informar; b) Prevenir; c) Fomentar la participación en espacios grupales; d) Abordar; e) Facilitar; f) Mejorar habilidades sociales.**

- a. Sensibilizar e informar:** Divulgar la temática de la soledad y el aislamiento, tanto en relación a los riesgos que conllevan como a la dificultad de su detección en relación al estigma asociado. La producción de guías acerca de la temática, tanto para las personas mayores, sus redes sociales, los equipos de salud y a la comunidad en general, deberá ofrecer contenidos claros y adecuados a cada sector (43).
- b. Prevenir:** Brindar información local sobre los espacios de inserción para personas mayores (centros de personas mayores, programas universitarios para las personas mayores, voluntariados, entre otros).
- c. Fomentar la participación en espacios grupales:** Generar espacios de alfabetización digital. “La inclusión digital no es simplemente una capacitación tecnológica ni un problema técnico que se debe solucionar: en efecto es un derecho y una oportunidad para garantizar la plena participación social y, con ella, construir una ciudadanía digital activa” (43).
 - Diseñar diferentes tipos de instancias, dentro de la comunidad, de detección de personas en riesgo de soledad e incorporar, en el sistema de salud, instancias de detección de personas en situación de soledad o con mayor riesgo de padecerla para, de este modo, poder intervenir tempranamente (43).
- d. Abordar:** Psicoeducación sanitaria individual y grupal. Explicar los cambios esperables en esta etapa de la vida posibilita transitar la misma con mejores herramientas. Esta estrategia ayuda a despejar temores fundamentados en ideas erróneas, la información precisa en el momento adecuado es de vital importancia (43); evaluar los componentes de la situación de soledad de la persona mayor con el objetivo de diseñar un esquema de intervención ajustado a sus necesidades (43); derivar a dispositivos de participación en la comunidad. Existen múltiples opciones de instituciones que promueven la participación de las personas mayores en la comunidad, como por ejemplo Clubes de día, Centros de jubilados, turismo social, colonias de vacaciones, Programas universitarios para personas mayores, entre otros (43).
 - Brindar contención y acompañamiento psicológico. En situaciones que lo requieran, es importante realizar una consulta con un profesional capacitado en psicogerontología (Ver capítulo 1.3). Puede buscarse por motivación personal o por sugerencia de personas de su entorno (familiares, amistades y/o coordinadores de espacios grupales a los que asista) (43).
 - Promover primeros auxilios psicológicos. El objetivo es brindar herramientas sencillas que aporten recursos y contención en momentos de soledad o aislamiento, a través de acompañamiento telefónico o de servicios ubicados en los centros de salud (43).

- e. **Facilitar:** Mejorar la accesibilidad arquitectónica y urbanística para posibilitar los encuentros. En este sentido es de gran importancia que los medios de comunicación, las veredas, los tiempos de los semáforos, entre otros, sean accesibles a los tiempos y recursos de las personas mayores (43).
- f. **Mejorar habilidades sociales:** Participar de espacios grupales donde se puedan adquirir conocimientos acerca de cómo mejorar la interacción con los demás y entrenar estrategias, colabora para mejorar las relaciones y el bienestar subjetivo. Las habilidades sociales se pueden entrenar tanto en relación a lo que se expresa como a las acciones. Si bien es recomendable abordar esta temática en espacios grupales, también se puede incorporar esta estrategia en dispositivos individuales (43).

5. Beneficios de participar de una red social

Como se ha mencionado anteriormente, resulta de gran importancia estar atentos a las crisis vitales donde hay cambios significativos en la vida de las personas mayores. La suma de situaciones que desencadenan la crisis vital perturba la vida cotidiana y la capacidad de un sujeto de encontrar redes significativas que amengüen la soledad y el aislamiento (44).

Existe amplia evidencia que muestra que una red personal estable, sensible, activa y confiable es saludable, es decir, protege a las personas de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia. También existe evidencia que indica que la presencia de enfermedad en una persona deteriora la calidad de su interacción social y, a largo plazo, el tamaño de su red social (44).

Numerosas investigaciones han demostrado que las relaciones sociales y una red social satisfactoria benefician tanto la salud física como mental e influyen en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, propiciando comportamientos y hábitos saludables. Por el contrario, cuanto menos integrada socialmente esté la persona se afecta en forma negativa su salud física y emocional. Reforzamos, entonces, que la pobreza vincular es un factor de riesgo para la salud, como también lo es el fumar, la presión arterial alta, la falta de actividad física, entre otros.

Muchas acciones de la vida cotidiana de la persona mayor son favorecidas a través del contacto frecuente y fluido con otros. La red social aporta múltiples beneficios:

El hecho de tener contacto con otros otorga un feedback en la comunicación con respecto a indicadores externos del estado de salud. Por ejemplo, alguien que de manera cotidiana pueda decir *"te noto cansado o cansada"*, o *"¿estás alimentándote bien?"* puede brindar un alerta sobre pequeños cambios que, de otra manera, pasarían inadvertidos para las personas mayores que se encuentran en situación de aislamiento (45).

Posibilita la recomendación de realizar una consulta médica ante la presencia de algún síntoma o malestar. La frecuencia de contacto con otras personas, permite observar señales de cambios que el individuo, tal vez, no puede advertir. Así como también, favorece el hecho de darle importancia a síntomas que, inicialmente, fueron desestimados por la persona mayor.

Favorece el desarrollo de la empatía a través de compartir situaciones vitales. Es el diálogo cotidiano y el intercambio de experiencias con el otro u otra, que permite que la persona se vea reflejada y que pueda ponerse en el lugar de ese otro u otra (45).

Refuerza aspectos positivos de la identidad. El intercambio afectivo posibilita que otras personas reconozcan fortalezas con las que la persona mayor cuenta y no las tiene tan presentes.

Favorece el empoderamiento y la autonomía en las decisiones. La interacción con otras personas permite una retroalimentación de experiencias que facilitan la motivación y la toma de conciencia de las propias posibilidades, componentes fundamentales en la construcción de las decisiones.

Estimula la cognición social. Poder aprender a través del intercambio vincular que se construye a partir de percibir y comprender lo que está ocurriendo a nivel emocional en los vínculos. Si bien existen diferentes definiciones de la misma, a los fines de esta guía resulta de utilidad pensarla como los *“procesos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones”* (45). La cognición social interviene en el modo en que se perciben, se reconocen e interpretan las emociones y conductas de las personas, por ejemplo, al reconocer emociones básicas en el rostro del otro u otra, o realizar una valoración del contexto. Esta posibilidad refuerza la capacidad de generar y sostener vínculos saludables que colaboran con el bienestar de la persona. Mediante la cognición social, es posible desarrollar empatía con la otra persona y comprender cómo se siente, anticipar situaciones y generar una respuesta. Cuando las personas se encuentran en situación de aislamiento o soledad, estos procesos mentales tienen menos posibilidad de ponerse en juego, limitando y/o interfiriendo la capacidad de comprender las emociones y conductas tanto propias como ajenas (45).

6. El rol de los equipos de salud frente a la soledad y el aislamiento

Un gran desafío para los equipos de salud será detectar a las personas mayores en situación de soledad y/o aislamiento, para ello se deberá focalizar en aquellas personas que cuentan con mayor riesgo de estar afectadas por las mismas. Por ejemplo, aquellas que hayan enviudado recientemente, o quienes estén transitando por la etapa post jubilatoria, entre otras situaciones que aumentan el riesgo de padecerlas.

Los procesos de adaptación a los cambios deberían conducir a una disminución en los sentimientos de soledad y de aislamiento social. Por lo cual es necesario tomar conciencia de la responsabilidad que tiene el equipo profesional para que estos ajustes promuevan nuevas formas de inserción y no naturalicen la soledad y el aislamiento.

Además, se puede incorporar a la consulta preguntas que colaboren con la detección de la soledad, para pasar a la administración de una escala, cuando se considere necesario*.⁵ La prioridad es que se incorpore esta problemática como una más para la que es necesario, como se ha mencionado anteriormente, establecer acciones en tres líneas: prevención, detección y abordaje.

“Cualquier miembro del equipo de atención primaria puede explorar los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y los vínculos afectivos con sus allegados de las personas que presentan estos factores de riesgo. El impacto de este condicionante sobre la salud merece que las historias clínicas electrónicas incorporen las escalas diagnósticas y que se favorezca su registro” (46).

REFERENCIAS

1. Baltes P. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol.* abril de 1997;52(4):366-80.
2. Triadó, C. & Villar, F. Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. 73, 43-55. *Anuario de Psicología.*, 1997;73:43-55.
3. Daniela Thumala-Dockendorff, Rodrigo Assar, Elisabeth Wenk, Marcelo Arnold-Cathalifaud, Roque Villagra, Patricia Lillo & Andrea Slachevsky. Construction and validation of a scale of losses experienced in old age (SLO). *Educational Gerontology.* 2021;
4. Thumala Dockendorff DC. Healthy Ways of Coping With Losses Related to the Aging Process. null. 1 de mayo de 2014;40(5):363-84.
5. Reyes-Rodríguez MF, Cujíño-Medrano M-A, Cano-Santana D, Orozco-Barragán S, Pereira-Morales Á, Díaz-Trujillo MC. Afrontamiento y viudez en la vejez: Estudio mixto en población colombiana. *Interdisciplinaria [Internet].* 2020 [citado 3 de diciembre de 2021];37(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18062047007>
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* Springer publishing company; 1984.
7. Belsky, J. *Psicología del Envejecimiento.* 2001;
8. Ardelt M. Wisdom and Life Satisfaction in Old Age. *The Journals of Gerontology: Series B.* 1 de enero de 1997;52B(1):P15-27.
9. Bayés, R. *Afrontando la Vida, Esperando la Muerte.* Madrid: Alianza.; 2006.
10. Gallagher-Thomson, D., Dupart, T., Liu, W., Gray, H., Eto, T. & Thompson, L. Assessment and treatment issues in bereavement in later life. E *Handbook of Emotional Disorders in Later Life. Assessment and treatment.* *Handbook of Emotional Disorders in Later Life Assessment and treatment.* 2008;287-310.
11. Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.* Barcelona, España: Paidós; 2010.
12. Neimeyer, R. *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo.* Barcelona, España: Paidós; 2007.
13. Iacub R. Los duelos en la mediana edad y vejez. 2017;191-229.
14. Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista colombiana de Psicología.* 2017;26(1):15-30.
15. Romero, V. Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología.* *Psicooncología.* 2013;10(2):377.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
17. Obaid, F. P., & Albagli, R. D. L. F. Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva.* 2020;
18. Obaid, Francisco Pizarro y Albagli, Rodrigo De La Fabián. Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva.* 2020;3.
19. George LK. Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B.* 1 de mayo de 2010;65B(3):331-9.
20. Woods, B. Normal and abnormal ageing. In: K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of Emotional Disorders in Later Life. Assessment and treatment.* 2008;33-58.
21. Cartensen, L., Miklels, J. & Mather, M. Aging and the Intersection of Cognition, Motivation and Emotion. In: J. Birren & W. Schaie (Eds), *Handbook of the Psychology of Aging.* Elsevier. 2006;343-62.
22. Fernández-Ballesteros, R. *Psicología de la vejez.* Humanitas. 2004;1:27-38.

23. Taylor SE, Stanton AL. Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annu Rev Clin Psychol.* 1 de abril de 2007;3(1):377-401.
24. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin.* 2003;129(2):216-69.
25. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol.* 1 de febrero de 2004;55(1):745-74.
26. Duhachek A, Oakley JL. Mapping the Hierarchical Structure of Coping: Unifying Empirical and Theoretical Perspectives. *Journal of Consumer Psychology.* 2007;17:218-33.
27. Henselmans, I., Fleenor, J., van Sonderen, E., Smink, A., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. The tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment scales: A validation study. *Psychology and Aging.* 2011;26(1):174-80.
28. Brandtstädter J. Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research.* 1 de marzo de 2009;14(1):52-62.
29. Brandtstädter J, Rothermund K. The Life-Course Dynamics of Goal Pursuit and Goal Adjustment: A Two-Process Framework. *Developmental Review.* 1 de marzo de 2002;22(1):117-50.
30. Hanssen MM, Vanclief LMG, Vlaeyen JWS, Hayes AF, Schouten EGW, Peters ML. Optimism, Motivational Coping and Well-being: Evidence Supporting the Importance of Flexible Goal Adjustment. *Journal of Happiness Studies.* 1 de diciembre de 2015;16(6):1525-37.
31. Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology.* 2011;30(6):763-70.
32. Aldwin CM, Skinner EA, Zimme Gembeck MJ, Taylor AL. COPING AND SELF-REGULATION ACROSS THE LIFE SPAN. En 2011.
33. Thumala, D., Gajardo, B., Gómez, C., Arnold-Cathalifaud, M., Araya, A., Jofré, P., & Ravera, V. Coping processes that foster accommodation to loss in old age. *Aging & mental health.* 2018;24(2):300-7.
34. Haase, C. M., Heckhausen, J., & Wrosch, C. Developmental regulation across the life span: Toward a new synthesis. *Developmental Psychology.* 2013;49(5):964-72.
35. Greve, W. & Strobl, R. Social and individual coping with threats: outlines of an interdisciplinary perspective. *Review of General Psychology.* 2004;2:271-99.
36. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering.* Sage publication Inc. 1995;
37. Tornstam, L. Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology.* 2011;43(2).
38. Weiss T. Personal Transformation: Posttraumatic Growth and Gerotranscendence. *Journal of Humanistic Psychology.* 1 de abril de 2014;54(2):203-26.
39. Read S, Braam AW, Lyra T-M, Deeg DJH. Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? *null.* 2 de enero de 2014;18(1):117-24.
40. Diener, E. *Assessing Well-Being. The Collected Works of Ed Diener. Social Indicators Research Series.* Springer. Vol. 39. New York; 2009.
41. Luhmann, N. *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general.* México: Patria; 1991.
42. Hirsch, H., y Rosarios, H. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.* Buenos Aires: Nadir; 1987.
43. Fish, R., Weakland, J.H. y Segal, L. *La Táctica del Cambio.* Barcelona, España: Herder; 1984.
44. Sluzki, C. De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En Dabas, E. y Najmanovich, D. *Redes: el lenguaje de los vínculos* (pp. 114-123). Paidós. 1995;114-23.
45. Ruiz, J. C., García, S. y Fuentes, I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología.* 24(1):37-155.
46. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria.* 1 de noviembre de 2016;48(9):604-9

2.5. SOBRECARGA EN CUIDADORES O CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES

Raffaella Carvacho Formas

Psicóloga de la Salud
Magíster en Psicología de la Salud
Millennium Institute for Care Research (MICARE), Santiago, Chile
Hospital Urgencia Asistencia Pública (HUAP)

Claudia Miranda Castillo

Psicóloga y Magíster en Psicología clínica,
Doctora en Envejecimiento y Salud Mental.
Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello
Millennium Institute for Care Research (MICARE), Santiago, Chile
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad

Andrés Trujillo Montebruno

Psicólogo clínico
Diplomado en psicoterapia cognitiva postracionalista y Diplomado en Enfoque de apoyo integral centrado en las personas.
Presidente de la Corporación Alzheimer Chile (período 2022-2024).

Ideas centrales

- Los cuidados de largo plazo corresponden a sistemas de acciones ejercidas por personas que cuidan a otras de manera informal y/o por profesionales para mantener el mayor nivel posible de calidad de vida de acuerdo a sus preferencias personales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad a la persona cuidada.
- Muchas de las personas cuidadoras a nivel informal son vulnerables a presentar altos niveles de sobrecarga, que corresponde al impacto negativo del cuidado en el ámbito mental, físico, social y económico en la vida de la persona que cuida.
- El Síndrome del Cuidador se caracteriza por un empeoramiento de la salud física y mental, asociado a estresores que ya son crónicos en la vida del cuidador o cuidadora.
- Los motivos de consulta frecuente de las personas a cargo de los cuidados de otras son: Bajo apoyo de redes, falta de sustento económico adecuado, habilidades o conocimientos de cuidado insuficientes, problemas para dormir, ausencia de descanso y autocuidado, sentirse sobrepasado, entre otros. Desde lo físico pueden consultar por: dolor lumbar, osteoartritis, tendinitis, cervicalgias, entre otros. Por otro lado, es probable que algunas experiencias asociadas al cuidado sean vividas como pérdida o duelo.

Ideas centrales (continuación)

- Respecto a la persona a cargo de los cuidados, se recomienda evaluar el contexto cultural y familiar, el conocimiento sobre la enfermedad de la persona dependiente, eventos estresores, la existencia de redes de apoyo, temas de salud a nivel físico y mental, la existencia de facilitadores y barreras del cuidado, la etapa en el curso de vida de la persona y su visión personal.
- La labor de cuidar también puede tener impactos positivos que son esenciales de considerar: aprendizajes nuevos, sensación de control, autoeficacia, reconocimiento social, satisfacción en el vínculo con la persona que se cuida, entre otros.
- En cuanto a la clasificación de intervenciones enfocadas para cuidador(es) o cuidadora(as) de personas mayores con dependencia, pueden ser de tipo: psicoeducación y entrenamiento de habilidades, de apoyo social, intervenciones de respiro, psicoterapia, intervenciones multicomponente/ manejo de caso, entre otras.
- Es relevante conocer la red institucional local y comunidades a las que puede acceder el cuidador o la cuidadora, con el fin de enlazarla a recursos que le sean de utilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de largo plazo corresponden a sistemas de acciones ejercidas por personas que cuidan a otras de manera informal (familia, amigas y/o vecinas) y/o por profesionales (sociales, de la salud u otros) para asegurar que una persona que no es del todo capaz de cuidarse por sí misma, pueda mantener el mayor nivel posible de calidad de vida de acuerdo a sus preferencias personales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (1).

Dentro del sistema familiar, la labor de la persona a cargo de los cuidados suele concentrarse en una persona, convirtiéndose ésta en **cuidadora o cuidador (informal) principal. Así, este se define como un familiar, una persona amiga o vecina que pasa la mayor parte del tiempo proporcionando cuidados no remunerados a la persona mayor dependiente, y quien se percibe como el sujeto principalmente responsable de dichos cuidados (2)**. También pueden existir cuidadores secundarios, que ejercen algunas tareas de cuidado o proveen de apoyo a la persona que cuida de manera primaria, pero no son los principales responsables (2). Un estudio chileno que exploró el proceso de adaptación de familias al diagnóstico de demencia de uno de sus miembros (3), observó que la repartición de roles puede variar en su nivel de colaboración, surgiendo una persona que queda como la principal a cargo de los cuidados y que recibe ayuda de vez en cuando, o bien, puede configurarse un “complejo cuidador o cuidadora”, en el que se implican varios miembros de la familia que proveen apoyo en conjunto.

La persona principal a cargo de los cuidados suele presentar un perfil común: mujeres, principalmente hijas y en segundo lugar esposas de la persona con dependencia, con edades que fluctúan alrededor de los 50 y 60 años, quienes viven con la persona cuidada, y dedican largas jornadas al cuidado, donde muchas veces dejan de trabajar remuneradamente para dedicarse a esta tarea (4)(5)(6)(7)(8). Más de la mitad (entre 64 y 74%) de las cuidadoras y los cuidadores informales reporta no contar con capacitación sobre cuidados domiciliarios (5) (9), y la mayor parte de las muestras chilenas presentan vulnerabilidad económica (74-76% reporta dificultades para pagar cuentas hasta fin de mes o su ingreso es cercano al sueldo mínimo) (4).

En consecuencia, muchas de las personas cuidadoras son vulnerables a presentar altos niveles de sobrecarga, definida como el impacto negativo del cuidado en el ámbito mental, físico, social y económico en la vida de la persona (10). La sobrecarga puede aumentar especialmente si la persona a cargo de los cuidados percibe que las demandas del cuidado sobrepasan su capacidad de afrontamiento y se experimenta un bajo apoyo social, que a su vez predispone a altos niveles de estrés psicológico, ansiedad, depresión y en general, a presentar morbilidad psiquiátrica (11).

Crespo y colegas (12) destacan la multiplicidad de formas en que la sobrecarga puede ser conceptualizada. En primer lugar, puede considerarse unidimensionalmente (como carga global o monto de estrés); puede entenderse de manera bidimensional, ya sea como carga objetiva (aquellas actividades y demandas en relación a cuidar) o subjetiva (que comprende los sentimientos, creencias y actitudes que surgen a partir de cuidar); y finalmente, también puede considerarse como una variable multidimensional, en tanto afecta todos los aspectos de la vida (físicos, emocionales, cognitivos, sociales y económicos). En muestras chilenas, se observa una alta prevalencia de sobrecarga severa (con un rango de 13.9% a 59.7%) (9)(10) (11)(12)(13), que es aún más alta en cuidadores y cuidadoras de personas con demencia (40% - 68,9%) (14)(15)(16).

Es importante señalar que la literatura ha tendido a enfocar la prestación de cuidados como una experiencia estresante, negativa y asociada a síndromes psiquiátricos. No obstante, en los últimos años se ha reconocido que la visión negativista es una sobre simplificación (17). En este sentido, se ha mostrado que los cuidadores y las cuidadoras no son una población homogénea, y que la labor de cuidar tiene también efectos positivos que son importantes de considerar a la hora de evaluar e intervenir (por ejemplo, puede generar aprendizajes nuevos, aumentar sensación de control, autoeficacia y reconocimiento social, aumentar satisfacción en el vínculo con la persona que se cuida, entre otros) (17).

1. Motivos de consulta frecuente

Dentro del contexto anteriormente descrito, la evidencia indica que algunas de las problemáticas comunes de las personas a cargo de los cuidados son (18)(19):

- Bajo apoyo de redes, o dificultad para negociar responsabilidades con otras u otros miembros de la familia, necesidad de tomar acuerdos y reorganizar los roles para adaptarse a las demandas del cuidado.
- Falta de sustento económico adecuado (problemas para llegar a fin de mes o para cubrir los gastos del cuidado).
- Habilidades o conocimientos de cuidado insuficientes, es decir, requerir ciertos aprendizajes clave para el cuidado o para la toma de decisiones. En algunos casos, convertirse en el cuidador o la cuidadora puede ser un proceso gradual, y es posible que no reconozcan la naturaleza cambiante de su relación con la persona a la que apoyan. Así, les es difícil identificar la necesidad de obtener nuevos aprendizajes o de pedir ayuda.
- Problemas para dormir (de conciliación del sueño o despertar precoz), debido a dificultades para mantener la higiene del sueño o actividad nocturna del familiar con dependencia.
- Ausencia de descanso y autocuidado, dificultad para desconectarse del rol de cuidar, o sentir culpa por realizar actividades de ocio. En algunas ocasiones la persona a cargo de los cuidados percibe que su propio autocuidado es menos importante o imposible de realizar.
- Sentirse sobrepasada, estresada o con dificultades para afrontar las demandas emocionales del cuidar de otra persona. Muchas personas a cargo de los cuidados de otras y otros deben procesar sus propias reacciones emocionales al deterioro o cambios negativos que viven las personas dependientes y, al mismo tiempo, prestar apoyo emocional a estas mismas.

- Por otro lado, es probable que algunas experiencias asociadas al cuidado sean vividas como pérdida o duelo. Por ejemplo, en etapas más avanzadas de la demencia, se experimentan como pérdida ambigua o duelo anticipado los cambios conductuales del familiar, quien puede no reconocer a sus seres queridos o no ubicarse en el tiempo y espacio. El estigma hacia la demencia también puede ser un estresor importante.
- Enfermedades de salud física comunes en la persona a cargo de los cuidados dolor lumbar, osteoartritis, tendinitis, cervicalgias, entre otros; producto de movimientos repetitivos, sin pausas, que se realizan comúnmente cuando el o la paciente presenta dependencia severa.

Cuando una persona a cargo de los cuidados experimenta varias de estas problemáticas en conjunto, además de una sobrecarga severa, es posible que esté desarrollando el **Síndrome del Cuidador**. Este se caracteriza por un empeoramiento de la salud física y mental, asociado a estresores que ya son crónicos en la vida del cuidador o cuidadora (20)(21). Algunos autores relacionan este concepto con el de "*burnout*", el cual se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional (falta de energía y entusiasmo), despersonalización (sensación de indiferencia, actitud impersonal), y menor sensación de propósito (sentirse inútil, percibir el cuidado como negativo o poco efectivo) (22).

2. Detección y diagnóstico precoz

Existe gran cantidad de literatura internacional que busca identificar características específicas de cuidadores y cuidadoras que se asocien significativamente a la presencia de una mayor sobrecarga. Así, se ha observado que ser mujer, tener menor edad, ser cónyuge, contar con menos apoyo social y dedicar mayor cantidad de horas al cuidado, son variables que se asocian a mayor sobrecarga (20) (21).

La evidencia chilena indica que tener menos habilidades para el cuidado, tener hijos o hijas y trabajo remunerado se asocia a mayor sobrecarga (9). Por otra parte, contar con el apoyo de dos o más instituciones se relaciona significativamente con presentar menos sobrecarga (13). En cuanto a bienestar, tener menos hermanos genera mayor malestar emocional en cuidadoras hijas (23), mientras que un mayor apoyo social y el empleo de estrategias de afrontamiento de planificación y aceptación se relacionan con mayor bienestar (24). Por otra parte, en casos donde la persona dependiente presenta diagnóstico de demencia, el nivel de sobrecarga aumenta frente a mayor gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos y disfunción familiar (16).

Estas asociaciones estadísticas pueden ser de utilidad para identificar cuándo evaluar de forma oportuna o dónde se deben enfocar mayores recursos. Sin embargo, todo cuidador o cuidadora debe ser evaluado de forma recurrente (dado que este rol implica factores de riesgo que deben ser abordados preventiva y dinámicamente).

En base a las características descritas, en general se recomienda abordar al cuidador o cuidadora con perspectiva de género, con enfoque de derechos, y desde la atención centrada en la persona. Específicamente, se requiere una perspectiva de género dado que los cuidados son prestados mayoritariamente por mujeres, quienes además tienden a presentar ciertas desventajas sociales, como menor nivel educacional, bajos salarios, menores oportunidades laborales y pensiones, es decir, los cuidados informales esconden problemáticas de equidad de género (25). Por otra parte, es importante considerar que hombres y mujeres abordan el rol de cuidar de diferentes maneras, optando por distintas formas de afrontamiento y apoyo social. Por ejemplo, existe evidencia que indica que los cuidadores varones reportan menor sobrecarga y estrés, y cuentan con mayor apoyo en el cuidado, pero también son menos reconocidos por la sociedad y por los profesionales de la salud, y presentan una menor tendencia a acceder a los servicios de salud (26).

Por otra parte, se requiere un enfoque de derechos, recordando que Chile ha ratificado y promulgado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el año 2017 (27) (Ver capítulo 1.5). Este es un paso importante, dado que se incorporó explícitamente el derecho de las personas mayores a cuidados de largo plazo, y se enfatizó que este derecho no puede ser a costa de los derechos de otros, como las mujeres cuidadoras (28).

"Finalmente, la atención centrada en la persona promueve un acercamiento integral. La evaluación del estado de salud y bienestar de la persona cuidadora debe visibilizar sus necesidades y recursos actuales, así como los de su familia y entorno cercano, tomando en cuenta que estos elementos son dinámicos y se van transformando en el tiempo (29). Por ejemplo, en etapas iniciales de dependencia, la persona a cargo de los cuidados probablemente presentará mayor necesidad en el área de la psicoeducación y la toma de decisiones, mientras que en etapas posteriores podría tener mayor relevancia el manejo del estrés y la promoción de espacios de descanso y autocuidado para la persona a cargo de los cuidados (19).

3. Evaluación y herramientas para la pesquisa oportuna

Ya sea en el contexto de atención a la persona mayor dependiente, como en atención directa a la persona a cargo de los cuidados, es necesario considerar aspectos como: ¿De qué manera el rol de cuidar está afectando los proyectos vitales del cuidador o cuidadora?; ¿Ha recibido capacitación?; en el caso de que realice un trabajo remunerado, ¿cómo logra articular las demandas de su trabajo y del ámbito doméstico?; ¿Cómo se ha logrado adaptar la persona a cargo de los cuidados y su contexto familiar en relación a una posible progresión de la dependencia del receptor de cuidados?; ¿Con qué recursos y fortalezas cuenta para afrontar las demandas del cuidado?. Estos son ejemplos de preguntas que cualquier profesional de la salud puede plantear al atender a una persona que es cuidadora, de manera que pueda derivar si lo considera pertinente. O bien, asegurar que haya continuidad en los seguimientos a la persona a cargo de los cuidados que se estén realizando en algún punto de la red, ya sea atención primaria, secundaria o terciaria. En el caso de los y las profesionales de la psicología, el conocer estas preguntas, así como las problemáticas comunes que viven las cuidadoras y cuidadores, puede ser de ayuda para la evaluación, exploración inicial y construcción de un motivo de consulta.

Se requiere un equilibrio al momento de abordar a una persona a cargo de los cuidados, visibilizando que dicho rol le expone a ciertos riesgos, pero también reconocer a esta persona en sus otros roles (los que ejerce en su vida personal, por ejemplo: relación de pareja, en su familia, comunidad, trabajo, entre otros).

A continuación, se describen de forma sistematizada los ámbitos que debiesen evaluarse. Realizar una evaluación (inicial o de continuidad) integral es fundamental, tanto de la persona mayor, como de la persona a cargo de los cuidados primarios y la familia en general. Respecto a la persona a cargo de los cuidados, se recomienda evaluar (19)(30):

- **Contexto cultural y familiar:** información sociodemográfica y biográfica, dinámica previa entre la persona a cargo de los cuidados y quien recibe los cuidados, cómo describe el comienzo de la enfermedad (agudo o gradual), entre otros. Es importante evitar hacer suposiciones previas sobre la voluntad de la persona a cargo de los cuidados para realizar las labores de cuidado.
- **Conocimiento sobre la enfermedad de la persona dependiente:** cómo comprende la enfermedad, su progresión, manejo, tratamientos y pronóstico.
- **Estresores:** Cuáles son estresores primarios (aquellos que más le afectan, por ejemplo, los síntomas psicológicos y conductuales de una persona con demencia) y estresores secundarios (consecuencias negativas del cuidado en otras áreas, como el trabajo y la vida social).

- **Redes:** Evaluar fuentes de apoyo informal, como familia y amistades, cómo se comunican en torno al cuidado, cómo se reparten los roles, y cómo percibe su apoyo. Junto con lo anterior, evaluar fuentes de apoyo formal (servicios y organizaciones), y cómo percibe la atención. Por otra parte, evaluar fuentes y necesidad de tipos de apoyo (emocional, instrumental, de información, de toma de decisiones). También es importante tomar en consideración si la persona a cargo de los cuidados cuida a más de una persona y qué tipos de cuidado provee.
- **Salud mental:** Evaluar niveles de malestar psicológico, sobrecarga, síntomas depresivos y ansiosos (e indagar pensamientos suicidas u homicidas). Respecto a la sobrecarga, en Chile se cuenta con una versión estandarizada de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (31). Ahora bien, no se deben abordar solo aspectos negativos en salud mental, sino enfatizar en el nivel de autoeficacia, capacidad de autocuidado, y calidad de vida de la persona a cargo de los cuidados, enfocándose como recursos o posiblemente como objetivos terapéuticos.
- **Salud física:** considerar salud física auto percibida, fatiga, higiene del sueño, dolor, presencia de comorbilidades y si la persona a cargo de los cuidados adhiere a tratamientos recomendados para ella (tomarse sus medicamentos para la hipertensión, hacer ejercicios, entre otros).
- **Facilitadores y barreras del cuidado:** aspectos positivos de cuidar, estrategias de afrontamiento, espiritualidad/creencias religiosas, creencias desadaptativas, entre otros.
- **Curso de vida:** Considerar la relación de parentesco entre cuidador o cuidadora y receptor o receptora de cuidados (hijo o hija, pareja, hermano, nieta, sobrina, entre otras), y cómo se presenta en el contexto del curso de vida de la persona a cargo de los cuidados; cómo afecta su identidad y proyectos a futuro.
- Es importante que la evaluación se enfoque en lo que es valioso para la persona a cargo de los cuidados y debería generar una oportunidad para discutir abiertamente aspectos que le son relevantes para sus propias necesidades y bienestar.

La evaluación de la persona a cargo de los cuidados de una persona mayor, puede ser en sí misma una intervención terapéutica o un medio para prevenir problemas futuros (19).

4) Intervenciones y sus adecuaciones para cuidadores de personas mayores

A nivel mundial se han desarrollado variadas líneas de intervención a los cuidadores, de las cuales se han clasificado diferentes tipos, que se describen en la tabla 1. Esta clasificación proviene originalmente del trabajo con cuidadores de personas con demencia (dado que en esta población ha habido especial énfasis por presentar altos niveles de sobrecarga). Sin embargo, dicha clasificación es útil para ser aplicada en población general de cuidadores (19).

TABLA 1: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES ENFOCADAS PARA CUIDADOR O CUIDADORA DE PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN GENERAL	NIVEL DE EVIDENCIA EN RELACIÓN A EFECTOS SOBRE LA PERSONA A CARGO DE LOS CUIDADOS	RECOMENDACIONES
Psicoeducación y entrenamiento de habilidades	Entrega de información con aplicación práctica y adaptación a necesidades de la persona a cargo de los cuidados, con contención emocional y normalización de inquietudes.	Genera cambios favorables en cuanto a sobrecarga, síntomas depresivos, ansiedad, estrés, y disminución de síntomas psicológicos (en el caso de personas con demencia).	La psicoeducación y entrenamiento de habilidades se deben realizar en conjunto. Los efectos serían mayores en entornos (settings) de apoyo grupal.
Apoyo social	Instancias grupales de apoyo guiadas por un o una profesional, donde se busca generar relaciones de empatía, normalización de las experiencias personales, validar emociones y compartir ideas y estrategias.	Permite aumentar el alcance de las redes sociales de los cuidadores y aumentar su percepción de bienestar general. Sin embargo, el nivel de evidencia a su favor es de baja calidad.	Las instancias grupales deben ser altamente flexibles, dado que para los cuidadores y las cuidadoras suele ser difícil salir del hogar para asistir a reuniones. Debe evaluarse la factibilidad de este tipo de intervención.
Intervenciones de respiro	Ya sea en el domicilio o a través de Centros de día, estas intervenciones se centran en que la persona a cargo de los cuidados tenga tiempo para realizar otras actividades (asistir al médico, descansar, realizar trámites, entre otros).	La investigación en torno a esta intervención ha sido de baja calidad, y no ha indicado beneficios significativos. Aun así, se recomienda para facilitar espacios de autocuidado para la persona a cargo de los cuidados primaria.	El respiro puede ser muy difícil de evaluar como intervención, porque no beneficia a todas las cuidadoras y cuidadores exactamente de la misma manera.
Psicoterapia	Implica una relación terapéutica entre un o una profesional con entrenamiento y la persona a cargo de los cuidados, donde se podrían evaluar y abordar elementos de salud mental e implicancias del cuidado.	Existe evidencia robusta que apoya intervenciones psicoterapéuticas desde el enfoque cognitivo-conductual, para la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa.	La psicoterapia no se recomienda como intervención de primera línea, sino como derivación en caso de que la persona a cargo de los cuidados presente sintomatología ansiosa o depresiva.
Intervenciones multicomponente/ Manejo de Caso	Se refieren a combinaciones de intervenciones. O bien, una persona gestora de caso es responsable de evaluar las necesidades de quien está a cargo de los cuidados y facilita las intervenciones pertinentes.	Presentan efectos consistentes en cuanto a sobrecarga, bienestar, conocimientos, y retardar la institucionalización del familiar.	Se recomienda el uso de intervenciones estructuradas, que incluyan como mínimo psicoeducación y entrenamiento de habilidades.
Misceláneas	Son intervenciones que no encajen en las otras clasificaciones.	Consisten, en general, en intervenciones nuevas, que aún no cuentan con un nivel suficiente de evidencia de calidad a su favor.	Se destacan los programas de Mindfulness para cuidadores, que presentan buenos resultados para la disminución de síntomas ansiosos y depresivos.

Fuente: Elaboración propia en base a (32)(33).

En base a lo señalado en la tabla 1, se evidencia la importancia en primera línea de las intervenciones de psicoeducación y entrenamiento de habilidades. En ellas, se deben incluir elementos de:

- Educación sobre la enfermedad que presenta la persona mayor dependiente (síntomas y progresión), así como su manejo. Generalmente incluir: manejo de medicamentos, dieta y nutrición, higiene, conductas comunes, uso de tecnologías para el cuidado.
- Desarrollo de estrategias personalizadas (que la persona a cargo de los cuidados sea capaz de tomar decisiones flexibles de ensayo y error en el proceso de aprender el manejo del receptor de cuidados).
- Entrenamiento para la adaptación de estilos de comunicación con el receptor de cuidados y el resto de la familia o comunidad.
- Consejos sobre cómo cuidar del propio bienestar físico, mental y espiritual.
- Planificar actividades placenteras y significativas para compartir con la persona a la que cuidan.
- Información sobre servicios relevantes con los que la persona a cargo de los cuidados pueda contar. También se recomienda empoderar a la persona que cuida, es decir, los y la profesionales deben aprovechar cada oportunidad para compartir con la persona a cargo de los cuidados sus derechos, a qué servicios tienen acceso y cómo acceder a ellos (19).
- Asesorar para pensar en el largo plazo.

A la hora de planificar intervenciones con cuidadores o cuidadoras familiares, el o la profesional también debe ser capaz de mantener coherencia entre sus objetivos y acciones concretas. Por ejemplo, de siete a nueve sesiones pueden ser suficientes para aumentar conocimientos y habilidades en el largo plazo, pero pueden ser insuficientes para disminuir sobrecarga y síntomas depresivos o ansiosos (32). Es decir, en contextos donde se cuente con poco tiempo o recursos, es importante priorizar y aclarar las metas con la persona a cargo de los cuidados, a modo de manejo de expectativas y toma de acuerdos conjuntos.

En cuanto a intervenciones grupales (de apoyo social), estas deben favorecer un equilibrio entre el aprendizaje, el disfrute, la oportunidad de conocer a otras cuidadoras o cuidadores facilitar el apoyo entre pares. Se puede animar a los cuidadores y cuidadoras a que se mantengan en contacto después de haber asistido a un programa de formación, y sugerir formas en que podrían hacerlo (19).

La psicoterapia se considera una intervención efectiva de segunda línea (32). Quienes pueden beneficiarse mayormente son cuidadoras o cuidadores que comiencen a presentar sintomatología depresiva o ansiosa. Este tipo de intervención también se asocia a una reducción de sobrecarga. No hay evidencia que sustente que la psicoterapia aumenta otras variables como calidad de vida o maestría en el cuidado (33), lo que es esperable, dado que la especificidad de la intervención no necesariamente se enfoca en dichos factores.

Las intervenciones de respiro requieren de planificación, logística y recursos, en tanto se requiere que el cuidador o cuidadora formal pueda conseguir un remplazo, de manera que pueda tener un tiempo de descanso. Se debe tomar en cuenta que este tipo de intervención en muchos casos debe acompañarse de otras (como psicoeducación o psicoterapia), dado que la persona a cargo de los cuidados puede experimentar culpa o dificultad para desconectarse del cuidado (34).

El manejo de caso es un formato de intervención prometedor. Especialmente, en este tipo de intervenciones se visibiliza la importancia de adaptarse a las necesidades que la persona a cargo

de los cuidados presente en ese momento, siendo conscientes de que dichas necesidades pueden transformarse. El apoyo debe estar especialmente presente durante las transiciones: si la persona a cargo de los cuidados retorna a su trabajo remunerado o suceden cambios personales (divorcio, mudanza, cambios económicos, entre otros), o bien, cuando la persona que recibe los cuidados pasa a otra modalidad de cuidados (hospitalización o se le da el alta médica, se institucionaliza, pasa a cuidados paliativos, entre otros) (19). En el caso de que la persona a la cual se cuida pasa a vivir en una residencia o fallece, la persona a cargo de los cuidados sigue experimentando dicho rol, y puede requerir apoyo en procesar estos cambios y experiencias de pérdida.

Las diversas intervenciones abordadas en este capítulo son independientes entre sí, pero no excluyentes. De hecho, pueden ser empleadas de forma complementaria, e ir transformándose de acuerdo con las necesidades de la persona a cargo de los cuidados y la persona con dependencia.

5. Enlace a recursos de apoyo

El apoyo a personas cuidadoras debe incluir información sobre sus derechos y opciones de acceso, de manera que la persona pueda pedir ayuda oportuna y sentirse en control de su situación. En esa línea, es importante que los profesionales estén al tanto de las redes institucionales y los servicios que pueden beneficiar al cuidador o la cuidadora de una persona mayor con dependencia. Comúnmente, las personas que prestan cuidados informales deben tomar decisiones, buscar tratamientos y abogar por la persona que cuidan. Apoyarles con información y orientación facilita que ellos o ellas puedan navegar de forma efectiva por las redes institucionales, sanitarias y sociales. Enlazar a los cuidadores o cuidadoras con estos recursos puede ser significativamente beneficioso para ellos y ella y así como también para las personas que cuidan.

En Chile, existen algunas entidades que pueden prestar apoyo a familias con personas dependientes. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia cuenta con ciertas comunas con el programa Chile Cuida, el cual ofrece distintas prestaciones para la familia con una persona en situación de dependencia o discapacidad.

Desde la sociedad civil, la Corporación Alzheimer Chile surge como una iniciativa en el año 1990 de parte de familiares que cuidan a personas con demencia en estrecha colaboración con profesionales y médicos especialistas en el tema (35). Actualmente, se trabaja desde una visión integral y multidisciplinaria (profesionales de la medicina, de la psicología, de las terapias ocupacionales, del trabajo social, de la kinesiología, entre otros), que apunta a elevar la calidad de vida—tanto de las personas con demencia como de sus familias—a través de diversas líneas de acción: 1) Diagnóstico oportuno de médico especialista, lo que además permite acceder a medicación correspondiente; 2) Acceso a centro de día para personas con diagnóstico de demencia en etapa inicial a intermedia, permitiendo alivio a la familia; 3) Apoyo psicológico individual y grupal para cuidadores o cuidadoras principales; 4) Psicoeducación para las familias lo cual permite minimizar los trastornos conductuales asociados a demencia; 5) Actividades de integración para reforzar red de apoyo social entre cuidadores.

Asimismo, existen fundaciones que giran en torno a personas mayores y personas que cuidan, como fundación Amanoz (enfocada en reducir la soledad en personas mayores) (36); Fundación Cerro Navia Joven (que cuenta con soporte para personas mayores autovalentes y dependientes, y promueve el apoyo entre pares) (37); Fundación Geroactivismo (que visibiliza una mirada más positiva del envejecimiento y combate el viejismo) (38). También existen agrupaciones y asociaciones de cuidadores informales a nivel local y en redes sociales. En los últimos años, muchas cuidadoras y cuidadores se han organizado para apoyarse y apoyar a otras personas que cuidan, y es importante que los y las profesionales conozcan a estos grupos en su ámbito local, y ayuden a nuevos cuidadores y cuidadoras, enlazándolos con estas redes de apoyo (p.ej.: Asociación Yo Cuido, Fundación K-cuidadores de familia CAM, entre otras).

6. Recursos de información en relación al cuidado de personas

Es relevante conocer recursos de información que puedan ser útiles para las personas a cargo del cuidado de una persona mayor. Por ejemplo, existen manuales actualizados y de buena calidad disponibles para cuidadores informales en Chile:

- Manual de cuidado de personas mayores dependientes con pérdida de autonomía (2009) (39).
- “Yo me cuido y te cuido: Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia”(2019) (40).
- “¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor?: Manual para el cuidador”(2017) (41).

En definitiva, las personas que cuidan son un grupo vulnerable en términos sociales, físicos y psicológicos (6). Sin embargo, a su vez, son actores sociales que realizan una labor fundamental para la calidad de vida de la persona que cuidan, para sus familias, sus comunidades, y para el funcionamiento de toda la sociedad. Por consiguiente, los y las profesionales de la salud y el ámbito social deben actuar como aliados, y contar con los conocimientos y herramientas básicas para prestarles apoyo. Es decir, se espera que los equipos psicosociales sepan visibilizar a los cuidadores o cuidadoras y sus necesidades, evaluar de forma oportuna e integral, monitorear en el tiempo, y adaptar sus intervenciones a las realidades individuales.

REFERENCIAS

1. WHO Ageing and Health Programme & Milbank Memorial Fund. Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing. 2000; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66339>
2. Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. 1 de mayo de 2011;15(4):490-9.
3. Guajardo G, Tijoux ME, Abusleme MT., SENAMA, FLACSO Chile, Instituto Chileno de Terapia Familiar. La construcción social de las demencias en las personas mayores de la región metropolitana de Chile. Colección Estud. 2015;
4. Fernández M. Beatriz, Herrera M. Soledad. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. Rev méd Chile. 2020;148(1):30-6.
5. María Soledad Herrera Ponce - Beatriz Fernández Lorca; Alejandra Araya; Sara Caro. Sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado (incluyendo tareas directas de cuidado, trabajo doméstico, apoyos y acompañamiento de personas dependientes, sean remuneradas o no). 2015;
6. Villalobos Dintrans P. Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. Health Policy and Planning. 1 de diciembre de 2019;34(10):792-9.
7. Cheix Dieguez MC, Herrera Ponce MS, Fernández Lorca MB, Barros Lezaeta C. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. Rev Cienc Soc. 2016;71:17-36.
8. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES. Ciencia y enfermería. agosto de 2012;18:23-30.
9. Eterovic C, Mendoza-Parra S, Saez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enfermería Global. 1 de abril de 2015;14:235.
10. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. Int J Nurs Sci. 2020;
11. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet. 16 de diciembre de 2017;390(10113):2673-734.
12. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud. marzo de 2015;26:9-15.
13. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. Ciencia y enfermería. abril de 2012;18:29-41.
14. Rossón S, Fuentealba C, Hormazábal C, Villena C, Brieba F. Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador. Intervención multidisciplinaria en Atención Primaria. Rev Chil Salud Pública. 2013;17(1):48.
15. Tapia Muñoz T, Slachevsky A, León-Campos MO, Madrid M, Caqueo-Úrizar A, Rohde GC, et al. Predictors of unmet needs in Chilean older people with dementia: a cross-sectional study. BMC Geriatrics. 15 de abril de 2019;19(1):106.
16. Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C, Núñez-Huasaf J, Silva JR, Muñoz-Neira C, et al. The CUI-DEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. Journal of Alzheimer's Disease. 2013;35(2):297-306.
17. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. The Gerontologist. 1 de abril de 2015;55(2):309-19.
18. Wang S, Cheung DSK, Leung AYM, Davidson PM. Factors associated with caregiving appraisal of informal caregivers: A systematic review. Journal of Clinical Nursing. 1 de septiembre de 2020;29(17-18):3201-21.

19. National Institute for Health and Care Excellence. Supporting adult carers. 2020; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/supporting-adult-carers-pdf-66141833564869>
20. Ghosh S, Choi WY, Williams A, Duggleby W, Ploeg J, Markle-Reid M, et al. Burden on Caregivers of Adults with Multiple Chronic Conditions: Intersectionality of Age, Gender, Education level, Employment Status, and Impact on Social Life. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2019;09/02 ed. 2020;39(3):456-67.
21. Blanco V, Guisande MA, Sánchez MT, Otero P, López L, Vázquez FL. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1 de enero de 2019;54(1):19-26.
22. Alves, Ludmyla Caroline de Souza et al. Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*. 13(4):415-21.
23. Fernández MB, Herrera MS. Distrés en Hijas Adultas que Brindan Apoyo a sus Padres Mayores. *psykhe* [Internet]. 31 de diciembre de 2016 [citado 9 de diciembre de 2021];25(1). Disponible en: <http://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/19705>
24. García FE, Manquián E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*. 2016;15:101-11.
25. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and Dementia: A global research review. 5 de junio de 2015;
26. Friedemann M-L, Buckwalter KC. Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships. *Journal of Family Nursing*. 2014;20(3):313-36.
27. BCN. DECRETO 162 PROMULGA LA CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. 2017; Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>
28. Forttes P, Delgeon T. La Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un asunto de Derechos Humanos [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.direccionsociocultural.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-apoyo-cuidadosDDHH.pdf>
29. Bunn F, Goodman C, Sworn K, Rait G, Brayne C, Robinson L, et al. Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies. *PLoS Med*. 2012/10/30 ed. octubre de 2012;9(10):e1001331-e1001331.
30. Pachana N, Laidlaw K. The O handbook of clinical geropsychology. *The Oxford handbook of clinical geropsychology* [Internet]. Oxford Library of Psychology. 2014. Disponible en: <https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=4RjVBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+Oxford+Handbook+of+Clinical+Geropsychology&ots=OXQ8AK2yqP&sig=K4B2kpvmOEA2xHY6pHJDFszvmqE>
31. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*. 2009;137:657-65.
32. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 2018;
33. Cheng S-T, Zhang F. A comprehensive meta-review of systematic reviews and meta-analyses on nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers. *BMC Geriatrics*. 15 de abril de 2020;20(1):137.
34. Shea EO, Timmons S, Shea EO, Fox S, Irving K. Key stakeholders' experiences of respite services for people with dementia and their perspectives on respite service development: a qualitative systematic review. *BMC Geriatrics*. 7 de diciembre de 2017;17(1):282.
35. Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias (COPRAD). (COPRAD) [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.coprad.cl/demencias-y-pandemia/>
36. Fundación Amanoz. Fundación Amanoz "Adulto Mayor, Un Nuevo Comienzo [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.amanoz.cl/>

37. La Fundación Cerro Navia Joven. Nuestra Historia [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.cnjoven.cl/quienes-somos/nuestra-historia/>
38. Fundación Geroactivismo. Geroactivismo [Internet]. 2021. Disponible en: <https://geroactivismo.com/nosotros/>
39. Ministerio de Salud (MINSAL), SENAMA. MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
40. Ministerio de Salud (MINSAL), SENAMA. Yo me cuido y te cuido: Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia [Internet]. 2019. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo_me_cuido_y_te_cuido.pdf
41. Pontificia Universidad Católica de Chile; Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento; Fundación Oportunidad Mayor. ¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor? Manual para el cuidador [Internet]. 2017. Disponible en: <https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>

2.6. SITUACIONES DE VIOLENCIA Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Sara Caro-Puga, PhD

Trabajadora Social, Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile.

Antonia Bobadilla

Trabajadora Social, Diplomada en Salud Mental, Asesora Técnica Corporación Simón de Cirene

Beatriz Bustamante

Trabajadora Social, Diplomada en Demencias: Abordaje gerontológico multidimensional, Coordinadora de Proyectos Centro UC Estudios en Vejez y Envejecimiento

Ideas centrales

- El maltrato hacia personas mayores conlleva una serie de dificultades asociadas en primer lugar, a su diferenciación con otras formas de violencia intrafamiliar, debido a que su ámbito de despliegue trasciende – muchas veces– el espacio doméstico/ familiar. Un segundo aspecto que dificulta su definición corresponde a la consideración de las dimensiones transversales que subyacen al maltrato, como son el género, asimetrías territoriales y étnicas, condiciones funcionales y socioeconómicas.
- La tipología de los tipos de maltrato son: violencia física, psicológica, abandono, negligencia, abuso económico/patrimonial, violencia sexual y maltrato estructural/societario. Algunas de estas tipologías se dan en contexto familiar, comunitario e institucional.
- Las herramientas para evaluar el maltrato hacia las personas mayores son: Ecomapa, genograma, APGAR familiar, el cuestionario de apoyo social funcional, y la escala de la sobrecarga de la persona que cuida.

Tipos de refiguración del cuerpo

DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES
Factores personales	Antecedentes demográficos y condiciones socioeconómicas .
Familia y redes	Redes de apoyo, familiar, nivel de apoyo social, recursos en el territorio.
Salud	Salud general, enfermedades, deterioro físico, salud mental.
Situación habitacional	Cohabitación, seguridad y adecuación de la vivienda, hacinamiento.

- Para la evaluación de maltrato a las personas mayores con dependencia, se deben agregar las dimensiones previas a la relación díadica entre la persona a cargo de los cuidados y la persona mayor y las manifestaciones clínicas (siempre que el o la profesional sea idóneo para evaluar).
- Los desafíos de la evaluación y el diagnóstico de maltrato en personas mayores son: visibilizar el tema, diseñar y validar un instrumento de evaluación, Educar a los y las profesionales y técnicos para visibilizar y normar situaciones de maltrato en Residencias o Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), entre otros.

Definir el maltrato hacia personas mayores conlleva una serie de dificultades, asociadas en primer lugar a su diferenciación con otras formas de violencia intrafamiliar, debido a que su ámbito de despliegue trasciende – muchas veces– el espacio doméstico/familiar. Un segundo aspecto que dificulta su definición corresponde a la consideración de las dimensiones transversales que subyacen al maltrato, como son el género, asimetrías territoriales y étnicas, condiciones funcionales y socioeconómicas (1).

Respecto de los antecedentes de maltrato hacia personas mayores en el contexto nacional, de acuerdo con Massad y Caballero (1) existen brechas significativas entre la información que emerge de los maltratos reportados a través de los canales institucionales, y los datos levantados desde las encuestas. Esto se explica debido al temor de las víctimas a posibles represalias inhibiendo la posibilidad de denuncia y detección temprana.

De acuerdo con las cifras más recientes entregadas por el Programa de Buen Trato al Adulto Mayor, durante el año 2020 se presentaron un total de 5771 situaciones de maltrato, en donde el 63% correspondió a situaciones de maltrato hacia mujeres mayores, mientras que, el 37% fue dirigido a hombres mayores (2). Estas cifras evidencian un aumento del 35% en comparación al año 2019 (2), lo cual puede estar influido por el confinamiento por pandemia. Así mismo, es posible establecer que, del total de situaciones específicas de Violencia Intrafamiliar, la mayor prevalencia observada dice relación con el abandono familiar, el maltrato psicológico y la negligencia en los cuidados hacia las personas mayores (2), lo anterior, sin contabilizar la presencia de más de un tipo de maltrato.

1. Tipos de maltrato hacia personas mayores

Para poder detectar casos de maltrato hacia las personas mayores, es necesario conocer las definiciones y tipologías. A continuación, la tabla 1 resume los diferentes tipos de maltratos hacia las personas mayores y su contexto de manifestación.

TABLA 1: TIPOS DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES

TIPOLOGÍA	CONTEXTOS DE MANIFESTACIÓN	DEFINICIÓN
Abandono	Familiar Comunitario	Ocurre cuando una institución o persona no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de una persona mayor con algún grado de dependencia, o que habiendo asumido su cuidado o custodia lo desampara de manera voluntaria.
Negligencia	Familiar Comunitario Institucional	Ocurre cuando hay un incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de la persona mayor. La negligencia puede ser pasiva, activa o autonegligencia.
Violencia física	Familiar Comunitario Institucional	Ocurre cuando se daña la integridad corporal de la persona, provocando dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente y, en casos extremos, la muerte.
Violencia psicológica	Familiar Comunitario Institucional	Ocurre cuando se ejercen prácticas hacia una persona que generan en ella sentimientos de angustia, pena, estrés, inseguridad, baja autoestima, entre otros. Atentando contra su identidad, dignidad y respeto de la autonomía.

Abuso económico / patrimonial	Familiar	Ocurre cuando existe un mal uso, explotación o apropiación de los bienes de una persona mayor por parte de terceras personas, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio. A menudo supone la realización de actos ilegales: firma de documentos, donaciones, testamentos.
Violencia sexual	Familiar Comunitario	Ocurre cuando se genera cualquier acción de connotación sexual con una persona mayor sin su consentimiento, empleando fuerza, amenazas y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.
Maltrato estructural/ societario	Comunitario Institucional	Ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes. También se considera aquellos casos de omisión o negligencia en la entrega del servicio. Incluye la falta de políticas, recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor.

Fuente: Elaborado en base a (3)(4).

2. Evaluación de maltrato desde una perspectiva de salud pública

En Chile –como en otras partes del mundo– son los equipos profesionales de los servicios sanitarios y sociales, los principales compelidos a involucrarse en este tema, ya sea en los peritajes forenses, controles de salud, entre otros. No obstante, las escasas oportunidades de capacitación y desarrollo al respecto contribuyen a que su desempeño dependa de qué tanta experiencia y familiaridad tengan con el fenómeno y sus manifestaciones (5). Son especialmente, los profesionales de atención primaria los que poseen una oportunidad única para identificar e informar del maltrato a personas mayores, constituyéndose como actores de confianza fuera del núcleo familiar, lo que vuelve más necesario formarlos (6) (7). Por otra parte, la atención primaria al ser la puerta de entrada a la salud y comunidad, permite que se detecte de manera temprana y oportuna situaciones de violencias, a través de los controles de salud, Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, y otro tipo de consultas en salud en donde el o la profesional pueda prevenir, detectar y derivar de manera oportuna a programas del intersector, como los que se señalarán a continuación.

3. Dispositivos e intervenciones nacionales especializadas en el abordaje del maltrato hacia personas mayores

En el contexto nacional las políticas públicas han avanzado en materia de diseño e implementación de acciones para abordar la protección de las personas mayores. Hoy en día, se cuenta con algunos programas gubernamentales, dispositivos locales e iniciativas especializadas para detectar y abordar diversas situaciones de maltrato cuando las víctimas son exclusivamente personas mayores de 60 años y más, algunas de ellas se presentan en la tabla 2:

TABLA 2: PROGRAMAS GUBERNAMENTALES QUE ABORDAN LA TEMÁTICA DE VIOLENCIA EN PERSONAS MAYORES

PROGRAMA	DESCRIPCIÓN
Programa Buen Trato al Adulto Mayor	Este programa busca prevenir el maltrato a las personas mayores, promover el buen trato hacia esta población, mediante instancias de capacitación, sensibilización y articulación de redes, desde una mirada intersectorial, integral y psico-socio-jurídica. Así mismo, desarrolla asesoría, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente en Violencia Intrafamiliar, que ingresan al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), en coordinación con los dispositivos y actores locales.
Oficina de Protección de Derechos del Adulto Mayor (OPDAM)	Realiza intervención psicosocial y/o legal, centrándose actualmente en violencia intrafamiliar hacia las personas mayores, tipificado como maltrato físico sin lesiones, maltrato psicológico, negligencia en los cuidados y abandono. Para constatar eventuales situaciones de maltrato se recurre principalmente, a la visita domiciliaria y para algunos casos particulares se aplica Mini mental Abreviado y/o entrevistas a familiares. Actualmente el programa se encuentra en la comuna de: Puente Alto, La Pintana, Talagante, La Florida, Región Metropolitana, San Antonio y Región de Valparaíso. Sin embargo, no es posible identificar un registro oficial de la cantidad y ubicación territorial de OPDAM que funcionan a nivel nacional, así como también se desconoce las metodologías de sus intervenciones.
Defensoría Municipal del Adulto Mayor, Peñalolén	Es un servicio gratuito de atención psicosocial y jurídica para personas de <60 años residentes de la comuna. Brindando patrocinio de abogados o abogadas, instancias de mediación, orientación y atención jurídico social. Así mismo se realiza intervención psicosocial, considerando los servicios profesionales del trabajador social y de la psicología. En la defensoría se abordan todas las tipologías de maltrato, siendo los más frecuentes el maltrato psicológico, negligencia, abandono y abuso patrimonial. Para constatar situaciones de maltrato, se recurre principalmente a la visita domiciliaria y entrevistas, fomentando además la coordinación y el trabajo en red.
Fono mayor	Es una plataforma que opera a nivel nacional, de forma gratuita desde red fija, y es atendido por especialistas en temáticas de personas mayores. A partir del año 2020 y, a causa de la crisis socio sanitaria por COVID-19, su objetivo y los lineamientos fueron reformulados, fortaleciendo su gestión como un canal de contención y acompañamiento a las personas mayores ante la pandemia, permitiéndoles entrar en contacto con el Servicio, así como vincularse con otros programas y dispositivos, garantizando el acceso oportuno a información, prestaciones y beneficios sociales

Fuente: Elaborado en base a (2)(8)(9)(10)(11).

4. Herramientas para evaluar el maltrato hacia las personas mayores

El enfoque ecológico es imprescindible si se trata de evaluar el maltrato a las personas mayores, ya que proporciona un marco para integrar y entender la interrelación entre los diferentes factores de riesgo, tanto aquellos relacionados con las personas que cuidan como con aquellas que necesitan ser cuidadas. Del mismo modo considera el contexto socio-cultural y la interacción que se produce entre éste y las personas, es decir, "permite que el maltrato a personas mayores se asocie a cuestiones sociales más amplias" (6).

Desde esta perspectiva, debieran **evaluarse factores de riesgo en los distintos niveles**. A nivel **individual**, elementos tales como el deterioro cognitivo, la dependencia funcional, el sedentarismo o bajos niveles de actividad física, la presencia de enfermedades psiquiátricas o problemas psicológicos, son condiciones que vuelven a las personas mayores más vulnerables frente al maltrato (12). A nivel **interpersonal**, una familia con dinámicas conflictivas o débiles lazos de apoyo, así como la relación de las personas mayores con la persona a cargo de sus cuidados, y el estrés que las tareas de cuidado pueden representar, se convierten en importantes factores de riesgo de maltrato. A nivel **social**, elementos del contexto comunitario y social que constituyen factores de riesgo ante el maltrato son, por ejemplo, situaciones habitacionales irregulares, bajos niveles de apoyo social, comunidades con bajos niveles de cohesión social (12).

4.1. Ecomapa: es una técnica que se basa en el enfoque ecológico, y que permite recoger información sobre factores protectores y de riesgo en los distintos niveles mencionados, graficando cuáles son, qué tan presentes están y visibilizando el riesgo de maltrato (13). Para construirlo, se requiere haber sostenido entrevistas con la persona mayor y visitas domiciliarias, desde donde se recoge la información. Con un Ecomapa se visibilizan, por ejemplo, las redes de apoyo disponibles en el entorno para la persona mayor, la cercanía o proximidad de los servicios, su contacto con vecinos, entre otros.

4.2. Genograma: es una herramienta que permite graficar la estructura, dinámicas y límites de las relaciones familiares de la persona mayor (14). Utilizado ampliamente por el trabajo social familiar, esta herramienta propicia la revisión reflexiva de la historia y trayectoria familiar, relevando la calidad de las relaciones entre los miembros de la familia. Para evaluar maltrato, es especialmente relevante recoger antecedentes y graficar las relaciones paterno y materno filiales, así como conyugales, indagando en eventuales conflictos que se hayan transmitido intergeneracionalmente, así como en violencia al interior de la familia.

4.3. APGAR familiar: corresponde a un instrumento utilizado mayoritariamente por profesionales que se desempeñan en Atención primaria de Salud (APS) (15), siendo útil para evidenciar cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de su unidad familiar de forma global. En este sentido, permite al equipo profesional de APS conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con dinámicas complejas. Evaluando cinco funciones básicas de la familia, estas son 1) la adaptación, 2) la participación, 3) gradiente de recursos personales, 4) el afecto, y 5) los recursos. A cada una de ellas se les asigna un puntaje que permite identificar una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

La utilización de este instrumento dentro de los equipos profesionales de APS es importante, ya que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, específicamente en personas mayores puede brindar información sobre posibles problemas de salud mental provocados por alteraciones en la función de sus familias (15). Por ende, la aplicación de este instrumento permite recopilar antecedentes e indicios de posibles situaciones de maltrato, así como también reconocer potenciales factores de riesgo para la persona mayor.

4.4. Cuestionario de apoyo social funcional: Es un instrumento que también permite la detección de ciertos factores de riesgo social y, por ende, brinda información incipiente respecto de posibles situaciones de maltrato (16). Su objetivo se centra en la medición del apoyo social percibido. Pues, se ha demostrado que la calidad del apoyo social es un mejor predictor de salud y de bienestar que los apoyos estructurales

4.5. Escala de Sobrecarga de la persona que cuida: Esta es aplicada a aquellos que cumplen el rol de cuidar a personas con algún nivel de deterioro cognitivo y/o dependencia física (18). La escala evalúa las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida diaria asociadas con la prestación de cuidados. En este sentido, la aplicación de este instrumento es fundamental para pesquisar posibles factores de riesgo que conduzcan a el cuidador o la cuidadora a generar malos tratos hacia la persona que cuidan.

5. Dimensiones a considerar para la construcción de instrumentos que permitan evaluar el maltrato hacia las personas mayores

Como se mencionó anteriormente, existen diversos instrumentos para evaluar riesgo o presencia de maltrato en personas mayores, tanto con enfoque cuantitativo como cualitativo como el genograma, el APGAR Familiar y el Cuestionario de Apoyo Social percibido. En su generalidad, estos instrumentos recogen información sobre la situación de salud, familiar, económica y

habitacional de las personas mayores. Poniendo especial atención en situaciones que se han reconocido como factores de riesgo frente al maltrato (p.ej.: soledad, deterioro cognitivo, entre otros). Algunos son más específicos para ser usados en entornos clínicos, como en servicios de salud, establecimientos de larga estadía u hospitales geriátricos (19)(20). Mientras que otras escalas incorporan en sus dimensiones y preguntas elementos más amplios del entorno y estilo de vida de la persona mayor (p.ej.: pobreza) (21). A pesar de la utilidad que pueden tener estos instrumentos en la recolección de antecedentes e información que podrían conducir a una sospecha o pesquisa de vulneración de derecho, no se configuran como herramientas especializadas y específicas para realizar evaluaciones de maltrato a personas mayores.

Otro elemento a considerar es que, si bien todos estos instrumentos cuentan con valores psicométricos adecuados, esta validez no es replicable cuando se aplican en otros contextos culturales distintos al original y en un idioma distinto al cual fue diseñado. Por ello, para el contexto chileno resulta relevante el trabajo de Pabón-Poches (22), ya que realiza un proceso de validación de contenido en español para una escala que evalúe el riesgo de maltrato en personas mayores. Sus hallazgos, además, incluyen dimensiones coincidentes con los otros instrumentos examinados. En tabla 2 se darán a conocer las principales dimensiones que los distintos instrumentos previamente mencionados recogen, y que debieran ser incorporadas en un instrumento que detecte sospecha de maltrato en una persona mayor:

TABLA 2: DIMENSIONES DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA EN PERSONAS MAYORES.

DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INFORMACIÓN CLAVE
Factores personales	Antecedentes demográficos	Edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, origen étnico.
	Condiciones socioeconómicas	Ingreso mensual por pensión, otros ingresos. Disposición y uso de su propio dinero.
Familia y redes	Redes de Apoyo familiar	Vínculos significativos con algún integrante de su familia, frecuencia y calidad del contacto con su familia, conflictos familiares no resueltos, transmisión intergeneracional del conflicto.
	Nivel de apoyo social	Fuentes y disposición de apoyo social, frecuencia y calidad de sus vínculos sociales o comunitarios, con instituciones o personas.
	Recursos en el territorio	Oportunidades, vínculos, recursos disponibles en el entorno comunitario próximo de la persona mayor.
Salud	Salud general	Actividad física, autopercepción de salud, higiene.
	Enfermedades	Medicación, sintomatología, acceso y uso de los servicios de salud.
	Deterioro físico	Si se requiere algún tipo de apoyo.
	Salud mental	Ansiedad, estrés, sentimientos de soledad, angustia, problemas del sueño, autonomía, percepción de bienestar.
Situación habitacional	Hogar	Cohabitación, seguridad y adecuación de la vivienda, hacinamiento.

Fuente: Elaborado en base a (6).

Como se mencionó previamente, cuando una persona mayor se encuentra con algún nivel de dependencia, es mayor su riesgo ante situaciones de maltrato, y por ello los instrumentos para esas situaciones específicas, agregan a las dimensiones ya señaladas, a las que se presentan en la tabla 3:

TABLA 3: ELEMENTOS A EVALUAR EN PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA

TIPO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Relación dada entre la persona a cargo de los cuidados y la persona mayor.	Calidad de la interacción	Comunicación asertiva, buen trato, claridad y resguardo sobre los derechos de la persona mayor.
Manifestaciones clínicas (siempre que el profesional sea el idóneo para evaluar).	Señales en el cuerpo	Desnutrición, deshidratación, calidad de la piel, laceraciones, hematomas, úlceras por presión, infecciones o lesiones que den cuenta de agresiones sexuales.

Fuente: Elaborado en base a (6).

Como se aprecia en la tabla 2 y 3, la información a incorporar en los instrumentos se puede recoger a partir de distintas fuentes, como por ejemplo: entrevistas, visitas domiciliarias, fichas clínicas, observaciones, entre otros. Por ello, requiere que sea abordado por profesionales de distintas disciplinas y con entrenamiento específico para este fenómeno con esta población.

6. Desafíos de la evaluación y el diagnóstico de maltrato en personas mayores

Dentro de las dificultades para evaluar maltrato en personas mayores, queda en evidencia que el instrumento es uno de los principales desafíos, pero no el único. La educación de los y las profesionales respecto de cómo se manifiesta el fenómeno y qué consecuencias deja en quienes lo viven, cómo son los espacios de intervención para abordar las situaciones de maltrato y cuáles son los dispositivos, son elementos que también deben ser considerados para mejorar la precisión y oportunidad de la evaluación de maltrato. A continuación, se señalan algunos de los desafíos identificados en la revisión de la literatura:

6.1. Visibilizar el tema: Si bien es una acción anterior a la evaluación de eventuales situaciones de maltrato, es necesaria para lograr luego evaluar. Si el maltrato sigue siendo un tema tabú tanto en las familias como en la sociedad en general (6), resultará difícil que las personas mayores develen que han sido maltratadas, que los y las profesionales indaguen esto en entrevistas o en visitas domiciliarias, que los servicios socio sanitarios actúen. En definitiva, es inviable evaluar un tema del cual no se habla.

6.2. Diseñar y validar un instrumento: Se requiere establecer un instrumento en español, que sea sencillo y adecuado para el contexto chileno, tanto en su diseño como en su aplicación. Para formular dicho instrumento, se requiere establecer un espacio colaborativo con mirada ecológica, es decir, que sea un espacio tanto intersectorial como interdisciplinario, inclusivo de los distintos actores involucrados (también las personas mayores) (12). Al referir a un espacio intersectorial, se propone especialmente incorporar una mirada socio sanitaria, interpretando el maltrato como un atentado contra la salud, la calidad de vida y los derechos de quienes lo viven (6); y que, por lo tanto, debe ser valorado tanto en sus manifestaciones clínicas y aspectos jurídicos, como en sus consecuencias para la autoestima, identidad, bienestar e integración social de las personas mayores.

6.3. Educación: Los profesionales de las distintas áreas, servicios y disciplinas requieren ser educados en el tema. Tal como se señaló, el primer nivel de la educación corresponde al conocimiento y sensibilización sobre el maltrato en la población indicada (12). Esto representa hablar del tema en contextos profesionales, incorporar la detección como una acción dentro de los procesos, instaurar procesos de derivación y protocolos de emergencia, entre otros. La educación debe ser desarrollada a través de módulos de formación estandarizados, desde los cuales se eduque en una conceptuali-

zación y enfoque amplio de maltrato, compartido por las distintas disciplinas. Uno de los módulos imprescindibles de los programas de formación debe ser los aspectos éticos, donde se releve la importancia de resguardar la confidencialidad y autonomía de la persona mayor en todo el proceso de atención, sin culpabilizar ni avergonzar a la víctima de maltrato.

6.4. Visibilizar y normar situaciones de maltrato en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM):

Se requiere generar mecanismos de diagnóstico y abordaje del maltrato cuando las víctimas son personas mayores institucionalizadas (23), puesto que son situaciones que actualmente no se encuentran cubiertas por la legislación chilena (23). Garantizando además estrategias de prevención del maltrato que consideren a todas y todos los actores involucrados, específicamente en torno a la capacitación y dotación del personal (23). Así mismo, es necesario fomentar acciones orientadas al buen trato de todos quienes son parte de estas instituciones - ya sean formales o informales-, promoviendo la participación, especialmente de las personas mayores.

Estrategias en el corto, mediano y largo plazo de los servicios socio sanitarios: La crisis por la pandemia COVID-19 ha transformado el acceso y la organización de los servicios socio sanitarios por un tiempo indeterminado, constituyéndose como un desafío sin precedentes el mantenimiento de estos servicios para la atención de las personas mayores, mientras se mitiga el impacto por la pandemia (24).

En el corto y mediano plazo será fundamental aumentar el gasto público en salud y en políticas sociales para favorecer la reactivación de los servicios esenciales de salud. Mientras que, en el largo plazo será necesario fortalecer la estrategia de APS y a los equipos profesionales para poder brindar una respuesta oportuna al aumento en la demanda de los servicios, debido al incremento en los casos de maltrato y los factores de riesgo asociados a los confinamientos y restricciones de movilidad que de diferentes formas impactan negativamente en la salud mental y física de las personas mayores.

REFERENCIAS

1. Caballero M, Massad C. Antecedentes en torno al maltrato hacia las personas mayores en Chile. En: Guajardo G, Abusleme MT, editores. El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento. SENAMA-Flacso Chile. 2013;21-32.
2. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Informe estadístico nacional sobre casos y consultas de maltrato a las personas mayores. 2021. 2021.
3. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor. 2012.
4. Guajardo G.; Senama-Flacso Chile; Abusleme MT. Una tipología de las significaciones y sentidos sociales sobre el maltrato desde la mirada de las personas mayores. En: Guajardo G, Abusleme MT, editores. El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento. :127-38.
5. Cordero Jiménez J, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato: de la eritropoyesis a la cardioprotección. *MediSur*. 2010;8:78-89.
6. IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, SEGG, OMS. Malos tratos a personas mayores Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. 2007; Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/malostratossancho.pdf>
7. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010/11/29 ed. 1995;14(S2):45-60.
8. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de Seguimiento de Programas Sociales: Buen Trato al Adulto Mayor [Internet]. 2017. Disponible en: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018_3_58237.pdf
9. Bobadilla A, Bustamante B. Aprendizajes Organizacionales de la Oficina de Protección de Derechos del Adulto Mayor Puente Alto. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
10. Larenas C. Estandarización de seguimiento ante casos de vulneración de derechos. Defensoría del adulto mayor Peñalolén. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2020;
11. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Fono Mayor. Atención Ciudadana (CIAC). 2021; Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/atencion-ciudadana-siac>
12. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ*. 2015/04/07 ed. 19 de mayo de 2015;187(8):575-81.
13. Suarez Cuba MÃ. APLICACIÓN DEL ECOMAPA COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR RECURSOS EXTRA-FAMILIARES. *Revista Médica La Paz*. 2015;21:72-4.
14. Suarez Cuba MÃ. EL GENOGRAMA: HERRAMIENTA PARA EL ESTUDIO Y ABORDAJE DE LA FAMILIA. *Revista Médica La Paz*. 2010;16:53-7.
15. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*. 2014;20:53-7.
16. Cuéllar-Flores, Isabel; Dresch, Virginia. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2012;2(34):89-101.
17. Bellón J., Delgado A., Luna, J., & Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Revista Atención Primaria*. 1996;18(4):153-63.
18. Breinbauer K H, Vázquez V H, Mayanz S S, Guerra C, María T. Validación en Chile de la Escala de Sobre-carga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. mayo de 2009;137:657-65.

19. Brijnath B, Gahan L, Gaffy E, Dow B. "Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help": Frontline Service Providers' Views on Current Screening Tools for Elder Abuse. *The Gerontologist*. 20 de diciembre de 2018;
20. Fulmer Terry. try this: Elder Abuse and Neglect Assessment. *Journal of Gerontological Nursing*. 1 de enero de 2003;29(1):8-9.
21. Burnes D, Pillemer K, Lachs MS. Elder Abuse Severity: A Critical but Understudied Dimension of Victimization for Clinicians and Researchers. *The Gerontologist*. 1 de agosto de 2017;57(4):745-56.
22. Pabón-Poches D. Riesgo de maltrato en personas adultas mayores: validación de contenido de una escala. *PSICOGENTE*. 1 de junio de 2019;22:1-27.
23. Lowick-Russell Avalos J. Ley para abordar el maltrato a personas mayores en Chile: evidencias, tratamiento normativo y desafíos inmediatos. 2010;
24. Pinazo-hernandis S. Impacto psicosocial del COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 1 de junio de 2020;55.

2.7. EMERGENCIAS Y DESASTRES

Humberto Marín Uribe

Psicólogo, Doctor en Psicología Social y Magíster Salud Mental en Catástrofes, Universidad Complutense de Madrid. Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED)

Rodrigo A. Figueroa Cabello

Psiquiatra de Adultos, Magíster en Administración de Salud. Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paula Cortés Montenegro

Psicóloga, Magíster en Psicología Social Profesora de Psicología en Vrije Universiteit Amsterdam.

Ideas centrales

- Los eventos potencialmente traumáticos (tales como emergencias, desastres u otros) afectan a todas las personas, pero podrían tener distintos impactos a corto, mediano o largo plazo en relación a como interactúan la amenaza, vulnerabilidad y capacidades presentes.
- Las respuestas inmediatas más frecuentes que tienen todas las personas que vivencian eventos potencialmente traumáticos se pueden clasificar en cuatro grupos: 1) cognitivas, 2) físicas, 3) emocionales e 4) interpersonales. De ahí que el apoyo emocional es necesario, pero no suficiente.
- Respecto a las reacciones a mediano y largo plazo, las trayectorias de las respuestas pueden ser: las resilientes, de recuperación, retardada o crónica.
- Se han descrito hasta seis grupos específicos de personas afectadas en situaciones de emergencias y desastres, pudiendo estar presentes en todos ellos las personas mayores.
- Uno de los factores de resiliencia en las personas mayores mejor estudiado es el apoyo social.
- Los motivos de consulta más frecuentes asociados a trastornos mentales luego de emergencias y desastres son: los trastornos adaptativos, el trastorno de estrés post traumático (TEPT), trastornos depresivos y trastornos ansiosos. Pero pueden aparecer también trastornos de somatización y abuso de sustancias.
- Existen cuatro teorías para explicar la diferencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en la población de personas mayores: 1) la de inoculación, 2) de maduración, 3) de carga y 4) de exposición.
- Las acciones preventivas para situaciones de emergencia y desastres pueden ser: universales, selectivas, e indicadas.

Ideas centrales (continuación)

- Chile cuenta con un documento rector para la protección y cuidado de la salud mental en emergencias y desastres, el cual está basado en evidencia científica, e incluye una sección especial para personas mayores.
- El Ministerio de Salud cuenta con un manual para realizar Primera Ayuda Psicológica (PAP), en el contexto de la prevención universal y selectiva.
- Adicionalmente, existe un modelo de PAP en cinco pasos que demostró disminuir los síntomas de estrés postraumático un mes después de la intervención, según un estudio clínico realizado en población Chilena.
- Las psicoterapias que han demostrado efectividad para el trastorno de estrés post-traumático, son el EMDR y diversos modelos de terapias basadas en modelos cognitivos conductuales centrados en el trauma, como terapia de exposición prolongada o terapia de procesamiento cognitivo.

Los seres humanos hemos estado expuestos permanentemente a eventos adversos que ocasionan daños, muertes, lesiones graves o pérdidas materiales. Estos eventos, pudiendo estar asociados a fenómenos de los ciclos de la naturaleza o como resultado directo de la acción humana, han causado un gran impacto en las personas que los vivencian, estando incluso físicamente distantes.

A estos eventos los conocemos como emergencias, desastres o catástrofes, según criterios que los caracterizan en función de su envergadura, área de afectación, duración o impacto. Mientras algunas clasificaciones los agrupan según sus pérdidas (en vidas, materiales, económicas, entre otras), otros lo hacen según la rapidez o lentitud con la cual se desarrollan (de lenta o súbita aparición), o según el origen del acto precursor (naturales, antrópicos, tecnológicos, entre otros) (1).

Estos eventos requieren de una intervención urgente, ya que generan daños y/o consecuencias indeseables en diversos ámbitos. Sin embargo, la perspectiva de la Reducción del Riesgo de Desastres (RRD) (2) sugiere que ellos son prevenibles o al menos mitigables, disminuyendo por tanto su impacto sobre las personas y el entorno a través de la gestión de varios factores; dos de ellos son la gestión de amenazas y vulnerabilidades del sistema afectado.

A todas estas situaciones indeseables, que pueden aparecer de manera imprevista y que causan daños materiales, lesiones o hasta la muerte de personas, es lo que llamaremos eventos potencialmente traumáticos. Y ello, porque estos eventos (que pueden ser del tipo incidentes, accidentes, emergencias, desastres, catástrofes, entre otros) no generan por sí mismos consecuencias en la salud mental de las personas, pero sí pueden desarrollarlas cuando interactúan con las vulnerabilidades de quienes las vivencian, pudiendo ser incluso a "distancia" sin necesidad de presencia física.

1. ¿Cuál es la frecuencia e impacto de los desastres a nivel internacional?

Una reciente publicación del Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), compara la ocurrencia de los desastres ocurridos en los últimos veinte años (2000 a 2019) con los veinte años previos (1980 y 1999); dicho análisis concluye que en el último tiempo casi se han duplicado los desastres relacionados con fenómenos de la naturaleza (desde 4.212 a 7.348 eventos), así como las muertes ocurridas (de 1,19 a 1,23 millones), las personas afectadas (de 3,25 a 4,03 billones) y las pérdidas económicas (de 1,63 a 2,97 trillones de dólares) que estos eventos han generado (3).

El mismo texto (3) reporta que los cinco tipos de desastres que más muertes han causado —ordenadas por su número— corresponden a cuatro terremotos con sus posteriores tsunamis (Océano Índico 2004, Haití 2010, China 2008 y Pakistán 2005), seguido por la tormenta de Myanmar en 2008. Vale la pena hacer notar que en el sexto lugar el evento que más muertes ha causado en el mundo corresponde a un desastre de temperatura extrema sufrida por Europa en 2003, y posteriormente en Rusia en 2010. Estos datos dejan en evidencia que los desastres han aumentado considerablemente en los últimos 20 años, cobrando especial relevancia aquellos eventos asociados al cambio climático.

En Chile, según registros desde The Georeferenced Emergency Events Database (EM-DAT) (4) entre los años 2000 y 2020, ocurrieron un total de 72 desastres relacionados con eventos de la naturaleza (inundaciones, olas de frío, terremotos, erupciones volcánicas, entre otros) y tecnológicos (desastres industriales, de medios de transporte, entre otros). Como consecuencia conjunta de estos eventos, fueron reportadas 1.307 muertes, 11.656 personas heridas, más de 4 millones de personas afectadas y 871.724 personas que debieron buscar refugio por quedar sin hogar; con todo, estos eventos afectaron a casi cinco millones de personas, lo que en promedio, equivaldría a 500.000 personas al año o 42.000 personas al mes. Aun cuando los registros no indican edades de las personas afectadas, lo podríamos proyectar basándonos en la distribución poblacional de personas mayores en Chile, el cual corresponde al 11,9% de la población nacional (5). Entonces, de esos 42.000 residentes en Chile afectados por desastres cada mes, podríamos decir que 4.998 corresponden a personas mayores.

En lo que respecta a atención de emergencias, Bomberos de Chile (6) reporta que durante el año 2020 respondió a nivel nacional a 132.326 actos de servicio; de ellos, 106.822 fueron emergencias de diversa índole: incendios forestales, rescates vehiculares, fuegos en estructuras, rescate de personas, emergencias eléctricas o con gases, entre otros. En promedio, esto implica que diariamente en el año 2020 ocurrieron 293 emergencias a nivel nacional. Al revisar registros de años anteriores, desde 2015, se puede apreciar una tendencia similar por iguales meses del año, solo superado por la cantidad de emergencias ocurridas en 2018 y 2019, las que fueron un 31% superiores que los registros de 2020. Este fenómeno claramente podría deberse a las condiciones de confinamiento y reducción de movimiento producto de la pandemia por COVID-19.

Los impactos que estos eventos dejan sobre las personas, la infraestructura y la economía en general son cuantiosos, afectando también otros ámbitos de la vida de las personas que suelen quedar subreportadas: uno de ellos, la salud mental.

Aun cuando es difícil cuantificar con precisión el daño real que la ocurrencia de estos eventos puede tener sobre la salud mental de las personas mayores, diariamente ocurren situaciones que pueden atentar en contra de la salud mental, por lo que al pensar en eventos potencialmente traumáticos, no sólo debemos asociarlo con grandes terremotos o inundaciones, sino también con atropellos, colisiones de vehículos, emergencias con gas o con fuego, entre otras. Con altísima frecuencia muchas emergencias pasan desapercibidas, o no son asociadas con el motivo principal de consulta, pudiendo ellas tener un alto impacto en la salud mental incluso de quienes no hayan participado físicamente de ellas.

2. Reacciones ante desastres

Los eventos de emergencias y desastres afectan a las personas independientemente de su edad, pudiendo tener impacto a corto, mediano o largo plazo totalmente distinto. A continuación se describen las diversas maneras de reaccionar de la población general ante los efectos de un evento potencialmente traumático.

2.1. Reacciones inmediatas

Diferentes personas de distintas edades expuestas ante iguales circunstancias presentarán distintas respuestas inmediatas; esto, debido a que los eventos (amenazas) interactúan con las vulnerabilidades (personales, contextuales, sociales, entre otros) y capacidades (estrategias de afrontamiento, sistemas de pronta ayuda, entre otros), generando así las consecuencias. Por ello, las respuestas inmediatas más frecuentes que tienen todas las personas que vivencian eventos potencialmente traumáticos, se pueden clasificar en cuatro grupos: cognitivas, físicas, emocionales e interpersonales. En la tabla 1 se dan a conocer los tipos de reacciones y su descripción.

TABLA 1: TIPOS DE REACCIONES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES

TIPO DE REACCIÓN	DESCRIPCIÓN
EMOCIONAL	Estado de shock, terror, irritabilidad, sentimiento de culpa (hacia sí misma u otras personas), rabia, tristeza, embotamiento emocional, sentimientos de impotencia. Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares, dificultad para sentir alegría y para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros.
INTERPERSONAL	Incremento de conflictos interpersonales, retraimiento social, reducción de relaciones íntimas, alineación. Dificultades en el desempeño laboral o escolar, reducción de la satisfacción, desconfianza, externalización de la culpa y de la vulnerabilidad. Sensación de abandono o rechazo, y sobreprotección.
COGNITIVAS	Dificultad para concentrarse, para tomar decisiones y/o de memoria. Incredulidad, confusión y/o pesadillas. Autoestima decaída. Noción de autoeficacia disminuida. Pensamientos culposos, o recuerdos intrusivos sobre el trauma. Preocupación. Disociación (p.ej.: visión de túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultad para recordar, sensación de separación del cuerpo, entre otros).
FÍSICAS	Fatiga, cansancio, insomnio, taquicardia, palpitaciones, sobresaltos, exaltación, incrementos de dolores físicos. Reducción de la respuesta inmune, dolores de cabeza, perturbaciones gastrointestinales, reducción del apetito. Reducción del deseo sexual. Vulnerabilidad a la enfermedad.

Fuente: Elaborado en base a (7).

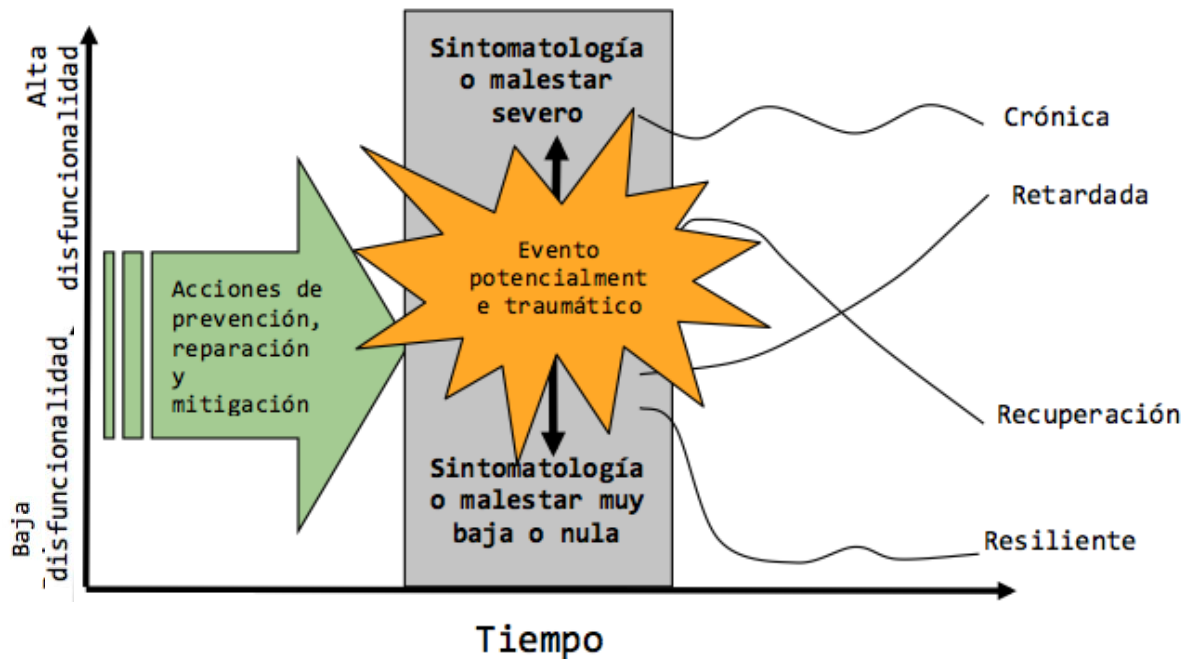
Es esperable que las personas afectadas de manera directa o indirecta presenten alguna o varias de estas respuestas, pero también es esperable que haya personas que no presenten ninguna de ellas. Las respuestas inmediatas podrían producirse desde la misma ocurrencia del evento, o incluso con algún desfase de tiempo. En este caso podríamos referirnos a una respuesta de mediano-largo plazo del tipo “retardada”, según veremos más adelante.

De manera general, la evolución esperada señala que tanto la frecuencia como la intensidad de estas respuestas debería ir disminuyendo a medida que pasan los días o semanas; cuánto tiempo debe pasar es algo muy particular a cada persona, sus capacidades, contexto, apoyo psicosocial percibido, determinantes sociales, entre otros factores (8)(9).

2.2. Reacciones a mediano y largo plazo

Una vez transcurrido algunos días desde la ocurrencia del evento, podría comenzar a apreciarse alguna de las cuatro respuestas con mayor presencia estadística (también conocidas como “trayectorias”), que se han descrito a mediano y largo plazo (7) (10) como indica la figura 1.

FIGURA 1: CONSECUENCIAS INMEDIATAS MÁS FRECUENTES EN PERSONAS AFECTADAS POR EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS



Fuente: Adaptado de Figueroa et. al., 2016 (7).

- a. **Resiliente:** se observa en personas que son capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación, y son capaces de retomar su vida tal como la tenían antes de su ocurrencia, o incluso mejorando sus condiciones previas. Se espera que entre el 35 y 65% de las personas afectadas presenten una respuesta de tipo “resiliente”.
- b. **Recuperación:** se observa en personas que presentaron un impacto inicial, pero a medida que pasa el tiempo, lograrán restablecer su nivel de funcionamiento similar al que tenían antes de la vivencia del evento; se espera que entre el 15 al 25% de (7) las personas afectadas presenten una respuesta de “recuperación”.
- c. **Retardada:** se observa en personas que luego de varios meses de mantener un funcionamiento relativamente normal la persona desarrolla una sintomatología intensa y algún trastorno del espectro postraumático. Se espera que entre un 0 y 15% podría presentar una respuesta con una trayectoria del tipo “retardada”.
- d. **Crónica:** se observa cuando las personas afectadas presentarán un rápido e intenso malestar que no remitirá, y les llevará a desarrollar algún trastorno del espectro postraumático. Se espera que 5 y 30% podría presentar una respuesta con una trayectoria del tipo “crónica”.

3. ¿Cómo afecta específicamente a personas mayores?

La frecuencia y gravedad cada vez mayores de los desastres, junto a la tendencia mundial del envejecimiento de la población, subrayan la importancia de comprender mejor cómo apoyar la salud y seguridad de las personas mayores en las distintas etapas del ciclo para la reducción del riesgo de desastres (11).

Aunque todos los eventos potencialmente traumáticos pueden afectar a todas las personas, no todas ellas tendrán las mismas consecuencias o reacciones en su salud. Ello debido principalmente a factores presentes antes, durante o después a la ocurrencia del evento. Se han descrito hasta seis grupos de posibles personas afectadas (8), todas ellas con participaciones y consecuencias distintas, ninguna de ellas necesariamente más grave que las otras, siendo todas necesarias de ser atendidas (1), según se describe:

1. Los involucrados directamente.
2. Familiares de los involucrados directos.
3. Quienes prestan ayuda en el evento.
4. La comunidad afectada.
5. Quienes conocen del evento a través de los medios de comunicación.
6. Quienes debiendo haber estado involucrados no estaban.

Finalmente, también se han descrito grupos de personas que al tener vulnerabilidades específicas, requieren de un apoyo diferenciado; este es el caso de las personas mayores.

Las personas mayores pueden estar incluidas dentro de la clasificación de seis grupos de afectados; sin embargo, otras investigaciones recomiendan que sean tratados como grupos de ayuda específica (12). En lo que respecta a Chile, López (13) las incluye como uno de los grupos que tuvo mayor afectación en el gran terremoto y tsunami ocurrido en el centro sur de Chile el 27 de febrero de 2010 (27/F), junto a personas en situación de discapacidad, personas menores de edad y personas con enfermedades crónicas.

Las publicaciones de la década comprendida entre 2010 a 2021 (14)(15)(16)(17) sobre salud mental de las personas mayores en situaciones de emergencias y desastres, se vincula con eventos de origen natural, por ejemplo, huracanes (14), terremotos (15), tifones (16), olas de calor extremo (17). El foco prioritario de esta literatura es la descripción de síntomas depresivos y aquellos asociados al diagnóstico del **Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)** tras el desastre.

A la hora de analizar cuáles son los factores que inciden en el deterioro cognitivo y emocional de las personas mayores en situaciones de emergencia y desastres, los estudios de la última década respaldan el efecto adverso de algunos factores, como el nivel socioeconómico, la presencia de enfermedades crónicas, o el aislamiento social (18). Estos factores tienen un efecto negativo tanto en el corto como a largo plazo.

Estudios recientes presentan resultados que describen con matices una mayor morbilidad de personas mayores luego de un desastre (19). Por ejemplo, Cherry y otros autores (19) examinaron el impacto en el bienestar, salud física y mental de un grupo de adultos luego de haber sido expuestos a diversos eventos (huracanes y derrame de petróleo) en Louisiana, Estados Unidos. Los resultados señalan que la edad de los residentes no está asociada al deterioro de la salud mental, lo que sugiere que las personas mayores no presentarían una vulnerabilidad especial a las secuelas psicológicas

adversas posteriores a una repetida exposición a desastres cuando se les compara con personas adultas jóvenes. Estos resultados son interesantes pues sugieren que la edad por sí sola no es un determinante de mayor vulnerabilidad en salud mental, sino que es la interacción de diversos factores de riesgo y protectores, los cuales describimos a continuación.

Uno de los factores de resiliencia en las personas mayores mejor estudiados es el apoyo social. La literatura concuerda con que una activación efectiva de las redes y conexiones sociales forman el motor central de la recuperación incluso después de los eventos más devastadores (20). Por ejemplo, Lebowitz y otros autores (20), establecieron una relación entre el apoyo social y el bienestar de personas mayores luego de una inundación en Tokio en 2015. Los resultados indicaron que el apoyo social proveniente de un familiar mitigó el impacto negativo del evento, pero el apoyo social de personas externas se asoció a mayor deterioro. Estos resultados están en línea con los descritos por Bei y otros autores (21), ya que las personas mayores que recibieron solo apoyo del gobierno reportaron niveles más altos de TEPT que aquellos que recibieron apoyo solo de familiares, amistades y vecinos o vecinas. Estos resultados señalan la naturaleza compleja del apoyo social en contexto de desastres y lo valioso que puede ser al promover una mejor respuesta y recuperación en personas mayores cuando las redes de apoyo son activadas de manera integral y efectiva.

La revisión de Kwan y Walsh (22) también destacó la calidad y autonomía de los sistemas de apoyo y cuidado como factores que promueven la resiliencia de las personas mayores en contexto de desastres. Específicamente, los autores señalan que la disrupción de los sistemas de salud, transporte y seguridad social interrumpen la respuesta resiliente. Por ejemplo, Hikichi (23) y otros autores observaron que el acceso limitado a medicamentos y servicios de salud después del tsunami en Tohoku (Japón) se asoció a un aumento significativo en los síntomas de TEPT. En esta línea, Sri-on y otros autores (24), sugieren que la implementación de actividades de preparación en el contexto de los programas de salud primaria dirigidos especialmente a las personas mayores puede ser de gran ayuda para promover su resiliencia.

La comunicación del riesgo de desastres es también un factor que puede promover la resiliencia de las personas mayores. En este punto, la revisión sugiere que la falta de estrategias de comunicación amigables e inclusivas con las personas mayores obstaculiza su respuesta resiliente. Por ejemplo, Brockie y Miller (25) describieron cómo las personas mayores percibieron el cambio en las estrategias de comunicación en desastres. Los participantes señalaron que las medidas “clásicas” (reuniones vecinales, patrullajes) fomentaron un sentido de comunidad y los involucraron a participar en el proceso de toma de decisiones, mientras que los métodos más recientes (redes sociales, cobertura televisiva) carecían de un sentido de comunidad, lo cual los llevaron a sentimientos de desconexión, desconfianza y aislamiento.

Estos factores son prometedores pues han demostrado su asociación con una mejor respuesta y recuperación de las personas mayores en contexto de emergencias y desastres. Se estima, por lo tanto, que al fomentar una respuesta resiliente también se impulsa una mejor salud mental y mayor bienestar.

4. Motivos de consulta frecuente

La literatura reporta la aparición de distintos motivos de consulta asociados a trastornos mentales luego de emergencias y desastres. Los más comunes son los trastornos adaptativos, el TEPT, trastornos depresivos y trastornos ansiosos (26). Junto con ello, se ha reportado aparición de trastornos de somatización y abuso de sustancias. Aunque existe controversia respecto al impacto de la edad sobre el riesgo de desarrollar trastornos mentales luego de desastres, un re-

ciente metaanálisis concluye que las personas mayores presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental luego de un desastre (26). Específicamente, los resultados sugieren que las personas mayores tienen 2,11 veces más probabilidades de experimentar síntomas de TEPT y 1,73 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno de adaptación después de la exposición a desastres, comparado con personas adultas más jóvenes (26).

Se han propuesto cuatro teorías diferentes para explicar la diferencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en la población de personas mayores (26), las cuales se presentan en la tabla 2.

TABLA 2: TEORÍAS EXPLICATIVAS PARA DIFERENCIAR RIESGO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

HIPÓTESIS	DESCRIPCIÓN
INOCULACIÓN	La hipótesis de inoculación plantea que las experiencias traumáticas previas acumuladas a lo largo de la vida generan una "inmunidad" frente a nuevos eventos de este tipo, disminuyendo la incidencia de secuelas psicológicas.
MADURACIÓN	La hipótesis de maduración sugiere que la edad les confiere a las personas mayores estilos de afrontamiento más adaptativos, lo que les permitiría responder a situaciones de emergencia y desastre de una manera más efectiva, disminuyendo el riesgo de secuelas.
CARGA	La hipótesis de carga, por su parte, sugiere que son las personas en edad media las que se llevan la mayor parte del estrés financiero y doméstico luego de un desastre, lo que los pone en mayor riesgo que las personas mayores.
EXPOSICIÓN	La hipótesis de exposición sugiere que las personas mayores podrían estar expuestas a una mayor interrupción vital producto de los desastres, producto de su mayor dificultad para obtener asistencia, su disminuida movilidad, sus enfermedades de base, su menor posibilidad de acceder a alarmas y alertas, y su mayor resistencia a evacuar lugares afectados por desastres.

Fuente: Elaborado en base a (26).

5. Factores protectores

Diversas investigaciones con personas mayores expuestas a emergencias y desastres muestran que la cohesión social es un factor relevante para la salud mental de esta población. Por ejemplo, Chao (27) examinó el rol mediador de la cohesión comunitaria en la relación entre actividades al aire libre y una menor prevalencia de síntomas depresivos en una comunidad de personas mayores desplazadas luego de un tifón en Taiwán. El autor encontró que estas actividades son efectivas sólo para las personas mayores que perciben alta cohesión comunitaria. Estos resultados sugieren que más programas de salud con orientación comunitaria deberían ser promovidos para favorecer la recuperación de este grupo etario luego de un desastre. Mientras que Osorio-Parraguéz y Espinoza (28) desarrollaron una intervención de carácter psicosocial e interdisciplinaria luego del 27/F del 2010 en Chile, destinada a diagnosticar los efectos en la salud mental y promover la resiliencia en un grupo de personas mayores en una comunidad rural. La intervención consistió en una serie de encuentros con actividades derivadas de las terapias del arte y la antropología social, incluyendo talleres de memoria colectiva, entrevistas, entre otros. Las autoras señalan que la intervención fomentó una narrativa positiva en torno al desastre, enfocándose en las fortalezas individuales y comunitarias, lo que estaría asociado a una respuesta más resiliente luego del evento.

Por otro lado, es importante asegurar el acceso seguro a servicios a personas mayores con problemas de salud mental, antes, durante y después del evento, así como ofrecer servicios de salud mental a quienes experimentan eventos potencialmente traumáticos (emergencias, desastres, entre otros) (29).

Junto con lo anterior, otros puntos de interés fueron los desafíos en términos de comunicación efectiva y el riesgo de las personas mayores de quedar “digitalmente excluidos”, problemas en la preparación frente al evento, entre otros (30). Sin duda, la investigación y las prácticas futuras deben centrarse en evaluar y desarrollar una comunicación de riesgos adaptada a las personas mayores que integre sus vivencias y perspectivas de manera efectiva (29).

Las intervenciones dirigidas a la protección de la salud mental de la población en emergencias y desastres pueden clasificarse en **preventivas y terapéuticas**. Clasificaremos las intervenciones de prevención según el tradicional modelo propuesto por Gordon (30) en su “Clasificación operacional de prevención de enfermedades”. Esta clasificación divide las intervenciones preventivas en **universales**, para referirse a aquellas que deben implementarse en toda la población; **selectivas**, para el subconjunto de la población con factores de riesgo evidente; e **indicada**, para aquellos con factores de riesgo objetivables a través de un examen individualizado. Para tener una visión integradora de las acciones preventivas, terapéuticas y herramientas diagnósticas, recomendamos revisar la propuesta del algoritmo de manejo del trauma psicológico en la atención primaria de salud (30).

6. Acciones preventivas

6.1. Prevención universal

Son acciones o estrategias que buscan aumentar la resiliencia de las personas y comunidades frente a peligros. Este tipo de intervenciones son propias de la disciplina de la Reducción de Riesgo de Desastres (RRD), y pretenden:

- Disminuir la exposición de la población a situaciones de peligro, como terremotos, aluviones, desastres industriales, inundaciones o explosiones, entre otras.
- Que las personas de la comunidad cuenten con herramientas individuales y colectivas que les permitan afrontar de manera más exitosa y adaptativa situaciones adversas como un accidente o un desastre. Entre éstas se incluyen los entrenamientos, los simulacros, la promoción del cuidado de personas en situación de discapacidad o vulnerabilidad social, la actividad física, la promoción de la vida en comunidad, la inclusión e integración social, las políticas de protección social, entre otras intervenciones multisistémicas.
- Educar a la población en el autocuidado y prevención de accidentes, las normativas para evitar asentamientos en lugares de cauce de movimientos de tierra, o el uso de normativas para la prevención de incendios, entre otras.

En particular para las personas mayores resulta fundamental entre las medidas de prevención universal la promoción del buen trato, la prevención de la violencia, la actividad física, la integración social, y la preservación del funcionamiento autónomo. El acceso a dispositivos para preservar la agudeza visual y la audición es especialmente crítico en situaciones de desastre. Las medidas para garantizar la cadena de suministro de medicamentos en situaciones de emergencia son de la mayor importancia para toda la comunidad, pero en especial para las personas mayores por su mayor dependencia de estos insumos médicos. La pertenencia a grupos de cuidado entre personas de la misma edad y la mantención de vínculos familiares es indispensable para construir comunidades de personas mayores resilientes.

6.2. Prevención selectiva

En situaciones de desastre, la prevención selectiva está dirigida a aquellos individuos que “a simple vista” muestran señales de algún riesgo, en especial durante los primeros días o semanas después de un desastre. En todo desastre nos encontraremos con individuos afectados o particularmente necesitados, pero siempre destacan algunos por su particular afección, ya sea expresada a través de llanto, repliegue social, porque piden ayuda espontáneamente, por su agresividad, entre otras. Es importante destacar que el hecho de que una persona exprese un particular sufrimiento motivo de un desastre no es sinónimo de que tenga un trastorno mental. Más aún, es discutido si realmente este tipo de malestar representa una señal de riesgo para el desarrollo de secuelas mentales. Para ese grupo que muestra señales de estar particularmente afectado a simple vista, están dirigidas las medidas de prevención selectiva. En este caso, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, de la Cruz Roja Internacional, y de la Asociación Internacional de Estrés Traumático, entre otras, es ofrecer **Primera Ayuda Psicológica (PAP)** (31), definidos como una intervención de ayuda humanitaria de un ser humano a otro ser humano que sufre, invitando a hablar pero sin forzar a hacerlo, ofreciendo ayuda pragmática para resolver las preocupaciones y satisfacer las necesidades inmediatas que han surgido después de una situación de crisis. Incluyen componentes de escucha, sistematización de necesidades, contacto pragmático con redes de apoyo, psico-educación, y herramientas para promover la calma. En línea con ello, estadísticas del Ministerio de Salud de Chile (32) reportan que durante el año 2020 fueron atendidas un total de 10.089 personas con motivo de una consulta asociada a salud mental en emergencias o desastres; de ellas, 1.980 corresponden a personas mayores de 60 años, siendo 588 hombres y 1.392 mujeres. Las técnicas más aplicadas para responder a los requerimientos de estas consultas fueron la intervención psicosocial grupal y (PAP).

6.2.1. En este contexto, el Ministerio de Salud cuenta con documentos relevantes en esta materia, como son: a) Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres (8), y el b) Manual de Implementación de Talleres de Capacitación en Primera Ayuda Psicológica (PAP) para respondedores (33).

a. Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres (8): Es un Modelo realizado junto a la Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres (CIGIDEN) y la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), y representa el documento rector para la protección y cuidado de la salud mental en emergencias y desastres. El modelo propone un trabajo a ser realizado incluyendo 8 ejes específicos que deben ser coordinados intersectorialmente, con acciones a ser realizadas antes, durante y después de cada evento. Los ejes estratégicos son (8):

4. Coordinación del Sistema Nacional de Protección Civil Chileno (SNPC), en la salud mental en la GRD.
5. Gestión de la información.
6. Comunicación social en la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD).
7. Fortalecimiento comunitario.
8. Educación para la protección de la salud mental en la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD).
9. Trabajo focalizado con grupos específicos.
10. Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD).
11. Lineamientos técnicos para la intervención.

En el eje número 6 “Trabajo focalizado con grupos específicos”, se incluye a las personas mayores, y promueve un tránsito desde actuaciones eminentemente reactivas hacia la Gestión Integral del Riesgo, ofreciendo un lenguaje común y una lógica de coordinación en el contexto del Sistema Nacional de Protección Civil y los organismos que le componen (8).

- b. Manual de Implementación de Talleres de Capacitación en Primera Ayuda Psicológica (PAP) para respondedores:** Es un documento del Ministerio de Salud, es un manual para realizar la capacitación en Primera Ayuda Psicológica (PAP) (33), incluyendo instrucciones y materiales para realizar un taller de 8 horas en total (sin considerar los descansos), o en 16 horas en caso si se cuenta con más tiempo para profundizar en los ejercicios prácticos y las discusiones grupales. En cuanto a su ejecución, el taller cuenta con un total de 4 módulos respecto a sus principios básicos, los cuales idealmente deben ser ejecutados por dos personas (facilitadoras) para propiciar mayor interacción, desarrollo fluido y dinámico de las presentaciones, de los ejercicios y las discusiones grupales.

¿Quiénes son personas respondedoras?

Son todas aquellas que pueden realizar acciones de ayuda a otras personas que han sido recientemente afectadas por situaciones de emergencias y desastres (33). Pueden ser personas profesionales o no profesionales, incluyendo a personal o voluntarias de organizaciones de ayuda humanitaria, trabajadoras de la salud, educadoras o miembros de la comunidad, funcionarias o funcionarios municipales, de las Fuerzas Armadas y de Orden, entre otros (33).





¿Cuál es el objetivo del taller?

Desarrollar la capacidad de las personas respondedoras en situaciones de emergencias y desastres para: acercarse a una situación de forma segura, para ellas y para las demás personas; decir y hacer las cosas más favorables para las personas muy afectadas emocionalmente; y NO causar más daño por sus acciones (33).

Sin embargo, es importante destacar que el taller no entrega a las personas participantes habilidades clínicas en “consejería”, intervención en crisis o similares. Por ello, un objetivo clave de aprendizaje para las personas participantes es comprender los límites del apoyo que pueden brindar y cuándo recomendar a las personas asistencia más especializada. Junto con lo anterior, es importante adaptar la orientación y los materiales a la cultura, el idioma y el contexto locales, y a los posibles tipos de situaciones de crisis en los que las personas participantes podrán ser respondedoras (33).

En la tabla 3 se puede apreciar los 4 principios claves del PAP, los cuales corresponden al anexo N°1 del Manual de Implementación de Talleres de Capacitación en Primera Ayuda Psicológica (33).

TABLA 3: PRINCIPIOS CLAVES DEL PAP

ACCIONES	DESCRIPCIÓN
 <p>Prepararse</p>	<p>Es importante que ANTES de intervenir en el lugar de una crisis, hay que obtener información lo más exacta posible, para que estar seguro o segura y ser eficaz en la respuesta. Dado que muchas veces son situaciones caóticas no siempre es posible obtener toda la información necesaria, pero se debe intentar reunir la mayor cantidad de antecedentes. Para este primer principio es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Infórmese sobre el suceso crítico. ▸ Infórmese sobre los servicios y sistemas de apoyo disponibles. ▸ Infórmese sobre los aspectos de seguridad. ▸ Infórmese sobre los aspectos de la organización del lugar.
 <p>Observar</p>	<p>Es importante observar el contexto, ya que las situaciones de crisis pueden cambiar rápidamente y que puede ser difícil obtener información precisa. Por otro lado, el escenario con el que se encuentren al llegar a la población afectada, puede ser diferente de lo que habían anticipado de antemano. Por lo tanto, es importante tomarse un tiempo para OBSERVAR a su alrededor y evaluar la situación antes de ofrecer ayuda. Para este segundo principio es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Comprobar la seguridad del lugar. ▸ Comprobar si hay personas con necesidades básicas urgentes. ▸ Comprobar si hay personas con reacciones de angustia grave.
 <p>Escuchar</p>	<p>Para escuchar a otra persona en una situación de emergencia y desastres, es importante presentarse antes, dando el nombre y la organización a la que representa. Esto ayudará a las personas afectadas que están asustadas e inseguras de sentirse más cómodas hablando. Siempre hay que acercarse a las personas respetuosamente, de acuerdo con su cultura, y preguntando si requieren ayuda. Aunque algunas necesidades pueden parecer obvias, siempre es importante preguntar a las personas cuáles son sus necesidades y preocupaciones. Esto permitirá comprender mejor su situación y ayudarles a abordar lo que ellas sienten que son sus propias prioridades. Para este tercer principio es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Acérquese a las personas que puedan necesitar ayuda. ▸ Pregúnteles qué necesitan y qué les preocupa. ▸ Escuche a las personas y ayúdelas a tranquilizarse.
 <p>Conectar</p>	<p>En este principio, las personas afectadas pueden tener muchas necesidades básicas insatisfechas dependiendo de la situación. Como persona respondedora podrías estar en una posición para ofrecer artículos básicos como comida, agua o mantas; o vincular a las personas con organismos que están proporcionando esos servicios. Se debe preguntar a la persona qué es importante para ella, por ejemplo, utensilios de aseo, un teléfono para llamar, agua, entre otros. Por ello, lo importante en este cuarto principio es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ayudar a las personas a resolver sus necesidades básicas y a tener acceso a los servicios. ▸ Ayude a las personas a hacer frente a sus problemas. ▸ Proporcionar información. ▸ Conectar a las personas con sus seres queridos y con redes de apoyo social.

Fuente: Elaborado en base a (33).

6.2.2. Por otro lado, la Pontificia Universidad Católica de Chile desarrolló el protocolo de primeros auxilios psicológicos PAP-ABCDE (34), el cual es un modelo en 5 pasos donde cada letra del acrónimo representa una etapa (tabla 4). El uso del acrónimo permite memorizar cada uno de los pasos evitando olvidar alguna tarea durante la provisión de la intervención. El orden de la secuencia ABCDE puede ser invertido y sus pasos pueden ser omitidos según las preferencias y necesidades de la persona afectada. El modelo demostró en un ensayo clínico realizado con 221 personas adultas afectadas por experiencias potencialmente traumáticas en servicios de urgencia de la Región Metropolitana de Chile, disminuir los síntomas de estrés postraumático un mes después de la intervención, entre otros beneficios (35).

TABLA 4: PROTOCOLO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PAP-ABCDE

LETRA Y SIGNIFICADO	DESCRIPCIÓN
A: Escucha activa	Habitualmente se recomienda iniciar los primeros auxilios psicológicos con un espacio de escucha activa, el que consiste en 10 a 20 minutos de escucha silenciosa, procurando comunicar al afectado que tiene al frente a un ser humano que está siendo capaz de prestar la atención y empatizar con su vivencia. Para ello se utilizan el parafraseo y el reflejo. De especial importancia en este paso es evitar clichés, tolerar el silencio, no responder (o “engancharse”) con la agresión y no caer en soluciones fáciles.
B: Reentrenamiento de la respiración	Es una técnica que tiene por objetivo ayudar a las personas a calmarse. En personas muy angustiadas es posible partir por este paso antes de abrir el espacio de escucha activa. La técnica invita a inspirar en cuatro tiempos, exhalar cuatro tiempos, y luego aguantar la respiración en exhalación forzada cuatro tiempos más dejando los “pulmones sin aire”. Existe evidencia de que el ciclo respiratorio activa los sistemas nerviosos simpático y parasimpático de manera diferencial en sus fases de inspiración y exhalación, lo que explicaría la efectividad de esta técnica.
C: Busca identificar y priorizar las necesidades de la persona afectada	Este paso es relevante porque durante las primeras horas y días después de un desastre la angustia puede interferir las funciones ejecutivas de los afectados, pudiendo presentar dificultades para priorizar e incluso identificar sus necesidades más relevantes. Quien entregue los primeros auxilios psicológicos opera como un “yo auxiliar”, que ayuda al afectado o afectada en la identificación y priorización de sus necesidades más inmediatas. Algunos ejemplos son: abrigo, alimento, protección, techo o contacto con familiares.
D*: Vincular a la persona afectada con las redes de apoyo personales	Tiene por objetivo satisfacer las necesidades identificadas en el paso anterior conectando con familiares y la comunidad. Si la persona afectada tiene necesidades de techo porque luego de la emergencia perdió su casa, durante este paso podríamos vincularlo con los dispositivos de protección social municipal para que pueda acceder a un albergue de damnificados; o si tiene necesidades de información respecto a sus familiares o seres queridos, podríamos ponerla en contacto con los equipos de búsqueda de personas de las instituciones que trabajan en la zona.
E*: Educación acerca de las reacciones esperadas/ comunes	Luego de la vivencia de una experiencia potencialmente traumática hay que educar a la persona respecto a las reacciones normales frente a este tipo de eventos, los signos de alarma, cómo ayudarse a sí misma y a otras personas, mitos de la salud mental y dónde pedir ayuda en caso de ser necesario.

Fuente: Elaborado en base a (34).

* Tanto los pasos “D” y “E” pueden verse facilitados utilizando el soporte de folletos u otras piezas gráficas.

6.3. Prevención indicada

En personas adultas con síntomas de trastorno de estrés agudo, existe cada vez más evidencia convergente que sugiere que el uso de **Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT)**, **Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)** o hidrocortisona podrían prevenir el desarrollo de TEPT cuando son utilizados en las primeras semanas post-trauma (36)(37). De acuerdo a las guías clínicas de la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), se trata de evidencia nueva, y los estudios que respaldan su uso no han sido probados en personas mayores. No obstante, no existen razones teóricas para pensar que estas intervenciones promisorias fueran menos efectivas en este grupo etario (38).

Cuando la sintomatología luego de un evento no desaparece tras la implementación de las acciones preventivas, es probable que la persona necesite tratamiento. A continuación abordamos los tratamientos psicoterapéuticos recomendados.

7. Tratamientos psicoterapéuticos

Las psicoterapias que han demostrado efectividad para el trastorno de estrés postraumático son el EMDR y diversos modelos de terapias basadas en modelos cognitivos conductuales centrados en el trauma, como terapia de exposición prolongada o terapia de procesamiento cognitivo. Todas las psicoterapias que han demostrado efectividad en el trastorno de estrés postraumático tienen en común componentes de psicoeducación, regulación emocional, exposición imaginaria, procesamiento cognitivo y resignificación, trabajo con emociones y procesamiento de recuerdos (39).

Las intervenciones psicoterapéuticas han demostrado generar varios cambios a nivel neurobiológico en los y las pacientes que las reciben. Entre éstos se destacan reversión de hebras de ADN fracturado (40), aumento de la actividad de la corteza prefrontal-cíngulo anterior con disminución de la actividad de la amígdala (41), y aumento de la actividad del tálamo derecho, lo cual se correlaciona con disminución de sintomatología de estrés postraumático (42).

En relación al subgrupo de personas mayores, no existe evidencia que la edad sea un impedimento para recibir este tipo de intervenciones psicoterapéuticas. Se trata de tratamientos que suelen tomar de dos a tres meses, durante los cuales se aplican entre 8 y 12 sesiones psicoterapéuticas. En situaciones donde no es posible acceder a terapeutas entrenados en la provisión de este tipo de intervenciones existe evidencia de que la psicoterapia cognitivo conductual no centrada en el trauma tendría alguna efectividad, por lo que se recomienda indicarla.

8. Herramientas diagnósticas

El diagnóstico precoz de TEPT, depresión, y otros trastornos psiquiátricos que pueden aparecer luego de una emergencia y desastre es relevante por su alto impacto en morbilidad y su tendencia a la cronificación, con enormes costos sociales e individuales (44). Aunque el diagnóstico requiere una evaluación clínica que incluye el examen mental, existen varios inventarios de auto reporte que pueden facilitar la detección (45).

El TEPT es un cuadro caracterizado por la reexperimentación intrusiva y recurrente del evento traumático a través de imágenes, pensamientos, sensaciones, o pesadillas; evitación de claves internas o externas del evento traumático, como conversaciones, emociones, personas, lugares, o cosas; e hiperexcitabilidad fisiológica, observable a través de sobresaltos, temblores, insomnio, irritabilidad, o desconcentración, todo lo cual se mantiene vigente por al menos un mes después de la vivencia del evento potencialmente traumático. Por su parte, el episodio depresivo mayor es un cuadro de al

menos dos semanas de duración, la persona sufre de un profundo desánimo, tristeza, desmotivación y/o pérdida de la capacidad de sentir placer, acompañado habitualmente de alteraciones del sueño, apetito, concentración, energía, vitalidad corporal y pensamientos negativos acerca del sí mismo y el mundo, y el que puede asociarse a ideas de muerte o suicidio (46).

Para la pesquisa del TEPT en situaciones de desastre una buena alternativa a usar es la “Escala de Impacto de Evento Revisada” (IES-R), ya que ha sido ampliamente probada en distintos tipos de desastres (inundaciones, tsunamis, accidentes, huracanes, terremotos, aluviones, erupciones volcánicas, desastres tecnológicos, industriales, nucleares, nevadas, entre otros.), en varios continentes (Norte América, Europa, Asia y Oceanía) (47). Se trata de un inventario de autoreporte de 22 ítems (0-88 puntos) basado en los criterios de TEPT del DSM-IV, que ha mostrado una validez de constructo de 0,84 y una confiabilidad (alfa) de 0,96. Fue validado en Chile por Caamaño y cols. (48) y se sugiere un punto de corte de 33 puntos o más para sospecha de TEPT (49).

Para la detección de depresión, tanto el “*Inventario de Depresión de Beck-II*” (BDI-II) como el “*Patient Health Questionnaire 9*” (PHQ-9) son buenas alternativas, por su sencillez de aplicación (autoreporte), adaptación al castellano y validación en escenarios de desastre. El BDI-II es un instrumento de 21 ítems (0-63 puntos) con buena validez de contenido y convergente, y una fiabilidad alta (alfa = 0,93) (50). Ha sido probado en dos terremotos y un huracán, en Europa, Norteamérica, y Asia. Un punto de corte de 13 o más puntos sugiere síntomas depresivos significativos. Fue adaptado en Chile en población adolescente por Melipillán et al. (51).

El PHQ-9 es un instrumento de 9 ítems (0-27 puntos), que ha mostrado una buena validez de criterio, constructo, y externa, así como una buena fiabilidad (alfa = 0,89) (52). Ha sido probado en huracanes, incendios y terremotos en Norte América, Australia y Asia. Un puntaje de 5 o más puntos es significativo para riesgo de depresión. Ha sido adaptado en Chile en una muestra de atención primaria por Saldivia y cols. (53).

9. Documentos complementarios

A continuación se presenta una lista de documentos de consulta y complementarios, los cuales permitirán ahondar en la temática del presente capítulo:

- Estándares Mínimos para la Inclusión de la Vejez y la Discapacidad en la Acción Humanitaria (54): En 2018 un conjunto de organizaciones chilenas en cooperación con otras internacionales tradujeron y adaptaron a la realidad Chilena estándares internacionales para la inclusión de personas mayores en acciones de ayuda humanitaria. El texto comienza revisando definiciones principales, para después ir describiendo los estándares globales de cumplimiento en toda ayuda y sus principios básicos, para facilitar la inclusión de los temas de vejez y discapacidad, en los planes, programas, políticas relacionadas con las emergencias y acción humanitaria. Finalmente, presenta estándares específicos relacionados con protección, agua, salud, higiene, seguridad alimentaria, nutrición, alojamientos, salud general y educación. Este documento se considera como de lectura obligatoria al momento de diseñar, implementar y evaluar programas de ayuda humanitaria con inclusión de personas mayores.
- Otro sitio con publicaciones y actualizaciones en relación a la protección y cuidado de la salud mental de personas mayores, es el plan de respuesta ante emergencias y desastres para los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) (55).
- Manual de Implementación de Talleres de Capacitación en Primera Ayuda Psicológica (PAP) para Respondedores, del Ministerio de Salud (33).

REFERENCIAS

1. CEPAL. Manual para la Evaluación de Desastres. [Internet]. 2014. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35894/1/S2013806_es.pdf
2. ONU, Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres EIRD. Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. 2009; Disponible en: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpa-nish.pdf
3. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters CRED. Human cost of disasters: an overview of the last 20 years 2000–2019. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.undrr.org/media/48008/download>
4. The Georeferenced Emergency Events Database EM-DAT. Consulta a base de datos de EM-DAT, CRED [Internet]. 2021. Disponible en: www.emdat.be
5. INE. Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-y-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>
6. Junta Nacional de Cuerpos de Bomberos de Chile. Consulta a base de datos Sistema de Información Bomberil [Internet]. 2021. Disponible en: www.bomberos.cl/sib/
7. Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*. 2016;144(5):643–55.
8. Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres. 2019.
9. Ministerio de Salud (MINSAL). Salud mental en la atención primaria de salud: Orientaciones dirigidas a los equipos de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Chile. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>
10. Bonanno, G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 2004;59(1):20–8.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=6CE78036F811259703BEB3139310C2D6?sequence=1
12. Jia Z, Tian W, Liu W, Cao Y, Yan J, Shun Z. Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*. 2010;10(1):172.
13. López Tagle E, Santana Nazarit P. El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2011;30:160–6.
14. An, Ruopeng; Qiu, Yingjie; Xiang, Xiaoling; Ji, Mengmeng; Guan, Chenghua. Impact of Hurricane Katrina on Mental Health among US Adults. *American Journal of Health Behavior*. 2019;43(6):1186–99.
15. Joanne Allen, Lisa M. Brown, Fiona M. Alpass & Christine V. Stephens. Longitudinal health and disaster impact in older New Zealand adults in the 2010–2011 Canterbury earthquake series. *Journal of Gerontological Social Work*. 2018;61(7):701–18.
16. Hsin-I. Shih, Tzu-Yuan Chao, Yi-Ting Huang, Yi-Fang Tu, Jung-Der Wang, Chia-Ming Chang. Increased incidence of stress-associated illnesses among elderly after Typhoon Morakot. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2021;120(1):337–45.
17. Farugia, Taya L., Cuni-Lopez, Carla, and White, Anthony R. Potential Impacts of Extreme Heat and Bus-fires on Dementia. 2021;

18. Báltica Cabieses, Margarita Bernales, Alexandra Obach, Víctor Pedrero. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Universidad del Desarrollo, Equipo de Estudios Sociales en Salud. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
19. Cherry KE, Sampson L, Galea S, Marks LD, Baudoin KH, Nezat PF, et al. Health-Related Quality of Life in Older Coastal Residents After Multiple Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Cambridge University Press. 2017;11(1):90-6.
20. Adam Lebowitz, Hirokazu Tachikawa, Miyuki Aiba, Yuta Okamoto, Sho Takahashi, Kiyotaka Nemoto, Tet-suaki Arai. Post-flood social support networks and morbidity in Jōsō City, Japan. *Psychiatry Research*, 2019;271:708-14.
21. Bei, B., Bryant, C., Gilson, K.-M., Koh, J., Gibson, P., Komiti, A.,...Judd, F. A prospective study of the impact of floods on the mental and physical health of older adults. *Aging & Mental Health*. 17(8):992-1002.
22. Crystal Kwan, Christine A. Walsh. Seniors' disaster resilience: A scoping review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2017;25:259-73.
23. Hiroyuki Hikichi, Jun Aida, Toru Tsuboya, Katsunori Kondo, Ichiro Kawachi,. Can Community Social Cohesion Prevent Posttraumatic Stress Disorder in the Aftermath of a Disaster? A Natural Experiment From the 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami. *American Journal of Epidemiology*. 2016;183(10):902-10.
24. Sri-on, J., Vanichkulbodee, A., Sinsuwan, N. et al. Disaster preparedness among Thai elderly emergency department patients: a survey of patients' perspective. *BMC Emerg Med* 19, 58 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0269-7>.
25. Brockie L, Miller E. Older adults' disaster lifecycle experience of the 2011 and 2013 Queensland floods. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2017;22:211-8.
26. Parker G, Lie D, Siskind DJ, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental health implications for older adults after natural disasters – a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*. 2015/07/27 ed. 2016;28(1):11-20.
27. Chao S-F. Outdoor activities and depressive symptoms in displaced older adults following natural disaster: community cohesion as mediator and moderator. *Aging & Mental Health*. 2016;20(9):940-7.
28. Osorio-Parraguez P, Espinoza A. Salud mental en desastres naturales: estrategias interventivas con adultos mayores en sectores rurales de Chile. *Glob Health Promot*. 1 de junio de 2016;23(2):84-91.
29. Fountain L, Tofa M, Haynes K, Taylor MR, Ferguson SJ. Older adults in disaster and emergency management: What are the priority research areas in Australia? *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 1 de octubre de 2019;39:101248.
30. Gordon R. Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. *Informes de Salud Pública*. 1983;98:107-9.
31. Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de Implementación de Talleres de Capacitación en Primera Ayuda Psicológica (PAP) para respondedores [Internet]. 2018. Disponible en: <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/07/Manual-de-Implementaci%C3%B3n-de-Talleres-Capacitaci%C3%B3n-de-Primera-Ayuda-Psicol%C3%B3gica-PAP-para-Respondedores.pdf>
32. Ministerio de Salud (MINSAL). Reporte estadístico del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Sección I: Salud Mental en Situaciones de Emergencia o Desastre. 2021.
33. Facultad de Medicina Universidad Católica. Primera Ayuda Psicológica. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/primeros-auxilios-psicologicos/>

35. Figueroa RA, Cortés PF, Marín H, Vergés A, Gillibrand R, Repetto P. The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2031829. Published 2022 Mar 1.
36. Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, Lindauer RJL. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1 de febrero de 2015;24(2):227-36.
37. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2015;203(6). Disponible en: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2015/06000/Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing.8.aspx
38. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(4):475-83.
39. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) - art. no. CD003388.pub2. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 1 de febrero de 2007;3:CD003388.
40. Morath J, Moreno-Villanueva M, Hamuni G, Kolassa S, Ruf-Leuschner M, Schauer M, et al. Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulation Originating from Traumatic Stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014;83(5):289-97.
41. Felmingham K, Kemp A, Williams L, Das P, Hughes G, Peduto A, et al. Changes in Anterior Cingulate and Amygdala After Cognitive Behavior Therapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychol Sci*. 1 de febrero de 2007;18(2):127-9.
42. Rousseau P-F, El Khoury-Malhame M, Reynaud E, Boukezzi S, Cancel A, Zendjidian X, et al. Fear extinction learning improvement in PTSD after EMDR therapy: an fMRI study. *Psychol Sci*. 31 de diciembre de 2019;10(1):1568132.
43. Vermetten E, Vythilingam M, Southwick SM, Charney DS, Bremner JD. Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1 de octubre de 2003;54(7):693-702.
44. Kessler R. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 13-4.
45. Moore, Ashley Rose. A Review Of Mental Health Screening Tools Used In Disaster Research. *Public Health Theses* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://elischolar.library.yale.edu/ysphtdl/1975>
46. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e0401011f014e64.pdf>
47. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. Impact of Event Scale--Revised (IES-R, IES). 1997;
48. Caamaño W L, Fuentes M D, González B L, Melipillán A R, Sepúlveda C M, Valenzuela G E. Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista médica de Chile*. 2011;139:1163-8.
49. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale--Revised. *Behaviour Research and Therapy*. 1 de diciembre de 2003;41(12):1489-96.
50. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. Beck Depression Inventory-II. *APA PsycTests*. 1996;
51. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*. 2008;26:59-69.
52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*. 1 de septiembre de 2001;16(9):606-13.

53. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*. 2019;147:53-60.
54. ADCAP, SENAMA, ONEMI, Fundación Oportunidad Mayor y OMS/OPS. Estándares Mínimos Para la Inclusión de la Vejez y la Discapacidad en la Acción Humanitaria. Editado por Consorcio a favor de las Personas mayores y las Personas con Discapacidad [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Folleto_Senama_Onemi_7_nov_-00000003.pdf
55. SENAMA. Plan regional de emergencias en establecimientos de larga estadía para el adulto mayor ELEM/SENAMA. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Plan_Regional-Emergencia-ELEM-SENAMA.pdf

PARTE 3. PROBLEMAS Y TRASTORNOS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

En el transcurso del envejecimiento influyen diversos aspectos: biológicos, cognitivos, sociales, emocionales, los cuales podrían aumentar la probabilidad de padecer alteraciones que, de cronificarse, pueden generar trastornos en diversas áreas. Por ello en la presente parte 3 de la presente guía se abordarán los siguientes temas:

- 3.1. Consumo de alcohol en personas mayores**
- 3.2. Tabaquismo y abordaje en personas mayores**
- 3.3. Trastorno de sueño**
- 3.4. Trastornos del estado de ánimo**
- 3.5. Trastornos ansiosos**
- 3.6. Conducta suicida**
- 3.7. Delirium - síndrome confusional agudo**
- 3.8. Trastorno neurocognitivo mayor o demencia**
- 3.9. Evaluación neuropsicológica en personas mayores**

3.1. CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS MAYORES

Pablo Norambuena.

Psicólogo y Doctor en Psicología, Jefe del Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública

Rodrigo Zárate

Psicólogo, Magister en psicología comunitaria, y referente de personas mayores del Depto. Salud Mental DIPRECE.

Ideas centrales

- A medida que las personas envejecen cambia la proporción de agua corporal, disminuyendo en relación con la grasa corporal, lo que tiene como consecuencia el aumento de los niveles de alcohol en la sangre cuando se bebe (el alcohol se diluye en el agua, pero no en las grasas).
- Junto con lo anterior disminuye la capacidad para metabolizar y descomponer el alcohol, así como también el sistema nervioso central podría ser más sensible a los efectos del alcohol.
- Es decir, a medida que envejecemos, nuestra tolerancia al alcohol disminuye y nos volvemos más sensibles a sus efectos.
- El Ministerio de Salud cuenta con el programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas, (DIR), el cual tiene como objetivo resolver el riesgo de consumo, entendido como un patrón de consumo que aumenta los riesgos y posibles daños - a corto y largo plazo -, sobre la salud física, mental y social, en las personas en el curso de vida. El programa cuenta con 2 componentes; un primer componente de tamizaje (screening); y un segundo componente de intervención breve para reducir el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- El consumo de riesgo es una forma de beber que se relaciona con una cantidad de consumo. El puntaje AUDIT entrega el nivel de consumo y la intervención necesaria.

PUNTAJE AUDIT	NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO	¿QUÉ INTERVENCIÓN REALIZAR?
0-7 puntos	Consumo de bajo riesgo	Intervención mínima
8-15 puntos	Consumo de riesgo	Intervención breve
16 puntos o más	Posible consumo problema o dependencia	Referencia a tratamiento

- En personas mayores es fundamental priorizar la recomendación de "no beber más de 2 tragos el mismo día" - más que en los límites máximos del consumo diario, ya que la misma cantidad de alcohol puede afectar más a personas mayores. Al igual que es relevante que las personas mayores dejen a menos 2 días de la semana sin consumir alcohol.
- Es importante instalar, evaluar y considerar el uso simultáneo de medicamentos y el uso de alcohol de manera simultánea, ya que puede traer problemas para la salud de la persona mayor.
- Siempre considere un abordaje comprensivo y amable, confidencial y nunca cuestionador. Si una persona mayor no está reportando su consumo real y lo subestima, podrá hacerlo más adelante, en otra oportunidad, siempre y cuando vea que es usted alguien en quien confiar.

En el año 2021 el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) publicó el “Estudio sobre uso de alcohol y otras drogas en población de 60 años o más”, donde la prevalencia del consumo de alcohol fue de un 51,6% en hombres y 34,2% en mujeres (1). Además, dentro de quienes consumen alcohol, un 58,3% de los hombres y 57,9% de las mujeres reportan haberse embriagado al menos una vez durante el último mes (1). Sin embargo, el grupo de personas mayores de 65 años muestra menores prevalencias e indicadores de riesgo de consumo de alcohol y también de otras drogas, en comparación con otros tramos de edad, de acuerdo a estudios epidemiológicos, como por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud (2)(3). En dicha encuesta, la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en el grupo de personas mayores sobre los 65 años, es la menor dentro de los tramos de edad con un 4,8%, en comparación con 18,8% entre los 20-29 años. Respecto a la prevalencia en hombres de 65 años y más es de 11,1%, en relación con 28,4% entre 20-29 años. En el caso de las mujeres la prevalencia parece muy baja (puntuando 0% en la medición 2016-2017 y 0,7% en la medición 2009-2010).

Por su parte, el uso de drogas ilegales en población de 60 años tiene prevalencias, por lo general, bastante más bajas que las encontradas para población general y otros tramos de edad (2)(3). Una excepción a esto es el uso de medicamentos sin receta en personas mayores, que tiene prevalencias que son iguales o más altas que las reportadas por otros grupos de edad: en hombres 8,5% y en mujeres 9,3%, en el último año (2)(3).

Excepto para el grupo acotado de personas que desarrolla una dependencia o una adicción, las trayectorias de consumo a lo largo de la vida muestran también una disminución progresiva. Parece como si la edad trajera consigo la reducción de los consumos e incluso el abandono de algunos consumos de drogas ilegales. Todo esto ha llevado a la creencia, muy extendida, de que el uso de alcohol y otras drogas es un problema solo relacionado con adolescentes o jóvenes, o dicho de otra manera, que el uso de alcohol o drogas no es un problema en la población mayor. Esto, sin embargo, no es exacto. Al menos, el consumo de alcohol en personas mayores es un problema de salud que no necesariamente disminuye con la edad y la magnitud del problema ha sido y es subestimado.

1. Abordaje del uso de alcohol en personas mayores

Es importante reconocer que a medida que las personas envejecen, cambia la proporción de agua corporal disminuyendo en relación con la grasa corporal, lo que tiene como consecuencia que aumenten los niveles de alcohol en la sangre cuando se bebe. Para decirlo de manera muy sencilla, bebiendo el mismo trago y la misma cantidad a los 30 años, una persona tendrá menos concentración de alcohol en la sangre (mayor proporción de agua corporal, que la misma persona a los 65 años (menor proporción de agua corporal, el alcohol se diluye en menos volumen).

También disminuye la capacidad para metabolizar y descomponer el alcohol, así como también el sistema nervioso central podría ser más sensible a los efectos del alcohol (4).

Es decir, a medida que envejecemos, nuestra tolerancia al alcohol disminuye y nos volvemos más sensibles a sus efectos (5). Esto significa que los límites que separan el consumo de bajo riesgo, del consumo de riesgo, tal como los entendemos para las personas adultas, pueden ser demasiado altos para las personas mayores. En otras palabras, pueden beber menos que las personas jóvenes y adultas en términos de volumen y en frecuencia, pero podrían tener los mismos efectos o incluso peores, como por ejemplo aumentar el riesgo de caídas, o accidentes de tránsito (4).

2. Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (DIR¹)

El programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas, (DIR), se implementa en la Atención Primaria de Salud de Chile desde el año 2011 bajo el modelo de Intervenciones Breves. Su objetivo es resolver el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, entendido como un patrón de consumo que aumenta los riesgos y posibles daños - a corto y largo plazo -, sobre la salud física, mental y social, en las personas adolescentes, jóvenes, adultas y personas mayores. Para ello el programa realiza un tamizaje (screening) de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (6), en población de 10 años en adelante inscrita en los Centros de Salud. Según los resultados del tamizaje se establecen patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas definiendo así el tipo de intervención a realizar. En los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas de bajo riesgo se realiza intervención mínima, en los consumos de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas se realiza intervención breve (7), y en los posibles consumos perjudicial o dependencia se realiza una derivación asistida, dentro del establecimiento de salud vinculando a la persona consultante al Programa de Salud Mental Integral. El programa cuenta con 2 componentes: 1) componente de tamizaje (screening); 2) componente de intervención breve para reducir el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Por ello, en el presente capítulo se aborda como prioritario el abordaje del uso de alcohol. Sin embargo, esto no quiere decir que el uso de drogas no sea un problema en personas mayores. El mismo modelo - screening e intervenciones breves - puede ser realizado sobre uso de sustancias, así como también respecto al consumo de tabaco, el cual se verá en el siguiente capítulo (consumo de tabaco en personas mayores).

Para realizar un screening del consumo de alcohol se utiliza el instrumento AUDIT (Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol) (ver anexo 2) (8). Se trata de 10 preguntas, cuyos puntajes sumados determinan "niveles de riesgo" en el uso de alcohol. De acuerdo a cada nivel de riesgo, corresponde realizar una intervención particular. Las definiciones de consumo de alcohol de riesgo, evaluación del consumo de alcohol, así como el modelo de intervenciones breves sobre el consumo de alcohol de riesgo, se encuentran en el documento "**Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía técnica para atención primaria de salud**" (8). Sin embargo se resumirán brevemente en este capítulo.

- a. **Consumo de riesgo de alcohol:** Es una manera de beber que aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud, sin ser un trastorno (dependencia o consumo problema) (8). El consumo de riesgo es una forma de beber que se relaciona con una cantidad de consumo: más de 5 tragos en un mismo día para hombres y más de 4 tragos en un mismo día para mujeres (1 trago es una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor) (8).

El consumo de riesgo también se relaciona con las situaciones o condiciones del beber. En estos casos, no importa qué cantidad se consuma, tan solo beber 1 trago hará un consumo de riesgo si la persona conduce algún vehículo o está embarazada. En estos casos no hay consumo de "bajo riesgo", sino que cualquier consumo será riesgoso y la recomendación es no beber.

- b. **Evaluación del consumo de alcohol:** El objetivo de las intervenciones breves es evaluar el riesgo del consumo de alcohol en personas para quienes no es un problema aún (8).

¹ Actualmente el programa DIR se implementa en la atención primaria en 180 comunas del país. Sin embargo aquellos territorios que no cuenten con el programa, igualmente puede realizar el screening y las derivaciones a los dispositivos de salud y salud mental que corresponda.

- c. c) Modelo de intervenciones breves sobre el consumo de alcohol de riesgo: Es una estrategia terapéutica flexible a distintas experiencias de trabajo, y a diversas atenciones de salud. En este caso, se utiliza el instrumento AUDIT, el cual es un tamizaje para evaluar el consumo de las personas, para luego ver si requiere o no de intervenciones (8).

TABLA 1: PUNTAJE, NIVEL DE RIESGO Y EL TIPO DE INTERVENCIÓN A REALIZAR SEGÚN INSTRUMENTO AUDIT.

PUNTAJE AUDIT	NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO	¿QUÉ INTERVENCIÓN REALIZAR?
0-7 puntos	Consumo de bajo riesgo	Intervención mínima
8-15 puntos	Consumo de riesgo	Intervención breve
16 puntos o más	Posible consumo problema o dependencia	Referencia a tratamiento

Fuente: elaborado en base a (8).

Las intervenciones (descritas con mayor detalle en la Guía Técnica (8)) se realizan sobre la base de las guías para un consumo de alcohol de bajo riesgo, formas de beber que reducen los posibles riesgos del consumo. Todas estas indicaciones resultan apropiadas también para el abordaje del problema con personas mayores, con algunas consideraciones que se señalan en el cuadro 1 a continuación.

CUADRO 1: CONSIDERACIONES PARA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES.

<p>Considerar: TRAGOS 1 trago es: 1 lata de cerveza (330 ml.), 1 copa de vino (140 ml.), 1 corto de licor (40 ml.)</p>
<p>Guía 1: CANTIDAD No beber más de 2 tragos en un mismo día (recomendación general) Si no es posible restringir el consumo a 2 tragos, nunca superar los límites máximos de consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HOMBRES: <ul style="list-style-type: none"> - En un mismo día: máximo 4 tragos. - En una semana: máximo 14 tragos. • MUJERES: <ul style="list-style-type: none"> - En un mismo día: máximo 3 tragos. - En una semana: máximo 7 tragos. <p>Siempre dejar al menos 2 días sin beber a la semana</p>
<p>Guía 2: VELOCIDAD No beber más de 1 trago cada 1 hora y media. Además: comer siempre antes de beber y mientras se bebe, tomar bebidas sin alcohol paralelamente.</p>
<p>Guía 3: NO BEBER en ciertas situaciones Si se conduce vehículos. Cuando se usan medicamentos (recomendación general a evaluar caso a caso). Cuando se tienen algunas enfermedades o condiciones (algunas crónicas) como enfermedades cardíacas, presión arterial alta, enfermedades hepáticas, diabetes, depresión (recomendación general a evaluar caso a caso).</p>

Fuente: elaborado en base a (8).

Estos “consejos”, corresponden a los mismos usados con en personas adultas, con tres excepciones.

12. Es que en personas mayores es fundamental priorizar la recomendación general de la guía de CANTIDAD - “no beber más de 2 tragos el mismo día” - más que en los límites máximos del consumo diario, pues como se ha señalado antes, la misma cantidad de alcohol puede afectar más a personas mayores.
13. Se sugiere enfatizar la guía “siempre dejar al menos 2 días sin beber a la semana”. La población en general en Chile, bebe menos de 2 días a la semana, por lo que esta indicación para personas jóvenes y adultas es menos importante. La única excepción a esta frecuencia se da en población de personas mayores a 65 años, quienes beben más días a la semana. Por esta razón, sí cobra sentido en personas mayores usar esta recomendación.
14. Es importante instalar, evaluar y considerar el **uso de medicamentos**. El uso de alcohol de manera simultánea al uso de medicamentos puede constituir los siguientes problemas (9):
 - Mezclar medicamentos recetados o de venta libre con alcohol puede tener efectos impredecibles. A veces, el medicamento aumentará los efectos intoxicantes del alcohol, sin conocer concretamente de qué manera.
 - Los medicamentos que actúan sobre el cerebro, incluidos medicamentos antiepilépticos o antidepresivos, pueden hacer a una persona sentir más borracha o sufrir peores efectos secundarios, como mareos o inestabilidad en los pies.
 - Algunos medicamentos dejan de funcionar o no funcionan tan bien como deberían, cuando se usa alcohol, como medicamentos antidepresivos o anticoagulantes.
 - Los efectos secundarios comunes de la medicación pueden empeorar, o pueden aparecer nuevos efectos secundarios debido a la mezcla con el alcohol.
 - El alcohol tomado con cualquier medicamento que tenga un efecto sedante, como pastillas para dormir, analgésicos o remedios para el resfriado, puede causarle más somnolencia o mareo y, a su vez, eso puede provocar problemas y accidentes (riesgo de caídas).

Es cierto que muchas personas mayores usen medicamentos, por lo que es necesario adoptar una posición realista y concreta, pero es fundamental que la recomendación general sea intentar no beber alcohol si se usan medicamentos, o bien, que se reduzca el consumo. De la misma manera, es importante que se evalúe con todo el detalle que sea posible la interacción del alcohol con los medicamentos específicos que una persona usa.

3. Otras consideraciones para el manejo del uso de alcohol en personas mayores

Las guías anteriores son aplicables a la población de personas mayores, en general, pero es necesario que se consideren particularidades de los consultantes que podrían modificar las recomendaciones y el manejo del uso de alcohol.

- El uso de alcohol puede empeorar el curso o pronóstico de otras condiciones de salud, como por ejemplo enfermedades crónicas como: diabetes, enfermedades cardíacas, presión arterial elevada, entre otras. Por ello, es necesario que se evalúe específicamente las recomendaciones a dar. Sin embargo, la guía general sería recomendar no beber o reducir el consumo de alcohol al máximo.
- Relacionado con lo anterior, una interacción que requiere atención especial es la del uso de alcohol en personas con depresión. La relación en estos casos es bastante común. El estado de ánimo clínicamente deprimido se asocia al suicidio en personas mayores y, de la misma ma-

nera, a menudo las personas mayores con trastornos por consumo de sustancias experimentan depresión y también corren el riesgo de suicidarse. En personas con depresión la recomendación general inicial debiera ser no beber alcohol.

- Se debe prestar especial atención al uso de alcohol en personas mayores que viven solas. Esta condición constituye un gran factor de riesgo relacionada a la accidentabilidad. Por ello, las mismas indicaciones para una persona mayor que presenta un consumo de bajo riesgo, pero que vive acompañada, podrían resultar altamente riesgosas en una persona que vive sola. En este contexto, se recomienda que la norma sea no beber o reducir al máximo el consumo. si se esta solo o sola.
- En relación con los beneficios, es cierto que la investigación reporta beneficios del uso de alcohol en bajas dosis - 1 trago - específicamente respecto de la enfermedad coronaria. No obstante, los mismos beneficios podrían ser alcanzados mejorando otros hábitos, como cesando el uso de tabaco, aumentando la actividad física o a través de cambios en la alimentación, de manera que **NO** debiera recomendarse beber alcohol para obtener estos beneficios.

Por último, las personas mayores que beben - dado que es común que lo hagan más regularmente - pueden experimentar vergüenza o miedo a reportar verazmente su consumo o a hablar de eso. Siempre considere un abordaje comprensivo y amable, confidencial y nunca cuestionador. Si una persona mayor no está reportando su consumo real y lo subestima, podrá hacerlo más adelante, en otra oportunidad, siempre y cuando vea que es usted alguien en quien confiar.

REFERENCIAS

1. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Estudio uso de alcohol y otras drogas en población de 60 años o más. 2021; Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/gobierno-entrega-resultados-del-primer-estudio-sobre-consumo-de-drogas-y-alcohol-en-personas-mayores/>
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Prevalencia de consumo de alcohol en Chile [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/2019.12.27_Prevalencia-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol.pdf
3. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados [Internet]. 2017. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/1%C2%BA-Resultados-ENS-DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.pdf>
4. Meier P, Seitz HK. Age, alcohol metabolism and liver disease. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care [Internet]. 2008;11(1). Disponible en: https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Fulltext/2008/01000/Age,_alcohol_metabolism_and_liver_disease.5.aspx
5. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Older Adults [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>
6. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en la atención primaria. 2011; Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1
7. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. 2011; Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf?ua=1
8. Ministerio de Salud (MINSAL). Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: Guía técnica para Atención Primaria de Salud [Internet]. 2011. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrd-prss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf
9. National Health Service. Safer drinking in later life. Manchester Mental Health and Social Care Trust, Public Health Development Service; 2012;

3.2. TABAQUISMO Y ABORDAJE EN PERSONAS MAYORES

Celso Muniz

Psicólogo, Jefe de la Oficina de Tabaco de la Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas en Salud.

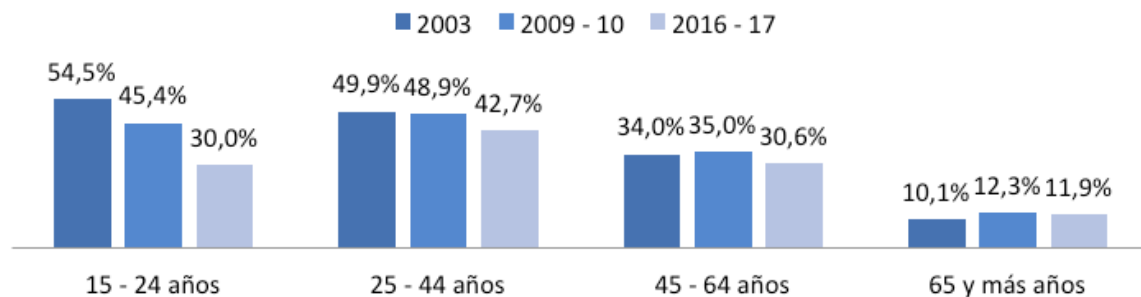
Ideas centrales

- La alta prevalencia de consumo de tabaco afecta la posibilidad de un envejecimiento saludable.
- El instrumento de tamizaje ASSIST consta de 8 preguntas que evalúan el consumo, frecuencia, ansias, problemas relacionados, entre de otros. La escala de puntuación para tabaco sirve para determina el riesgo para la salud.
- Es frecuente que aparezcan síntomas pasajeros de abstinencia como ansiedad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, necesidad urgente de fumar, dolor de cabeza e insomnio, mareos, entre otros. Esto síntomas suelen durar 2 semanas o menos. Para manejar estos síntomas, es recomendable beber agua, mascar chicles sin azúcar o lavarse los dientes, conversar de esto con personas significativas y dar aviso al equipo tratante de su centro de salud familiar.

El tabaquismo es un grave problema de salud pública a nivel mundial por estar asociado a una alta carga de enfermedad y muerte, además de vincularse a un importante impacto económico a nivel social e individual (1).

Chile destaca en la región de las Américas por la alta prevalencia de consumo actual de productos de tabaco de las personas adolescentes y adultas (2), donde las personas mayores de más de 65 años experimentan un menor nivel de consumo en comparación con los otros grupos etarios. Sin embargo, este consumo ha permanecido estable en el tiempo sin cambios relevantes a diferencia de los otros grupos de edad que han experimentado disminución significativa en su consumo. Estos resultados pueden observarse en las distintas series de estudios de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Salud, según en gráfico 1 (3-6).

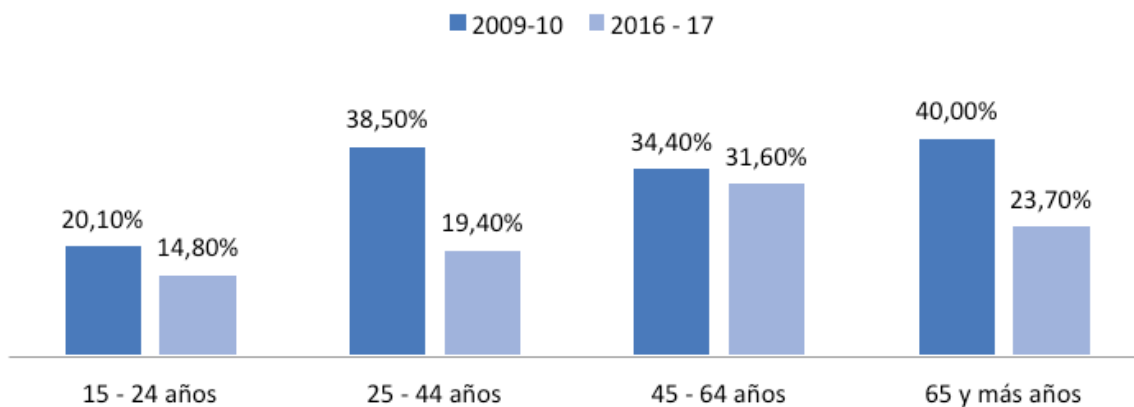
GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE CONSUMO ACTUAL DE TABACO POR AÑO Y GRUPOS DE EDAD, CHILE, ENS 2003, 2009-10 Y 2016-17



Fuente: elaborado en base a (3-6).

Como se observa en el gráfico 2, la alta dependencia a la nicotina de las personas mayores fumadoras, es un elemento que destaca con un 23,7% de prevalencia al año 2016, pues es el grupo que experimenta mayor dependencia luego del grupo de personas entre 45 a 64 años con 31,6%.

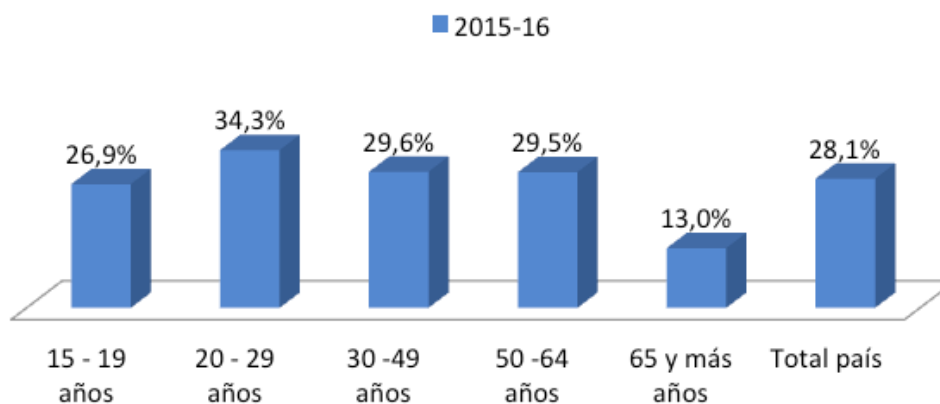
GRÁFICO 2: PREVALENCIA DE ALTA DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN FUMADORES ACTUALES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, CHILE ENS 2009-10 Y 2016-17



Fuente: elaborado en base a (3-6).

Con respecto al tabaquismo pasivo, si bien la Ley de Tabaco y sus modificaciones han propiciado importantes descensos en los indicadores de consumo poblacional, y han permitido la implementación de entornos de uso público libres de humo de tabaco. Sin embargo, en los espacios privados o domicilios aún es alta la exposición de las personas al humo de tabaco ambiental, según muestra el gráfico 3 con una exposición de un 28,1% a nivel nacional, y un 13% para las personas mayores de 65 años (7).

GRÁFICO 3: EXPOSICIÓN AL HUMO DE CIGARRILLO EN EL HOGAR, CHILE ENCAVI 2015 - 16.



Fuente: elaborado en base a (7).

Por lo general las personas fumadoras experimentan una larga data en la exposición a los tóxicos de los productos de tabaco, destacando el grupo fumador de 65 y más años que refiere haber iniciado el consumo de tabaco alrededor de los 18 años de edad (6). Por ello, es importante propiciar e intervenir para el cese tabáquico en cualquier etapa del curso de vida, y no solo desde la juventud,

con el objetivo de disminuir los riesgos asociados a este consumo, y con ello prevenir el desarrollo de patologías agudas y crónicas, tales como neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cánceres, enfermedad cerebrovascular, infartos, enfermedades bucodentarias, entre muchas otras asociadas al tabaquismo; o también, si el proceso de enfermedad ya está instalado, con el cese tabáquico se contribuye a detener el daño o mejorar la calidad de vida de la persona involucrada y su grupo familiar. **No existe un nivel de consumo seguro de tabaco, todo consumo es altamente nocivo para la salud.**

1. Abordaje del consumo de tabaco

La alta prevalencia de consumo de tabaco afecta la posibilidad de un envejecimiento saludable (8), por lo tanto, es necesario fortalecer las intervenciones de consejería breve que se imparten en los centros de Atención Primaria de Salud (APS), y avanzar hacia la implementación de una estrategia integral de intervención que acoja a toda la población consumidora de tabaco.

La detección del consumo de tabaco en APS puede realizarse en instancias como las consultas regulares de salud en todo el curso de vida. Los ingresos a Programas como el de Salud Cardiovascular, mediante los distintos instrumentos aplicados por MINSAL, como el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) o mediante el tamizaje de drogas o tabaco a través del instrumento ASSIST. El instrumento de tamizaje ASSIST (9) consta de 8 preguntas y evalúa para cada sustancia el consumo, frecuencia, ansias, problemas relacionados, dejar de hacer lo esperado y manifestación de preocupación de otros u otras. La escala de puntuación para tabaco determina el riesgo para la salud según se indica en la tabla 1:

TABLA 1: ESCALA DE PUNTUACIÓN PARA TABACO DETERMINA EL RIESGO PARA LA SALUD

PUNTAJE ASSIST	NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO	¿QUÉ INTERVENCIÓN REALIZAR?
0-3 puntos	Consumo de bajo riesgo	Intervención mínima
4-26 puntos	Consumo de riesgo moderado	Intervención breve
27 puntos o más	Alto riesgo o Dependencia a la nicotina	Referencia a tratamiento

Fuente: elaborado en base a (9).

Como se mencionó en el capítulo previo de “Evaluación el consumo de alcohol en personas mayores”, el Programa DIR de la Atención Primaria del Ministerio de Salud permite brindar intervención mínima de 3 a 5 minutos para los y las pacientes con riesgo bajo asociado a una sustancia. Para pacientes con riesgo moderado y alto, se realiza una intervención breve motivacional de 10-15 minutos, y con derivación asistida al equipo de salud mental para los y las pacientes con riesgo alto.

Recientemente fue diseñado el Programa Nacional para el Tratamiento de Tabaquismo en APS (10), el cual está en proceso búsqueda de financiamiento en el marco de la Ley Nacional del Cáncer. Este Programa permitirá tratar en forma integral a las personas motivadas a dejar de fumar, donde cuyo riesgo asociado al puntaje ASSIST para el consumo de tabaco se Moderado y Alto. En grupo objetivo es para personas desde los 15 años o más, y beneficiarias de FONASA. El tratamiento incluirá intervenciones breves cognitivas conductuales, tratamiento farmacológico antitabaco y acompañamiento con duración de 16 semanas, en donde existirán 2 modalidades según la edad de los y las pacientes: 1) para mayores de 18 años, quienes recibirán todas las prestaciones antes mencionadas; 2) personas menores de 18 años, quienes recibirán todas las prestaciones, con excepción del tratamiento farmacológico por estar contraindicado (10).

2. Consejos para la cesación del tabaquismo

La evidencia disponible indica con claridad los beneficios de dejar de fumar sin importar la edad en que esto ocurra. Por tanto, el abandono del consumo de tabaco en personas mayores tiene una asociación con la mejoría de la calidad de vida como también una menor progresión en diversas comorbilidades (8).

Recomendaciones para las personas fumadoras (11):

- Dejar de fumar es la medida más eficaz que contribuye a mejorar su condición de salud y la de su familia.
- Apoyarse en la familia, amistades para dejar de fumar.
- Eliminar cigarrillos y ceniceros del entorno, especialmente de lugares donde suele fumar o en el hogar.
- Incentivar familiares para que no fumen en su presencia.
- No acudir a lugares que lo incentiven a fumar.
- Establezca un "Día D" para dejar de fumar e intentar cumplirlo.
- Es frecuente que aparezcan síntomas pasajeros de abstinencia como ansiedad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, necesidad urgente de fumar, dolor de cabeza e insomnio, mareos, entre otros. Esto síntomas suelen durar 2 semanas o menos.
- Para manejar estos síntomas, es recomendable beber agua, mascar chicles sin azúcar o lavarse los dientes, conversar de esto con personas significativas y dar aviso al equipo tratante de su centro de salud familiar.

Si necesita apoyo de un profesional de salud puede llamar a Salud Responde al 600 360 7777.

3. Es importante también recomendar:

- Proteger a niños, niñas, adolescentes, gestantes y madres gestantes, personas enfermas y personas mayores de la exposición al humo de tabaco ambiental, porque al estar cerca de fumadores se convierten en fumadores pasivos y pueden adquirir, por ejemplo, enfermedades respiratorias, entre otras. No es efectivo fumar cerca de ventanas o puertas, pues el humo igualmente ingresa a los domicilios.
- En los centros de salud puede asociar la consejería a la patología o condición de salud por la cual consulta la persona basado en la Cartilla para Consejería Breve Antitabaco (12):
 - Enfermedad respiratoria y/o cardiovascular.
 - Riesgo de diversos tipos de cáncer.
 - Riesgos durante el embarazo.
 - Enfermedades del recién nacido, lactantes, niños y niñas, adolescentes y personas mayores.
 - Problemas de salud bucal.
 - Envejecimiento prematuro u otros aspectos relacionados con la imagen corporal.
 - Invite al paciente a buscar apoyo profesional cuentas veces sea necesario.
- Consultar para mayor información el repositorio de información de la Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco - División de Políticas Públicas Saludables y Promoción del Ministerio de Salud www.eligenofumar.cl

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Tabacco [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Prevención del consumo de tabaco [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/prevencion-del-consumo-de-tabaco/>
3. Ministerio de Salud (MINSAL). ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009-2010 [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
4. Ministerio de Salud (MINSAL). ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003 [Internet]. 2004. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/presentacion.ens_vent_.pdf
5. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>
6. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados [Internet]. 2017. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/1%C2%BA-Resultados-ENS-DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.pdf>
7. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Calidad de Vida([Internet]. 2015. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encavi-2018/#/0>
8. Vidal C, Padilla O, Bambs C. Tabaquismo en el adulto mayor: un freno al envejecimiento saludable en la población chilena. *Revista médica de Chile*. 2020;148:939-46.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. 2010.
10. Dirección de Presupuesto (DIPRES). Informe de detalle de Programas Sociales Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. Programa Nacional de tratamiento del tabaquismo para Atención Primaria de Salud [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-212539_doc_.pdf1.pdf
11. Elijo no fumar. Día Mundial Sin Tabaco 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.eligenofumar.cl/noticias/dia-mundial-sin-tabaco-2020/>
12. Ministerio de Salud (MINSAL). Todos los funcionarios de salud pueden entregar el Breve Consejo Antitabáquico [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/2019-04-15_Consejo-y-Consejer%C3%ADa-Breve-Antitabaco-final.pdf

3.3. TRASTORNO DE SUEÑO

Leonardo Serra Maggi

Neurólogo de Adultos del Centro de trastornos del sueño de la Clínica Alemana

Ideas centrales

- Conforme pasan los años, el sueño en las personas va sufriendo modificaciones, y sobre los 60 años es esperable que el tiempo total de sueño se reduzca un poco en relación a las 7-8 horas promedio que duermen normalmente las personas adultas, llegando a estimar que se podrían perder 10 minutos por cada década a partir de los 60 años.
- Los cambios del sueño en el envejecimiento podrían deberse a factores: físicos o biológicos; psicosociales en conductas y rutinas, mayor frecuencia de uso de medicamentos, habitualmente con polifarmacia, entre otros.
- Los Trastornos del Sueño (TDS) son: Apneas del Sueño., Síndrome de Piernas Inquietas, Trastornos Circadianos, Trastorno Conductual del sueño REM.
- Los Tratamientos no farmacológicos son: control de estímulos, restricción de sueño, higiene del sueño, tratamiento cognitivo conductual, terapia de luz brillante.

Dormir es un proceso fisiológico cíclico, que se repite diariamente, fundamental para la existencia de los seres vivos, pudiéndose sobrevivir más días sin comer que sin dormir (1). Durante el sueño se produce no sólo el descanso en el organismo, sino una serie de procesos biológicos que son posibles solamente durante este estado fisiológico con sus condiciones únicas y que son determinantes en funciones inmunitarias, de reparación de tejidos, anabolismo, regulación homeostática, regulación metabólica, consolidación de memoria, regulación emocional y reparación del ADN entre otras (1).

Por otra parte, el envejecimiento también es un proceso fisiológico, inevitable e inherente a la existencia de todas las formas de vida, que nos compromete gradual y globalmente (1). En su carácter multisistémico afecta también al sistema nervioso central y a sus funciones, entre ellas el dormir. Es importante conocer los cambios normales de la edad para poder diferenciar lo que es esperable de lo que es patológico: conforme pasan los años, nuestro sueño va sufriendo modificaciones y sobre los 60 años es esperable que el tiempo total de sueño se reduzca un poco en relación a las 7-8 horas promedio que duermen normalmente las personas adultas, llegando a estimar que se podrían perder 10 minutos por cada década a partir de los 60 años (2). Sin embargo, la reducción podría no ser tan marcada sino más bien tratarse de una redistribución, disminuyendo el tiempo de sueño nocturno compensado con siestas, debido en parte a la necesidad de éstas por reducción en la calidad del sueño nocturno y a la mayor dificultad para resistir la normal propensión fisiológica circadiana a dormir en las primeras horas de la tarde (después de almuerzo). Esta fluctuación circadiana existe a toda edad, pero está influenciada por factores sociales y ambientales (menor actividad física, menores compromisos sociales y laborales, entre otros) y donde las personas mayores son más propensas a no poder resistir la somnolencia de este horario y terminan durmiendo siesta.

1. Cambios en el sueño

El sueño nocturno se ve afectado en cuanto a un aumento en el tiempo que tardan en conciliar el sueño (aumento de latencia de sueño), en los despertares (mayor fragmentación del sueño), y en el tiempo acumulando de permanecer despiertas durante la noche, generando una menor "eficiencia de sueño" (tiempo de sueño en relación al tiempo que el o la paciente dispone para dormir) (3)(4). Por otra parte, en las personas mayores tienden a existir cambios en los patrones circadianos con una tendencia al **Avance de Fase**, es decir, tiendan a dormirse y despertar más temprano de lo que era de costumbre previamente y respecto a su entorno. A su vez, disminuye también la amplitud del ritmo de la temperatura, alterando patrones de secreción hormonal, como por ejemplo el cortisol y la melatonina (4)(5).

Los cambios del sueño en el envejecimiento podrían deberse a los siguientes factores (1)(2):

- a. **Físicos o biológicos:** pérdida neuronal, disfunción del núcleo supraquiasmático, disminución de la producción de melatonina, menor sensibilidad y recepción a la luz por opacificación del cristalino, entre otros (1)(2)(6).
- b. **Psicosociales en conductas y rutinas:** jubilación, viudez, menor interacción social, reducción de la actividad física, reducción del ejercicio (1)(2)(6).
- c. **Falta de actividades diarias estructuradas y estado de salud general:** mayor prevalencia de enfermedades agudas y crónicas (1)(2)(6).
- d. Mayor frecuencia de **uso de medicamentos**, habitualmente **con polifarmacia** (1)(2)(6).
- e. Mayor prevalencia de **trastornos psiquiátricos**, especialmente depresión y ansiedad; con es-tresores psicosociales más comunes que en otras edades (1)(2)(6).

La alta prevalencia de los trastornos del sueño en personas mayores es consecuencia de las enfermedades físicas y mentales que acompañan a la senescencia, más que una consecuencia del envejecimiento propiamente tal. Por ejemplo, en personas mayores sin comorbilidades la prevalencia de insomnio es de 36%, en cambio puede llegar a ser de 69% en pacientes con 4 o más condiciones médicas (7).

2. Diagnóstico de los Trastornos del Sueño (TDS)

Los Trastornos del Sueño (TDS) son muy prevalentes en la población general, pudiendo llegar a afectar al 15-20% de ella, pero en personas mayores de 65 años esta cifra puede alcanzar entre 20 al 60% (4)(8). Por ejemplo, se ha estimado una prevalencia de Insomnio de conciliación entre 13-45%, sueño fragmentado 20-65%, despertar precoz 15-54% y sueño no reparador 11% (2). Su presencia es relevante puesto que TDS no tratados o incluso el sueño insuficiente se asocian a morbilidad cardiovascular aumentada, desarrollo y avance de trastornos cognitivos, aumento de riesgo de desarrollo de enfermedades psiquiátricas y mayor riesgo de accidentes y caídas; sin contar con el deterioro en la calidad de vida de las personas mayores(1)(2)(3), por ello debieran ser incluidas en los controles de salud de los y las pacientes y no sólo esperar a que se presente como patología.

Se estima que a nivel mundial el deterioro cognitivo y los cuadros de demencia afectan a unos 30 millones de personas, con una prevalencia entre 5-8% entre los 65-70 años, que aumenta progresivamente hasta 25-50% entre los mayores de 85 años, constituyendo un problema de salud pública, con significativo impacto en los gastos para los sistemas de salud (9). En pacientes con demencia, los problemas de sueño pueden presentarse hasta en un 40% de los individuos durante el transcurso de la enfermedad, siendo uno de los factores que más contribuyen en el deterioro de la calidad de

vida del paciente y en la sobrecarga y desgaste de la persona a cargo de los cuidados (6); se pueden presentar desde las etapas prodrómicas y manifestarse con confusión, deambulación, despertares nocturnos, cefalea diurna, inversión del ciclo sueño-vigilia o ciclo de sueño-vigilia irregular. Los Trastornos del Sueño juegan un rol en el desarrollo de problemas cognitivos, con un Riesgo Relativo (RR) de 1.53 (IC95% 1.07-2.18) para desarrollar demencia entre quienes sufren insomnio crónico (10). Por otro lado, una revisión de más de 4 millones de pacientes en 14 estudios evidenció un 26% de mayor riesgo de deterioro cognitivo, especialmente en funciones ejecutivas, para las personas mayores que han padecido trastornos respiratorios del sueño (11).

El manejo de los TDS se orienta en primera instancia a los elementos causantes del mismo, por lo que se deben identificar los factores endógenos o exógenos que lo pudieran estar afectando (tabla 1) (12)(13). Se deben recordar también los factores ambientales, como calidad del aire, olores, luminosidad, ruido, comodidad de colchón y almohada, y temperatura (14). Se deben mantener las habitaciones aireadas y bien aseadas, libres de polvo y contaminantes, asimismo con la ropa de cama, entre otros.

TABLA 1: FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA CALIDAD DE SUEÑO

CONDICIONES MÉDICAS	CONDUCTUALES O FACTORES ESTRESANTES O FÍSICOS	AMBIENTALES	FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Alergias. ▸ Dolor (p.ej.: artritis, fibromialgia). ▸ Cardiovascular (insuficiencia cardíaca, cardiopatía coronaria). ▸ Pulmonares (asma, EPOC). ▸ Metabólicas (diabetes, hipotiroidismo). ▸ Gastrointestinales (reflujo, constipación, diarrea). ▸ Urinarias (nicturia, prostatismo, vejiga hiperactiva). ▸ Psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, delirium, alcoholismo). ▸ Neurológicas (demencia, Parkinson, epilepsia, enfermedad cerebrovascular). ▸ Menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Siestas. ▸ Acostada muy temprano. ▸ Uso excesivo del dormitorio. ▸ Sedentarismo. ▸ Duelo/Viudez. ▸ Soledad. ▸ Institucionalización. ▸ Falta de adecuada exposición a la luz durante el día. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Luz. ▸ Ruido. ▸ Frío. ▸ Calor. ▸ Humedad. ▸ Incomodidad con algún elemento de la cama (sábana, almohada). 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Psicoestimulantes. ▸ Amntidepresivos. ▸ Antihipertensivos (betabloqueadores, alfabloqueadores, diuréticos). ▸ Antiparkinsonianos (levodopa). ▸ Broncodilatadores (teofilina). ▸ Corticoides. ▸ Antihistamínicos. ▸ Anticolinérgicos. ▸ Alcohol.

Fuente: Elaborado en base a (12)(13).

Para profundizar brevemente en los principales trastornos del sueño, a continuación se describirán:

- Apneas del Sueño.
- Síndrome de Piernas Inquietas.
- Trastornos Circadianos.
- Trastorno Conductual del sueño REM.
- Insomnio.

2.1. Apneas del Sueño

Los Trastornos respiratorios del sueño corresponden a un conjunto de problemas ventilatorios que ocurren al dormir, incluyendo los diversos tipos de apneas centrales, hipoxemia, hipoventilación y lo más prevalente que es el Síndrome de Apneas Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS), que se caracteriza por reducciones parciales (hipopneas) o completas (apneas) del flujo aéreo que se repiten periódicamente durante el sueño, asociadas a microdespertares y/o desaturación de oxígeno (15). Esta última condición es muy prevalente en la población general (30% de personas adultas con Índice Eventos Respiratorios ≥ 15 /hora), sin embargo, la edad es un factor importante en su fisiopatología, aumentado su prevalencia conforme se envejece con un 60% en población general de 60-69 años y hasta 87% entre los mayores con 70-80 años)(16).

La importancia de reconocer esta condición radica en que los ronquidos que la acompañan son generalmente un problema de convivencia (y causa de insomnio en la pareja), motivo de deterioro de la calidad de sueño (por el fraccionamiento que se produce al interrumpir el sueño para recuperarse de las apneas) con las consecuencias en la calidad de vida al día siguiente por el sueño poco reparador y superficial (somnolencia, cansancio, irritabilidad, dificultades cognitivas, mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas y accidentabilidad), pero especialmente significativo por las consecuencias que las apneas tienen en la salud de las personas (incluso asintomático), potenciando el aumento de peso, dificultando la baja de peso, incrementando el riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, diabetes e hipertensión (2)(8)(9). Junto con lo anterior, actualmente el SAHOS es considerado un factor de riesgo independiente para la patología vascular, incrementando 3 veces el riesgo de tener infartos o accidentes cerebrovasculares, aparte de la presencia de otros factores de riesgo vascular conocidos. La hipoxia que se asocia con frecuencia a las apneas aumenta la incidencia de arritmias (especialmente fibrilación auricular), la posibilidad de desarrollar algunos tipos de cáncer y acelera el deterioro cognitivo (2)(8)(9).

Se debe tener un cierto grado de sospecha sobre esta patología e interrogar sobre su sintomatología habitual (las cuales se expresan en la tabla 2), especialmente los síntomas más frecuentes que son el ronquido, las apneas presenciadas y el sueño no reparador, sin embargo hay pacientes que pueden presentarse exclusivamente como insomnio de mantención (con despertares "inexplicados" en mitad de la noche (8)(15), y deben considerarse algunas diferencias en las personas mayores: es posible que no se refiera ronquido o apneas presenciadas por ausencia de pareja o separación de dormitorios, el sueño de por sí es más fragmentado por los cambios propios de la edad, deben considerarse otras causas para la sintomatología (p.ej.: prostatismo o uso de diuréticos en la nicturia), la somnolencia diurna también es más pronunciada fisiológicamente en las personas mayores, y finalmente, es más probable encontrar SAHOS en pacientes sin sobrepeso ni obesidad (que es uno de los principales factores de riesgo en esta condición) debido a la pérdida de elasticidad asociada a la senescencia (17).

TABLA 2: SÍNTOMAS HABITUALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO (SAHOS)

SÍNTOMAS DIURNOS	SÍNTOMAS NOCTURNOS
Somnolencia. Fatiga matinal. Cefalea al despertar. Sudoración. Dificultades cognitivas. Confusión. Reducción ánimo, energía, ganas. Disminución líbido.	Ronquidos. Pausas respiratorias presenciadas. Despertares con sensación ahogo. Sequedad bucal. Sudoración nocturna. Sueño inquieto, fragmentado.

Fuente: elaborado en base a (18)(19)(20).

Cuando se sospecha la presencia de SAHOS se debe estudiar al paciente ya sea con polisomnografía (estudio neurofisiológico que integra todas las variables durante el sueño: electroencefalograma, movimientos oculares, flujo aéreo, esfuerzo respiratorio, oxigenación, electrocardiograma, tono muscular y movimiento de extremidades, posición corporal) o su versión simplificada, la poligrafía cardiorrespiratoria (que se limita a la medición de flujo aéreo, esfuerzo respiratorio, oxigenación y posición corporal solamente), que se reserva para pacientes con alta sospecha clínica y sin comorbilidades (4)(8). Una vez confirmado el diagnóstico se realiza el manejo específico del cuadro, ya sea con el uso de equipos de ventilación no invasiva (CPAPs: Presión Aérea Positiva Continua), cirugía (poco frecuente en las personas mayores) o dispositivos de avance mandibular.

Como medidas generales se recomienda a todos los y las pacientes la baja de peso, dormir preferentemente en posición lateral, elevar la cabecera de la cama (16), evitar en lo posible uso de planos de relajación y reducir e idealmente suprimir el consumo de tabaco, alcohol y fármacos depresores del sistema nervioso central, como por ejemplo sedantes, relajantes musculares, opioides, entre otros; es importante también el manejo y compensación de patología crónica especialmente respiratoria y cardiovascular (insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular) (2)(4)(5)(6)(7)(8).

2.2 Síndrome de Piernas Inquietas

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) es una condición neurológica de diagnóstico clínico que puede afectar hasta 5 a 10% de la población general y entre un 10 a 35% de los mayores de 65 años (4) (14) pero solo un quinto de los afectados tienen síntomas de intensidad suficiente como para impactar significativamente en su calidad de vida y buscar ayuda profesional; aproximadamente un 75% de quienes sufren de SPI (que es un malestar sensitivo subjetivo) presentan además Movimientos Periódicos de Extremidades (MPE), mioclonías involuntarias repetitivas ("saltos") de las piernas que se pueden presentar despierto antes de quedarse dormido o durante el sueño, produciendo un sueño de mala calidad. El SPI se caracteriza por producir una sensación de malestar o discomfort habitualmente en las extremidades inferiores (de ahí su nombre, pero puede afectar cualquier segmento o área corporal) que induce a quien la percibe a moverse para poder aliviar dicha molestia; esta molestia sin embargo alivia sólo transitoriamente durante el movimiento, reapareciendo en reposo; tiene además un patrón circadiano apareciendo preferentemente de noche o con mayor intensidad en la noche cuando se presenta también el día; adicionalmente empeoran en actividades sedentarias o durante el reposo (3)(15). Todas estas características en conjunto hacen que habitualmente el SPI dificulte la conciliación del sueño y sea una causa de insomnio, por la que hay que preguntar dirigida-mente pues con frecuencia los y las pacientes no son muy conscientes de esta sintomatología o no relacionan sus problemas del sueño con ella. Pacientes con compromiso cognitivo, postrados o con compromiso de lenguaje (p.ej.: secuela de accidente vascular), donde

muchas veces pueden presentar este cuadro sin ser capaces de comunicar el tipo de molestias que perciben y sin poder movilizarse para aliviarlas, por lo que se agitan al llegar la tarde-noche, confundiendo con un Síndrome Vespéral “*Sundowning*”; facilitado por las comorbilidades y fármacos que se encuentran recibiendo. Se debe preguntar en forma dirigida a los y las pacientes por este tipo de molestias, evaluar el efecto de la movilización (aunque sea pasiva) de sus extremidades, y si hay suficientes elementos de sospecha se justifica realizar una prueba terapéutica para descartar esta condición con frecuencia subdiagnosticada en la población general y con mayor razón en personas mayores. El Sundowning puede ser un diagnóstico diferencial en estos últimos casos y deben evaluarse otros factores que pueden facilitar su aparición: fatiga, dolor, hambre, ansiedad, aburrimiento, estimulación ambiental excesiva, fármacos sedantes en el día y estimulantes de noche, y factores relacionados a la persona a cargo de los cuidados (cambio frecuente de cuidador o cuidadora, agotamiento, disponibilidad insuficiente, entre otros)(3).

La causa del SPI es genética en dos tercios de los casos por lo que es importante indagar dirigidamente en la historia familiar (con frecuencia no ha sido formalmente diagnosticado sino que se deben buscar síntomas concordantes); en el resto de los y las pacientes se asocia a estados ferropénicos (p.ej.: anemia), enfermedad renal crónica y al uso de diversos medicamentos: fármacos con efecto antidopaminérgico (neurolépticos, metoclopramida, entre otros), betabloqueadores, antihistamínicos, litio y los antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de recaptura de serotonina o duales e inhibidores de la monoaminooxidasa); estas condiciones pueden también evidenciar o descompensar un SPI familiar (3)(4). El manejo inicia identificando y corrigiendo factores descompensantes (p.ej.: suplementación de hierro endovenoso, diálisis, suspensión o cambio de fármacos), se pueden utilizar medidas generales como actividades de distracción (mantener mente ocupada en otra cosa), evitar alcohol y cafeína, baños fríos o calientes; y si esto resulta insuficiente existe farmacoterapia específica. Si hay insomnio significativo, éste debe manejarse en forma paralela no esperando que se resuelva sólo por haber controlado las molestias en las extremidades y realizar un manejo activo del mismo, con especial hincapié en las medidas no farmacológicas que se discutirán más adelante (4).

2.3 Trastornos Circadianos

Los trastornos circadianos son en términos sencillos un sueño normal, pero desfasado del ciclo ambiental o desordenado respecto a éste. En la persona mayor son principalmente dos problemas a los que nos enfrentamos desde el punto de vista circadiano; en primer lugar, favorecida por los cambios fisiológicos de la senescencia (mayor somnolencia diurna, menor exposición a luz ambiental, sedentarismo, entre otros). En este contexto, existe una tendencia en las personas mayores a dormirse más temprano de lo que la persona quisiera, desearía o necesita, y por consiguiente a despertar muy temprano también. Esto último es lo que se conoce como Síndrome de Fase Avanzada del Sueño (SFAS) y se estima que puede afectar al 1% de las personas mayores (15); dependiendo de si la molestia principal del paciente es la incapacidad de permanecer despierto hasta más tarde. En dicho caso, puede consultar por somnolencia excesiva. En cambio, si la principal queja es la incapacidad de dormir hasta más tarde, se puede confundir con un insomnio de despertar precoz, con la diferencia de que en el SFAS la calidad y cantidad de sueño son normales, solamente que al paciente y la familia les preocupa que no logre continuar durmiendo hasta que amanezca, llevando en muchas ocasiones a una indicación inadecuada de fármacos hipnóticos con efectos secundarios innecesarios y riesgosos (p.ej.: caídas) (4).

El manejo en estos casos se basa en optimizar y acentuar las claves circadianas externas (Zeitgebers), para ayudar en la diferenciación del día y la noche e ir marcando los horarios: horarios regulares

para las actividades en general, reforzar actividad física e interacción social y marcar especialmente los cambios en intensidad lumínica idealmente vinculado a ejercicio, por ejemplo, caminata al aire libre después de almuerzo o en la tarde (9). Si la dificultad es mayor o el o la paciente está postrado se puede utilizar Luminoterapia por 30 a 60 min al final de la tarde/inicio de la noche.

El otro gran trastorno circadiano en esta etapa de la vida se presenta con frecuencia en pacientes con deterioro cognitivo, es el Ciclo Irregular de Sueño-Vigilia, donde se produce desorganización del ciclo circadiano, sin un patrón reconocible, variable en horario y duración de los episodios del dormir y despertar tanto dentro del día como entre un día y otro. Es más probable que se presente en pacientes postrados o institucionalizados, que pasan todo el día en el mismo ambiente, con escasa socialización y sin actividad física, entre otros., elementos que se pueden sumar a otros hábitos de sueño inapropiados. El manejo es similar al SFAS, pudiendo complementarse con Melatonina a la hora de acostada, cuidando un adecuado manejo del cuadro de base (demencia), siendo necesario en ocasiones el manejo de agitación psicomotora con uso de fármacos como la quetiapina, risperidona u olanzapina. Se debe tener precaución al utilizar fármacos con efectos anticolinérgicos (p.ej.: anti-histamínicos, relajantes musculares, antidepresivos, entre otros), que pueden causar sedación diurna y/o agitación nocturna agravando esta condición (3)(9).

2.4. Trastorno Conductual del sueño REM

Esta condición corresponde a la categoría de las Parasomnias, conductas motoras o experiencias mientras se duerme que producen problemas o incomodidad al paciente o su entorno. En particular, el Trastorno Conductual del sueño REM (TCR) se caracteriza por la aparición de actividad motriz durante la etapa de sueño con Movimientos Oculares Rápidos (REM por su sigla en inglés: Rapid Eye Movements), en la cual se producen los sueños (onirismo) y en que fisiológicamente debería existir una atonía (bloqueo de toda la actividad muscular, salvo los músculos de la respiración automática y de los movimientos oculares), sin embargo, cuando existe un TCR, el o la paciente parece estar actuando sus sueños, generalmente de contenido agresivo (defendiendo a su familia o sí mismo de persecuciones o ataques), por lo que realiza movimientos bruscos y golpes que pueden llegar a la pareja o provocar lesiones en la misma persona mayor (por ejemplo contra la cabecera o velador) (4)(15). En episodios de menor intensidad puede presentarse solo actividad verbal que va desde sonidos ininteligibles, pasando por habla, canto y hasta gritos; puede sumarse actividad motora propositiva (gesticulación con las manos, como haciendo una mímica de algo), y finalmente llegar a los movimientos bruscos, golpes, caídas de la cama e incluso salir corriendo en los casos más severos. Al despertar los y las pacientes recuerdan con claridad el contenido de la ensoñación que motivó la conducta motora agresiva (distintivamente diferente a la personalidad que tiene el o la paciente la mayoría de los casos, no violenta ni agresiva) y se encuentran alertas, coherentes y orientados; por darse dentro de la etapa REM de sueño, son más frecuentes en la segunda mitad de la noche (3)(4).

Se calcula una prevalencia de aproximada del 0.5% en personas mayores y población general (15), siendo más frecuente en hombres mayores de 50 años; si bien puede ser idiopático, el 80 a 90% de los casos evoluciona en el tiempo a una enfermedad neurológica degenerativa del tipo sinucleinopatías, con mayor frecuencia Enfermedad de Parkinson, Atrofia Multisistémica, Demencia por Cuerpos Lewy, entre otros., considerándose uno de los síntomas prodrómicos de estas condiciones, pudiendo preceder la aparición del cuadro clínico neurológico por hasta 10 a 15 años (3)(4). Más raramente pueden evolucionar también a Deterioro Cognitivo Leve. Para el diagnóstico debe realizarse una polisomnografía, idealmente con video y registro electromiográfico de extremidades superiores, fundamental para el diagnóstico diferencial con movimientos por causa de apneas intensas, otros cuadros motores nocturnos y especialmente por su importancia pronóstica (4)(15).

El manejo se basa inicialmente en medidas generales de protección tanto para el o la paciente como para la pareja: acolchar el entorno y/o poner barreras (p.ej.: almohadas o cojines entre ellos) y retirar objetos que potencialmente le puedan causar daño (objetos que se puedan romper en el velador, como por ejemplo una lámpara o cubierta de vidrio). Se deben identificar y eliminar factores gatillantes (como la presencia de SAHOS o especialmente el uso de fármacos, debiendo intentarse la suspensión o reemplazo de éstos): los trastornos del ánimo y ansiedad son muy prevalentes en la senescencia y por ello es muy frecuente el uso de antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de recaptura de serotonina o duales e inhibidores de la monoaminooxidasa; que pueden causar o descompensar un TCR), así como los betabloqueadores o neurolépticos (3)(4).

2.5 Insomnio

Se entiende por insomnio la presencia de dificultad en conciliar o mantener el sueño, despertar en forma precoz o lograr un sueño reparador, a pesar de tener la oportunidad y condiciones adecuadas para ello, esto debe además asociarse a consecuencias diurnas negativas (fatiga, somnolencia, irritabilidad o problemas de ánimo, dificultades de concentración/atención, problemas conductuales -hiperactividad, impulsividad, entre otros,- disminución de motivación y energía, proclividad a errores y accidentes, preocupaciones o insatisfacción con el sueño e interferencia en rendimiento académico, laboral, familiar o social (15)(19), sin embargo en las personas mayores las consecuencias son más significativas, y se extienden más allá de la afectación del sueño nocturno y la calidad de vida, pues se asocia a incremento en riesgo de caídas, deterioro de funcionamiento físico y deterioro cognitivo, desarrollo de cuadros de ánimo y ansiedad, e incremento en la mortalidad. Se estima que lo padece en forma crónica (más de 3 veces por semana por más de 3 meses) hasta un 40-45% de las personas mayores sobre 60 años (19).

Habitualmente el insomnio se presenta en el contexto de una condición comórbida, es decir coexistiendo con otra patología, más que considerarlo una entidad secundaria

causada por otras condiciones médicas; sólo 7% de los casos se presenta en forma aislada o primaria (19). Esta distinción es importante, dado que las condiciones secundarias al resolver la patología primaria, habitualmente se resuelve la consecuencia, no ocurriendo lo mismo con el insomnio, requiriendo un manejo específico y paralelo a la condición de base. No es raro que los y las pacientes tengan más de un factor etiológico que contribuye al desarrollo de su insomnio (21).

El diagnóstico del insomnio es clínico, siendo relevante indagar acerca de los hábitos de sueño de el o la paciente, puesto que superado un evento gatillante de desvelo, la sola persistencia de hábitos inadecuados al dormir puede actuar como factor perpetuante del cuadro. Quienes sufren de insomnio comparten lo que se ha llamado un estado de hiperalerta, que más que producir dificultad para dormir, genera una percepción inadecuada del paciente respecto a su estado sueño/vigilia, produciendo una discrepancia con los parámetros objetivables, tendiendo los y las pacientes a sobrestimar los tiempos de latencia de sueño (cuanto demoran en conciliar sueño), y el tiempo que pasan en vigilia durante la noche, y a subestimar el tiempo total de sueño. Los insomnios primarios son principalmente tres:

- 2.5.1. Insomnio Idiopático: corresponde a un insomnio de larga data, presente habitualmente desde la niñez, no relacionado a comorbilidades.
- 2.5.2. Insomnio Paradojal: se manifiesta en su forma extrema la percepción inadecuada respecto al estado sueño/vigilia y el o la paciente queda con la sensación de dormir poco o nada.

- 2.5.3. Insomnio Psicofisiológico: el más frecuente de ellos, donde predomina la ansiedad centrada en el dormir, que a su vez potencia el insomnio y amplifica la ansiedad, perpetuando el cuadro. Estos últimos pacientes se duermen más fácilmente cuando no intentan hacerlo, o lo hacen fuera de su entorno habitual donde no existen las asociaciones negativas aprendidas que reproducen los síntomas.

El manejo del insomnio inicia con un diagnóstico adecuado, pues es fundamental el manejo causal y de la comorbilidad subyacente. El tratamiento debe ser siempre individualizado, iniciando con manejo general, optimizando el ambiente y el manejo de los fármacos generales (ejemplo: diuréticos). Luego, corrigiendo los hábitos de Higiene de Sueño que puedan ayudar al paciente, en la medida de lo factible (ver tabla 3). Lo anterior se complementa con terapias farmacológicas y no farmacológicas. Se deben tener en cuenta algunas consideraciones especiales para las personas mayores: entregar instrucciones claras y simples, impresas en letra fácilmente legible; se debe indagar por condiciones que induzcan a pasar tiempo excesivo en cama o dormitorio; se deben considerar las siestas al contabilizar el tiempo total de sueño en 24h (teniendo presente que puede ser necesario mantener diariamente una siesta breve). Junto con lo anterior, es importante facilitar el desplazamiento nocturno en caso de desvelo, nicturia u otros, (especialmente para manejar riesgo de caídas eliminando obstáculos, iluminación adecuada, entre otros.); y por último generar expectativas realistas considerando el estado de salud general del paciente y los cambios fisiológicos propios de la senescencia (3).

TABLA 3: HÁBITOS DE SUEÑO ADECUADOS PARA LA PERSONA MAYOR

ACCIÓN	DESCRIPCIÓN
QUÉ HACER	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Mantener en lo posible horarios regulares de acostada y levantada. 2.- Evitar pasar el día en el dormitorio y especialmente en la cama. 3.- Tener un ritual de al menos 30 minutos previo a la acostada que ayude a la relajación (p.ej.: meditación, oración, entre otros). 4.- Crear un ambiente propicio para dormir: cómodo, silencioso, oscuro, temperado a fresco. 5.- Mantenerse físicamente activo, ejercitar, especialmente al aire libre en las tardes (el ejercicio debe terminar a más tardar 3 horas antes de la hora de acostada). 6.- Exponerse a luz del sol o iluminar ambiente en horario después de almuerzo (mantener luminosidad alta hasta una hora antes acostada). 6.- Usar cama para actividad sexual y dormir solamente. 7.- Comer una colación liviana antes de acostarse.
QUÉ NO HACER	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Limitar siestas a un máximo de 30 minutos después del almuerzo. 2.- Evitar cenas pesadas y condimentadas (p.ej.: grasas, frituras, ají, merquén, ajo, entre otros). 3.- Limitar ingesta de líquidos en la tarde/noche. 4.- Evitar cafeína (como por ejemplo: te, café, mate, chocolates, bebidas con cafeína), tabaco y alcohol después de almuerzo. 5.- Evitar uso de pantallas (celulares, tablets, entre otros), una hora antes de acostarse. 6.- No acostarse sólo por horario, sino solamente si se está somnoliento. 7.- No quedarse en cama desvelado: salir del dormitorio si no puede conciliar el sueño o si despierta en la noche y no puede retomar. 8.- No mirar la hora durante la noche. 9.- No acostarse demasiado temprano. 10.- Al acostarse: no resolver problemas, planificar, repasar el día.

Fuente: elaborado en base a:(22)(23).

3. Tratamiento farmacológico

A toda edad se debe evitar en lo posible el uso de fármacos en los y las pacientes insomnes, dirigiendo los esfuerzos a corregir el origen del problema y abordar los factores perpetuantes a través de medidas no farmacológicas; esto es especialmente cierto en las personas mayores porque ellas con frecuencia se encuentran ya en uso de polifarmacia y son más sensibles a los efectos secundarios (1). Sin embargo, esto no siempre es posible y cuando la terapia no farmacológica no está disponible, no está indicada o no ha funcionado, debe recurrirse al uso de medicamentos, idealmente por períodos acotados, evitando el uso de benzodiazepinas e hipnóticos no-benzodiazepínicos, puesto que este tipo de medicamentos aún en corto plazo pueden producir sedación residual, tienen efectos deletéreos sobre la memoria y aumentan el riesgo de caídas (3)(23); peor aun cuando se utilizan sin supervisión o en forma indefinida, puesto que generan dependencia y profundos efectos en la función cognitiva pudiendo incluso acelerar procesos neurodegenerativos (3).

4. Tratamiento no farmacológico

Estas medidas son la base de la terapéutica en todas las formas de insomnio, pudiendo aplicarse también como complemento en el manejo de otros TDS. Las herramientas para el tratamiento no farmacológico consisten en mejoría de hábitos de sueño (Higiene del Sueño), la Terapia de Control de Estímulos, Restricción de Sueño, Técnicas de Relajación (como relajación muscular progresiva, imaginación guiada, entrenamiento respiratorio, entre otros.) y la Terapia Cognitivo Conductual para el Insomnio (1)(12).

Es fundamental mejorar los hábitos de sueño inadecuados, es decir conductas que causan, interfieren o perpetúan los problemas de insomnio que muchas veces no son evidentes para el o la paciente, este conjunto de medidas se denomina Higiene del Sueño, por ejemplo, evitar las siestas para preservar la carga homeostática y llegar cansado a la noche, evitar el consumo de sustancias estimulantes como la cafeína o nicotina, y evitar el uso de pantallas en las horas previas al descanso. La tabla 4 detalla las medidas aconsejadas y adaptadas para las personas mayores.

TABLA 4: RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN PERSONAS MAYORES

<p><u>Control de estímulos</u></p> <p>Pida a la persona que se vayan a la cama solo cuando tengan sueño. La cama debe usarse solo para dormir. Si el o la paciente no puede conciliar el sueño durante 20 minutos, sugiérle que se levante y vaya a otra habitación para hacer algo. La persona puede volver al dormitorio cuando tenga sueño. El o la paciente debe levantarse a la misma hora todas las mañanas, independientemente de cuánto haya dormido durante la noche. Evite las siestas.</p>
<p><u>Restricción de sueño</u></p> <p>Se debe indicar a la persona que duerman durante el tiempo de sueño total promedio estimado a partir de un diario de sueño de 2 semanas (mínimo 4,5 h). La eficiencia del sueño, definida por el tiempo total de sueño / el tiempo pasado en la cama, debe evaluarse con regularidad. Cuando mejora la eficiencia del sueño, se puede aumentar el tiempo que se pasa en la cama. Cuando la eficiencia del sueño es > 90%, él o la paciente se acuesta 15 minutos antes</p>
<p><u>Higiene del sueño</u></p> <p>Para tener buenos hábitos de sueño, se recomienda: realizar ejercicio, evitar estimulantes como la cafeína y el tabaco, y crear un ambiente confortable para dormir.</p>
<p><u>Tratamiento cognitivo conductual</u></p> <p>Identificar pensamientos, creencias o conocimientos incorrectos sobre el sueño y corregir los conocimientos, las emociones y los comportamientos relacionados con el sueño.</p>
<p><u>Terapia de luz brillante</u></p> <p>Cuando las personas tienen avances en las fases del sueño o despertares tempranos, se recomienda la exposición a la luz o la terapia de luz brillante por la noche.</p>

REFERENCIAS

1. Gencarelli A, Sorrell A, Everhart CM, Zurlinden T, Everhart DE. Behavioral and exercise interventions for sleep dysfunction in the elderly: a brief review and future directions. *Sleep and Breathing*. 1 de diciembre de 2021;25(4):2111-8.
2. Edwards BA, O'Driscoll DM, Ali A, Jordan AS, Trinder J, Malhotra A. Aging and sleep: Physiology and pathophysiology. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2010;31:618-33.
3. Benca RM, Teodorescu M. Chapter 26 - Sleep physiology and disorders in aging and dementia. En: Dekosky ST, Asthana S, editores. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2019. p. 477-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128047668000261>
4. Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the Elderly. *Mo Med*. 2020;117(5):490-5.
5. Romanella SM, Roe D, Tatti E, Cappon D, Paciorek R, Testani E, et al. The Sleep Side of Aging and Alzheimer's Disease. *Sleep Medicine*. 1 de enero de 2021;77:209-25.
6. Scoralick FM, Camargos EF, Freitas MPD, Nóbrega OT. Outpatient treatment of sleep disorders in Alzheimer patients. *Einstein*. 2015;13(3):430-4.
7. Cooke JR, Ancoli-Israel S. Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handbook of Clinical Neurology*. 98(c):653-65.
8. Iannella G, Maniaci A, Magliulo G, Cocuzza S, Mantia I La, Cammaroto G, et al. Current challenges in the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea syndrome in the elderly. 54 de 649; *Polish Archives of Internal Medicine*(130):7-8.
9. Cordone S, Scarpelli S, Alfonsi V, De Gennaro L, Gorgoni M. Sleep-Based Interventions in Alzheimer's Disease: Promising Approaches from Prevention to Treatment along the Disease Trajectory. *Pharmaceuticals* [Internet]. 2021;14(4). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1424-8247/14/4/383>
10. Almondes KM de, Costa MV, Malloy-Diniz LF, Diniz BS. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 1 de junio de 2016;77:109-15.
11. Leng Y, McEvoy CT, Allen IE, Yaffe K. Association of Sleep-Disordered Breathing With Cognitive Function and Risk of Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurology*. 1 de octubre de 2017;74(10):1237-45.
12. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med*. 30 de marzo de 2017;18(2):61-71.
13. Kamel NS, Gammack JK. Insomnio en el anciano: causa, abordaje y tratamiento. *Am J Med*. 2006;119:463-9.
14. Desjardins S, Lapierre S, Vasiliadis HM, Hudon C. Evaluation of the Effects of an Intervention Intended to Optimize the Sleep Environment Among the Elderly. *Clin Interv Aging*. 15:2117-27.
15. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*. 1 de noviembre de 2014;146(5):1387-94.
16. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LRA. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Medicine*. 1 de mayo de 2010;11(5):441-6.
17. Martínez-García MÃ, Durán-Cantolla J, Montserrat JM. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edades avanzadas. *Archivos de Bronconeumología*. 2010;46(9):479-88.
18. Arcos JP, Lorenzo D, Musetti A, Gutiérrez M, Buño G, Baz M, et al. Síndrome de Apneas del Sueño: revisión de 25 años de experiencia. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2017;4:75-111.
19. Ancoli-Israel S, Ancoli-Israel S, Kripke DF, Kripke DF, Klauber MR, Mason WJ, et al. Sleep-Disordered Breathing in Community-Dwelling Elderly. *Sleep*. 1 de noviembre de 1991;14(6):486-95.

20. Magliulo G, Iannella G, Ciofalo A et al. Nasal pathologies in patients with obstructive sleep apnoea. 2019;39(4):250-6.
21. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(5):761-89.
22. Moreno Reyes P, Muñoz Gutiérrez C, Pizarro Mena R, Jiménez Torres S. Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2020;55(1):42-9.

3.4. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Roberto Sunkel Maldonado

Psiquiatra-psicogeriatra, especialista en psicogerontología, Académico del Departamento de salud mental Sede Oriente, Universidad de Chile, Jefe Unidad Neuropsicogeriatría del Instituto Nacional de Geriátría Presidente Eduardo Frei Montalva (INGER).

Ideas centrales

- Los trastornos anímicos son un síndrome de signos y síntomas que se mantienen durante un periodo de tiempo, y que representan un cambio sustancial de la funcionalidad de un sujeto que tiende a recurrir, generalmente de una forma cíclica o periódica.
- La depresión en la persona mayor se puede dividir según la edad de inicio. Se habla de depresión temprana en aquella cuyo primer episodio ocurrió previo a los 60 años y, tardía sobre dicha edad. Los riesgos de un episodio depresivo son múltiples, y de ahí su importancia en la detección y manejo adecuado.
- Para el diagnóstico de depresión en los sistemas clasificatorios actuales, no existen elementos que hagan referencia a las personas mayores como grupo especial.
- Los episodios depresivos que adquieren características particulares son: la depresión con síntomas melancólicos, depresión atípica, depresión con síntomas psicóticos, y la depresión con síntomas catatónicos.
- Para realizar un tamizaje para la depresión se puede utilizar la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) y la Escala de Beck para depresión.
- Se puede considerar que la depresión en personas mayores es una especie de “vía de dos direcciones”, en términos de su relación con condiciones médicas, uso de fármacos; así como con otros trastornos psiquiátricos y condiciones de índole social. Es por esto que el diagnóstico diferencial en esta población suele ser más complejo.
- Alguno de los datos relevantes a considerar en anamnesis y examen a personas mayores son: la historia psiquiátrica, la historia médica, historia social, historia familiar, y examen.
- Respecto al tratamiento, es importante revisar la Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más.

Se comprende como trastornos anímicos a un síndrome de signos y síntomas que se mantienen durante un periodo de tiempo y que representan un cambio sustancial de la funcionalidad de un sujeto que tiende a recurrir, generalmente de una forma cíclica o periódica (1). Se debe considerar que no todos los trastornos del ánimo son depresión, y siempre es importante buscar condiciones biológicas o biomédicas que lo expliquen.

Al ser la depresión el trastorno psiquiátrico más frecuente en personas mayores, será el tema central de este capítulo. Su prevalencia en Chile es de un 11,2% sobre los 60 años, con 16,9% en mujeres y 4,1% en hombres (2), siendo una condición usualmente subdiagnosticada en este grupo etario. Muchas veces, tanto los profesionales de la salud como las mismas personas mayores, tienen la falsa creencia de que es parte natural del envejecimiento (3).

La depresión en la persona mayor se puede dividir según la edad de inicio. Se habla de depresión temprana en aquella cuyo primer episodio ocurrió previo a los 60 años y, tardía sobre dicha edad.

Los riesgos de un episodio depresivo son múltiples y de ahí su importancia en la detección y manejo adecuado. Se describe que la depresión se asocia a una menor supervivencia en esta población. Aunque no explique completamente la mortalidad, es importante señalar que se asocia a un mayor riesgo de suicidio en este grupo (4). De la misma forma, desde un punto de vista de patología médica, aumenta el riesgo de polifarmacia, o se asocia a mayores índices de enfermedad cardiovascular (siendo considerado incluso como un factor de riesgo independiente para infarto agudo al miocardio), y empeoramiento de patologías médicas (p.ej.: mayores días de hospitalización, mayor mortalidad post-alta) (5).

1. Diagnóstico para la depresión

Para el diagnóstico de depresión, en los sistemas clasificatorios actuales no existen elementos que hagan referencia a las personas mayores como grupo especial.

Al momento de realizar un diagnóstico de depresión en una persona mayor, es necesario considerar que frecuentemente presentan polifarmacia, lo que puede inducir, potenciar o evaluar la presencia de síntomas cognitivos en el marco del proceso diagnóstico, distinguiendo entre la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudo demencia), depresión con alteración cognitiva concomitante, y la depresión con disfunción ejecutiva (muy resistente al tratamiento farmacológico). Cerca de un 17% de pacientes con Alzheimer u otros trastornos cognitivos subcorticales presentan depresión mayor.

Según el DSM-5 (1) para poder hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor se requiere contar con la presencia de 5 síntomas, dentro de los cuales debe estar al menos ánimo depresivo y/o anhedonia*. Es importante destacar en este punto que una persona puede estar cursando un episodio depresivo sin necesariamente tener un ánimo depresivo. En el caso de sujetos que presentaban sólo anhedonia se les denominaba las “depresiones sin tristeza” que se consideraba como un aspecto característico de las personas mayores.

El resto de los síntomas son (si están presentes deben ser casi todos los días):

- Aumento o pérdida de peso (no intencionada y que implique al menos una modificación de 5% en un mes), o disminución o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la concentración o capacidad de pensar o tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas/plan/intento suicida.

El resto de los criterios hacen referencia a que causan un malestar significativo o deterioro a nivel funcional (social, familiar, laboral, entre otros.), que no se deba al consumo de sustancias (incluir medicamentos) o secundario a una condición médica; que no se explique por un trastorno psicótico. Se debe indagar además que no hubiese presentado en algún momento de su vida algún episodio maníaco o hipomaníaco.

Existe controversia respecto a si la depresión en este grupo etario presenta síntomas diferentes que en otras edades desde el punto de vista fenomenológico. Un cuestionamiento a esto es que muchas series son descripciones de pacientes hospitalizados, por lo que podrían ser cuadros más graves de

* Alteración de la capacidad de experimentar placer o de sentir interés por actividades que habitualmente le resultaban placenteras.

lo que se pudiera encontrar en la población general (6). De todas formas, en las publicaciones donde se mencionan diferencias, estas son en general quejas somáticas (antiguamente denominada depresión enmascarada), mayor severidad, mayor frecuencia de ideas delirantes (principalmente de contenido hipocondríaco, ruina y culpa), agitación psicomotora, pérdida de apetito y disminución de peso, angustia y merma funcional. A pesar de toda controversia, se menciona en algunos estudios que uno de los hallazgos que podría considerarse un síntoma cardinal son los trastornos cognitivos asociados a depresión (7). Refuerza este concepto, el hecho de que cerca del 40% de los y las pacientes cumplirían con el criterio diagnóstico de un trastorno cognitivo leve (o trastorno neurocognitivo menor) (8). En algunos casos, algunos episodios depresivos adquieren características particulares, y por ello el Ministerio de Salud cuenta con la **“Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más”**, actualmente vigente, en donde se pueden consultar los distintos tipos, destacando la distimia, depresión con síntomas psicóticos, ciclotimia, entre otros.

2. Métodos de tamizaje (screening) para evaluar depresión

Es importante enfatizar que las estrategias de tamizaje para la depresión, si bien son importantes, deben ser seguidas por una evaluación clínica acuciosa para evaluar la seguridad del paciente y un tratamiento garantizado. En Chile, en atención primaria se aplica la escala de depresión geriátrica o también conocida como de Yesavage (ver tabla 1) en el contexto del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), donde se inicia con la pregunta “¿en el último, mes se ha sentido deprimido?”. En caso de ser positiva se aplican las 14 preguntas restantes. Se deriva a un profesional de la medicina ante sospecha de depresión con 6 puntos.

TABLA 1: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (GDS)

PREGUNTA	RESPUESTA
1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI/NO
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI/NO
3 ¿Se aburre a menudo?	SI/NO
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI/NO
5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI/NO
6 ¿Tiene miedo de que le pueda ocurrir algo malo?	SI/NO
7 ¿Está contento la mayor parte del tiempo?	SI/NO
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI/NO
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI/NO
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI/NO
11 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI/NO
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI/NO
13 ¿Se siente lleno de energías?	SI/NO
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI/NO
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI/NO

Fuente: Elaborado en base a (9).

Existen otras escalas para el screening que se utilizan en personas mayores, tales como: Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) y la Escala de Beck para depresión (10).

3. Diagnósticos diferenciales de síndrome depresivo

Se puede considerar que la depresión en personas mayores es una especie de “vía de dos direcciones”, en términos de su relación con condiciones médicas, uso de fármacos; así como con otros trastornos psiquiátricos y condiciones de índole social. Es por esto que el diagnóstico diferencial en esta población suele ser más complejo. Para tener una idea, existe un gran número de patologías que se asocian, ya sea a síntomas depresivos o episodios que cumplen con los criterios diagnósticos que se podrían denominar como “depresiones secundarias”. Así, sería preferible en un comienzo hablar de un “síndrome depresivo” dado lo riesgos que implica tanto la prescripción de un psicofármaco en un cuadro sin origen psiquiátrico, y la demora en el manejo al que podría llevar del cuadro médico. En la tabla 2 se resumen diagnósticos diferenciales:

TABLA 2:2: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE SÍNDROME DEPRESIVO.

<p>Patologías psiquiátricas</p>	<p>Distimia. Depresión menor. Trastorno afectivo bipolar, Trastorno por uso de sustancias (intoxicación o síndrome de abstinencia). Trastorno de personalidad. Trastornos adaptativos con sintomatología depresiva. Duelo complicado persistente.</p>
<p>Patologías médicas</p>	<p>Infecciosas: VIH, neurosífilis, mononucleosis, toxoplasmosis. Neurológicas: accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer. Neoplásicas: cáncer de cabeza de páncreas, cáncer pulmonar. Endocrinas: hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Addison, Hipopituitarismo. Renales: enfermedad renal crónica. Reumatológicas: artritis reumatoídea, lupus eritematoso sistémico,</p>
<p>Medicamentos (se nombran algunos fármacos)</p>	<p>Cardiovasculares. IECA, bloqueadores de calcio, digoxina, metildopa, reserpina, tiazidas, propranolol. Antiparkinsonianos: levodopa. Agentes antiinfecciosos: ampicilina, ciprofloxacino, ganciclovir, dapsona, metronidazol, tetraciclina. Hormonas: glucocorticoides, esteroides. Psicofármacos: benzodiazepinas, fenobarbital, fenitoína. Antiinflamatorios no esteroidales.</p>

Fuente: Elaborado en base a Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más, del Ministerio de Salud de Chile (11).

En términos generales este proceso requiere de la recopilación acuciosa de información (12). En la tabla 3 se entregan consideraciones a tener presente en la anamnesis. Junto con lo anterior, es importante señalar la importancia de indagar respecto a ideación suicida (revisar capítulo 3.6: “Conducta suicida”).

TABLA 3: CONSIDERACIONES EN ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO Y MENTAL PARA LA DEPRESIÓN.

DATOS	TEMAS A CONSIDERAR	
Historia Psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes de diagnósticos previos (antecedentes de manía o hipomanía) y tratamientos respectivos (nombres, duración, respuesta, efectos secundarios). -Incluir en tratamiento tanto farmacológico como la psicoterapia u otros como la terapia electroconvulsiva (en este caso preguntar número de sesiones). -Antecedentes de intentos de suicidio o de autolesiones sin dichos fines. -Antecedentes de hospitalización psiquiátrica. -Ideación suicida actual. -Uso de sustancias (prestar atención en este punto sobre fármacos de prescripción como benzodiazepinas, opioides, entre otros). -Quejas cognitivas (memoria). 	
Historia médica	<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes morbidos. -Anamnesis farmacológica incorporación de nuevos fármacos, cambios de dosis, adherencia). Considerar el uso de suplementos alimentarios. -Presencia de dolor crónico. 	
Historia Social	<ul style="list-style-type: none"> -Estresores o pérdidas recientes (jubilación, duelos, migración). -Red social efectiva. 	
Historia Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnósticos psiquiátricos. -Antecedentes de respuesta a tratamientos previos. -Antecedentes de suicidio en familiares. 	
Examen	Examen Mental	<ul style="list-style-type: none"> Aspecto/Psicomotilidad/Actitud. Lenguaje. Ánimo. Velocidad, estructura y contenido del pensar / sensopercepción / Juicio de realidad. Examen neurológico. Descartar presencia de delirium y buscar focalidad. Presencia de Parkinsonismo.
	Examen Físico	<ul style="list-style-type: none"> Signos vitales. Deshidratación. Dolor.
Exámenes complementarios	<p>Si bien no existe consenso respecto a que exámenes solicitar, se proponen hemograma, glicemia en ayuno (hemoglobina glicosilada en diabéticos), perfil lipídico, perfil hepático, función renal, electrolitos plasmáticos, pruebas tiroideas, niveles de vitamina B12 y D. La solicitud rutinaria de imágenes es controvertida</p>	

Fuente: Elaborado a partir de Taylor WD. Depression in the Elderly (12) y Agüera-Ortiz L, Claver-Martín MD, Franco-Fernández MD, López-Álvarez J, Martín-Carrasco M, Ramos-García MI, et al. Depression in the Elderly (13).

4. Tratamiento de la depresión

El principal objetivo es lograr la remisión del cuadro clínico, mejoría del funcionamiento cognitivo y social, y el evitar futuras recurrencias (14). El tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años abarca una serie de intervenciones, las cuales se encuentran en la página 52 de la "Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más". El efecto de los antidepresivos puede tomar entre 4 a 6 semanas, siendo más prolongado en muchas oportunidades en mayores (8-12 semanas) (15). Se recomienda siempre preferir la monoterapia dado el potencial riesgo de interacciones farmacológicas y/o comorbilidades médicas. No existe una norma respecto a la duración de trata-

miento necesaria, sin embargo, se ha visto que las tasas de recurrencias con la mantención de 12 meses posterior a la remisión del cuadro son bajas (16).

4.1 Psicoterapia: es importante reforzar que existen estudios que avalan la eficacia de la psicoterapia en cuadros depresivos en personas mayores. En específico, aquellas técnicas que cuentan con evidencia en depresiones en personas mayores son (17):

- Terapia cognitivo conductual.
- Terapia interpersonal.
- Terapia de solución de problemas.

4.2 Intervenciones psicosociales: incluyen elementos en los que destacan la reducción de estrés y el fortalecimiento del apoyo social, la promoción de un funcionamiento adecuado de la vida diaria y de actividad social. Muchas de estas intervenciones pueden resultar incluso más difíciles de implementar que los mismos psicofármacos, ya que implican un cambio en el estilo de vida, como higiene del sueño, realización de actividad física y llevar una alimentación regular y saludable (3).

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5a ed. 2014.
2. Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores, SENAMA, MINSAL. Estrategia de Salud Mental para Personas Mayores. 2020. 2020;
3. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 1 de marzo de 2021;47(2):114-21.
4. Lemogne C, Nabi H, Melchior M, Goldberg M, Limosin F, Consoli SM, et al. Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: A 20-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Journal of Psychiatric Research*. 1 de julio de 2013;47(7):851-7.
5. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)*. enero de 2009;6(1):38-51.
6. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de enero de 2018;26(1):107-22.
7. Wang S, Blazer DG. Depression and Cognition in the Elderly. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2015;11(1):331-60.
8. Portaccio E. Differential diagnosis, discerning depression from cognition. *Acta Neurologica Scandinavica*. 1 de septiembre de 2016;134(S200):14-8.
9. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria. 2013; Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/440>
10. Peraza-Smith G, Kiresuk T. Best Practices in the Management of Major Depression for Older Adults in Primary Care. *Advances in Family Practice Nursing*. 1 de mayo de 2019;1:15-32.
11. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
12. Taylor WD. Depression in the Elderly. *N Engl J Med*. 25 de septiembre de 2014;371(13):1228-36.
13. Agüera-Ortiz L, Claver-Martín MD, Franco-Fernández MD, López-Álvarez J, Martín-Carrasco M, Ramos-García MI, et al. Depression in the Elderly. Consensus Statement of the Spanish Psychogeriatric Association. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:380.
14. Espinoza R, Unützer J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. *Psychiatric Times*. 2019;31(10).
15. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ [Internet]*. 2011;343. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4551>
16. Tham A, Jonsson U, Andersson G, Söderlund A, Allard P, Bertilsson G. Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder - A systematic review and a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;15(205):1-12.
17. Diana Marcela P-S, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. DEPRESIÓN EN ANCIANOS. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2009;57:347-55.

3.5. TRASTORNOS ANSIOSOS

Daniela González Astorga
Psiquiatra Psicogeriatría

Ideas centrales

- Las personas mayores que presentan un trastorno ansioso, en su mayoría (2/3 de los casos) es de inicio temprano, es decir, sólo alrededor de 1/3 son trastornos ansiosos de inicio tardío.
- Los síntomas de ansiedad pueden aparecer en el contexto de enfermedades orgánicas (tanto por efecto del diagnóstico como síntoma de la enfermedad), o del uso y retirada de fármacos, siendo de especial relevancia en las personas mayores, quienes suelen usar varios medicamentos. Por ello, se debe realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad, la comorbilidad médica física y efectos de medicamentos en uso.
- En esta etapa de la vida la mayor parte de las manifestaciones ansiosas van de la mano de manifestaciones depresivas, y muy frecuentemente son subsindromáticas. Sin embargo, estas manifestaciones deben ser consideradas como elementos que requieren atención, pues dejados a su curso “natural” la mayoría suele empeorar y a complicarse.
- Se ha observado también que la aparición de ansiedad ,podría ser parte de síntomas prodrómicos neuroconductuales y neuropsiquiátricos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL), y de la demencia, especialmente cuando es más bien inmotivada. Esto último es importante de considerar en especial a la hora del seguimiento.
- Respecto de las manifestaciones de la ansiedad, al igual que para otros grupos de edad, podemos diferenciar síntomas como: malestar, inquietud, preocupación excesiva, nerviosismo y tensión interna. Estos síntomas, llamados psicológicos, pueden ir acompañados de síntomas somáticos manifestados en uno órgano, o en varios, expresados como afectación más general.
- Los trastornos ansiosos más relevantes en personas mayores son el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, el síndrome post-caída.
- En cuanto al tratamiento no farmacológico, se encuentran principalmente las técnicas de terapia de la línea cognitivo-conductual, las de relajación y las de apoyo.

El grupo de patologías que conforman el grupo de los trastornos ansiosos ha ido cambiando a través del tiempo, fundamentalmente se han reagrupado algunas de ellas, principalmente porque, aunque comparten la ansiedad como manifestación central, se ha ido estableciendo que su eje comprensivo es distinto, tales como los trastornos obsesivo-compulsivos que en la última revisión del DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión 5), constituyen una categoría aparte, al igual que los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, como por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático (1).

En este grupo corresponden el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias entre otros (2). Estos trastornos en las personas mayores son bastante frecuentes (del orden del 5

al 20% de prevalencia anual)(3), como reacciones a situaciones estresantes, aunque por supuesto estas reacciones van moviéndose en un espectro que va desde la no reacción, pasando por reacciones esperables (“normales”) hasta llegar a la patología, que está delimitada principalmente por la intensidad, desproporción, inmotivación y grado de interferencia en la funcionalidad. Desde este enfoque de intensidad de síntomas, quedan fuera de clasificación del grupo de trastornos ansiosos (DSM-5) algunas situaciones relevantes como los trastornos de adaptación con ansiedad, que serían una categoría intermedia en cuanto a representar una reacción ansiosa excesiva, pero comprensible, que no necesariamente llegará a constituir algún trastorno ansioso “mayor” (3). Esta situación es relevante a la hora de intervenir en las situaciones clínicas que se puedan dar, pues lejos la mayor parte de los trastornos ansiosos en las personas mayores son reactivos, no inmotivados.

Otro aspecto importante de señalar es la enorme área en común que tiene el trastorno de ansiedad generalizada con el trastorno depresivo mayor, en cuanto a comorbilidad (50%), etiología y tratamiento. Pareciera existir, especialmente en este grupo etario, un nivel tal de coincidencia entre la patología ansiosa y depresiva, que nos hacen pensar en mecanismos de reacción emocional que se expresarían en forma diferente, “más ansiosa o más depresiva”, pero con una base común, aún no dilucidada (3).

Las personas mayores que presentan un trastorno ansioso, en su mayoría (2/3 de los casos) es de inicio temprano, es decir sólo alrededor de 1/3 son trastornos ansiosos de inicio tardío. Es frecuente recibir el reporte de la familia o del mismo paciente “siempre ha sido nervioso o nerviosa” o el antecedente de un trastorno ansioso diagnosticado y tratado con anterioridad (3).

1. Etiopatogenia del trastorno ansioso

La etiopatogenia hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad específica. En cuanto a posibles causas biológicas de la ansiedad, sólo disponemos de las mismas explicaciones postuladas para las personas adultas NO mayores. La activación excesiva de los sistemas de neurotransmisión relacionados con la alerta y respuesta al peligro, secundaria a la activación del Locus coeruleus, condicionaría como resultante una descarga noradrenérgica exagerada, que produciría la ansiedad y explicaría también la respuesta física ansiosa vía hipotálamo-hipofisaria (4).

Desde la perspectiva de las teorías psicológicas, la visión clásica señala que la ansiedad representa una señal de alarma provocada por un conflicto psíquico. En los ancianos, además de este mecanismo, se ha postulado que la ansiedad puede estar también vinculada a la pérdida de objetos psicológicos (vínculos) y de aportes externos, cuando no ha podido ocurrir una adaptación suficiente. Esta relación con las pérdidas o la ausencia de soportes se ha relacionado tradicionalmente con la patología depresiva, lo que explicaría, al menos en parte, la coexistencia de ansiedad y depresión en las personas de edad avanzada (5).

Los síntomas de ansiedad pueden aparecer en el contexto de enfermedades orgánicas (tanto por efecto del diagnóstico como síntoma de la enfermedad), o del uso y retirada de fármacos, siendo relevante en las personas mayores, quienes suelen usar varios medicamentos. Por ello, se debe realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad, la comorbilidad médica física y efectos de medicamentos en uso.

En el libro *Psiquiatría geriátrica* de Agüera, Martín y Sánchez (6) se señala que: *“Franco y Antequera Jurado (2009) han propuesto un modelo explicativo de la ansiedad en el anciano teniendo en cuenta el modelo biológico, el psicológico —en cuanto a rasgos de personalidad— y el social —en el sentido de las pérdidas propias que acompañan al envejecimiento: económicas, rol social, soledad, duelos—.*

Defiende que los rasgos de personalidad, la capacidad cognitiva y las estrategias de afrontamiento determinarían respuestas disfuncionales ante acontecimientos adversos. Esta predisposición, tal vez genética o condicionada por alteraciones sutiles en el neurodesarrollo durante el período perinatal (5), puede contribuir a la aparición de trastornos psiquiátricos como la ansiedad.” (7).

2. Diagnóstico del trastorno ansioso

En esta etapa de la vida la mayor parte de las manifestaciones ansiosas van de la mano de manifestaciones depresivas, y muy frecuentemente son subsindromáticas, es decir, no cumplen con los criterios diagnósticos definidos para constituir el diagnóstico formal. Sin embargo, deben ser considerados elementos que requieren atención, pues dejados a su curso “natural” la mayoría suele empeorar y complicarse.

Se ha observado también que la aparición de ansiedad podría ser parte de síntomas prodrómicos neuroconductuales y neuropsiquiátricos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y la demencia, especialmente cuando es más bien inmotivada. Esta posibilidad se debe tener presente, en especial a la hora del seguimiento (8). Respecto de las manifestaciones de la ansiedad, al igual que para otros grupos de edad podemos diferenciar síntomas como: malestar, inquietud, preocupación excesiva, nerviosismo y tensión interna. Estos síntomas, llamados psicológicos, pueden ir acompañados de síntomas somáticos manifestados en unos órganos concretos o expresados como afectación más general, como por ejemplo: astenia, adinamia, distermia, insomnio, alteración del apetito, entre otros.

Los síntomas más frecuentes de la ansiedad, agrupados por órganos o sistemas, son:

- Sistema cardiocirculatorio: palpitaciones, opresión torácica.
- Sistema digestivo: dolor abdominal, diarreas, estreñimiento, alteración del apetito, náuseas.
- Osteotendinoso: tensión muscular, algias.
- La piel: sudoración, alopecia, lesiones cutáneas.
- Sistema respiratorio: sensación de ahogo.
- Sistema nervioso: inestabilidad cefálica, cefaleas, mareos.

A continuación se abordarán los trastornos ansiosos más relevantes en personas mayores, por ser frecuentes y/o de gran impacto. Sin dejar de señalar que es posible encontrar la presencia de cualquiera de los trastornos ansiosos descritos en la literatura.

2.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Se trata de la forma de ansiedad más frecuente en ancianos que se caracteriza por estar presente en todo momento, con temores frecuentes y desproporcionados, expectación ansiosa, hipervigilancia, tensión emocional, insomnio, que generan mucho sufrimiento subjetivo y la sensación de estar al límite. Se acompaña de síntomas físicos:

Tensión motora: tensión muscular, inquietud psicomotora, fatiga.

Hiperactividad autonómica: disnea, palpitaciones, sudoración, parestesias, mareos, alteraciones digestivas.

En este grupo, existe una situación clínica especialmente complicada y se ha denominado Síndrome de inundación ansiosa descrito por Agüera y Cervilla en 2006 (9). Se trata de un cuadro clínico que se caracteriza por una altísima intensidad de la sintomatología ansiosa, completamente invalidante y con enorme demanda al entorno cercano, frecuentemente acompañado de síntomas depresivos y algún grado de deterioro cognitivo; suele darse en contexto de personalidades difíciles que caen fá-

cilmente en estados regresivos y de dependencia. Esta circunstancia clínica es un enorme reto para la familia y el sistema de salud, pues además de la alta demanda y exigencia de soluciones y alivio médico (que no requiera colaboración del paciente), suele responder mal a los medicamentos y su pronóstico no es favorable (9).

2.2. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

El mismo perfil sintomatológico de la ansiedad generalizada puede darse en el contexto del diagnóstico de una enfermedad no psiquiátrica, hecho de frecuente ocurrencia en este grupo etario. El sólo hecho de recibir un diagnóstico genera algún grado de ansiedad en la persona. Se ha descrito una relación lineal entre el número de diagnósticos de enfermedades crónicas y la incidencia de trastornos ansiosos.

La otra situación es que la enfermedad física produzca por sí misma síntomas ansiosos, como las arritmias, la disnea de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), incontinencia urinaria, entre otras. Junto con lo anterior, existe la posibilidad que una enfermedad como parte de sus manifestaciones produzca síntomas ansiosos, como por ejemplo: demencia, neoplasias endocrinológicas.

2.3. Síndrome post-caída

Como su nombre lo indica se trata de una reacción emocional secundaria a una caída, especialmente si ha habido consecuencias como fracturas, heridas u otras, que fue descrito por Salvá Casanovas en 1997 (10), donde de 20 al 40% de personas mayores que han sufrido una caída como, "miedo a una nueva caída" (*fear falling*), predominando síntomas ansiosos, pérdida de confianza en las capacidades y habilidades propias y conductas evitativas, que son muy negativas y auto-limitantes en cuanto a la recuperación o mantenimiento del equilibrio, la marcha y funcionalidad del sujeto.

3. Abordaje terapéutico

El principal problema relacionado con la ansiedad en este grupo etario, es el uso indiscriminado y a veces no indicado de benzodiazepinas para su manejo. Por ello, es necesario hacer todo lo posible por asociar intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas e idealmente de terapia ocupacional en el manejo de estos cuadros, para potenciar sus efectos y minimizar riesgos.

4. Tratamiento farmacológico

Dentro del tratamiento medicamentoso de los trastornos ansiosos podemos distinguir tratamiento sintomático y tratamiento etiológico. Lo más relevante de esto es tener presente que el tratamiento sintomático, sólo debe ser utilizado por tiempo limitado y que está destinado a aliviar síntomas, no a sanarlos. En este ítem se encuentran los ansiolíticos, cuyos principales representantes son las benzodiazepinas, muy efectivos para el control de los síntomas ansiosos en fase aguda del manejo. Sin embargo, está plenamente establecido que son un "arma de doble filo", en cuanto a la alta incidencia de efectos adversos que manifiestan en las personas mayores: riesgo de caídas, estados confusionales (delirium) además de la habituación y potencial adicción.

Si se decide utilizarlas, la premisa es en la menor dosis posible, por el menor tiempo posible; esto quiere decir tenerlo siempre presente y una búsqueda activa de la posibilidad de disminuir dosis. Dentro de este grupo existe un fármaco relativamente nuevo, la etifoxina, que es un ansiolítico que tiene una menor potencia ansiolítica, así como muchísimo menor incidencia de efectos negativos asociados. Sin embargo, esto último dependerá de la recomendación farmacológica del profesional de la medicina.

En caso de necesitar mayor información farmacológica, consultar Guía Clínicas Trastorno Ansioso del Ministerio de Salud 2018*.

5. Tratamiento no farmacológico

Dentro de esta categoría de intervenciones, se encuentran principalmente las técnicas de terapia de la línea cognitivo-conductual, las de relajación y las de apoyo. Todas ellas han demostrado ser útiles y en una proporción importante de pacientes, resultados comparables con los tratamientos farmacológicos. De especial interés en el manejo de trastornos ansiosos están las terapias de técnicas corporales y en el caso de fobias, las técnicas de exposición progresiva

*Para mayor información visitar: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/08.-RE_GPC-trastorno-ansioso_2018-final_v3.pdf

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5a ed. 2014.
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de Práctica Clínica - No GES Trastorno Ansioso [Internet]. 2019. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-mental/trastorno-ansioso/recomendaciones/>
3. Cisneros GE, Ausín B. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 1 de enero de 2019;54(1):34-48.
4. Goddard AW, Charney DS. Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 58(2):4-12.
5. Castillo-Gómez E, Pérez-Rando M, Bellés M, Gilabert-Juan J, Llorens JV, Carceller H, et al. Early Social Isolation Stress and Perinatal NMDA Receptor Antagonist Treatment Induce Changes in the Structure and Neurochemistry of Inhibitory Neurons of the Adult Amygdala and Prefrontal Cortex. *eNeuro*. 1 de marzo de 2017;4(2):ENEURO.0034-17.2017.
6. Agüera L, Martín M, Sánchez M. *Psiquiatría geriátrica*. 3o. 2021.
7. Alcorta, A. & Peregrina, S. Bases Neuropsiquiátricas. En Muñiz (Ed.). *Neurología Clínica de Rangel Guerra* [Internet]. 2015. 11-116 p. Disponible en: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr>
8. Franco-Fernández MD, Antequera Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009;1:37-47.
9. Agüera, L., y Cervilla, J. Trastornos de ansiedad, en *Psiquiatría geriátrica*, pp. 551-574. 2o. Barcelona, España: Masson; 2006.
10. Salvá Casanovas A. (Consecuencias Psicológicas: Síndrome post-caída. En: Lázaro del Nogal, M. (dir) *Evaluación del anciano con caídas de repetición*. 1997;69-75.

3.6. CONDUCTA SUICIDA

Ana Paula Vieira

Psicóloga, Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida, Universidad de Chile,
Doctoranda en Investigación Gerontológica

Ideas centrales

- El grupo de las personas mayores presenta altos índices de suicidio a nivel mundial y Chile no es la excepción, especialmente, el segmento de 80 años y más.
- El suicidio en la vejez es un fenómeno complejo y multicausal, es decir, diversos factores pueden influir en el comportamiento suicida, como variables psicosociales, sociodemográficas, biológicas, culturales, entre otras.
- El suicidio es el resultado de interacciones complejas entre los diversos factores de riesgo; cada uno tiene un posible impacto sobre el otro u otra, siendo así que al aumentar y/o interactuar entre sí los elementos de riesgo, se potencia la fragilidad del individuo a una determinación suicida. Por ello, además de los elementos de riesgo, es crucial tener en cuenta los factores protectores.
- La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más complejas que deben enfrentar los equipos de salud, y se sugiere que se realice mediante la entrevista clínica y aplicación de escalas de evaluación específicas de riesgo suicida, o no específicas de conducta suicida.
- La entrevista clínica es el instrumento fundamental en la evaluación del riesgo suicida. La información necesaria puede derivar directamente de la persona mayor, así como de familiares, cercanos y cuidadores.
- Algunas escalas específicas para la evaluación psicométrica del riesgo de conducta suicida son: la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS), Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI), entre otras.
- La conducta suicida en la vejez se debe abordar desde una perspectiva amplia y multidisciplinar, valorando integralmente las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas y elaborando el plan de cuidados integrales en base a la formulación de riesgo.

El suicidio se ha transformado en un grave problema de salud pública y un tema prioritario para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la referida institución, el suicidio se ubica entre las principales causas de muerte en diversos países, aproximadamente 1 millón de personas fallece por este motivo, más de los que mueren por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama, guerra u homicidios (1).

Diversas variables relacionadas al suicidio han sido ampliamente investigadas a nivel mundial, una de ellas es la edad. El Informe Prevención del suicidio: un imperativo global (2), afirma que las tasas de suicidio aumentan con la edad, siendo más altas en personas mayores de 70 años, tanto en hombres como mujeres, en casi todas las regiones del mundo.

En Chile, la situación para el grupo de personas mayores también ha evidenciado elevados índices de suicidio. Según el Informe de Mortalidad por Suicidio en Chile: 2010-2019, el rango de edad más crítico es el de 80 y más años, esto se debe principalmente al aumento en la tasa de los hombres desde los 70 años, además, es importante destacar que los hombres mayores se suicidan con más frecuencia que las mujeres mayores (3).

Vale mencionar que los intentos de suicidio son menos comunes en personas mayores en comparación con los demás segmentos: la relación es de 33 intentos por cada suicidio en población general y en jóvenes es de 200 intentos por cada suicidio, a diferencia de las personas mayores, donde la relación es de 4 intentos por cada suicidio (4). Así se constata que la premeditación, determinación y alta letalidad son características evidentes en el comportamiento suicida de este segmento.

El suicidio frustrado es relativamente común en las personas mayores, es decir, aquellas conductas suicidas que no llevan a la muerte debido a circunstancias fortuitas e imprevistas, aunque se considera con frecuencia y en forma errónea que no había una intención real de quitarse la vida (5). Incluso, pueden actuar con otros métodos suicidas, como el dejarse morir por abandono en la medicación o por inanición (suicidio "silencioso" o pasivo).

1. Los factores de riesgo y factores protectores para el suicidio en la vejez

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, es decir, diversos factores pueden influir en el comportamiento suicida en la vejez, como variables psicosociales, sociodemográficas, biológicas, culturales, entre otras. Cabe destacar que el comportamiento suicida se refiere a un amplio conjunto de conductas que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, el intento, hasta el suicidio consumado.

Existen componentes predisponentes para la conducta suicida, como el intento previo de suicidio y/o haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia. Estos elementos influirían en personas mayores más vulnerables al interactuar con factores precipitantes o estresores ambientales (jubilación, por ejemplo), lo que podría desencadenar el comportamiento suicida.

El suicidio es el resultado de interacciones complejas entre los diversos factores de riesgo; cada uno tiene un posible impacto sobre el otro u otra, siendo así que al aumentar y/o interactuar entre sí los elementos de riesgo, se potencia la fragilidad del individuo a una determinación suicida. Es por ello, que el identificar estos factores es de suma importancia para la elaboración de estrategias de prevención del suicidio, aunque insuficiente para implementar acciones preventivas eficaces, ya que, en parte, los estados de riesgo son dinámicos, y fluctúan en períodos relativamente breves (6). Además, el seguir una línea de generalizaciones no es recomendable, porque las personas mayores no son iguales entre sí, existiendo aquellas que son más susceptibles que otras a factores de riesgo. Los principales factores de riesgo suicida, en personas mayores, se mencionan a continuación en la tabla 1:

TABLA 1. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA VEJEZ.

CATEGORÍAS	FACTORES DE RIESGO
MÉDICOS/ CLÍNICOS	Historia de intento previo de suicidio.
	Trastornos afectivos, especialmente Depresión.
	Alcoholismo y adicciones a sustancias.
	Trastornos psicóticos con síntomas paranoides y agitación.
	Trastornos crónicos del sueño.
	Trastornos neurocognitivos, especialmente demencias.
	Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas e invalidantes.
	Hospitalización periódica, intervenciones quirúrgicas frecuentes.
	Dificultades auditivas (contribuyen al aislamiento social).
PSICOLÓGICOS / PERSONALES	Sentimientos de soledad e infelicidad.
	Sentimientos de ser una carga para los demás.
	Sentido de no pertenencia.
	Pérdida de sentimiento de utilidad.
	Tendencia a revivir el pasado.
	Baja apertura a la experiencia.
	Ausencia de proyectos vitales.
Rigidez caracterial.	
SOCIO- SITUACIONALES	Escasa o nula red de apoyo social.
	Viudez, pérdida de familiares / amigos o amigas.
	Separación/ Divorcio.
	Jubilación (dificultad de adaptación).
	Situación económica desfavorable.
	Dinámica familiar disfuncional.
	Falta de acompañamiento activo y continuado en Salud Mental.
	Maltratos, especialmente, violencia intrafamiliar.
	“Viejismo” (visión estereotipada negativa de la vejez).
	Síndrome de la abuela esclava (afecta a las mujeres mayores que están obligadas a cuidar de sus nietos y entorno hogareño).
	Abuelos o abuelas "ping-pong" (migración forzada, les “rotan” entre los familiares).
Institucionalización.	

Fuente: Elaboración propia basada en (7)(8)(9)(10).

Además de los elementos de riesgo, es crucial tener en cuenta los factores que potencian la capacidad de resistencia ante el comportamiento suicida en la vejez, como son los factores protectores. A continuación en la tabla 2 se muestran los principales factores protectores:

TABLA 2. PRINCIPALES FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA VEJEZ

CATEGORÍAS	FACTORES PROTECTORES
PERSONALES	Autoconfianza y buena autoestima.
	Buena adaptabilidad, habilidades para enfrentar situaciones.
	Apertura a nuevas experiencias.
	Capacidad de autocontrol.
	Disposición a escuchar orientación, buscar ayuda.
	Capacidad para comunicarse, expresar emociones y pensamientos.
	Capacidad de resolución de conflictos.
	Desarrollo de proyectos de vida.
SOCIO-SITUACIONALES	Red social que propicia apoyo práctico y emocional.
	Buenas relaciones interpersonales y familiares.
	Participación en actividades sociales/ comunitarias.
	Descubrir y mantener roles satisfactorios.
	Espiritualidad, práctica religiosa colectiva.
	Presencia de animales domésticos (perros, especialmente).
	Garantía de atención a la salud, alimentación, transporte, vivienda, en fin, los requerimientos para mantener una vida digna.

Fuente: Elaboración basada en (8)(9)(10)(11).

En relación con las señales que las personas mayores emiten sobre sus ideas de muerte e intenciones suicidas, existen aquellas más explícitas o claras como comentarios de “querer morir” y otras menos directas como “sentimientos de no valer para nada”. Todos estos mensajes no pueden ser ignorados. Se debe poner especial atención cuando estos indicios se manifiestan, especialmente frente a factores de riesgo previamente mencionados. En ese sentido, las señales de alarma más significativas entre las personas mayores se aprecian en la tabla 3 (11).

TABLA 3: SEÑALES VERBALES Y NO VERBALES DE RIESGO SUICIDA

SEÑALES VERBALES	SEÑALES NO VERBALES
Expresa que no tiene motivos para vivir.	Cambios de ánimo y/o comportamiento (irritabilidad, irascibilidad, rabia, ansiedad, angustia).
Declara que se siente una carga para los demás ("Estarías mejor sin mí").	Dificultad para comer o dormir.
Manifiesta ser responsable de todo lo malo que sucede.	Abandono de actividades significativas.
Transmite que se siente atrapado/a o demuestra sufrir un dolor que no puede soportar.	Incremento en la ingesta de alcohol y/u otras sustancias.
Manifiesta sentimientos de impotencia, inutilidad y desesperanza. ("No valgo para nada"; "Mi vida no tiene sentido"; "Estoy cansado/a de luchar").	Aislamiento de la familia y cercanos.
Directamente verbaliza: "Quiero matarme" "Voy a suicidarme".	Busca métodos para hacerse daño.
Expresa que no tiene motivos para vivir.	Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse.
	Regala posesiones personales y objetos preciados.
	Prepara documentos (testamento, seguro de vida, entre otros).

Fuente: Elaboración propia basada en (11).

2. La evaluación y valoración del riesgo suicida en la vejez

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más complejas que debe enfrentar los equipos de salud (12). Hasta el momento no existe un instrumento único y universal para su evaluación clínica (13).

Se sugiere que la evaluación de riesgo de la conducta suicida en personas mayores se realice mediante la entrevista clínica y aplicación de escalas de evaluación específicas de riesgo suicida o no específicas de conducta suicida, como las escalas de evaluación de la depresión.

También, involucrar a las personas mayores en la entrevista y en las decisiones sobre el tratamiento, explicándoles los objetivos de dicha evaluación.

2.1. Entrevista Clínica/ Anamnesis

La entrevista clínica es el instrumento fundamental en la evaluación del riesgo suicida. Debe orientarse a recoger tanto información descriptiva como subjetiva (narrativa, pensamientos e ideas), adecuándola a sus objetivos: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona mayor entrevistada y preparación del profesional. Además, se debe tener en cuenta, que la información necesaria para la evaluación puede derivar directamente de la persona mayor, así como de familiares, cercanos y cuidadores (14).

La entrevista es el inicio de la interacción entre la persona y el profesional, por lo que juega un papel relevante en la reducción del riesgo suicida. Se debe realizar una anamnesis que permita recabar la máxima información, contemplando lo siguiente (15):

- Exploración psicopatológica estándar (orientación temporo-espacial, estado de ánimo, percepción, discurso, contenido y ritmo del pensamiento, rasgos de personalidad, entre otros).
- Factores de riesgo y protección (comorbilidad, existencia o no de trastorno mental subyacente, situación actual y apoyo socio-familiar, entre otros).

La mejor forma de descubrir si una persona mayor tiene pensamientos suicidas es indagando directamente. Al contrario de la creencia popular, el hablar sobre suicidio no induce a la idea en quienes no la tienen ni la empeora en quienes las tienen. Lo más probable es que la persona mayor se sienta aliviada al conversar abiertamente de sus sentimientos y emociones, es decir, comprendida. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el hecho de comunicar sus ideas suicidas o que disminuya su angustia manifiesta, no elimina la posibilidad de que concrete el acto en sí (16). Junto con lo anterior, siempre se debe realizar la evaluación ante la más mínima sospecha de conducta suicida. Las preguntas se deberán formular de modo gradual, partiendo con preguntas más generales, sobre su estado de ánimo (¿cómo se siente?, ¿está enfrentando algún problema?) para así avanzar hacia otras preguntas más específicas y detalladas sobre suicidio.

Con el objeto de facilitar el abordaje de la conducta suicida, indicamos algunas preguntas específicas (extraídas de la Escala Columbia de Severidad Suicida / C-SSRS) (17):

¿Ha deseado estar muerto/a o poder dormirse y no despertar?

(Pregunta sobre el deseo de estar muerto o muerta, o de no seguir viviendo o el deseo de dormir y no despertar).

¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse? ¿Cuándo ha empezado?

(Pregunta sobre la presencia de pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de suicidarse, sin ideas sobre cómo quitarse la vida - métodos relacionados, intención o plan. Además, se puede indagar sobre el momento de inicio de la ideación suicida).

¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?

(Pregunta sobre presencia de ideas suicidas con método sin plan específico y sin la intención de actuar. Se diferencia de un plan con detalles elaborados, como hora, lugar, entre otros. Incluye respuestas como: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente").

¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?

(Pregunta sobre intención suicida sin plan específico. Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida. La persona mayor refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, por ejemplo "tengo los pensamientos, pero no creo que haga algo al respecto").

¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?

(Pregunta sobre intención suicida con plan, con detalles de un plan parcial o totalmente elaborado, la persona mayor tiene cierta intención de llevar a cabo este plan).

¿Alguna vez ha hecho algo, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida? ¿Ha juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio? ¿Ha tomado remedios, ha tratado de colgarte, u otros medios similares?

(Pregunta sobre intento de suicidio previo).

2.2. Valoración del riesgo suicida

Las herramientas o instrumentos constituyen métodos que colaboran con la evaluación del riesgo suicida, aportando al conocimiento de los niveles de frecuencia y magnitud del comportamiento suicida. Es posible estimar si el riesgo es inminente (menos de 48 horas), a corto plazo (menos de una semana) o a largo plazo, favoreciendo el delineamiento de un plan terapéutico y preventivo (15). Se destaca que estos instrumentos son un apoyo complementario que, sin embargo, no sustituyen a la entrevista y al juicio clínico (18). Además, en muchos casos, estas herramientas se han desarrollado con propósitos investigativos, por lo que los profesionales deben utilizarlos a título orientativo, teniendo en cuenta que algunos de ellos carecen de la adaptación y validación al idioma español y en Chile (14).

A continuación se mencionan algunas escalas específicas para la evaluación psicométrica del riesgo de conducta suicida (19):

- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS): es una escala que los profesionales chilenos la usan con frecuencia y en 2017 fue revisada por la Psiquiatra Vania Martínez (20). Es un instrumento semiestructurado heteroaplicado para la evaluación conjunta de ideación suicida y comportamientos suicidas.
- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)(21): es un instrumento que explora la gravedad de los pensamientos suicidas. Muy utilizada por clínicos e investigadores en diversos países. Es semiestructurada y consta de 19 ítems.

Otras escalas de evaluación específicas (19):

- Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale, PSS).
- International Suicide Prevention Trial (InterSePT) Scale for Suicidal Thinking (ISST).
- Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale).
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impression for Severity of Suicidality, CGI-SS).

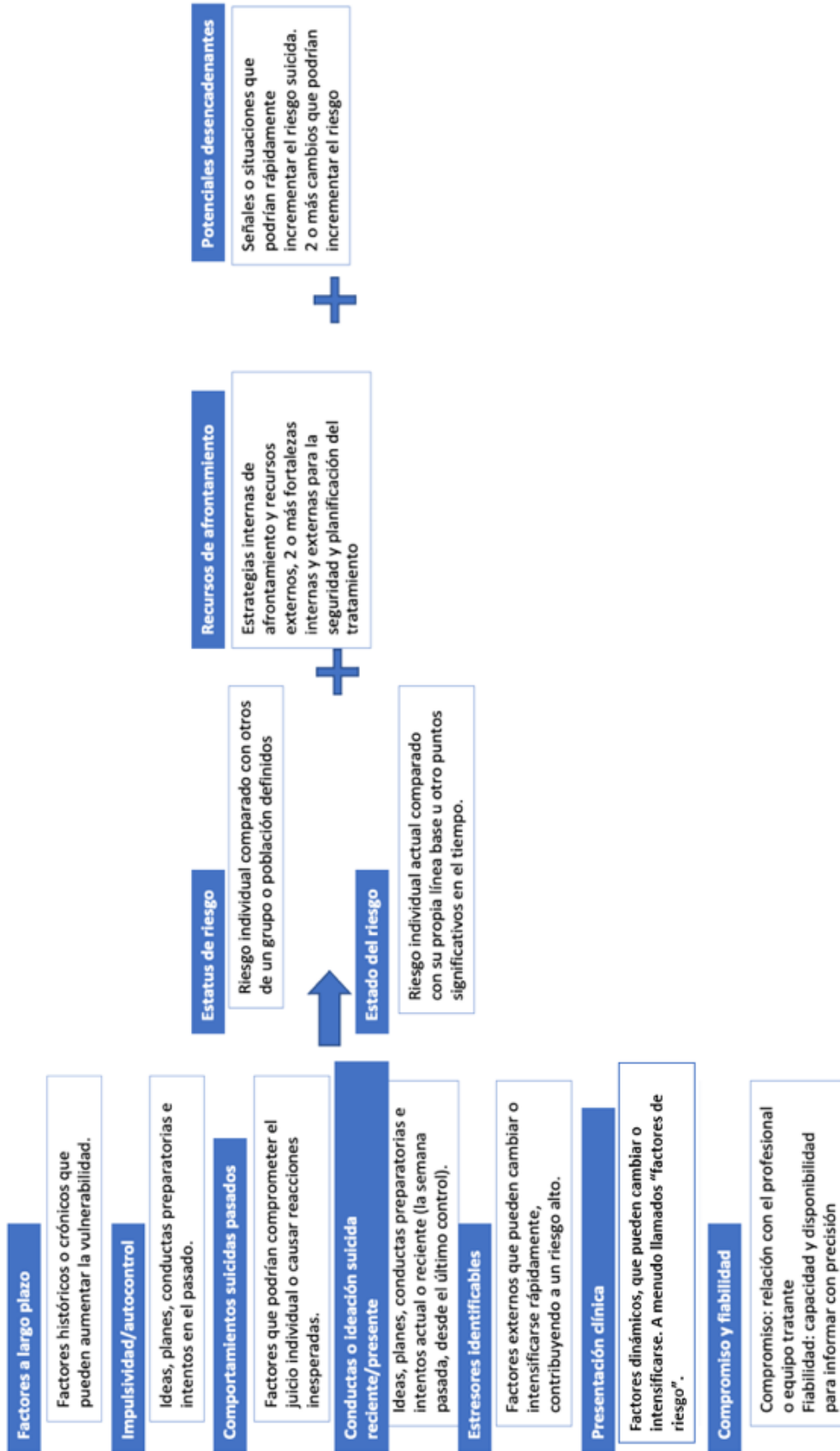
Escalas no específicas de conducta suicida (15):

- Escala de valoración de la Depresión de Hamilton (HDRS).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

2.3. Formulación del Riesgo para la planificación de la intervención

En la figura 1 se muestra la forma de organizar una formulación de riesgos, con el objetivo de desarrollar un plan integral de cuidados para cada persona mayor en relación a su entorno clínico, comunitario y la propia historia del individuo a lo largo del tiempo. El juicio clínico del riesgo, combinado con la formulación completa, puede ayudar en la toma de decisiones sobre qué intervención o tratamiento la persona mayor requiere. La columna a la izquierda ejemplificada en el diagrama visualiza la información clave, necesaria para respaldar la formulación de riesgo. El estatus del riesgo, el estado de riesgo, los recursos de afrontamiento y posibles factores desencadenantes comprenden la "formulación del riesgo" en este modelo (22). Una formulación bien documentada puede demostrar que las decisiones clínicas fueron las acertadas, ayudando así, a la comunicación con la persona mayor en situación de riesgo, con equipos de salud e individuos importantes en su vida. A medida de disponer de nueva información y las circunstancias cambien, la evaluación del riesgo debe reconsiderarse y posiblemente modificarse.

FIGURA 1. MODO DE ORGANIZAR UNA FORMULACIÓN DE RIESGOS



Fuente: adaptado del documento Ministerio de Salud (MINSAL). Recomendaciones para la prevención del suicidio en contexto COVID-19, dirigido a equipos de atención de la Red Asistencia (23).

3. Intervenciones en la conducta suicida en la vejez

Posiblemente las personas mayores con conducta suicida se encuentran en un estado de vulnerabilidad y fragilidad extrema, desbordadas por las situaciones vivenciadas. En este sentido, sus estrategias de afrontamiento se encuentran disminuidas, así como su capacidad de reaccionar de otra manera, con ello, pueden manifestar deficiencias para evaluar y encontrar otras alternativas. De ese modo, ante la mencionada complejidad y carácter multicausal de la conducta suicida en la vejez, ésta se debe abordar desde una perspectiva amplia y multidisciplinar, valorando integralmente las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (14) y elaborando el plan de cuidados integrales en base a la formulación de riesgo.

El manejo de la conducta suicida es una tarea delicada y compleja para los profesionales involucrados, especialmente por el riesgo asociado y responsabilidad percibida en relación a los resultados. A esto se suma, que la persona mayor es frecuentemente sensible a percibir si el profesional realmente está interesado e involucrado en su caso o simplemente cumple con su función laboral (5).

A continuación se indican algunos principios del manejo de personas con conducta suicida que pueden ser de utilidad (24):

- Frente a factores de riesgo, aun cuando éstos sean imprecisos o ambiguos, se debe proceder con prontitud y sentido de urgencia, detectando el grado de riesgo y tomando las acciones pertinentes. El profesional debe tener disponibilidad personal, estar localizable y dispuesto a invertir tiempo en las intervenciones.
- Es fundamental que se establezca una alianza terapéutica sólida, basada en la confianza, a través, de una actitud empática y cálida: escucha activa, sin críticas por parte del profesional, sobre todo, estar preparado para diálogos sinceros sobre el tema de la muerte, revisando sus propios conceptos en este punto.
- La evaluación reiterada y permanente es muy importante, al comienzo del tratamiento se debe proceder en todas las sesiones, dado que, generalmente, el episodio de riesgo suicida es un continuo, con etapas de acentuación y atenuación. El conocer bien a la persona, sus potencialidades y vulnerabilidades, puede ayudar a anticipar algunas circunstancias potencialmente riesgosas.
- En el tratamiento, se debe encontrar un equilibrio entre la seguridad y respeto a la autonomía de la persona.
- La documentación regular del riesgo permite definir los niveles de observación: una efectiva comunicación entre profesionales (si es el caso), el desarrollo de un adecuado plan terapéutico y la evaluación del progreso en el tratamiento.

La conducta suicida ha sido abordada desde diferentes perspectivas teóricas, siendo la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Dialéctico-Conductual, basadas en sesiones individuales, las que han demostrado mayor evidencia empírica para la reducción de ideación suicida, prevención de la aparición de intentos o repetición y disminución en el número de hospitalizaciones, y, en las personas mayores con depresión e ideación suicida; la Terapia Interpersonal también ha obtenido buenos resultados (14).

Sin embargo, independientemente de la orientación psicológica que tenga el profesional, se recomienda frente a la conducta suicida:

- Facilitar la expresión de las emociones, dificultades y preocupaciones en un espacio seguro.
- Promover la identificación de los recursos internos (por ejemplo, estrategias de afrontamiento saludables) y el soporte exterior que la persona mayor ha utilizado anteriormente frente a situaciones críticas, sin recurrir al suicidio.
- Abordar la ambivalencia, en la cual se ponderan los aspectos positivos y negativos en caso de la consumación del suicidio.
- Ayudar a restablecer los mecanismos adaptativos, mejorando gradualmente, el deseo de vivir y el consecuente funcionamiento diario.

Cabe señalar, que el estado emocional de la persona puede interferir en su capacidad para entender al profesional, es por ello, que se requiere disponibilidad interna, flexibilidad y creatividad para adecuar las intervenciones al individuo, al momento, al lugar y a otros aspectos que pueden estar influyendo en su nivel de comprensión (16). En la tabla 4 se observan algunas intervenciones, según el nivel de riesgo suicida de la persona mayor:

TABLA 4: INTERVENCIONES SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO

RIESGO	ACCIONES
BAJO (Ideación de frecuencia, intensidad y duración bajas)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer escucha empática, apoyo emocional para aliviar el malestar de la persona mayor. - Favorecer la comunicación de los síntomas, sentimientos y pensamientos suicidas. - Disminuir confusión mental, favorecer proceso de reflexión. - Favorecer el autocontrol, la autoestima y la capacidad de hacer frente a los problemas. Centrarse en los recursos / características positivas (reforzar factores protectores). Verificar cómo ha resuelto los problemas anteriores. - Analizar si el caso debe ser derivado a Psiquiatría / Servicio Salud Mental. - Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto frecuente.
MEDIO (Ideación más intensa, frecuente y persistente, existen planes, pero no inmediatos, sin intención explícita de suicidio)	<ul style="list-style-type: none"> - Además del apoyo emocional mencionado anteriormente, se sugiere: - Abordar la ambivalencia, mejorando en forma gradual su deseo de vivir (esperanza) y funcionamiento en el día a día. - Favorecer que la persona encuentre otras formas de solucionar sus problemas. Negociar un plan de seguridad del suicidio (ver anexo 3). - Contactar a la familia / personas más cercanas, para obtener su apoyo. - Principio de confidencialidad sobrepasado, es decir, se puede romper el secreto profesional ante el riesgo vital del paciente. - Derivarla a Psiquiatría / Servicio Salud Mental. Indicación de hospitalización abierta. - Reunirse a intervalos frecuentes y mantenerse en contacto continuado.
ALTO (Plan definido, medios para concretarlo, intención de hacerlo inmediatamente o intento reciente - 30 días anteriores)	<ul style="list-style-type: none"> - Articular los medios para que la persona no quede sola, contactar familia/ entorno, limitar acceso a los métodos letales, negociar plan de seguridad (ver anexo 3). - Evaluar hospitalización, según variables como: gravedad del episodio, letalidad del plan o intento, apoyo familiar o social, presencia de comorbilidades, entre otras. La hospitalización puede ser en servicios de urgencia general con intervención especializada ante riesgo vital o en servicio de psiquiatría.

Fuente: Elaboración propia modificado de las Recomendaciones de la OMS para personal de Atención Primaria sobre cómo manejar personas (14)(25).

Vale enfatizar que familiares y cercanos de la persona mayor que presenta comportamiento suicida también se ven afectados, teniendo que lidiar con diversas emociones y pensamientos. En este sentido, es aconsejable que reciban atención profesional para incrementar sus conocimientos y derribar mitos en relación a la conducta suicida, ayudar a identificar los factores de riesgo y protectores, así como, las señales de alerta, facilitando estrategias de afrontamiento ante la conducta suicida.

El profesional debe estar atento a algunas reacciones esperables por familiares ante las manifestaciones de conducta suicida de la persona mayor, producto de la falta de información y/o creencias erróneas en relación con el tema (5). A continuación se señalan algunas de éstas:

- No tomar la situación en serio, pensar que la persona quiere llamar la atención.
- Creer que la persona puede esperar, postergando su apoyo frente a otras prioridades.
- Refutar la posibilidad que se suicide, porque nunca ha ocurrido en su familia.
- Pensar que no hay mucho que hacer ante la posibilidad de suicidio y que la persona lo logrará en cualquier momento.
- Ofrecer apoyo en forma despreciativa y amenazante.
- Buscar ayuda no especializada o ineficaz.

Además, es fundamental que los y las familiares y su entorno reciban apoyo después de un suicidio, con la finalidad de asistirlos en el proceso del duelo, teniendo en cuenta que éste presenta características diferentes y específicas, además de prevenir el suicidio, dado que, estudios demuestran que el riesgo aumenta significativamente entre los familiares que perdieron a un ser querido por este motivo (26).

4. Prevención de la conducta suicida en la vejez

Para finalizar este capítulo, resulta imposible no mencionar algunas consideraciones en cuanto a la prevención del suicidio, las que requieren un enfoque sostenido, integral y flexible, a través, de la coordinación y colaboración entre distintas esferas de la sociedad (27).

Existen estrategias dirigidas a la población en general, que quizás no se hayan identificado en función del riesgo individual, tales como (27)(28)(29):

- Fomentar medidas de prevención del trastorno mental y promoción de la salud mental, como la reducción del consumo de alcohol, que se relaciona con un mayor riesgo suicida.
- Restringir el acceso a tóxicos, medicamentos, armas u otros medios letales.
- Implementar estrategias comunales de promoción de hábitos saludables, reducción del aislamiento social, creación de redes de apoyo psicosocial, entre otras.
- Generar acciones que incrementen la capacidad de las personas en su autocuidado.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y la investigación sobre la conducta suicida.
- Realizar campañas de concientización y desestigmatización, sobre los trastornos mentales y la conducta suicida.
- Promover información seria y responsable por parte de los medios de comunicación, para evitar una cobertura repetitiva y equivocada, que tiende a exaltar el suicidio y aumentar el riesgo por imitación en personas vulnerables.

En esta misma línea existen estrategias destinadas a grupos con mayor riesgo de presentar conducta suicida, basándose en características como edad, sexo, antecedentes familiares, entre otros. Este

perfil se podría dar entre personas que han padecido abusos, sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido, personas afectadas por conflictos o desastres o quienes han sufrido diversos cambios y pérdidas (viudez, jubilación). Cabe agregar, que las comunidades y sus programas de apoyo adquieren gran importancia, instaurando y mejorando la capacidad de conexión social de las personas vulnerables, al promover aptitudes para que éstas enfrenten las diversas dificultades.

A continuación se enumeran algunas acciones preventivas a considerar (27)(28):

- Promover la detección precoz del riesgo suicida, por ejemplo, la capacitación de agentes sociales que contribuyan a identificar personas en riesgo.
- Realizar capacitaciones para profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la identificación y manejo de los trastornos mentales, adicciones, dolores crónicos y/o intentos previos de suicidio.
- Líneas telefónicas de ayuda.
- Centros de intervención en crisis (ambulatorios, hospitales).
- Grupos de apoyo mutuo, atención a sobrevivientes de suicidio.
- Redes intersectoriales de coordinación y vigilancia epidemiológica.

Además, están las acciones complementarias dirigidas a personas altamente vulnerables, por ejemplo, las que presentan señales de alto riesgo suicida, intentos previos y/o padecen enfermedades con elevada suicidabilidad (algunos trastornos mentales o enfermedades físicas) (27):

- Realizar seguimiento de personas con comportamiento suicida previo.
- Capacitar a familiares y/o cuidadores de personas con alto riesgo.
- Fomentar la reintegración psicosocial.

En síntesis, la prevención del suicidio requiere de un ciclo continuo de aprendizaje y acción, a través de un plan y estrategias que deben ajustarse al contexto sociocultural de las personas, basarse en evidencia empírica, ser evaluadas con frecuencia, utilizando estos resultados en futuras planificaciones de dispositivos de prevención e intervención en riesgo suicida.

Hoy en día, según la OMS, apenas 38 países cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio (29). Actualmente, el Ministerio de Salud de Chile se encuentra implementando, con sustento en la Norma General Administrativa N.º 027 (30), el Programa Nacional de Prevención de Suicidio en cada una de las regiones del país. Con la intersectorialidad a la base, define como propósito el reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población que habita en el territorio nacional, y se desarrolla a través de la implementación de seis componentes: instalación de un Sistema de Estudio de Casos; Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio; Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud; Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales; Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, contando con una línea específica en Salud Responde para el abordaje del riesgo suicida; Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicide worldwide in 2019: global health estimates, 2021. [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preventing suicide: A global imperative, 2014. [Internet] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
3. Ministerio de Salud (MINSAL). Informe de Mortalidad por Suicidio en Chile: 2010-2019. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2022.
4. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jun;31(2):333-56.
5. Matusevich, D., Barrero, S. Suicidio en la vejez . Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009.
6. Conwell Y, Orden KV, Caine ED. Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34(2):451-68.
7. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(11):1801-24.
8. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691-9.
9. Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H, et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(5):399-404.
10. Montes de Oca Valdez LA, Rodríguez Medina DA. Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Psicología y Salud*. 2019;29(2):187-94.
11. Pérez, BSA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciênc. saúde coletiva* 17 (8). Ago, 2012;
12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. 2003;
13. Zambrana, S. La entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta y riesgo suicidas. En Anseán, A.(Dir.), Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España. 2014;219-31.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. 2010;
15. Mateos, M., Mateos, J., Pérez, I., Gómez, A. Prevención e intervención en la conducta suicida en la tercera edad. En: Anseán, A.(Dir.), Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España. 2014; 547-70.
16. Acinas, P. Intervención psicológica en crisis suicida. En Anseán, A.(Dir.), Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España. 2014;269-303.
17. Ministerio de Salud (MINSAL). Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención del Suicidio, 2019. [Internet] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.05.15_PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf
18. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):1-21.
19. Bobes J., Giner J., Saiz J.; Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2011;

20. IMHAY, The Columbia Lighthouse Project. Tarjeta para comunidad educativa, PREGUNTE CUIDE ACOMPAÑE A SUS ESTUDIANTES, 2019 [Internet]. Disponible en: https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2019/08/ESCALA-DE-COLUMBIA_Imhay.pdf
21. Escala de Ideación Suicida de Beck. Escala de Ideación Suicida de Beck [Internet]. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=SSI.pdf>
22. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Academic Psychiatry*. 2016;40(4):623-9.
23. Ministerio de Salud (MINSAL). Recomendaciones para la prevención del suicidio en contexto COVID-19, dirigido a equipos de atención de la Red Asistencial. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2021. [Internet] Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Recomendaciones_SS.pdf
24. Gómez, A. Manejo y Tratamiento integral del paciente. En Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (Ed.), *El Suicidio. Teoría, Clínica y Manejo*; 2018;pp.186-198.
25. Ministerio de Salud (MINSAL). PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Orientaciones para su Implementación. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2013. [Internet] Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
26. Pitman, A., Osborn D., King M., Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, 2014. Jun;1(1):86-94.
27. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Departamento de Salud. Vitoria-Gasteiz. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. 2019.
28. Baader, T. Prevención del suicidio: una aproximación integral. En Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (Ed.), *El Suicidio. Teoría, Clínica y Manejo*;pp.208-220. 2018;208-20.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries, 2021. [Internet] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. DIPRES. Informe de detalle de Programas Sociales Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2015. [Internet] Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-212538_doc_pdf1.pdf

3.7. DELIRIUM – SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Marilú Budinich Villouta

Médico Geriatra, Consultora independiente en Geriatría y Demencias.

José Miguel Aravena Castro

Terapeuta Ocupacional, Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida. Department of Social & Behavioral Sciences, School of Public Health, Yale University.

Ideas centrales

- El delirium o síndrome confusional agudo corresponde a un conjunto de síntomas y signos de etiología diversa que se caracteriza por un compromiso en las funciones cognitivas de atención y alerta, de inicio agudo y curso fluctuante, y que puede estar acompañado de pensamiento desorganizado y/o compromiso de conciencia.
- Es una condición que afecta de forma preponderante a las personas mayores, especialmente a quienes se encuentran en condiciones de fragilidad y multimorbilidad.
- Constituye una urgencia médica y se le considera predictor de deterioro cognitivo, deterioro funcional, de ingreso a residencias y de disminución de la expectativa y calidad de vida.
- En relación a su presentación clínica, se puede categorizar en 4 tipos: hiperactivo, hipoactivo, mixto, y no clasificable.
- Los síntomas se instalan en horas o días, y constituyen una variación en relación al rendimiento habitual de la persona (estado basal). En cuanto a la duración del delirium, se puede extender durante días, semanas e incluso meses.
- Sus causas pueden ser diversas y coexistir varias en una misma persona de forma simultánea o instalarse de forma consecutiva. Aquellas causas se denominan factores predisponentes y factores precipitantes.
- Se consideran factores de riesgo predisponentes de delirium: edad mayor a 65 años, presencia de fragilidad, malnutrición, historia de deterioro cognitivo o demencia, episodios previos de delirium, depresión, déficit sensorial, comorbilidad previa, enfermedad severa, historia de accidente cerebrovascular y abuso de alcohol, entre otros.
- El diagnóstico de delirium es clínico y por ende la anamnesis será clave para poder establecer el nivel cognitivo y funcional basal de la persona a través de los reportes en ficha, contacto con familiares o personas que le conozcan.
- En relación al diagnóstico diferencial, con frecuencia cuadros como la depresión, manía, demencia o delirium pueden coexistir.
- La herramienta más utilizada para la detección de delirium es el instrumento de screening Confusion Assessment Method (CAM).
- Todas las personas con sospecha de delirium requerirán de una evaluación exhaustiva para identificar las posibles causas tratables y el abordaje de estas. El manejo estará orientado al tratamiento de las patologías subyacentes, y a implementar medidas no farmacológicas, reservándose el manejo farmacológico para aquellas situaciones en que existe un riesgo inmediato para la persona o para su entorno y que no es posible abordar con medidas de estimulación y/o modificación ambiental.

1. ¿Qué es delirium?

El delirium o síndrome confusional agudo corresponde a un conjunto de síntomas y signos de etiología diversa que se caracteriza por un compromiso en las funciones cognitivas de atención y alerta, de inicio agudo y curso fluctuante, y que puede estar acompañado de pensamiento desorganizado y/ o compromiso de conciencia (1). En el cuadro 1 se dan a conocer los criterios diagnósticos de delirium según DSM-5 (2).

CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM SEGÚN DSM-5

La presencia de delirium (síndrome confusional) requiere la presencia de todos los criterios siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> a. Alteración de la atención (ejemplo, capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno). b. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día. c. Alteración cognitiva adicional (ejemplo, déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad viso-espacial o de la percepción). d. Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma. e. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (ejemplo, debida a consumo de drogas o a un medicamento), exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Fuente: Elaborado en base al DSM-5 (2).

El delirium constituye una urgencia médica y se le considera predictor de deterioro cognitivo, deterioro funcional, de ingreso a residencias y de disminución de la expectativa y calidad de vida (3). Puede estar presente en personas hospitalizadas al momento del ingreso o desarrollarse durante el curso de los días. De igual forma puede manifestarse en personas que están en la comunidad, que consultan al servicio de urgencia o en la atención primaria de salud (4).

En cuanto a la fisiopatología del delirium, es considerada una alteración funcional a nivel cerebral en la cual se han visto implicados diversos neurotransmisores, entre ellos acetilcolina, serotonina, GABA, dopamina y otros mecanismos, como son el incremento de citoquinas proinflamatorias, aumento de permeabilidad de la barrera hematoencefálica y la neurotoxicidad directa, entre otros (5). Entre ellos el más posicionado es el déficit colinérgico que puede ser causado por fármacos como antihistamínicos, antipsicóticos, opioides y algunos antidepresivos. Pese a dicha hipótesis, a la fecha el utilizar fármacos procolinérgicos como inhibidores de la acetilcolinesterasa no ha mostrado evidencia favorable en la prevención ni en el abordaje del delirium.

2. Manifestaciones clínicas

En relación a su presentación clínica, el delirium se puede categorizar en 4 tipos (2):

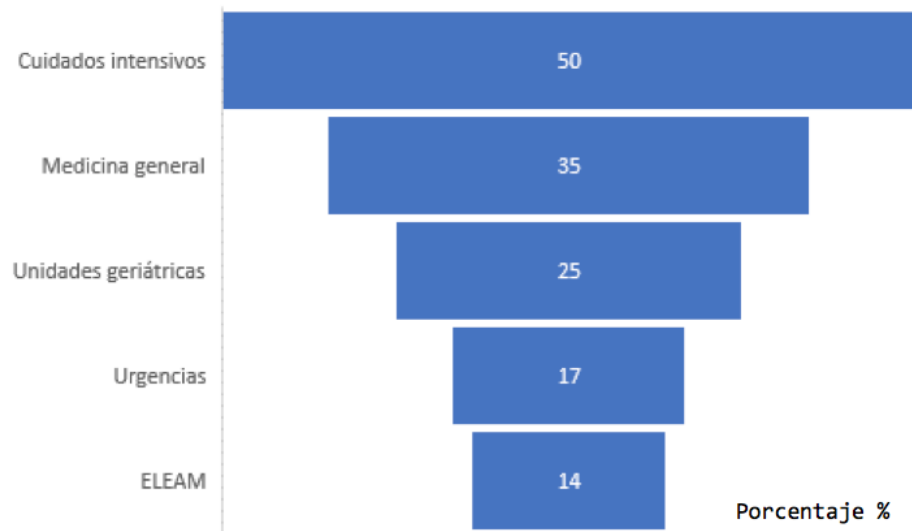
- **Hiperactivo:** presente en el 21% de los casos aproximadamente. Se caracteriza por un estado de hiperalerta, que puede presentar agitación, agresividad verbal o física, verborrea e ideas delirantes. En tales casos, medidas como sujeción física, hidratación endovenosa, alimentación enteral, entre otras, pueden empeorar el delirium y no tratar la causa (4).
- **Hipoactivo:** presente en el 29% de los casos aproximadamente. Se manifiesta con somnolencia, indiferencia al entorno, letargo e inatención.
- **Mixto:** presente en el 43% de los casos aproximadamente. Las personas cursan de forma alternante con sintomatología hiperactiva, hipoactiva, y aumento o disminución de la actividad psicomotora.
- **No clasificable:** presente en el 7% de los casos. Con actividad psicomotora no clasificable y manifestación de sintomatología atípica.

Sumado a los síntomas descritos, existe una serie de manifestaciones que pueden acompañar la presentación del delirium, siendo posible encontrar (4):

- Mayor dificultad para concentrarse, respuestas más lentas o confusas.
- Distracción fácil.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Ideas delirantes.
- Cambios en el apetito y/o en el patrón de sueño.
- Cambios en la movilidad la cual puede variar entre un menor nivel de movilidad/actividad que el nivel normal de la persona, inquietud / agitación y/o somnolencia.
- Discurso desorganizado.
- Fluctuaciones rápidas en el estado emocional. Resistencia a la atención o poca colaboración a la atención directa.

3. Prevalencia del delirium

En cuanto a su prevalencia, pese a que el delirium hiperactivo suele ser el más identificado (21-25% de los casos), los más frecuentes son los delirium del **tipo hipoactivo y del tipo mixto** (6). Este dato es de vital importancia considerando que el delirium con sintomatología de índole hipoactiva suele ser ignorado con frecuencia. El contexto en el que se presenta el delirium determinará su incidencia y prevalencia. La figura 1 describe la prevalencia de delirium según unidad o recinto de cuidados. Se estima que la prevalencia fluctúa entre 15% a 35% en unidades de medicina general, un 7% a 50% en unidades de cuidado intensivo, un 8% a 17% en urgencias, y 14% en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) (1). No obstante, en contextos de medianos o bajos ingresos el delirium suele ser infradiagnosticado, por lo que su prevalencia detectada puede ser menor a la prevalencia real.

FIGURA 1: PREVALENCIA ESTIMADA DE DELIRIUM SEGÚN UNIDAD/RECINTO DE CUIDADOS

Fuente: Creado en base a valores extraídos de Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014 (2).

4. Curso del delirium

En el delirium los síntomas se instalan en horas o días y constituyen una variación en relación al rendimiento habitual de la persona (estado basal). Por ejemplo, en el caso de personas que tienen un deterioro cognitivo previo, es posible identificar un cambio abrupto en relación al deterioro que se venía observando previamente. La fluctuación a lo largo del día también es clave, donde los estados de alerta y actividad de la persona pueden ser muy diferentes entre un momento y otro del mismo día (7).

La duración del delirium se puede extender durante días, semanas e incluso meses. Mientras más tiempo la persona permanezca en un estado de delirium, sus probabilidades de deterioro cognitivo, funcional, e incluso mortalidad se incrementan de forma casi exponencial. En esta premisa radica la relevancia de un diagnóstico y abordaje de forma precoz. No obstante, es importante hacer una observación acuciosa para distinguir si el cuadro que se está observando corresponde a un delirium o a un deterioro cognitivo, condiciones usualmente confundidas o presentes de forma concurrente. Si la sintomatología se prolonga por más de 6 meses es probable que exista algún grado de deterioro cognitivo asociado y no se trate únicamente de delirium. Por otra parte, durante la instalación o recuperación del delirium, se pueden encontrar personas que presenten algunos síntomas pero no cumplan necesariamente todos los criterios del DSM-5, situación que se conoce como “delirium atenuado” (6).

5. ¿Cuáles son las causas del delirium?

Las causas de delirium pueden ser diversas y coexistir varias en una misma persona de forma simultánea o instalarse de forma consecutiva (1). Como se mencionó en el acápite anterior reconoce que existen condiciones en las personas que aumentan el riesgo de desarrollar delirium (factores predisponentes) y por otra parte, factores que precipitan o desencadenan el delirium en las personas (factores precipitantes). A medida que la persona presenta una mayor cantidad o carga de factores precipitantes, necesitará de menos predisponentes para que aparezca delirium y viceversa (3).

Se consideran factores de riesgo o predisponentes de delirium: edad mayor a 65 años, presencia de fragilidad, malnutrición, historia de deterioro cognitivo o demencia, episodios previos de delirium, depresión, déficit sensorial, comorbilidad previa, enfermedad severa, historia de accidente cerebro-

vascular, y abuso de alcohol (4). La tabla 1 señala potenciales causas / desencadenantes o factores precipitantes de delirium (6).

TABLA 1. FACTORES PRECIPITANTES DE DELIRIUM.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
Fármacos	Adición de fármacos, aumento de dosis, interacciones. Alcohol, automedicación y drogas ilícitas. Deprivación de alcohol o benzodiazepinas, insuficiente analgesia, suspensión abrupta de hipnóticos.
Alteraciones hidroelectrolíticas y/o metabólicas	Deshidratación, alteraciones del sodio, alteraciones tiroideas, hiper o hipoglicemia.
Infecciones	Infección del Tracto Urinario (ITU), neumonía, lesiones en la piel.
Deprivación Sensorial	Hipoacusia o déficit visuales no compensados.
Procesos intracraneales	Hemorragias, infecciones, neoplasias, infartos.
Condiciones médicas	Retención urinaria, impactación fecal. Infarto al miocardio, arritmias, descompensación de patologías crónicas como falla cardíaca, Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC), fractura de cadera, entre otras.
Rutina hospitalaria	Sujeción física, accesos vasculares, catéter urinario, entre otros.
Otros	Deprivación de sueño, cirugías, procedimientos, dolor, cambios de lugar de residencia o entorno habitual.

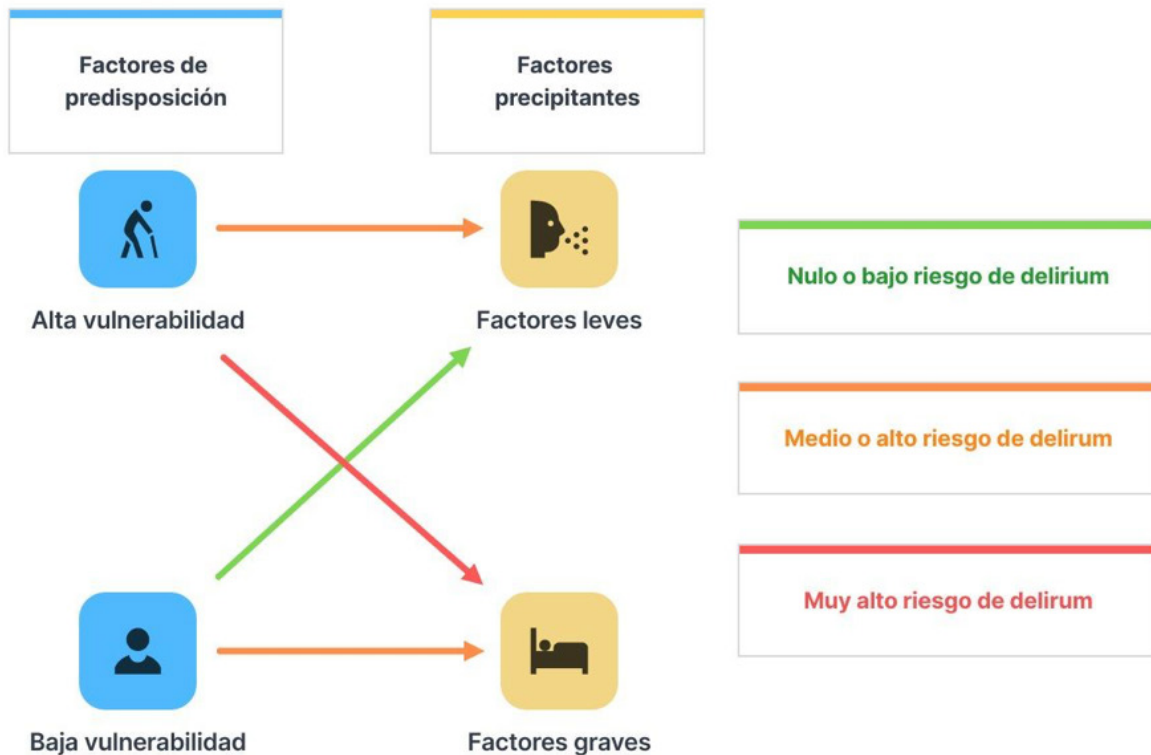
Fuente: Elaborado en base a Harper GM, Lyon WL, Potter JF (1).

Delirium y personas mayores

El delirium es una condición que afecta de forma preponderante a las personas mayores, especialmente a los que se encuentran en condiciones de fragilidad y multimorbilidad. Un tercio de los mayores de 70 años que se hospitalizan desarrollarán delirium, en UCI el porcentaje puede ser mucho mayor y en los servicios de urgencia un 10 a 15% de los consultantes podrían presentar delirium (6).

Inouye y colaboradores (1) propusieron el modelo multifactorial de delirium en personas mayores, el cual postula que la influencia de los factores precipitantes en la manifestación de delirium dependerá del número y severidad de factores de predisponentes presentes en la persona al momento de verse expuesto (nivel basal vulnerabilidad al delirium). Bajo esta premisa, personas con bajos niveles de factores predisponentes (baja vulnerabilidad) deben exponerse a factores precipitantes más severos para presentar delirium, y en personas con altos niveles de factores de predisponentes (alta vulnerabilidad) basta exponerse a factores precipitantes leves para incrementar sus posibilidades de presentar delirium (figura 2).

FIGURA 2. MODELO MULTIFACTORIAL DE DELIRIUM EN PERSONAS MAYORES



Fuente: Extraído en base Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014 (2).

Una de las principales problemáticas asociadas al delirium es el infradiagnóstico y baja detección, es por esto que se pregona la utilización de herramientas cortas para su pesquisa dirigida. Dado que el pronóstico dependerá de las actividades que se implementen luego de su pesquisa, esta debe acompañarse de educación en buenas prácticas para la evaluación y manejo (6).

6. Diagnóstico del delirium

El diagnóstico de delirium es clínico y por ende la anamnesis será clave para poder establecer el nivel cognitivo y funcional basal de la persona a través de los reportes en ficha, contacto con familiares o personas que le conozcan. En relación al diagnóstico diferencial, con frecuencia cuadros como la depresión, manía, demencia o delirium pueden coexistir. Por ende, cuando exista la duda lo recomendado será estudiar y abordar como si se tratase de delirium e identificar causas potencialmente reversibles (4)(6).

Serán esclarecedores los cambios abruptos en la cognición y/o funcionalidad en transcurso de días u horas, así como las variaciones del estado de conciencia y actividad durante el día.

Como parte del estudio se recomienda realizar una anamnesis, examen físico general y segmentario, incluyendo el examen neurológico. Esto deberá complementarse dependiendo de las manifestaciones clínicas con exámenes como: Hemograma, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos, creatinina, hormonas tiroideas, examen de orina, urocultivo, radiografía de tórax y electrocardiograma. En algunos casos, estos exámenes serán complementados con neuroimagen, electroencefalograma, enzimas cardíacas, hemoglobina glicosilada, niveles plasmáticos de fármacos en uso, entre otros (7).

7. Detección y caracterización

La herramienta más utilizada para la detección de delirium es el instrumento de screening Confusion Assessment Method (CAM) (9), herramienta que busca precisar la existencia de signos y síntomas que son cardinales dentro de la manifestación de delirium. Los criterios identificados a través del instrumento CAM son: 1) comienzo agudo y curso fluctuante 2) falla en la atención, 3) pensamiento desorganizado y 4) alteración del nivel de conciencia. Para establecer un cribado positivo de delirium se considera como necesarios la presencia de los criterios 1) y 2), más la presencia del criterio 3) y/o 4).

Existen distintas versiones del instrumento CAM, entre ellas el CAM ICU (10) para pacientes que se encuentran en cuidado intensivo y el FAM CAM (11) orientado a favorecer la pesquisa por familiares en personas que se encuentran en la comunidad. Entre otros instrumentos ampliamente difundidos a nivel internacional se encuentra el 4 A's Test (4AT) que evalúa el nivel de alerta, orientación, atención y presencia de fluctuaciones (12).

De forma complementaria, existen algunos instrumentos útiles para categorizar la severidad del delirium (6). Al igual que el tiempo de permanencia del delirium, la severidad de su presentación está altamente asociada a las consecuencias cognitivas, funcionales, y de mortalidad que puedan presentar las personas de forma prospectiva. Además, cuantificar la severidad del delirium será útil para determinar la intensidad del tratamiento que requerirá la persona. Sujetos con cuadros de delirium más leves pueden ser abordados de forma exitosa con estrategias no farmacológicas. Por el contrario, manifestaciones más severas requerirán con mayor probabilidad de un abordaje farmacológico y no farmacológico desde momentos más tempranos. Un ejemplo de instrumento de evaluación para cuantificar la presencia de delirium es el CAM-Severity (CAM-S) o el Delirium Rating Scale (DRS) (13).

8. Abordaje del delirium

Dada la complejidad de su manifestación e implicancias, el principio clave para el abordaje del delirium será prevenir su aparición. Si el cuadro de delirium no pudo ser prevenido y ya está instalado, será fundamental realizar un diagnóstico oportuno, el correspondiente tratamiento de las causas subyacentes y las medidas de apoyo que permitan disminuir las consecuencias del delirium y contribuir a su evolución favorable (7).

Todas las personas con sospecha de delirium requerirán de una evaluación exhaustiva para identificar las posibles causas tratables y el abordaje de estas. El manejo estará orientado al tratamiento de las patologías subyacentes y a implementar medidas no farmacológicas, reservándose el manejo farmacológico para aquellas situaciones en que existe un riesgo inmediato para la persona o para su entorno, y que no es posible abordar con medidas de estimulación y modificación ambiental. Dado que el delirium se considera potencialmente reversible, toda medida instaurada durante la evolución del delirium debe ser reevaluada en el tiempo. Por otra parte, dado que muchas veces su etiología es multifactorial, el estudio debe ampliarse a los múltiples precipitantes que podrían estar gatillando o agravando su manifestación (7). De hecho, aunque en cada caso pueden existir factores con menor y mayor preponderancia en la manifestación clínica de delirium, es atípico encontrar un delirium gatillado o agravado por un solo factor.

9. Intervenciones no farmacológicas para prevenir y manejar el delirium

Existe evidencia de moderada certeza acerca del beneficio de intervenciones no farmacológicas multicomponentes en prevención de delirium en personas hospitalizadas, estimándose una reducción del 43% versus el cuidado habitual. Por otra parte, evidencia emergente respaldaría la potencial disminución y duración de la estadía hospitalaria, siendo incierto el efecto en la modificación de la severidad (14).

En cuanto a intervenciones multicomponentes en prevención de delirium, el programa de más amplia difusión a nivel internacional es el programa HELP (The Hospital Elder Life Program) (15). En Chile, existen experiencias tanto en el ámbito de la medicina intensiva como de otros servicios de hospitalización (16). La tabla 2, señala medidas generales a considerar para la prevención y el abordaje del delirium (4)(6).

TABLA 2. ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE DELIRIUM.

ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN
Identificar y tratar condiciones potencialmente reversibles	- Revisar fármacos. Suspender o ajustar dosis de fármacos que puedan estar involucrados. Evitar fármacos con potencial anticolinérgico y/o favorecedores de delirium (antipsicóticos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, quinolonas, entre otros).
	- Considerar el abordaje farmacológico de los síntomas como una medida excepcional adicionada a lo no farmacológico.
	- Identificar y tratar infecciones concurrentes (infecciones urinarias, neumonía, de la piel, entre otras).
	- Evaluar y tratar deshidratación, alteraciones electrolíticas, hiper o hipovolemia.
	- Asegurar una buena oxigenación de los tejidos (tratando anemia, evitando hipotensión, optimizando saturación).
	- Evaluar y tratar la presencia de dolor. Utilizar analgesia por horario, evitar opiáceos y opioides.
	- Otorgar las ayudas técnicas necesarias (anteojos, prótesis dental, audífonos).
Evitar y manejar conductas disruptivas	- Promover una adecuada eliminación fecal y urinaria, evitar la retención y los episodios de incontinencia, favoreciendo el acceso al inodoro.
	- Estar atentos a la necesidades y confort del paciente.
	- Transmitir calma a través de la conversación y conducta. Usar tono de voz claro y pausado. Dar tiempo para que la persona pueda expresarse y/o responder a preguntas.
	- Privilegiar el acompañamiento familiar 24 horas o de personal exclusivo.
	- Entrenar al equipo y familiares en la forma adecuada de interactuar con personas con delirium.
- Considerar uso de antipsicóticos como una medida excepcional a bajas dosis y por tiempo limitado.	

Evitar la sujeción física	- En general se debe evitar la contención física a menos que sea una medida estrictamente necesaria y de último recurso. Considerar la sujeción física como una medida excepcional, correspondiendo a una indicación médica que debe ser por motivos precisos y por un tiempo determinado, ya que una sujeción inadecuada o inapropiada tanto en su indicación como en su técnica, puede conducir a accidentes, lesiones, mayor agitación e incluso la muerte, no existiendo evidencia científica que la proponga como medida para evitar caídas.
Favorecer la orientación	- Implementar protocolos para que el personal de forma sistemática oriente al menos tres veces al día al paciente en fecha, lugar y persona. Idealmente hacerlo en cada contacto, presentándose siempre y explicando cualquier tipo de atención que vayamos a brindar. - Evitar rotación excesiva de personal, de manera que tanto el o la paciente como el personal se vayan conociendo y de esa forma se facilite la interacción. - Evitar cambios de servicio o locación durante la noche o al atardecer. - Implementar claves ambientales como relojes, calendarios, uso de luz de día y evitar exceso de luces artificiales.
Estimular la cognición	- Establecer rutinas de ejercicios cognitivos durante el día. Se recomienda realizar estimulación de carácter intensivo de 2 a 3 veces por día. Aunque las funciones ejecutivas y de atención suelen ser las más afectadas por el delirium, los programas testeados abarcan múltiples funciones cognitivas. Se recomienda el ajuste de programas de estimulación cognitiva a las características educacionales y culturales de la persona.
Prevenir el deterioro funcional	- Favorecer la deambulación asistida. Levantar diariamente a la silla o sillón. Limitar el tiempo que se pasa en la cama. Si la persona se encuentra en un estado que no le permite levantarse de la cama, realizar un protocolo de movilización asistida y no asistida a lo menos 2 a 3 veces por día, incorporando ejercicios de rotación en cama, resistencia con extremidades superiores e inferiores, fuerza de garra, y sedente a la orilla de la cama. Se recomienda concentrar dichos ejercicios en horarios matutinos y lejanos al horario nocturno con el fin de favorecer el sueño y reducir la actividad nocturna. - Favorecer el acceso al inodoro y ofrecer idas al baño o acceso a dispositivos como urinarios por horario. - Privilegiar los cambios de ropa entre el día y la noche. - Supervisar y/o asistir alimentación por boca según sea necesario. Vigilar postura al momento de la alimentación. Cuantificar ingesta y optimizar aportes hídricos y nutricionales por boca. - Revisión de la piel y cambios frecuentes de posición para evitar la aparición de úlceras por presión y/o posturas que generen disconfort. - Evitar sujeción física propiamente tal y otros dispositivos que limiten la movilidad (ejemplo, vías venosas y sondas urinarias). - Otorgar las ayudas técnicas necesarias (anteojos, prótesis dental, audífonos). - Poner a disposición elementos personales y que favorezcan la orientación (fotografías, reloj, calendarios). - Favorecer la participación de la persona en actividades básicas de la vida diaria y cautelar por implementar y/o que se mantenga una rutina (peinarse, lavarse los dientes, arreglarse, entre otros).

Favorecer ciclo sueño / vigilia	<ul style="list-style-type: none"> - Apagar luces, evitar ruidos molestos y conversaciones fuertes durante la noche, no interrumpir el sueño con procedimientos o controles que puedan ser evitados. - Si las habitaciones son compartidas, prender únicamente las luces necesarias para las atenciones individuales.
Educar a la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar en qué consiste el delirium, qué implicancias tiene, cómo pueden colaborar y a que situaciones estar atentos. Entrenar a la familia en estrategias de orientación, estimulación cognitiva y física, y si es necesario, estrategias para el manejo de síntomas como ideas delirantes y alucinaciones.
Involucrar a todos los profesionales y técnicos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario con intención de prevenir el delirium en los y las pacientes de alto riesgo y abordar de forma oportuna cuando este esté presente, trabajando todos en conjunto por prevenir complicaciones y favorecer la funcionalidad.
Planificar el alta	<ul style="list-style-type: none"> - Dado que el delirium puede continuar al momento del alta será relevante especificar con tiempo de antelación los cuidados que se requerirán y realizar el entrenamiento acorde. - En epicrisis precisar situación funcional y cognitiva al momento del alta. - Como parte de las indicaciones explicitar ámbitos como el nivel de actividad, movilización asistida si precisa, reentrenamiento de esfínteres, promover la funcionalidad, hidratación y nutrición adecuadas y establecer una rutina orientadora. Así como también, dejar establecidos controles precoces posteriores, signos de alerta e incluso considerar seguimiento telefónico.

Fuente: Elaborado en base a (6)(7).

10. Intervenciones farmacológicas para manejar el delirium

En relación al tratamiento farmacológico, existen reportes en relación a la utilización de fármacos como haloperidol, quetiapina, olanzapina y ziprasidona, pero no existe evidencia que sustente el uso de estos u otros antipsicóticos para prevención y/o tratamiento de delirium (17). Las medidas farmacológicas deberían utilizarse cuando las medidas no farmacológicas sean insuficientes. Estas deben ir orientadas a manejar síntomas como la agresividad, agitación, alucinaciones o ideas delirantes que ponen en peligro la integridad de la persona o de sus acompañantes. Se recomienda privilegiar monoterapia por vía oral e iniciar con la dosis mínima e ir aumentando gradualmente, según respuesta, monitoreando la aparición de efectos secundarios y reevaluando indicación en forma periódica (7).

En cuanto a las benzodiacepinas su rol estaría limitado a la presencia de síndrome de privación de alcohol o de benzodiacepinas. No existen estudios que sustenten la indicación de estas para la prevención ni el abordaje del delirium e incluso se ha observado que podrían aumentar la confusión y empeorar la agitación (18). Por otra parte, tampoco existe evidencia suficiente que respalde el uso de inhibidores de acetilcolinesterasa (ejemplo: rivastigmina, donepezilo) como tratamiento efectivo del delirium (19).

REFERENCIAS

1. Inouye, S.K., Westendorp, R.G., & Saczynski, J.S. Delirium in Elderly People. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5o. Arlington VA; 2013.
3. Khan BA, Zawahiri M, Campbell NL, Fox GC, Weinstein EJ, Nazir A, et al. Delirium in hospitalized patients: implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research. A systematic evidence review. *J Hosp Med*. 2012;7(7):580-9.
4. NICE. *Delirium: prevention, diagnosis and management*. 2019; Disponible en: www.nice.org.uk/CG103.
5. Watt, D., Koziol, K., & Budding, D. *Delirium and Confusional States*. In Noggle, C., & Dean, R. (Eds.), *Disorders in Neuropsychiatry*. Springer Publishing Company. 2012;
6. Harper GM, Lyons WL, Potter JF. *Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 10.a ed. New York, NY: American Geriatrics Society; 2019.
7. Budinich M, Aravena JM, Gajardo J, Fuentes P. *Demencias: una mirada biopsicosocial*. 2019; Disponible en: www.demencias.cl
8. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*. 12 de noviembre de 2020;6(1):90.
9. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Ann Intern Med*. 15 de diciembre de 1990;113(12):941-8.
10. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine* [Internet]. 2001;29(7). Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2001/07000/Evaluation_of_delirium_in_critically_ill_patients...12.aspx
11. Inouye SK, Puelle MR, Saczynski JS, Steis MR. *The Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM): Instrument and Training Manual*. Hospital Elder Life Program [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/fam-cam/fam-c-m-instrument/type/Spanish/>
12. MacLulich A, Ryan T, Cash H. 4AT: rapid assessment test for delirium. 2011; Disponible en: www.the4at.com
13. Inouye SK, Kosar CM, Tommet D, Schmitt EM, Puelle MR, Saczynski JS, et al. The CAM-S: Development and Validation of a New Scoring System for Delirium Severity in 2 Cohorts. *Ann Intern Med*. 15 de abril de 2014;160(8):526-33.
14. Burton JK, Siddiqi N, Teale EA, Barugh A, Sutton AJ. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de abril de 2019;2019(4):CD013307.
15. Reuben DB, Inouye SK, Bogardus Jr. ST, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney Jr. LM. MODELS OF GERIATRICS PRACTICE; The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1 de diciembre de 2000;48(12):1697-706.
16. Tobar E, Álvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Rev med clin condes*. 2020;31(1):28-35.
17. Burry L, Mehta, S, Perreault, MM, Luxenberg, JS, Siddiqi, N, Hutton, B, Fergusson, DA, Bell, C, Rose L. Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018;(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005594.pub3>
18. Li Y, Ma, J, Jin, Y, Li, N, Zheng, R, Mu, W, Wang, J, Si, JH, Chen, J, Shang H. Benzodiazepines for treatment of patients with delirium excluding those who are cared for in an intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020;(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012670.pub2>
19. Yu A, Wu, S, Zhang, Z, Dening, T, Zhao, S, Pinner, G, Xia, J, Yang D. Cholinesterase inhibitors for the treatment of delirium in non ICU settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018;(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012494.pub2>

3.8. TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O DEMENCIA

Marilú Budinich Villouta

Médico Geriatra, Consultora independiente en Geriatría y Demencias.

José Miguel Aravena Castro

Terapeuta Ocupacional, Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida. Department of Social & Behavioral Sciences, School of Public Health, Yale University.

Patricio Fuentes Guglielmetti

Médico Neurólogo, Profesor Asociado Universidad de Chile. Sección de Geriatría Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Servicio de Neurología Hospital del Salvador

Ideas centrales

- Actualmente, se estima que en el mundo existen 55 millones de personas viviendo con demencia y en nuestro país unas 200.000, cifras que se espera se tripliquen para 2050 en contexto del envejecimiento poblacional en Chile y el mundo.
- Existen diversas etiologías asociadas a la manifestación clínica de demencia. Las más complejas corresponden a cuadros de tipo neurodegenerativos y progresivos en el tiempo, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común de demencia por enfermedad neurodegenerativa. Sin embargo, no todas las demencias y sus manifestaciones presentan la misma trayectoria de progresión o requerirán los mismos tratamientos, por lo que siempre será necesario determinar la causa de demencia cuando fuere posible.
- Las demencias son una condición adquirida y crónica, caracterizadas por el deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo ni situación económica, acompañado de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales.
- Las demencias pueden ser comprendidas como un síndrome, es decir un conjunto de síntomas y signos secundarios a distintas condiciones, que pueden presentar una manifestación clínica común.
- Los criterios del DSM-5 son los más utilizados para establecer el diagnóstico de demencia (según esta clasificación "trastorno neurocognitivo mayor" (TNM), y hacen referencia a una afectación cognitiva y/o de la conducta social adquirida que tiene un efecto negativo sobre el desempeño funcional, que no ocurre exclusivamente en contexto de delirium y que no se explica por otra condición de salud mental.
- Se han identificado varios factores de riesgo y de protección como posibles contribuyentes a las demencias, y particularmente a la demencia por enfermedad de Alzheimer, los cuales se dividen en factores de riesgo modificables y no modificables.
- Factores de riesgo no modificables: la edad, el sexo y componentes genéticos. Factores de riesgo potencialmente modificables: baja educación, hipoacusia, traumatismo craneoencefálico, hipertensión arterial, consumo de alcohol, obesidad, tabaquismo, depresión, aislamiento social, inactividad física, contaminación del aire y diabetes.
- Las demencias se pueden clasificar de acuerdo a: topografía de las lesiones, sintomatología clínica, etiopatogenia, o perfil evolutivo.
- El tipo más frecuente de demencia, es la enfermedad de Alzheimer, luego le siguen la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, pudiendo también coexistir más de un tipo de causa, por ejemplo demencia degenerativa con componente vascular.

Ideas centrales (continuación)

- El abordaje es principalmente no farmacológico o psicosocial, dentro del cual existen distintos tipos de estrategias, como por ejemplo: las terapias de estimulación, terapias compensatorias y las intervenciones dirigidas a los cuidadores.
- De acuerdo a los formatos de entrega las intervenciones pueden ser de carácter individual o grupal, y en formato uni o multicomponente.

1. ¿Qué son las demencias?

"Las demencias son una condición adquirida y crónica, caracterizadas por el deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo ni situación económica, que se acompañan de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales. Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social. Las demencias son más habituales en las personas mayores, pero también pueden afectar a personas jóvenes" (1).

Las demencias pueden ser comprendidas como un síndrome, es decir un conjunto de síntomas y signos secundarios a distintas condiciones, que pueden presentar una manifestación clínica común (2). Actualmente se consideran correctos los términos demencia y trastorno neurocognitivo mayor (TNCM).

Existen diversas etiologías asociadas a la manifestación clínica de demencia. Las más complejas corresponden a cuadros de tipo neurodegenerativos y progresivos en el tiempo, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común de demencia por enfermedad neurodegenerativa (60 - 80% de los casos). Dado que la enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente y estudiada, se suele tomar el curso de ésta como referencia de la evolución de las demencias en general. Pero cabe mencionar que no todas las demencias y sus manifestaciones presentan la misma trayectoria de progresión o requerirán los mismos tratamientos (3), por lo que siempre será necesario determinar la causa de demencia cuando fuere posible.

2. ¿Por qué hablar de demencias en una guía de envejecimiento y salud mental?

La primera razón es porque las demencias se encuentran altamente ligadas al envejecimiento, dado que el principal factor de riesgo para desarrollar demencia es la edad (5). Esto significa que a medida que aumenta la edad, las posibilidades de desarrollar un cuadro cognitivo compatible con una demencia se incrementa. Se estima que la prevalencia de demencia a los 60 años, es del 1% cifra que se duplica cada 5 años, llegando a cerca de un 30% sobre los 80 años (6). Por ende, si en la labor diaria se trabaja con un universo heterogéneo de personas mayores, frecuentemente se encontrarán personas con demencia. Lo mismo si se atiende a personas con dependencia, ya que las demencias son el principal contribuyente a la dependencia en las personas mayores (7). Actualmente, se estima que en el mundo existen 55 millones de personas viviendo con demencia y en nuestro país unas 200.000, cifras que se espera se tripliquen para 2050 en contexto del envejecimiento poblacional en Chile y el mundo (1)(8). La segunda razón es el impacto multidimensional de la demencia, el cual se manifiesta tanto a nivel económico como en distintos aspectos de la vida de las familias y sistemas de salud de un país. En Chile se estima que el costo mensual aproximado de cuidar a una persona con demencia es de USD\$1,465, donde cerca del 74% del costo total corresponde a costos de cuidado informal (9). La tercera razón es el escaso nivel de acceso a servicios especializados para

personas con demencia y sus familias, y el bajo conocimiento en general acerca de las demencias. Según una encuesta realizada en países de la OMS en 3.542 profesionales de la medicina (2), personas con demencia y sus familias, las barreras en la atención de salud identificadas para los y las pacientes y sus familias fueron la falta de información proporcionada durante el diagnóstico, el acceso a profesionales capacitados, el miedo al diagnóstico y el costo. Las barreras críticas para el diagnóstico identificadas por los y las profesionales de la medicina incluyeron la falta de acceso a pruebas de diagnóstico especializadas, la falta de conocimiento para realizar un diagnóstico, y la creencia errónea de que no se puede hacer nada, por lo que realizar el diagnóstico es fútil. Sumado a ello, en la población general a nivel mundial, más del 50% de las personas piensa que las demencias son una parte normal del envejecimiento y que no existen posibilidades de prevenirlas (10).

Las personas con demencia al igual que las personas mayores, son heterogéneas y cuando se habla de una persona con demencia se podría estar haciendo referencia a situaciones tan diversas como en los siguientes ejemplos:

- Una persona que vive sola, se junta con sus amigas o amigos a tomar café una vez por semana, pero tiene dificultades para tomar el transporte público y a veces se confunde con las cuentas.
- Una persona que llegó hace 6 meses a una residencia y al ingreso identificaba a personas conocidas y desconocidas, caminaba sola, requería apoyo para bañarse y vestirse, y presentaba gritos. Luego de dosis crecientes de psicofármacos, ya no grita, pero tampoco se conecta con otros ni camina.
- Un chofer de transporte que se ha desorientado en la ruta sin saber cómo seguir su viaje cuando existen variaciones en el camino.
- Una persona que no recuerda lo que pasó en el mismo día, reconoce a sus familiares, realiza carpintería en casa, comete errores en la cocina y requiere que se le supervise en el autocuidado.

Cada historia y trayectoria será distinta y por eso se requerirá de una valoración detallada tanto al momento de establecer el diagnóstico como durante el abordaje de esta condición, a lo largo de toda su evolución. Por otra parte, se debe comprender que la presencia de demencia en la vida de una persona y de su entorno de cuidado, magnifica las dificultades que habitualmente se pueden encontrar en la vida cotidiana, como en el acceso a los distintos servicios sociales y de salud. Por ejemplo, no será lo mismo cuidar la diabetes, o comprender la importancia del autocuidado y/o adherir a los controles de salud en presencia o ausencia de demencia (11).

3. Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico de demencia, existen distintos criterios diagnósticos. Dentro de las propuestas más utilizadas para realizar un diagnóstico clínico de demencia se encuentran los criterios del DSM-5 (4), los que se aprecian en el cuadro 1.

CUADRO 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR SEGÚN DSM-5.

- A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos (aprendizaje y memoria, lenguaje, función ejecutiva, atención compleja, perceptual - motor, cognición social).
1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del profesional con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de 2 o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en una evaluación neuropsicológica formal o ante una evaluación clínica equivalente.
- B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (ejemplo: requerir asistencia para las actividades instrumentales o complejas de la vida diaria, como el uso del transporte público, el manejo del dinero o de su propia medicación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p.ej.: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Elaborado en base al DSM-5 (4).

Cuando se habla de demencia o TNCM de acuerdo a los criterios diagnósticos DSM-5, se hace referencia a una afectación cognitiva y/o de la conducta social adquirida, que tiene un efecto negativo sobre el desempeño funcional, y que no ocurre exclusivamente en contexto de delirium ni se explica por otra condición de salud mental.

Es importante resaltar que la repercusión progresiva sobre la funcionalidad, en relación al nivel de desempeño previo, será clave para el diagnóstico de demencia y permitirá diferenciar, por ejemplo, de condiciones como el trastorno neurocognitivo menor o deterioro cognitivo leve o mínimo, el cual corresponde a una entidad en la cual existe queja subjetiva de memoria por parte de la persona o su entorno, y déficit objetivado en la evaluación cognitiva en uno o más dominios dentro de 1 a 2 desviaciones estándar, pero ausencia de repercusión sobre la funcionalidad (4).

4. Factores de riesgo y factores protectores de la demencia

Se han identificado varios factores de riesgo y de protección como posibles contribuyentes a las demencias, y particularmente a la demencia por enfermedad de Alzheimer. Estos factores se dividen en dos clases: **factores de riesgo modificables y no modificables** (12). La edad (mayor edad, mayor riesgo), el sexo (las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar demencia esporádica) y componentes genéticos como la presencia del alelo apolipoproteína E-4 (ApoE-e4) son factores de riesgo no modificables. Los factores de riesgo no modificables representan aproximadamente el 65% del riesgo total de desarrollar demencia en la población (13). Por otro lado, en 2020, una comisión de expertos mundiales en demencia destacó la evidencia sobre una serie de factores de riesgo de demencia potencialmente modificables, calculando su hipotética contribución al riesgo de demencia (5). Dichos factores se han dividido en tres etapas de la vida; factores de la vida temprana: baja educación (<12 años de escolaridad); factores de la edad mediana: hipoacusia, traumatismo craneoencefálico, hipertensión, consumo de alcohol (> 21 unidades por semana), obesidad; y factores de la vejez: tabaquismo, depresión, aislamiento social, inactividad física, contaminación del aire y diabetes. Estos factores explicarían del 35% al 40% de la reducción en la prevalencia de demencia en la población si llegaran a eliminarse.

En síntesis, reducir el riesgo cardiovascular, incrementar la vida social, llevar un estilo de vida saludable, y reducir el estrés parecen los elementos claves para apostar a una reducción del riesgo de demencia. Sin embargo, factores como los determinantes sociales de salud (ejemplo, circunstancias

de vida durante la niñez, las características del barrio, acceso a recursos económicos y sociales, entre otros) y la multimorbilidad aparecen cómo piezas faltantes que recientemente han ido tomando fuerza para comprender las desigualdades y potenciales gatillantes en la manifestación clínica de las demencias.

5. Clasificación de las demencias

Las demencias se pueden clasificar de acuerdo a (3):

- a. Topografía de las lesiones: corticales y subcorticales.
- b. Sintomatología clínica, por ejemplo: predominantes defectos de memoria episódica, como en la enfermedad de Alzheimer o llamativos cambios de comportamiento como en la demencia o degeneración frontotemporal.
- c. Etiopatogenia, por ejemplo: neurodegenerativas o vasculares.
- d. Perfil evolutivo: crónicas, subagudas o rápidamente progresivas.

6. Tipos más frecuentes de demencia

La causa de demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, luego le siguen la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, pudiendo también coexistir más de un tipo de causa, por ejemplo demencia degenerativa con componente vascular (14).

6.1. Enfermedad de Alzheimer: se produce en contexto del depósito de amiloide extra neuronal en el cerebro y la fosforilación de la proteína tau con producción de ovillos dentro de las neuronas (3). Estas alteraciones predominantemente comienzan en el hipocampo, la cual es una estructura cerebral ubicada en el lóbulo temporal y crítica para la función de almacenamiento de los recuerdos. En la medida que la enfermedad avanza, dichas alteraciones neuropatológicas se van extendiendo a otras áreas cerebrales, cuyo compromiso progresivo se expresa en alteraciones de memoria, capacidad ejecutiva, lenguaje, reconocimiento de objetos o caras, entre otros (3).

6.2. Demencia vascular: hace referencia a la presencia concomitante de deterioro cognitivo y enfermedad cerebrovascular, más la apreciación clínica de que el primero es consecuencia de la lesión vascular. Son características de esta demencia el comienzo abrupto y el deterioro escalonado, pudiendo existir periodos de estabilidad que alternan con deterioro súbito. En ella es requisito la evidencia de lesiones cerebrovasculares (focales o difusas en neuroimagen), factores de riesgo cardiovascular y la presencia de problemas de movilidad y fuerza, además de lo cognitivo (3).

6.3. Demencia por cuerpos de Lewy: se caracteriza por demencia de inicio temprano y otras manifestaciones que son menos habituales en otros cuadros de demencia como alucinaciones visuales, fluctuaciones en el nivel de atención y vigilia, parkinsonismo (ejemplo, rigidez, hipomimia, temblor), disautonomía (lipotimias, caídas), limitaciones serias en tareas visuoespaciales y visuoespaciales, pérdida del olfato y alteraciones del sueño REM y del ciclo sueño vigilia. Las tres últimas, pueden aparecer años antes del desarrollo del resto de los síntomas previamente mencionados (3). La demencia por cuerpos de Lewy se diferencia de la demencia asociada a Parkinson, en que la segunda aparece luego de años de manifestaciones de enfermedad de Parkinson, en cambio en la primera el deterioro cognitivo y los síntomas extrapiramidales aparecen en un período cercano al inicio del cuadro (dentro del mismo año).

6.4. Demencia o degeneración frontotemporal: se caracteriza por aparecer en edades más tempranas y presentar alteraciones de conducta y/o de lenguaje, constituyendo las así llamadas variantes conductual o afasias progresivas primarias respectivamente.

Para mayor detalle de los perfiles neurocognitivos de los distintos tipos de demencia, consultar capítulo 3.9. "Evaluación Neuropsicológica en las personas mayores".

7. Evolución de las demencias

La demencia puede durar años y la progresión se va clasificando en etapas dependiendo de la repercusión funcional que se presente secundaria al compromiso cognitivo. La figura 1 resumen algunas características claves en las distintas etapas de severidad.



Fuente: Elaboración propia de los autores para el presente capítulo.

Para evaluar la evolución de las demencias, la escala de severidad más utilizada es la **Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS de Reisberg)** (15), que entrega al clínico y a la persona que cuida, una visión global del estado cognitivo y funcional en el que se encuentra la persona con demencia. Fue desarrollada para clasificar los estadios de la demencia tipo Alzheimer, sin embargo, también puede ser utilizada para clasificar el estado de avance de otras demencias (3). A continuación se presenta la clasificación de los estadios según Global Deterioration Scale de Reisberg (16):

GDS-1 - AUSENCIA DE ALTERACIÓN COGNITIVA (Corresponde al individuo normal).

- Ausencia de quejas subjetivas.
- Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS-2- DISMINUCIÓN COGNITIVA MUY LEVE (Corresponde al deterioro cognitivo subjetivo).

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a. Olvido de donde ha colocado objetos familiares.
 - b. Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico. - No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS-3 DEFECTO COGNITIVO LEVE (Corresponde al deterioro cognitivo leve).

- Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a. El o la paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - b. Compañeros o compañeras detectan rendimiento laboral pobre.
 - c. Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - d. Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
 - e. Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
 - f. Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
 - g. En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.
- Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
- La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el o la paciente.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

GDS-4 DEFECTO COGNITIVO MODERADO (Corresponde a una demencia en estadio leve).

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a. Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b. El o la paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
 - c. Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
 - d. Capacidad disminuida para viajes, finanzas, entre otros.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a. Orientación en tiempo y persona.
 - b. Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - c. Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negación es el mecanismo de defensa dominante.
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5 DEFECTO COGNITIVO MODERADO-GRAVE (Corresponde con una demencia en estadio moderado).

- El o la paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, entre otros.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, entre otros) o en lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de la vestimenta adecuada.

GDS-6 DEFECTO COGNITIVO GRAVE (Corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave).

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge, del que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, entre otros.
- Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Presencia de cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a. Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa(o), o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
 - b. Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
 - c. Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
 - d. Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7 DEFECTO COGNITIVO MUY GRAVE (Corresponde con una demencia en estadio grave).

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulaci3n.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales.

8. Signos de alerta de Demencia

En el capítulo 3.9. se detallan las diferencias entre un envejecimiento cognitivo normal y anormal. A modo general cabe destacar que con el envejecimiento se producen cambios discretos en algunos dominios cognitivos y puede existir enlentecimiento en algunos procesos, pero ello no debería interferir en el desempeño funcional de la persona.

A continuación, se enuncian algunos signos de alerta (2), los cuales no necesariamente indican un diagnóstico de demencia, sino que deben gatillar una evaluación pronta, como por ejemplo:

- Olvidos frecuentes (de citas, reuniones o fechas importantes).
- Extravío de objetos y no tener la capacidad de poder recordar su ubicación. Perder la capacidad de “volver sobre los propios pasos” al ir hacia una habitación y olvidar el motivo que lo ocasionó.
- Preguntar de forma repetitiva, donde cada vez que se responde a la pregunta pareciera que la persona no hubiese escuchado antes la explicación.
- Problemas con el lenguaje (dificultad para encontrar palabras, olvidar el nombre de objetos).
- Disminución en el juicio. Tomar decisiones poco atinentes y no coherentes con el comportamiento previo de la persona.
- Dejar o encontrar objetos en lugares poco habituales (ejemplo, teléfono en el refrigerador).
- Dificultad para relatar hechos recientes. Discurso empobrecido.
- Presentación personal inadecuada de acuerdo a la situación o época del año.
- Confusión con las indicaciones médicas.
- Baja de peso sin causa clara, lo cual podría ser secundario a dificultades de organización de las compras, almacenamiento y/o preparación de los alimentos.
- Signo de “rotación de la cabeza”. Al hacer preguntas simples o coloquiales a la persona con sospecha o queja cognitiva, en vez de responder directamente al interlocutor o interlocutora mira a su acompañante para que él o ella conteste.
- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas o estrés.
- Pérdida de interés por actividades que previamente le parecían placenteras.
- Dificultades para comprender la información espacial o visual (ejemplo, distancias).
- Desorientación en tiempo o lugar.
- Dificultades en el desempeño de actividades de la vida diaria no explicadas por alteraciones no cognitivas, ejemplo físicas o ambientales.

9. ¿Por qué es relevante la sospecha y el diagnóstico de demencia?

Pese a que las demencias se consideran incurables a la fecha, el contar con un diagnóstico fidedigno y oportuno permitirá mejorar la comprensión de las personas con demencia y sus familias en cuanto a los procesos que están viviendo, dar una mejor interpretación a los síntomas y signos que vayan apareciendo, optar a servicios y planificar el futuro, amortiguando los efectos de la enfermedad en la calidad de vida del entorno cercano que sostiene a la persona afectada (15).

En el pasado se solía pregonar que si una persona tenía quejas de memoria, era improbable que se tratara de una demencia, hoy en día se sabe que esto no es así y que en etapas tempranas las personas pueden ser conscientes de sus dificultades y diagnóstico, dependiendo ello del nivel intelectual previo y el momento del diagnóstico.

10. ¿Cómo se hace el diagnóstico de demencia?

El diagnóstico de demencia es clínico, es decir no existe examen o instrumento único que permita realizarlo, sino que será un conjunto de evaluaciones las que finalmente permitan al equipo, a través del análisis y juicio clínico, plantear dicha hipótesis diagnóstica.

Los pasos a seguir para llegar al diagnóstico corresponden a (3):

- Anamnesis detallada.
- Examen físico.
- Exámenes de laboratorio.
- Screening cognitivo o valoración neuropsicológica propiamente tal.
- Neuroimagen.
- Biomarcadores.
- Testeo genético.

En el capítulo 3.9. se hace referencia al screening cognitivo y a la valoración neuropsicológica, así como también a consideraciones en relación a la aplicación de estas y ámbitos a considerar en la historia, motivo por lo cual a continuación se mencionan únicamente los aspectos generales de cada ítem.

10.1. Anamnesis detallada. En la anamnesis será clave consultar sobre aspectos sociales, funcionales, clínicos, afectivos y cognitivos. Precisar quién es la persona en cuanto a su biografía, nivel de desarrollo educacional, funcional y laboral, red social, antecedentes mórbidos con intención de identificar factores de riesgo de demencia y comorbilidades que puedan explicar la sintomatología actual (anemia, insuficiencia renal, hipotiroidismo, insuficiencia hepática, entre otros); por otra parte se deberá identificar los medicamentos que la persona utiliza actualmente, para lo cual se sugiere utilizar la estrategia de la bolsa de medicamentos, que consiste en pedirle a la persona que lleve a la consulta todos los fármacos que utiliza habitual u ocasionalmente e indique qué y cuánto utiliza. Esto implica no fiarse de los registros de la ficha clínica, autotorreporte o recetas previas. Además, es importante indagar sobre el consumo de alcohol y otras drogas, en el presente y/o pasado.

En cuanto a la sintomatología cognitiva y funcional se buscará precisar qué síntomas son los que han notado, hace cuanto tiempo y que cambios se han evidenciado en su cognición y desempeño funcional, así como también si identifican hitos asociados a dicha evolución (ejemplo, uso de fármacos, caídas, duelo, cambios vitales, hospitalizaciones, etc.). La tabla 2 resume las actividades de la vida diaria a tener presente al momento de la evaluación, y la tabla 3 (siguiente página) muestra ejemplos de preguntas de utilidad al momento de hacer la anamnesis.

Se consultará además por la presencia de Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a Demencia (SPCD), los cuales corresponden a manifestaciones como ideas delirantes, alucinaciones, agitación, gritos, irritabilidad, vagabundeo, desinhibición, alteraciones del apetito, inquietud motora, trastornos del sueño, psicosis, entre otros.

TABLA 2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

AAVD – Actividades avanzadas de la vida diaria	AIVD – Actividades instrumentales de la vida diaria	ABVD – Actividades básicas de la vida diaria
Reflejan mayor interacción social.	Permiten la subsistencia de forma independiente.	Permiten el autocuidado personal.
Conducir.	Lavar ropa, loza.	Comer.
Participar en actividades comunitarias.	Hacer aseo, limpiar.	Vestirse.
Trabajar.	Cocinar, preparar comida.	Arreglarse.
Realizar viajes.	Realizar compras.	Continencia fecal.
Practicar pasatiempos.	Uso del dinero.	Continencia urinaria.
	Utilizar transporte.	Uso del inodoro.
	Utilizar medicamentos.	Traslado sillón cama.
	Utilizar teléfono.	Deambulaci3n.
	Utilizar internet, cajero electr3nico.	Subir / bajar escaleras.

Fuente: Elaborado en base a (3).

TABLA 3. ALGUNAS PREGUNTAS DE UTILIDAD AL MOMENTO DE EVALUAR QUEJA COGNITIVA/ SOSPECHA DE DEMENCIA

¿Qué sntomas primero llamaron la atenci3n?
¿Existen cambios en la forma de pensar o razonar?
¿Olvida d3nde deja las cosas?
¿Olvida lo que sucedi3 el d3a previo?
¿Tiene dificultad para vestirse (para hacerlo o para elegir la ropa apropiada)?
¿El comienzo fue s3bito o gradual?
¿C3mo es un d3a t3pico actualmente?
¿C3mo ha cambiado la persona desde que aparecieron los sntomas (personalidad, 3nimo, conducta, control de impulsos, entre otros)? ¿Qu3 actividades ha dejado de realizar o en cu3les ha necesitado supervisi3n o asistencia?
¿Es distinto o distinta a como fue siempre?. ¿En qu3?

Fuente: elaborado en base a (17).

10.2 Ex3menes y screening

En cuanto a las evaluaciones de utilidad en contexto de sospecha de demencia se pueden mencionar: **examen f3sico, ex3menes de laboratorio, screening cognitivo o valoraci3n neuropsicol3gica, neuroimagen y el testeo gen3tico.**

10.2.1. Examen f3sico: este debe considerar examen general y segmentario. Buscar3 identificar comorbilidad que est3 condicionando el cuadro (p.ej.: infecciones, anemia, hipotiroidismo, malnutrici3n, factores de riesgo, entre otros.). En lo neurol3gico apuntar3 a identificar alteraciones focales, siendo relevante el evaluar pares craneales, tono, fuerza, sensibilidad y marcha, y de esta manera contribuir a determinar las consecuencias y etiolog3a del cuadro.

10.2.2. Exámenes de laboratorio: considera una batería amplia de análisis que podrían ser de utilidad en el diagnóstico diferencial. Habitualmente se solicitan hemograma, VIH, PCR, creatinina, electrolitos plasmáticos, función hepática, perfil bioquímico, perfil lipídico, TSH, T4 libre, VIH, VDRL, niveles séricos de vitamina b12, orina completa y urocultivo. El electrocardiograma se considera necesario al momento de prescribir fármacos y para precisar la comorbilidad y/o factores de riesgo vasculares.

10.2.3. Screening cognitivo o valoración neuropsicológica: Podría corresponder a la aplicación de test abreviados que permitan orientar a un patrón de rendimiento cognitivo, pero en otras ocasiones se requerirá de una completa evaluación neuropsicológica global. Ámbitos que son revisados en detalle en el capítulo 3.9.

10.2.4. Neuroimagen: busca identificar posibles causas estructurales del cuadro (ejemplo, tumores, hemorragias, infartos) y patrón de atrofia en el caso de cuadros degenerativos (p.ej.: predominio frontal, temporal, entre otros).

10.2.5. Biomarcadores: hacen referencia a la detección de marcadores biológicos en sangre, líquido cefalorraquídeo y/o imágenes, lo cual ayuda a precisar y/o descartar etiologías probables. Su uso a la fecha se da principalmente en contexto de investigación y en lo clínico tienen aún un alcance limitado, principalmente por razones de disponibilidad y costo, correspondiendo su potencial utilización a especialistas.

10.2.6. Testeo genético: actualmente no se utiliza de rutina como parte del algoritmo diagnóstico de demencia, sino más bien ligado a la investigación.

En relación al diagnóstico diferencial en el Capítulo 3.9., se hace referencia a depresión y delirium como entidades a considerar como parte del diagnóstico diferencial de las demencias.

11. ¿Cuál es el rol de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en demencias?

La tabla 4, resume los ámbitos más relevantes de la VGI los cuáles son de utilidad en la fase diagnóstica y durante el seguimiento y abordaje de las personas con demencia. Esto no tiene relación con el o la profesional que la aplique sino con la recopilación, integración y abordaje de dichos antecedentes.

TABLA 4. ÁMBITOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Social	Funcional	Clínico	Afectivo / cognitivo
Biografía. Red familiar y comunitaria. Recursos económicos y sociales. Afilación de Salud.	Desempeño en Actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Historia de deterioro funcional y factores precipitantes.	Patologías agudas y crónicas. Factores de riesgo. Fármacos de uso actual y previo. Presencia de reacciones adversas. Hábitos. Síndromes geriátricos. Déficits sensoriales. Inmunizaciones.	Ánimo. Cognición.

Fuente: Elaborado en base a (3).

12. ¿Cuál es el rol del equipo no especialista?

Actualmente tanto a nivel nacional como internacional, se considera a la atención primaria como la puerta de entrada para el estudio de queja cognitiva y sospecha de demencia. En tal contexto deberán ser derivados a especialidad los casos más complejos o donde existan dudas por parte del equipo tratante. La tabla 5, hace referencia a algunas situaciones que requieren evaluación por especialidad.

TABLA 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD

Historia atípica o compleja, particularmente en menores de 60 años.
Progresión inusualmente rápida con curso evolutivo menor de 1 año.
Hallazgos anormales a la neuroimagen.
Signos focales al examen neurológico, tales como trastornos del movimiento, defectos focales.
Sospecha de hipertensión intracraneana, trastorno de la marcha o presencia de parkinsonismo (ejemplo, bradicinesia, hipomimia, temblor) sin diagnóstico previo de Enfermedad de Parkinson.
Trastornos del lenguaje en etapas iniciales de la enfermedad.
Convulsiones en etapas iniciales o intermedias de la enfermedad.
Historia de TEC relacionado a inicio de sintomatología.
Persona con discapacidad intelectual previa, por ejemplo, síndrome de Down.
Comorbilidad psiquiátrica previa importante (p.ej.: trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad).
Trastornos conductuales graves y persistentes.
Duda diagnóstica.
Solicitud expresa de la familia.

Fuente: Elaborado en base a (3).

La tabla 6 señala algunas situaciones durante el estudio y/o abordaje de la demencia en las cuales se debe considerar la derivación al servicio de urgencia.

TABLA 6: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIA

Compromiso de conciencia.
Focalidad neurológica de reciente instalación (p.ej: paresia).
Antecedente de caída presenciada o TEC, que se relacione con cambios en la cognición.
Presencia de síntomas psicológicos o conductuales que generen un riesgo inminente para la persona o su entorno.
Delirium que no puede ser estudiado en el dispositivo de origen.

Fuente: Elaborado en base a (3).

13. Entrega diagnóstica a la persona mayor y sus familias

La entrega del diagnóstico de demencia es un paso muy relevante en la atención, toda vez que las demencias son las enfermedades más temidas por las personas mayores, y existe un alto nivel de estigma y desconocimiento en torno a estas condiciones. Por ello, algunas consideraciones para la entrega diagnóstica son (18):

1. Preguntar a la persona antes de comenzar con el estudio "En el caso de que ahora o más adelante encontráramos en usted un **Trastorno Neuro Cognitivo Mayor (TNCM)** como demencia o Alzheimer...¿le gustaría que se lo contáramos?". Si la respuesta es NO, preguntar por qué y consultar si desea que se le comunique a alguien más. La gran mayoría de las personas responderá que sí desea conocer el diagnóstico. Esto dará pie para iniciar la conversación una vez que el proceso diagnóstico haya terminado y se cuente con todos los antecedentes necesarios.

2. Entender la entrega diagnóstica como un proceso, tanto al inicio como a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Lo anterior, porque aun cuando en algún momento se le haya entregado un determinado diagnóstico a la persona y/o a su familia, en la medida que la clínica vaya cambiando y vayan apareciendo nuevas manifestaciones, será necesario volver a contextualizar lo que está sucediendo.
3. Al explicar el diagnóstico, relacionar esto con las alteraciones que presenta la persona de modo que se haga más fácil su comprensión. Por ejemplo, “ ***¿recuerda que usted me mencionó que la memoria no estaba muy buena?*** De los exámenes realizados hemos visto que hay algunas dificultades en algunas tareas... esto sugiere que usted tiene un TNCM/demencia, lo cual implica que existe una alteración en algunas habilidades del cerebro, lo que explica por qué hay tareas que antes no le costaban y ahora sí. Lamentablemente esta situación no es curable, pero sí podemos hacer muchas cosas para que usted y su familia, estén de la mejor manera posible”.

14. Generalidades del tratamiento de la demencia

De forma general, el tratamiento de la demencia puede ser dividido en dos grandes áreas: **abordaje farmacológico y no farmacológico o psicosocial**. Este tratamiento debe ser administrado siguiendo algunas premisas mínimas que permitan garantizar la eficacia en parámetros clínicos y psicosociales de relevancia para la evolución del cuadro, la persona y su entorno de cuidados, y al mismo tiempo que se minimicen potenciales efectos adversos.

El **primer principio** para un abordaje efectivo de la demencia es la personalización del tratamiento. Esto quiere decir que no existe un set de medicamentos o ejercicios estándar para el tratamiento de la demencia. Dado el amplio espectro de etiologías y contextos socioculturales en los que se manifiestan los cuadros asociados a la demencia, la personalización del tratamiento permite abordar los síntomas y necesidades que son una prioridad y de acuerdo a cada caso, maximizar la eficacia, la adherencia al tratamiento, y la reducción de potenciales efectos adversos. El **segundo principio** es la consideración del entorno de cuidado. Un abordaje exitoso es el que considera el cuadro clínico y su impacto en la persona y en el entorno de cuidados. Abordajes que logran incorporar tanto las necesidades clínicas y personales de los sujetos con demencia y su entorno de cuidados alcanzan mejores resultados y son más aceptados.

Siguiendo estos principios, la recomendación es la prescripción concurrente de abordaje farmacológico y no farmacológico de acuerdo a las necesidades clínicas y psicosociales que presenten las personas. No obstante, dado el modesto efecto y potencial perfil adverso de los tratamientos farmacológicos dirigidos a personas con demencia, se debe priorizar la prescripción no farmacológica, o estrategias psicosociales como primera línea de acción ante situaciones o manifestaciones que pueden llegar a ser controladas de forma efectiva sin recurrir a la prescripción farmacológica excesiva o inapropiada. La tabla 7 ilustra necesidades y problemáticas que pueden ser abordadas y priorizadas de forma general según el estadio de la demencia.

TABLA 7. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA Y SU ENTORNO

ETAPA DE PROGRESIÓN	ÉNFASIS DE LAS ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES
Leve	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo post-diagnóstico a la persona y entorno familiar: consejería, educación sobre la enfermedad y sus implicancias, soporte emocional. Vinculación con recursos co-munitarios, redes sociales y de salud. ▸ Evaluar nivel de autonomía en actividades ajustadas para promover una participación y desempeño seguro. ▸ Revisión de aspectos legales y financieros. ▸ Control de morbilidad. ▸ Optimización de las capacidades físicas y cognitivas remanentes de la persona. ▸ Pesquisa y abordaje de comorbilidad y síndromes geriátricos. ▸ Aspectos afectivos de la persona y su entorno. ▸ Abordaje de síntomas cognitivos. ▸ Abordaje de síntomas psicológicos y conductuales (con especial énfasis en depresión). ▸ Uso informado y seguro de medicamentos. ▸ Participación en actividades que reduzcan el aislamiento y la soledad.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Optimización de las capacidades físicas y cognitivas remanentes de la persona. ▸ Pesquisa y abordaje de comorbilidad y síndromes geriátricos. ▸ Capacitación del entorno familiar para enfrentar desafíos de la vida diaria. Participación en actividades (entrenamiento en entrega de supervisión y abordaje de falta de iniciativa). ▸ Evitar la privación y aislamiento social de la persona. ▸ Prevención y abordaje de conductas desafiantes y síntomas psicológicos y conductuales. ▸ Seguridad en general. ▸ Administración informada y segura de medicamentos. ▸ Soporte emocional, respiro y entrenamiento a entorno de apoyo. Pesquisa y abordaje de síntomas ansiosos y depresivos en la persona a cargo del cuidado. ▸ Vinculación a redes sociales y de salud. ▸ Detección de maltrato.
Severa o avanzada	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Abordaje de conductas desafiantes y síntomas psicológicos y conductuales. ▸ Pesquisa y abordaje de comorbilidad y síndromes geriátricos. Enfoque paliativo. Medidas de confort. ▸ Evitar la privación ambiental. ▸ Administración informada y segura de medicamentos. ▸ Determinar nivel de cuidado / atención requerido y educar al cuidador en estrategias acordes a este. ▸ Soporte emocional a la persona a cargo de los cuidados. ▸ Pesquisa y abordaje de síntomas ansiosos y depresivos en la persona a cargo de los cuidados. ▸ Vinculación a redes sociales y de salud. ▸ Apoyo al entorno familiar en el marco del buen morir. ▸ Detección de maltrato.

Fuente: Elaborado en base a (3).

15. Abordajes no farmacológicos

Los tratamientos no farmacológicos son cualquier intervención no química, focalizada y replicable, sustentada sobre una base teórica, realizada en/con la persona, cuidador o cuidadora, o entorno físico/social con capacidad de lograr algún beneficio relevante. El objetivo de este tipo de tratamiento es compensar los déficits que se están produciendo, mantener mientras se pueda las habilidades cognitivas y funcionales de la persona, mejorar a corto y mediano plazo síntomas psicológicos y conductuales de la persona al cuidado e incrementar o mantener la calidad de vida y bienestar de las personas con demencia, su cuidador familiar y su entorno de apoyo durante la trayectoria de la enfermedad.

Dentro de los abordajes no farmacológicos existen distintos tipos de estrategias. Por ejemplo, las terapias de estimulación (ejemplo, estimulación cognitiva, ejercicio físico, participación social, reminiscencia) tienen como premisa el alcanzar la preservación o incremento de habilidades cognitivas y funcionales de la persona con demencia, y mejorar síntomas anímicos y desempeño físico en el corto plazo. Las terapias compensatorias (ejemplo, adaptación de la actividad, modificación del entorno de apoyo) buscan modificar el entorno de interacción a las capacidades remanentes de la persona con demencia con el fin de reducir a corto y mediano plazo la manifestación de sintomatología neuropsiquiátrica e incrementar la calidad de vida. Así mismo existen modalidades de intervención dirigidas a los cuidadores (ejemplo, del tipo educativas o cognitivo conductuales), que tienen como fin reducir sintomatología psicológica, incrementar el grado de conocimiento y bienestar psicosocial, mejorar la percepción de autoeficacia y dejar capacidad instalada para mejorar la calidad de vida durante el cuidado.

De acuerdo a los formatos de entrega, estas intervenciones pueden tener uno o más componentes o modalidades de ejecución, pudiendo ser de carácter individual o grupal, y en formato unicomponente (una sola modalidad de intervención) o multicomponente (varias modalidades). En relación a parámetros psicológicos, conductuales, y de calidad de vida, las terapias compensatorias y dirigidas a cuidadores y cuidadoras, en un formato individual y multicomponente, han mostrado ser las más efectivas (19). Terapias de estimulación como la estimulación cognitiva ha demostrado algunos resultados positivos en la cognición en etapas leves, y resultados en síntomas anímicos en etapas leves y moderadas de la enfermedad. Sin embargo, deben ser prescritas con precaución y responsabilidad, puesto no todas las terapias de estimulación cognitiva han demostrado ser efectivas y pueden generar expectativas irreales para la persona y sus familias (20).

16. Abordaje farmacológico

El abordaje farmacológico de la demencia tiene tres principales objetivos: 1) manejo de síntomas cognitivos, 2) manejo de síntomas neuropsiquiátricos, y 3) manejo de otras condiciones asociadas (multimorbilidad).

Para el manejo de los síntomas cognitivos existen medicamentos conocidos como “antidemenciantes” o “fármacos específicos para demencia”. Este grupo de medicamentos ha mostrado efectos en el enlentecimiento del deterioro cognitivo y reducción de síntomas neuropsiquiátricos a lo largo del transcurso de la demencia. No obstante, este efecto puede ser modesto y variable dependiendo de cada caso. El tipo y tamaño de la efectividad alcanzada dependerá de factores propios de la persona como el tipo de demencia, tipo de sintomatología, el estadio en el que se encuentra, y su estado de salud y nutricional, así como de factores propios del medicamento como su mecanismo de acción, dosis, interacciones farmacológicas, y potenciales efectos adversos.

Los antidemenciantes actualmente aprobados y más utilizados son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, y galantamina) y el modulador de la transmisión glutamatérgica (memantina) (21). En junio del 2021, el organismo de los Estados Unidos Food and Drug Administration (FDA), aprobó el primer tratamiento anti demenciante modificador de la enfermedad y dirigido a la remoción del depósito beta amiloideo característico de la enfermedad de Alzheimer. Si bien este tratamiento mostró algunos resultados positivos en la función cognitiva de personas en estadios leves de la enfermedad, aún existe mucha controversia con respecto a su eficacia y costos. Por ende, se encuentra en una etapa muy temprana de utilización como para ser considerado un tratamiento de prescripción masiva entre las personas con esta condición.

En cuanto al manejo de los síntomas neuropsiquiátricos o Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a Demencia (SPCD), la recomendación es hacer un análisis de los síntomas específicos reportados así como también de potenciales gatillantes. La primera línea de abordaje debe ser siempre comenzar con tratamiento no farmacológico. Si los síntomas son de una gravedad severa y significan un riesgo para la persona y/o su entorno de cuidado, la terapia no farmacológica podrá ser complementada con un tratamiento farmacológico gradual y cuidadosamente monitorizado por potenciales efectos adversos. El tratamiento farmacológico en dichos casos se basa en psicofármacos, tales como antipsicóticos o antidepresivos, en pequeñas dosis y por un tiempo acotado (22).

Recursos de interés:

- www.alz.org
- www.demencias.cl
- Caregiver Training (Spanish) | UCLA Alzheimer's and Dementia Care Program
 - https://www.youtube.com/watch?v=X0QN-iQNOhU&list=PLw0IBK4PlwF7VgBL8sA0fULqDfNhK_wcCL
- Videos sociedad de Geriatría
 - https://youtube.com/playlist?list=PLBk39k3D4JP_eUasdX9N6zEPf7TEq2oMp
 - <https://es-la.facebook.com/centrokintun/>

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (MINSAL). Plan nacional de demencia. 2017; Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
2. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, & Webster C. World Alzheimer Report 2021. Alzheimer's Disease International. Journey through the diagnosis of dementia. 2021;
3. Budinich M, Aravena JM, Gajardo J, Fuentes P. Demencias: una mirada biopsicosocial. 2019; Disponible en: www.demencias.cl
4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5o. Arlington VA; 2013.
5. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020/07/30 ed. 8 de agosto de 2020;396(10248):413-46.
6. Cao Q, Tan C-C, Xu W, Hu H, Cao X-P, Dong Q, et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2020;73(3):1157-66.
7. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatrics*. 6 de agosto de 2010;10(1):53.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). El mundo no está abordando el reto de la demencia. 2021; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>
9. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS One*. 7 de marzo de 2017;12(3):e0172204-e0172204.
10. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver K. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLOS ONE*. 19 de abril de 2018;13:e0196085.
11. Bunn F, Burn A-M, Goodman C, Rait G, Norton S, Robinson L, et al. Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. *BMC Medicine*. 31 de octubre de 2014;12(1):192.
12. Prince M, Ali G-C, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu Y-T. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther*. 30 de julio de 2016;8(1):23-23.
13. Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol*. 2011/07/19 ed. septiembre de 2011;10(9):819-28.
14. Juebin Huang. Demencia. 2019; Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cl/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/demencia>
15. Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. 2011;
16. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136-9.
17. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). 2016; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390819/>
18. Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia. 2012;
19. Möhler R, Renom, A, Renom, H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2020;(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010515.pub2>

20. Bahar-Fuchs A, Martyr, A, Goh, AMY, Sabates, J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019;(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069.pub2>
21. Schwarz S, Froelich L, Burns A. Pharmacological treatment of dementia. Current Opinion in Psychiatry [Internet]. 2012;25(6). Disponible en: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2012/11000/Pharmacological_treatment_of_dementia.20.aspx
22. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ [Internet]. 2015;350. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h369>

3.9. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS MAYORES

Claudia Dechent

Psicóloga, Neuropsicóloga enfocada en personas mayores Magíster en Neuropsicología, Universidad de Barcelona

Loreto Olavarría

Psicóloga, Master en Neurociencias Cognitivas,, University College London
 Investigadora Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Clínicas (LANNEC), Universidad de Chile.
 Neuropsicóloga clínica. Departamento de Neurología, Clínica Las Condes
 Directora de Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (COPRAD)

Fernando Henríquez

Psicólogo, Magíster en Neurociencias.
 Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Clínicas (LANNEC), Departamento de Fisiopatología - Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Departamento de Neurociencias Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
 Laboratorio de Neurociencias Cognitiva y Evolutiva (LaNCE), Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gonzalo Forno

Psicólogo, Universidad de los Andes.
 Master en Neurociencias Social, Universidad Diego Portales.
 Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Clínicas (LANNEC), Universidad de Chile.
 Doctorando en Medicina e Investigación Traslacional, mención Neurociencias Clínicas y Experimentales, Universidad de Barcelona, España.
 Profesor escuela de psicología Universidad de los Andes, Chile.

Andrea Slachevsky

Neuróloga, Doctorada en Neuropsicología en la Université Pierre et Marie Curie de Paris.
 Coordinadora de la Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría, Hospital Salvador, Universidad de Chile
 Directora Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Clínicas (LANNEC), Universidad de Chile.
 Investigadora Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO).
 Académica e Investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
 Neuróloga Clínica Alemana
 VicePresidente en Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (Coprada)

Ideas centrales

- La neuropsicología es un área de estudio en la que confluyen diferentes disciplinas, tales como la neurología cognitiva, la psicología cognitiva y la psiquiatría. Todas comparten como idea central la noción de que la neuropsicología estudia la relación entre cerebro y conducta.
- El uso de la evaluación neuropsicológica en personas mayores se enfoca principalmente (aunque no exclusivamente) en el estudio de las demencias.
- La evaluación neuropsicológica no busca establecer si existe o no daño orgánico cerebral (también conocido como DOC). La neuropsicología, por lo tanto, no busca establecer si existe o no un daño permanente en el cerebro. Lo que busca es reflejar el rendimiento de una persona en un determinado momento, como una fotografía, o “muestra representativa” de lo que puede ocurrir en la vida cotidiana.
- La evaluación cognitiva es el método de estudio de la neuropsicología clínica, y consiste en el estudio de las consecuencias que se observan en las funciones cognitivas, el comportamiento y las emociones debido a las anormalidades en la estructura y/o función cerebral.
- Los test de screening fueron desarrollados como instrumentos de evaluación breve y simple, permitiendo la detección temprana de pacientes con deterioro cognitivo y/o demencia, siendo administrados principalmente en población de alto riesgo o bajo sospecha.
- Los test de screening deben ser válidos, confiables, sensibles y específicos.
- Para realizar una entrevista clínica a personas con deterioro cognitivo y demencia, es importante considerar: el setting, la estructura de la entrevista, las variables demográficas en las que vive la persona, detectar problema/motivo de consulta, caracterización del problema, inicio y progresión, evaluar el desempeño en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), conocer el funcionamiento pre mórbido, recabar antecedentes médicos relevantes, antecedentes familiares, conocer los medicamentos que toma, conocer el comportamiento, colaboración, conciencia y estado de alerta.
- Principales errores durante la evaluación cognitiva son: no registrar todo, considerar sólo el puntaje final para la interpretación del test, cambiar las instrucciones de los test.
- Las condiciones donde no es recomendable realizar una evaluación neuropsicológica son: cuando el o la paciente está severamente afectado, cuando el diagnóstico está claro, cuando presente estrés y/o ansiedad, cuando ya se le realizó una evaluación neuropsicológica reciente (<de 6 meses), cuando existe una baja probabilidad de anormalidad, y cuando la persona presenta confusión o psicosis.

La neuropsicología es un área de estudio en la que confluyen diferentes disciplinas, tales como la neurología cognitiva, la psicología cognitiva y la psiquiatría. La literatura ofrece múltiples definiciones (1)(2), aunque **todas comparten como idea central la noción de que la neuropsicología estudia la relación entre cerebro y conducta**. Esta definición, por supuesto, no da cuenta de las múltiples dimensiones que son objeto de estudio para esta disciplina, cuyo interés no es puramente teórico, sino que busca tener una aplicación práctica al contribuir en el proceso de estudio clínico de personas con sospecha de algún tipo de disfunción cerebral (3)(4)(5).

El uso de la evaluación neuropsicológica en personas mayores, se enfoca principalmente (aunque no exclusivamente) en el estudio de las demencias. Tal como se mencionó en el capítulo 3.8: “Trastorno Neurocognitivo Mayor o Demencia”, en las últimas décadas se ha observado en Chile un incremento de la frecuencia de esta patología, y una de las explicaciones más razonables se asocia con el cambio demográfico que ha experimentado nuestro país (6), con un aumento importante de la población de personas mayores (7), siendo la edad, uno de los principales factores de riesgo para desarrollar Demencia tipo Alzheimer (8)(9).

En este contexto, la evaluación neuropsicológica tiene un rol importante pues contribuye al diagnóstico diferencial y a establecer la presencia o ausencia de deterioro cognitivo en la persona mayor (11)(12)(13), identificando tanto los dominios cognitivos que se mantienen indemnes, como aquellos que se encuentran comprometidos, lo que se conoce como “perfil cognitivo”. Esta evaluación también ayuda a determinar la presencia de otros factores psíquicos que influyen en el deterioro a investigar (como por ejemplo la depresiva con afectación cognitiva), contrariamente a lo que se ha enseñado tradicionalmente.

Es importante iniciar este capítulo diciendo que la evaluación neuropsicológica no busca establecer si existe o no Daño Orgánico Cerebral (DOC). Este concepto está completamente en desuso desde el punto de vista teórico y, sin embargo, es frecuente encontrar reportes neuropsicológicos estableciendo o descartando la presencia de DOC. La principal razón para descartar este concepto, se sustenta en la idea de que catalogar una conducta como “orgánica” está cargado de estigma. Las razones por las que pueda haber un desempeño por debajo de lo esperado en un test en específico son múltiples (14), y no siempre el déficit cognitivo es de carácter irreversible (y la etiología no será conocida a partir de ningún test neuropsicológico). Al plantear que es “orgánico”, alude a que efectivamente es algo irreversible, etiqueta de la cual es difícil deshacerse.

Por otra parte, este concepto es inespecífico. Sólo alude a que el funcionamiento cerebral es anormal, pero no da cuenta de perfiles cognitivos. Es tan útil como decir que una persona con fiebre “está enferma”.

La neuropsicología, por lo tanto, no busca establecer si existe o no un daño permanente en el cerebro. Lo que busca es reflejar el rendimiento de una persona en un determinado momento, como una fotografía, o “muestra representativa” de lo que puede ocurrirle en la vida cotidiana. Sin embargo, antes de inferir sobre la interferencia en la vida cotidiana, hay que considerar el método mediante el cual recogemos esta muestra.

La evaluación neuropsicológica usa como herramientas diferentes pruebas. Dichos test o pruebas están diseñados para evaluar uno o varios dominios cognitivos, y qué tipo de tarea se asocia a qué dominio cognitivo (y a qué red neuronal). No obstante, la evaluación neuropsicológica tiene sus limitaciones: por un lado, lo que evalúa no es un dominio cognitivo *per se*, sino que evalúa conductas, e infiriendo que -para ejecutar correctamente una determinada tarea- una serie de procesos cognitivos deben llevarse a cabo. Sin embargo, nunca es posible excluir del todo la interferencia de otras funciones cerebrales que soportan la función. Por ejemplo, al realizar una prueba de memoria a una persona que luego no logra recordar una serie de palabras, podemos suponer que la memoria está afectada, no obstante, si la persona tiene un trastorno severo de lenguaje, muy posiblemente esa alteración esté interfiriendo en el desempeño. Para entender en profundidad y lograr interpretar los resultados de una evaluación neuropsicológica, es fundamental tener conocimientos de neuropsicología, neuroanatomía y neurociencias cognitivas. Es necesario conocer muy bien qué dominio cognitivo mide cada test y, por sobre todo, interpretar los resultados integrando todos los

antecedentes que se tengan, y no sólo desde el resultado cuantitativo de una tarea (15).

En el presente capítulo se abordarán aspectos teóricos generales en relación a la evaluación neuropsicológica en contexto de la persona mayor, poniendo especial énfasis en el estudio de las demencias: 1) se introducirá a las diferentes formas en que se puede dar la evaluación neuropsicológica según el contexto; 2) se describirán brevemente las principales pruebas neuropsicológicas empleadas en el estudio de demencias, con especial énfasis en las pruebas de screening y, 3) se introducirá respecto de los principales perfiles cognitivos que se puede encontrar en demencias. Adicionalmente, y respondiendo a la contingencia internacional, se introducirán algunos elementos relacionados con la tele-neuropsicología.

1. Tipos de evaluación neuropsicológica

1.1. Niveles de evaluación cognitiva

La evaluación cognitiva, método de estudio de la neuropsicología clínica, consiste en el estudio de las consecuencias que se observan en las funciones cognitivas, el comportamiento y las emociones debido a las anormalidades en la estructura y/o función cerebral (16)(17). Su objetivo primario es estudiar las áreas cognitivas alteradas y las áreas preservadas, es decir el patrón (perfil) de la disfunción cognitiva, lo que posibilitará su cuantificación e interpretación (18).

Los instrumentos de evaluación cognitiva, o pruebas neuropsicológicas, son una de las principales fuentes de información, junto con la entrevista clínica, el reporte del propio paciente (18), su comportamiento observado durante la entrevista, y la información entregada por un o una informante confiable (habitualmente un familiar, cuidador o cuidadora). Estos test permiten evaluar cuantitativa y cualitativamente las funciones cognitivas y el comportamiento de las personas (18) teniendo fines diagnósticos (diagnóstico diferencial entre distintos tipos de demencia), hacer el seguimiento progresivo de la enfermedad (evolución de la disfunción), y la evaluación de las intervenciones terapéuticas dirigidas a los y las pacientes (usos de fármacos, terapias cognitivas y programas conductuales), generando con esto un adecuado abordaje tanto médico y social, así como también una adecuada evaluación de las capacidades funcionales de la persona en estudio (17)(19).

Es por esto que, en el año 1984, cuando se establecen los criterios diagnósticos de la NINCDS-ADRDA (20) para la enfermedad de Alzheimer, los test cognitivos adquieren una importancia en el estudio del deterioro cognitivo ya que, para poder hablar de enfermedad de Alzheimer probable, ésta deberá estar; a) avalada por los datos del examen clínico; b) documentada por el Mini mental (MMSE), o una prueba similar y; c) confirmada por una evaluación neuropsicológica (16).

Estas características generaron que el Subcomité de Estándares de Calidad de la Academia Americana de Neurología recomendará el uso de test cognitivos generales, o llamados screening cognitivos, para la detección de trastorno cognitivo, y el uso de baterías neuropsicológicas (conjuntos de test) para la identificación de personas con demencia en personas donde se sospeche un deterioro cognitivo (21).

Así, los test de evaluación cognitiva adquirieron un gran reconocimiento por parte de la comunidad científica, ya que estos permitirían, principalmente los test de screening, la detección temprana de posibles casos que estén bajo sospecha de demencia (22). La identificación se llevaría a cabo a través de la detección del deterioro cognitivo, permitiendo un diagnóstico diferencial y conociendo si la causa del deterioro requiere o no de una mayor atención, lo que contribuiría finalmente al proceso de diagnóstico de la enfermedad (19).

En suma los instrumentos de evaluación cognitiva se dividen principalmente en dos grupos (16):

1. Los test de screening que permiten detectar el deterioro a través de una evaluación breve de las funciones cognitivas.
2. Las pruebas de profundización, que conforman las baterías neuropsicológicas y los protocolos de evaluación de dominios cognitivos específicos.

El presente capítulo se centrará en el primer grupo de instrumentos, los test de screening, ya que permite tener un panorama general de las funciones cognitivas (23).

1.2. Definición de test de screening

Los test de screening fueron desarrollados como instrumentos de evaluación breve y simple, permitiendo la detección temprana de pacientes con deterioro cognitivo y/o demencia, siendo administrados principalmente en población de alto riesgo o bajo sospecha. (22)(24). A continuación se dan a conocer las características de los test de screening.

1.2.1. Características de los test de screening.

En primer lugar se debería incluir un test multifactorial e integral, donde se incluyan al menos 6 dominios cognitivos básicos: atención, memoria de trabajo, aprendizaje verbal y recuperación, lenguaje expresivo, capacidad visoconstructiva, función ejecutiva y razonamiento abstracto (25). Esto con el fin de constituir un test sensible a disfunciones de diferentes áreas cerebrales (26), y así poder entregar una visión global del funcionamiento cognitivo. De esta manera se podría identificar el deterioro cognitivo del cual se sospecha (23).

Brevidad y simplicidad en su aplicación (16)(19)(23)(24)(27). Esto debido a que los y las profesionales que administran estos instrumentos, no disponen de grandes periodos de tiempo. Además es necesario que sean de fácil aplicación y que no requieran de un gran entrenamiento para su uso. Todo esto es relevante para la identificación de manera rápida y simple de las personas con demencia o trastornos cognitivos, especialmente por parte de los y las profesionales que tengan acceso a estas personas; profesionales de la medicina, enfermería y profesionales de los centros de atención primaria de salud (23).

Otra característica importante es que el test sea aceptado por la población evaluada (23)(24)(27). Al mismo tiempo no debiera requerir de una gran cantidad de materiales para su utilización. Actualmente existen excelentes test de screening, pero en algunas ocasiones son rechazados ya que su aplicación requiere de la presencia de materiales especializados, entre los que se encuentran: software de alto costo, cuadernillos, tarjetas, objetos reales entre otros. En el mejor de los casos no debiera requerir más que un lápiz y papel (23).

Seguir los principios básicos de toda evaluación cognitiva (neuropsicológica); tales como los siguientes (16)(17)(18)(23)(25)(27)(28):

- **Válidas:** es decir que el test mide realmente la función en estudio y que sus resultados reflejen las reales capacidades de las personas, y que no están influidos por el evaluador o evaluadora u otras variables externas.
- **Confiables:** es decir que la evaluación evite los errores azarosos y los resultados sean replicables.
- **Sensibles:** es decir ser capaz de detectar una alta proporción de individuos con una enfermedad; sin embargo puede tener la desventaja de considerar enfermas a personas que son sanas (situación que se conoce como "falsos positivos")

- **Especificidad:** es decir ser capaz de identificar correctamente a las personas sanas; sin embargo puede fallar en la detección de pacientes con algún trastorno específico (lo que se conoce como “falsos negativos”).

En una evaluación cognitiva se aconseja comenzar con una serie de test de screening, con el objetivo de tener una visión global del funcionamiento cognitivo, y ver si existe la presencia o no de un deterioro respecto a lo que se esperaría en un sujeto sano. En un segundo momento, y en función de los resultados obtenidos, se podrían definir los test específicos o baterías neuropsicológicas pertinentes a la situación clínica en estudio (17)(18). Esto último, por supuesto, dependerá del contexto en el que se realice la evaluación, pues en la atención primaria de salud es improbable que sea posible pasar a una evaluación más exhaustiva, mientras que en una Unidad de Memoria (atención secundaria) es esperable que se haga una evaluación más allá del screening.

Es importante mencionar que estos instrumentos no deben ser considerados como un sustituto de la evaluación neuropsicológica detallada, sino que deben ser vistos como material complementario (25). También es necesario señalar que estos test no establecen diagnóstico de demencia, si no que detectan posibles casos de la enfermedad, el que debe ser confirmado por una evaluación clínica, donde una evaluación neuropsicológica detallada puede ser útil y orientadora, pero no entrega diagnósticos (24).

La relevancia de realizar una evaluación cognitiva con test de screening, consiste principalmente en detectar y diferenciar las alteraciones generadas por un síndrome demencial, de la declinación normal que ocurre conforme avanza la edad (16) (19).

El principal desafío en la utilización de este tipo de herramientas, es poder detectar y ayudar a establecer el diagnóstico eficaz de un síndrome demenciante antes de que se cumplan sus criterios clínicos específicos (17)(27), ya que por definición una demencia puede ser diagnosticada sólo cuando las alteraciones cognitivas son lo suficientemente intensas como para alterar la funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

En la actualidad se cuenta con una gran cantidad de test de screening, los que permiten diferenciar a las personas normales (sin deterioro) de las personas con deterioro cognitivo (29). Sin embargo, también muchos de estos test poseen importantes debilidades que limitan su aplicación (30). La mayoría de estos son poco sensibles y/o requieren de mucho tiempo y de un personal entrenado para su administración y puntuación (31), además no se encuentran adaptados a la cultura donde se utilizan, situación que limita sus usos, especialmente en los centros de atención primaria (32). Es importante recalcar que ninguna escala o screening o test es suficiente por sí solo para establecer diagnóstico de deterioro cognitivo. Se debe evaluar en conjunto con otras condiciones biomédicas y sociales. Para mayor detalle respecto de algunos test de screening útiles en la evaluación de personas con sospecha de demencia, revise la tabla 1 en la siguiente página.

TABLA 1. PRINCIPALES TEST NEUROPSICOLÓGICOS DE SCREENING USADOS EN EL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS

NOMBRE	DOMINIO QUE EVALÚA	DATOS PSICOMÉTRICOS	COMENTARIOS
Minimental (MMSE)	Eficiencia cognitiva global	1. Punto de corte de 21 puntos, sensibilidad (93%) y especificidad (46,1%). 2. Normas 61-90 años y 0-4 años de escolaridad: 19 puntos. 5-8 años de escolaridad: 22 puntos. 9-12 años de escolaridad: 26 puntos. >12 años de escolaridad: 28 puntos.	Sesgo de escolaridad. No evalúa funciones ejecutivas. Tiempo aplicación: 10 min.
ACE -R	Eficiencia cognitiva global	Punto de corte 76 (sensibilidad 92% y especificidad 93%).	Versión que incluye MMSE. (problemas por derecho de autor) Tiempo aplicación: 15 a 20 min.
ACE - III	Eficiencia cognitiva global	Punto de corte de 86 el instrumento tiene una sensibilidad de 98,5% y una especificidad de 82,01%.	Versión no incluye MMSE. Publicación chilena en elaboración (actualmente disponible publicación chileno-argentino). Tiempo aplicación: 15 a 20 min.
Moca	Eficiencia cognitiva global	1. Corrección: <8 años de escolaridad +2 8-12 años de escolaridad +1 punto de corte para DCLa <21 punto de corte para EA leve <20.	Prueba requerirá certificación para su aplicación a partir del año 2020.
Ineco Frontal Screen	Screening Funciones ejecutivas	Puntaje de corte 18 (sensibilidad 90%; especificidad 86%)	Tiempo aplicación: 10 min.
Memory Impairment Screen	Screening Memoria episódica	1. Punto de corte de 4 puntos, sensibilidad (96%) y especificidad (86%). 2. Punto de corte de 4 puntos, sensibilidad (82%) y especificidad (75%).	Tiempo aplicación: 4 min.
Frontal Assessment Battery	Screening Funciones ejecutivas	Puntaje de corte 17 puntos.	
The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	Eficiencia cognitiva global	21/22 puntos para discriminar demencia, con una sensibilidad del 94,5% y una especificidad del 75%.	El 2018 se desarrolló un proyecto de tesis (Sepúlveda, C., 2018). No se cuenta con un estudio de normalización nacional ni validación con grupos clínicos Tiempo aplicación: 5-10min.
TAM	Screening memoria	punto corte para DCLa <36. punto corte para EA <28-	No cuenta con validación chilena. Tiempo aplicación: 5-10min.

Fuente: Elaboración propia en base a (33-48).

Por ello, es importante contar y utilizar mejores pruebas de screening para la evaluación de personas con demencia y/o deterioro cognitivo, que sean breves y simples en su aplicación, pero a la vez sensibles y específicos en la detección del deterioro en estados iniciales (25)(31)(49)(50). Para ello se han desarrollado instrumentos que no requieren de mucho tiempo y de un personal o equipos especializados para su administración y puntuación, lo que les permite ser incorporados de manera efectiva en distintos contextos de atención de salud (32).

Si bien los test seleccionados son importantes para la detección de deterioro cognitivo, dichos test deben ser interpretados considerando el contexto del sujeto. Debemos intentar comprender quién ha sido la persona que estamos evaluando en términos de logros académicos y laborales, a fin de tener una aproximación a su reserva cognitiva. Si bien este es un elemento más bien cualitativo, es sumamente importante a la hora de interpretar los resultados. Algunas herramientas que ayudarán a esto, es la entrevista clínica cognitiva, tema que se desarrollará a continuación.

2. Entrevista clínica de personas con deterioro cognitivo y demencia.

a. Aproximación a la entrevista clínica cognitiva (setting)

Para realizar una entrevista clínica y una evaluación cognitiva, existen diferentes aspectos a considerar como el ambiente físico, los materiales, el vínculo entre otros. Se recomienda un lugar (pieza o box de atención) iluminado y silencioso, donde no existan distracciones o fuentes de interrupción, como radio, televisión, teléfono, entre otros. El entrevistador o entrevistadora debe sentarse, preferentemente frente a la persona para poder observar en todo momento la entrevista y evaluación, el comportamiento y el rendimiento de la persona. Los muebles utilizados (mesa y sillas) deben ser cómodos y del tamaño adecuado para la persona evaluada (51).

Antes de comenzar con la entrevista y aplicación de instrumentos (test cognitivos), es recomendable ordenar los materiales que se utilizarán en la sesión. Los materiales utilizados deben quedar preferiblemente fuera de la vista de la persona y al alcance de la persona que evalúa (51). Es fundamental estar familiarizado con los materiales, los procedimientos y la administración de la entrevista y la aplicación de las pruebas, para asegurar que se tenga un buen ritmo y sea de manera apropiada. Se necesitará un lápiz, un cronómetro, la pauta de entrevista y los instrumentos utilizados (51).

Establecer y mantener el vínculo con la persona entrevistada es esencial para su cooperación durante la entrevista y administración de los instrumentos. La aproximación a la persona se adaptará de acuerdo con el encuadre, la familiaridad con la persona que realiza la evaluación, el motivo de consulta y otros factores asociados (51). La actitud y lenguaje corporal comunican tanto como nuestras palabras, por lo que es importante hablar de una manera amable y respetuosa. Se debe cuidar la expresión facial, el tono de voz y el contacto físico respetuoso, ya que éstos apoyan el mensaje que queremos brindar y muestran afecto. Considerar también transmitir tranquilidad y ser pacientes, dejando tiempo para que la persona pueda comprender y/o interactuar. El establecimiento de un adecuado vínculo asegura la cooperación y el interés de la persona evaluada.

En el proceso de evaluación cognitiva se pueden distinguir tres etapas diferentes: (a) obtención de la historia clínica y el establecimiento de una relación positiva con el o la paciente (a través de la entrevista clínica); (b) aplicación y posterior calificación de las pruebas y cuestionarios; (c) análisis e interpretación de los resultados, la elaboración del informe y la devolución de los resultados. En este capítulo nos centraremos en las etapas "a" y "b".

b. Estructura de la entrevista

La entrevista clínica se constituye como uno de los instrumentos diagnósticos más importantes con el que cuenta un o una profesional de salud durante una evaluación cognitiva. A través de esta se obtiene la más completa información sobre la historia clínica (anamnesis) de la persona evaluada (médica, psicosocial, funcional entre otros), y las variables mediadoras; tales como la edad, el funcionamiento premórbido, el nivel de escolaridad, el estado funcional, entre otras. Sin la obtención y comprensión global de esta información resultaría totalmente imposible poder interpretar los resultados de cualquier instrumento de evaluación cognitiva (test) (52).

Esta herramienta tiene por objetivo obtener una visión global de la persona evaluada del momento actual, específicamente a través de la obtención de información relevante, válida y confiable acerca de el entrevistado o la entrevistada y sus dificultades, pero también información acerca de los patrones conductuales, psicológicos y habilidades motoras y cognitivas previas al inicio de una condición médica actual, lo que nos permitirá poder descartar la posible existencia de dificultades previas, como por ejemplo alteraciones de adaptación social (consumo de alcohol y otras drogas, trastornos psiquiátricos, dificultades sociales entre otros), los que puedan explicar las dificultades actualmente observadas (52)(53).

Por lo tanto, con la entrevista se puede obtener un relato y descripción completa de la propia persona evaluada, desde su situación actual (problemas específicos), a problemas previos al motivo de consulta actual, y la importancia que les concede a todos ellos.

Por otra parte, también es necesario entrevistar de manera independiente a un o una familiar y/o informante confiable de la persona en estudio, esto porque es frecuente observar diferencias significativas entre la información entregada por el o la informante y las persona con lesiones cerebrales, por ejemplo, observar una gran subestimación de las dificultades cognitivas por parte de el o la paciente (52).

Finalmente, la entrevista nos permitirá en primer lugar, obtener la información necesaria para poder constituir una anamnesis completa de la persona en estudio, su evolución en el tiempo. En segundo lugar nos permitirá contrastar el grado de acuerdo entre las dos fuentes de información (persona evaluada e informante), constituyéndose como un elemento esencial para conocer el grado de autoconciencia de las dificultades que tiene la persona con la enfermedad.

c. Variables demográficas

Entre las variables demográficas más importantes para recabar, encontramos:

- i. La edad (existen diferencias cerebrales entre personas jóvenes y personas mayores): esta variable es relevante porque puede permitir dar cuenta de la plasticidad cerebral, la vulnerabilidad a ciertos eventos y la respuesta a variadas lesiones cerebrales. El procesamiento de la información (y su velocidad) cambia con la edad en un mismo individuo (54), por lo que la interpretación de los resultados de los instrumentos utilizados deberá ser realizada en función al grupo etario de la persona evaluada.
- ii. Nivel educativo: el que nos permite inferir posibles variables pre mórbidas, factores de protección o de riesgo después de una alteración o lesión cerebral. Esta variable generalmente es medida con la cantidad de años de escolaridad a partir de primero básico (o primero de preparatoria).

Asociado a esta última variable, se encuentra también el nivel sociocultural, el que no está reflejado necesariamente por los años de estudio, sino que se refiere al nivel de exigencia intelectual de la actividad o profesión realizada por el individuo, y las actividades culturales y de ocio durante el tiempo libre. Todos estos factores se denominan **reserva cognitiva** (55), por lo que es relevante conocer y obtener información en relación con este punto, ya que se sabe que, al existir una mayor reserva cognitiva, existe una mayor resistencia a las enfermedades cerebrales.

d. Detección del problema/motivo de consulta

La detección del motivo de consulta busca detallar las razones de la evaluación cognitiva o de explicar la derivación por parte de un o una profesional (56). Específicamente lo que se busca es conocer la principal dificultad o problema de la persona evaluada. Un ejemplo puede ser los problemas de memoria, específicamente dificultades para recordar información reciente, como también problemas con la coordinación motriz o problemas de atención, concentración o alerta.

e. Caracterización del problema, inicio y progresión

Posterior a la identificación del problema, es relevante conocer las características centrales de estas dificultades y cómo se manifiestan (18)(57). Se busca recabar información sobre el comienzo de los síntomas (brusco o insidioso), como ha sido su evolución en el tiempo (progresivo o estable), el grado de conciencia (total, parcial o anosognosia), desencadenantes, frecuencia en que se presentan y el manejo de estos (18)(57). Siguiendo con el ejemplo anterior “qué tipo de información olvida”; pueden ser conversaciones recientes, nombres de personas, conceptos, se encuentra repetitivo, pierde objetos, entre otros.

f. Desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD)

Dado que para realizar el diagnóstico de demencia se debe objetivar que hay un impacto significativo en la funcionalidad, ciertamente el reporte debe incluir esta información, la que debe ser recogida con instrumentos que valoran esta esfera, aplicadas a un o una informante. Un cuestionario que ha mostrado ser útil es el T-ADLQ, (58)(36), que da cuenta del compromiso funcional de un sujeto, abarcando actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

g. Funcionamiento pre mórbido

Para ser capaces de detectar la existencia de un deterioro cognitivo adquirido que pudiera ser señal de una enfermedad neurodegenerativa, es fundamental comparar los resultados actuales con lo que la persona lograba hacer previamente. Esta tarea no siempre es fácil, ya que determinar el estado cognitivo previo sin una evaluación objetiva anterior puede dar lugar a errores de estimación. La manera en que tradicionalmente se ha valorado esto es mediante los años de escolaridad, lo que da cuenta en cierta medida a la exposición que ha tenido la persona al proceso de culturización formal. No obstante, esta medida no es exacta, pues no refleja siempre la exigencia intelectual a la que la persona se ha visto expuesta a lo largo de su ciclo vital.

De esta manera, podríamos tener un caso de una persona con 4 años de escolaridad, pero que toda la vida trabajó en una empresa en la que fue ascendiendo, y en la que finalmente se desempeñó como administrativa de confianza, a cargo de otras personas. Se recomienda, por lo tanto, profundizar en las capacidades que ha desarrollado la persona en su vida, las tareas que ha desempeñado, los pasatiempos que pudieran traducirse en una mayor reserva cognitiva, entre otras cosas.

Esta información es fundamental para una correcta interpretación de los resultados obtenidos, evitando falsos positivos y falsos negativos.

h) Antecedentes médicos relevantes

Este tipo de información es relevante para conocer posibles factores de riesgos o desencadenantes que pudieran explicar las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales actuales de una persona. Entre estos encontramos los siguientes:

- i. **Neurológicos:** Al recabar la información de los antecedentes médicos relevantes, el conocer la historia de problemas neurológicos es fundamental para una correcta interpretación de los datos. Es por ello por lo que es necesario preguntar dirigidamente por la existencia de tales antecedentes. Algunos datos relevantes por conocer pudieran ser: antecedentes de Accidentes Cerebrovasculares (ACV), Traumatismos Encefalocraneales (TEC), crisis convulsivas y trastornos del movimiento, entre otros.
- ii. **Psiquiátricos:** De acuerdo con Burin, Drake and Harris (59), la siguiente es información psiquiátrica indispensable para obtener antes de comenzar la evaluación cognitiva:
 - Diagnóstico según alguno de los sistemas de mayor consenso (DSM o CIE).
 - El diagnóstico debe incluir el estado actual (asintomático, o presentando síntomas de la enfermedad), con los años de evolución del cuadro actual, tratamiento psicofarmacológico actual, tratamiento farmacológico general, evaluación del estado de ánimo, cambios en el apetito y trastornos del sueño.

i) Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares, especialmente los que por su importancia (trastornos neurológicos o psicológicos) pueden resultar en factores de riesgo para la presencia o aparición de alteraciones cognitivas o psiquiátricas en la persona evaluada. Además, esta información facilita poder sospechar la existencia de factores ambientales que puedan explicar la cronificación y mantenimiento de la sintomatología actual de la persona en estudio (56).

j) Medicamentos

La información con relación a los medicamentos en general, como también de los psicofármacos, son relevantes a la hora de realizar una evaluación cognitiva. Esta información será de real interés a la hora de conocer y comprender algunos comportamientos que tenga la persona evaluada durante una entrevista clínica o administración de los test cognitivos. El tratamiento psicofarmacológico podría explicar la conducta y rendimiento frente a una evaluación cognitiva. Los medicamentos de enfermedades crónicas (HTA y diabetes), podría explicar también algunos déficit o posibles factores de riesgo futuros.

k) Comportamiento, colaboración, conciencia y estado de alerta

Estas variables se refieren a la percepción que tiene el o la profesional clínico en relación con la conducta de la persona evaluada. La conducta durante la prueba entrega información valiosa y orienta hacia posibles diagnósticos sindromáticos. Como ejemplo, Burin, Drake and Harris (59) enfatizan que hay ciertos cuadros psiquiátricos que, debido a los síntomas propios del síndrome, podrían en cierta forma modificar la predisposición (colaboración) de la persona hacia la evaluación, lo que ciertamente afecta los resultados.

2.1. Principales errores durante la evaluación cognitiva

Es posible cometer algunos errores que podrían afectar el proceso de evaluación y la posterior interpretación de sus resultados.

- i. **No registrar todo:** todo lo elicitado por el o la paciente es información valiosa a la hora de analizar e interpretar. Por lo tanto, el análisis de los errores cometidos por el sujeto puede otorgar información cualitativa adicional, también llamada semiología.
- ii. **Considerar solo el puntaje final para la interpretación del test:** no sólo los puntajes brindan información, sino que también, los elementos cualitativos y la semiología, por lo que es sustancial registrar y analizar todos los aspectos del sujeto evaluado. Diversas razones pueden interferir con la evaluación, como la ansiedad o la depresión (60). Similar es el caso con los años de escolaridad, donde, tanto en personas adultas jóvenes como en personas mayores, a mayor cantidad de años de estudio, mejor desempeño. (61)(62).
- iii. **Cambiar las instrucciones de los test:** Todos los test pasan por un riguroso proceso psicométrico para otorgarles la cualidad de ser confiables y válidos, siendo probados en diferentes poblaciones para conocer su capacidad de discriminación, adaptados a la cultura, entre otros múltiples procedimientos (60). Esto no significa que el test sea perfecto, ya que ninguno lo es, sin embargo, por muy tentador que sea modificar las instrucciones para “ayudar” a una persona con baja escolaridad, o adaptarlas pues pareciera que los estímulos presentados no son los más idóneos, debemos recordar lo siguiente:

Si pensamos que los errores cometidos guardan relación con un problema sociocultural, es muy probable que el test no esté reflejando las reales capacidades del sujeto. En ese caso, recomendamos consignar esto dentro del reporte. Recordemos que evaluar es mucho más que pasar pruebas, y es necesario dar un significado al puntaje total, aportando toda la información de la que disponemos para poder hacer una correcta interpretación de los resultados.

Muchas veces los estímulos elegidos son de baja frecuencia de uso, precisamente para poder discriminar mejor. Si todos los estímulos fueran de fácil acceso por ser frecuentemente empleados en la vida cotidiana, es posible que la persona encuentre la respuesta correcta sólo por azar, sin permitirnos identificar cual es la dificultad genuina.

2.2. Variables que influyen en la evaluación cognitiva

Cabe insistir en cómo los resultados de un test en un determinado momento deben ser interpretados a la luz del contexto en el que se da la evaluación y de todos los antecedentes disponibles. Es así, como existen algunos antecedentes y variables que no debemos perder de vista:

Las variables personales mencionadas anteriormente, como las dificultades médicas, la edad y el nivel educacional, y también otras variables, como el nivel sociocultural, el origen étnico, el nivel cognitivo pre mórbido y el sexo (18). Cabe realizar una distinción entre en nivel educacional, medido como la cantidad de años de escolaridad, y el nivel sociocultural de la persona, que considera además de los años formales de educación, la exigencia intelectual que es ejercida por el oficio o profesión que se lleva a cabo, así como también en las actividades culturales y de ocio que realiza la persona durante su tiempo libre. Como se mencionó anteriormente, el efecto del conjunto de estos factores es lo que se denomina “reserva cognitiva”. Se ha establecido que al tener una mayor reserva cognitiva, se traduciría en una mayor resistencia a enfermedades cerebrales con alteración de las capacidades cognitivas (55).

Por otra parte, existen las variables de las pruebas, como el “efecto techo y piso”. Una persona con un buen nivel intelectual (o muy talentoso) puede tener un rendimiento adecuado en el test, porque este no representa una dificultad para él o ella, y no porque el área cognitiva estudiada esté indemne (efecto techo). Por otro lado, una persona puede presentar rendimientos disminuidos en un test porque este es muy difícil para el o ella, y no porque presente una alteración del área cognitiva en estudio (efecto piso) (18).

En resumen, para hacer un apropiado uso de los instrumentos y extraer la mayor cantidad de información posible de ellos, es indispensable considerar el contexto, las variables personales del evaluado y las características de las pruebas, siendo rigurosos en su aplicación y analizar minuciosamente cada uno de los diferentes ítems y sus resultados a la luz de la teoría.

3. Cuando derivar a una evaluación neuropsicológica en profundidad

Si bien los test de screening constituyen una poderosa herramienta para aproximarnos a la evaluación del estado cognitivo de un sujeto, en ocasiones no será suficiente y se requerirá de una evaluación más exhaustiva. Se espera que dicha evaluación sea desarrollada por un o una profesional con formación en neuropsicología clínica, en el nivel secundario de atención de salud (p.ej.: en una Unidad de Memoria).

Se recomienda una evaluación neuropsicológica en los siguientes casos (63):

- Existe discrepancia entre lo que describe el o la paciente o su cuidador o cuidadora y el resultado del test de screening utilizado respecto de su nivel de funcionamiento.
- El o la paciente presenta compromiso focal que puede no ser adecuadamente pesquisado por instrumentos de screening (como por ejemplo habilidades visuoespaciales o alteraciones de conducta).
- Se sospecha deterioro cognitivo leve y se requiere tener un examen basal para su seguimiento, para apoyo en el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de demencia.
- El o la paciente ha tenido un cuadro con síntomas atípicos y/o de rápida evolución.
- Existe interferencia de posibles factores anímicos.
- Los resultados en la evaluación cognitiva de screening no son concluyentes.

Así mismo, es importante considerar que una evaluación neuropsicológica exhaustiva no es recomendable bajo ciertas condiciones, tal como se ilustra en la tabla 2 adaptada de Zuchella et al., 2018 (63).

TABLA 2: CONDICIONES EN LAS CUALES NO ES RECOMENDABLE REALIZAR UNA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

INSTANCIA	DESCRIPCIÓN
Paciente severamente afectado	<ul style="list-style-type: none"> - La evaluación no será (o muy poco) informativa. - Cuando el costo del paciente excede el posible beneficio de la evaluación (fatiga, ansiedad, sentimiento de no rendir como debería, entre otros).
Cuando el diagnóstico está claro	<ul style="list-style-type: none"> - Al momento de la posible evaluación ya se tiene un diagnóstico claro de la afectación del paciente.
Estrés y/o ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Está claro el diagnóstico y el o la paciente claramente fallará en la evaluación.
Evaluación neuropsicológica reciente (<de 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Declive cognitivo significativo en un corto tiempo, con un nuevo evento neurológico o una demencia de progresión rápida. - Efectos de aprendizaje en el poco tiempo de intervalo entre las evaluaciones, esto excepto si se usan versiones paralelas de los test.
Baja probabilidad de anormalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica excluye condición cognitiva o neurológica. - Considerar evaluación cognitiva sólo si la evaluación es la única forma de restaurar la salud individual acerca del deterioro cognitivo.
Confusión o psicosis	La evaluación neuropsicológica será inválida y podría exacerbar el cuadro o fomentar conducta anormal.

Fuente: Elaborado en base a la adaptación de Zuchella et al., 2018 (63).

4. Perfiles cognitivos en demencias

4.1. Envejecimiento normal vs anormal

Al momento de realizar una evaluación cognitiva, una de las primeras preguntas que emergen es si los hallazgos corresponden a cambios esperables del envejecimiento, o si por el contrario nos encontramos frente a un cuadro que requiere de mayor observación. Si bien al momento de interpretar los resultados de los test nos basaremos en elementos como, los puntajes de corte y la escolaridad, para interpretar cuán ajustado está el resultado del sujeto en relación a lo que se esperaría en una persona de su edad y escolaridad. Para ello, la tabla 3 es útil para conocer a grandes rasgos cómo es la clínica de una persona que esté presentando un envejecimiento normal, versus uno anormal.

TABLA 3: ENVEJECIMIENTO NORMAL VERSUS PATOLÓGICO.

TEMA	ENVEJECIMIENTO NORMAL	ENVEJECIMIENTO ANORMAL
Olvidos	Fragmentos o detalles de un evento.	De la ocurrencia del evento.
Olvido de tipo atencionales	No aumentan en frecuencia (comunes).	Aumentan en frecuencia.
Olvido de palabras o nombres	Ocasional.	Frecuente.
Capacidad de recordar eventos con ayudas externas (pistas)	Sí.	Frecuente, se va perdiendo progresivamente.
Capacidad de utilizar ayudas mnemotécnicas	Sí	Frecuente, se va perdiendo progresivamente.
Cálculo	Conservada.	Disminución progresiva.
Comprensión de un programa de TV o libro	Conservada.	Disminución progresiva.
Capacidades en las AVD	Conservada.	Disminución progresiva.
Orientación temporal	Conservada.	Disminución progresiva

Fuente: Elaborado en base a (64).

4.2. Depresión versus demencia

Un segundo diagnóstico diferencial importante es poder distinguir entre los cambios cognitivos secundarios a un trastorno del ánimo, versus un trastorno cognitivo mayor, que puede a su vez estar acompañado por síntomas del ánimo o de pérdida de iniciativa (65). La distinción entre las distintas entidades no es fácil, pues muchas veces la sintomatología se sobrepone. No obstante, es fundamental poder identificar si existe un posible cuadro del ánimo explicando los síntomas cognitivos, dado que puede ser un factor potencialmente reversible (66).

El perfil cognitivo en depresión clásicamente se asocia a alteraciones en las funciones ejecutivas (67) y en memoria, aunque las dificultades en memoria no se deben a problemas de almacenamiento, sino más bien de registro y acceso a la información (68). Esto se evidencia en alteraciones en pruebas que evalúan funciones ejecutivas, como es el caso del Frontal Assessment Battery (FAB) o el Frontal Screening (IFS), a la vez que las dificultades en memoria se observan con un perfil de dificultad en recuerdo libre, que mejora con claves semánticas, para lo cual puede ser útil la prueba Memory Impairment Screen (MIS), o bien la sección de memoria del Moca.

En el caso de una Enfermedad de Alzheimer, por otro lado, lo que destaca desde el inicio es la alteración en las funciones mnésicas, donde lo que predomina es la grave dificultad en consolidación de la información recientemente aprendida. Esto se traduce en rendimientos muy bajos en recuerdo libre, que no logra mejorar con la presencia de claves semánticas (69). Para mayor detalle acerca de la clínica de depresión versus demencia, puede revisar la tabla 4.

TABLA 4: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN Y LA DEMENCIA

SÍNTOMA	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Respuesta al deterioro cognitivo y funcional	Anosognosia o negación.	Excesiva preocupación por déficit.
Ánimo	Normal en su mayoría. Mejora con apoyo.	Comienzo subagudo de tristeza. No mejora con estimulación.
Interés e iniciativa	Progresiva apatía, sin tristeza. Disfruta de actividades en entornos estructurados.	Disminución subaguda del interés y disfrute, acompañado de tristeza, culpa, desesperanza.
Apetito y peso	Progresiva pérdida de peso. En DFT aumenta peso.	Cambios subagudos en apetito con aumento o pérdida de peso.
Sueño	Progresiva alteración del ciclo, dado los cambios cerebrales, con inversión.	Cambios subagudos en sueño con aumento o pérdida.
Agitación psicomotora	Progresiva aparición de agitación, sundowning, peor en ambientes no familiares, buscan personas o lugares del pasado.	Peor en las mañanas, puede persistir todo el día. Acompañado de otros síntomas.
Enlentecimiento psicomotor	Infrecuente en etapas leves a moderadas. Ocasional en avanzadas.	Subagudo en depresión severa.
Energía	Normal, aunque actividad reducida por apatía y disfunción ejecutiva.	Disminución y quejas de fatiga.
Culpa o sentimiento de inutilidad	Infrecuente, aunque puede ser transitoria en períodos de estrés.	Frecuente en depresión severa, acompañado de bajo ánimo y pérdida de apetito y sueño.
Concentración y pensamiento	Normal al inicio, luego decae.	Disminución subaguda de concentración, preocupación por errores.
Pensamiento suicidas o conducta	Infrecuente.	Frecuente.

Fuente: elaborado en base a (70).

4.3. Perfiles cognitivos en los distintos tipos de demencia

Una de las ventajas de realizar una evaluación neuropsicológica exhaustiva es que permite discriminar de forma muy fina respecto de las áreas conservadas y deficitarias de un sujeto, lo que permite a su vez establecer el perfil cognitivo.

Esto tiene relevancia en el estudio de las demencias, toda vez que cada tipo de demencia se asocia a un perfil cognitivo característico y, aunque no siempre estos perfiles se cumplan a cabalidad, si son orientadores respecto de lo que se esperaría en los resultados de una persona con un determinado diagnóstico (y lo que no se esperaría). Un buen ejemplo, es el de la Demencia tipo Alzheimer, que como ya se comentó en el capítulo anterior (3.8.), tiene como característica una alteración temprana y significativa de la memoria episódica verbal. Por lo tanto, si se sospecha que una persona tiene este tipo de enfermedad, y la neuropsicología muestra que los resultados en memoria son completamente normales, es improbable que entonces esa hipótesis diagnóstica se confirme. Esto no quiere decir que en el futuro la persona no pueda desarrollar la enfermedad, o que estos resultados en esa persona no vayan a cambiar en el tiempo, pero al menos en ese momento en que se tiene ese resultado, probablemente la neuropsicología contribuiría al diagnóstico diferencial.

Es muy importante conocer los distintos perfiles cognitivos tanto para interpretar los resultados, como para saber si se requiere de una mayor profundización en el estudio. En la tabla 5 se muestran las principales características clínicas y neuropsicológicas de la demencia tipo Alzheimer, la demencia por Cuerpos de Lewy, la demencia Vascular y la Demencia frontotemporal variante conductual.

TABLA 5. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y NEUROPSICOLÓGICAS DE DISTINTOS TIPOS DE DEMENCIA

TEMA	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY	DEMENCIA VASCULAR	DEMENCIA FRONTOTEMPORAL VARIANTE CONDUCTUAL
Síntoma inicial	Olvidos	Síntomas cognitivos, psicóticos o motores	Confusión inicial. Según localización de la lesión	alteración conductual, desinhibición, apatía, falta de cognición social
Inicio	Insidioso	Insidioso o brusco	Brusco	Insidioso
Progresión	Gradual	Fluctuante, rápida	Escalonada	Gradual, rápida
Daño	Cortical	Cortical y/o subcortical	Según localización de la lesión	Estructuras frontotemporales
Atención	Conservada	Alterada o fluctuante	Alterada	Alterada
Memoria episódica	Alterada	Alteración leve	Globalmente conservada	Al inicio preservada
Lenguaje	Conservado	Conservado	según la lesión puede estar alterado	Estereotipado
Marcha	Conservada	Alterada	Alterada	Conservada
Visuoconstrucción	Deterioro leve	Alterada	Según la lesión puede estar alterado	Al inicio conservada

TEMA	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY	DEMENCIA VASCULAR	DEMENCIA FRONTOTEMPORAL VARIANTE CONDUCTUAL
Funciones ejecutivas	Deterioro leve o conservada	Alteradas	Alterada	Alterada
Trastorno del ánimo	Puede presentar irritabilidad	Probable	Síntomas depresivos	Euforia, apatía
Trastornos conductuales	Ausencia	Frecuente	Puede presentar al inicio	Si, desinhibición, apatía, pobre cognición social
Síntomas psicóticos	En etapas avanzadas	Frecuente	Infrecuente	Infrecuente
Funcionalidad	Deterioro progresivo	Leve al inicio, evolución rápida	Comprometida	Al inicio conservada

Fuente: Elaborado en base a (71)(72).

5. Perspectivas: Tele Neuropsicología (TeleNP)

Uno de los desafíos que ha dejado la pandemia COVID-19 ha sido el poder mantener aquellas prestaciones y servicios de salud no relacionados a la pandemia, como es el caso de la evaluación cognitiva. Una solución que ha emergido ha sido la incorporación de tecnologías al proceso de evaluación y que permitan realizar este tipo de actividad sin necesidad de la presencialidad. El Inter-Organizational Practice Committee (IOPC) define la TeleNP como el uso de tecnología audiovisual para establecer contacto clínico con pacientes a fin de realizar evaluaciones neuropsicológicas (73).

Este tipo de herramienta tiene múltiples ventajas: por un lado, permite el acceso a un o una profesional de la neuropsicología, cuya disponibilidad a nivel global es escasa (74). Gracias a este tipo de estrategia, es posible que las personas que viven en zonas rurales o geográficamente distantes de los hospitales base tengan acceso a esta prestación, asegurando que se entregue un servicio.

Adicionalmente, y gracias a los avances en el desarrollo de técnicas de análisis de datos e inteligencia artificial, es muy posible que en el futuro sea posible obtener indicadores que habitualmente no se obtienen desde la evaluación de lápiz y papel. Esto es, por ejemplo, biomarcadores a partir de grabaciones de audio y/o video (75) (76).

Sin embargo, es innegable que existen múltiples barreras que impiden la masividad del uso de tele-neuropsicología a persona mayores en Latinoamérica, como por ejemplo:

- Falta de equipamiento audiovisual apropiado y acceso a internet en la población de mayor vulnerabilidad socioeconómica.
- Falta de cultura digital.
- Falta de familiaridad con la tecnología por parte de las personas mayores.
- Escaso control del entorno cuando la evaluación se desarrolla en la casa.
- Falta de compromiso individual y/o familiar para colaborar con la modalidad.

Diversos estudios han demostrado que las características psicométricas de diferentes test se mantienen de forma robusta, tales como los test Minimental, Moca, Test de Denominación de Boston, Fluencia fonológica, Span de Dígitos (77). Sin embargo, la mayoría de las publicaciones se han centrado en poblaciones de habla inglesa, y se requiere de mayor investigación respecto de cómo se comportan estos test en la población latinoamericana.

Probablemente uno de los aspectos relevantes a la hora de desarrollar la evaluación, y que permita asegurar la validez de las pruebas, es protocolizar ciertos aspectos de la evaluación para disminuir en lo posible la variabilidad respecto del desarrollo en un contexto presencial. En el contexto de la pandemia COVID-19 han surgido diversas guías clínicas acerca de cómo programar y ejecutar este tipo de intervenciones, las que se recomienda revisar antes de aplicar este tipo de metodología (73)(79).

REFERENCIAS

1. Stuss DT, Levine B. Adult Clinical Neuropsychology: Lessons from Studies of the Frontal Lobes. *Annu Rev Psychol.* 1 de febrero de 2002;53(1):401-33.
2. Robertson, L. C., Knight, R. T., Rafal, R., & Shimamura, A. P. Cognitive neuropsychology is more than single-case studies. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition.* 1993;19(3):710-7.
3. Spinnler, H., & Della Sala, S. The role of clinical neuropsychology in the neurological diagnosis of Alzheimer's disease. *Journal of Neurology.* 1988;235(5):258-71.
4. Prince C, Bruhns ME. Evaluation and Treatment of Mild Traumatic Brain Injury: The Role of Neuropsychology. *Brain Sciences* [Internet]. 2017;7(8). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/7/8/105>
5. Plourde, V., Brooks, B. L., Kirkwood, M. W., & Yeates, K. O. Role of neuropsychology in sport concussion: What can the neuropsychologist do? 2017;171-99.
6. Zitko P, Slachevsky A, Jimenez D. The prevalence, associated factors, and the burden on health state utilities for dementia in Chile. *Alzheimer's & Dementia.* 1 de diciembre de 2020;16(S10):e042466.
7. Fuentes P, Albala C. An update on aging and dementia in Chile. *Dement Neuropsychol.* 2014;8(4):317-22.
8. van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* diciembre de 2005;76 Suppl 5(Suppl 5):v2-7.
9. Aronson, M. K., Ooi, W. L., Geva, D. L., Masur, D., Blau, A., & Frishman, W. Dementia: age-dependent incidence, prevalence, and mortality in the old old. *Archives of Internal Medicine.* 992 de 989;(151):5.
10. Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement.* 2016/08/29 ed. enero de 2017;13(1):1-7.
11. Pimentel, É. M. L. Role of neuropsychological assessment in the differential diagnosis of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Dementia & neuropsychologia.* 2009;3(3):214.
12. Siri S, Benaglio I, Frigerio A, Binetti G, Cappa SF. A brief neuropsychological assessment for the differential diagnosis between frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology.* 1 de marzo de 2001;8(2):125-32.
13. Swainson R, Hodges JR, Galton CJ, Semple J, Michael A, Dunn BD, et al. Early Detection and Differential Diagnosis of Alzheimer's Disease and Depression with Neuropsychological Tasks. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.* 2001;12(4):265-80.
14. Ranson JM, Kuźma E, Hamilton W, Muniz-Terrera G, Langa KM, Llewellyn DJ. Predictors of dementia misclassification when using brief cognitive assessments. *Neurology: Clinical Practice.* 2019;9(2):109-17.
15. Hessen E, Hokkanen L, Ponsford J, van Zandvoort M, Watts A, Evans J, et al. Core competencies in clinical neuropsychology training across the world. *Neuropsychol Rev.* 19 de mayo de 2018;32(4):642-56.
16. De Simone V, Serrano C, y Allegri, R. La evaluación en el consultorio médico. Exámenes cognitivos breves. En Burin D, Drake M, Harris P. *Evaluación neuropsicológica en adultos.* 2008;1:63-96.
17. Salmon DP, Bondi MW. Neuropsychological assessment of dementia. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:257-82.
18. Labos, E., Perez, C., Prenafeta, M. and Slachevsky, A. La Evaluación en Neuropsicología. *Tratado de Neuropsicología Clínica.* 2019;2:125-41.
19. Brown J, Pengas G, Dawson K, Brown LA, Clatworthy P. Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ* [Internet]. 2009;338. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b2030>
20. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology.* 1984;34(7):939-939.
21. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) [RETIRED]. *Neurology.* 2001;56(9):1133-42.

22. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de febrero de 2010;25(2):111-20.
23. Roca M, Manes F. Test de screening para demencias. En Labos E, Slachevsky A, Fuentes P, Manes F. *Tratado de Neuropsicología Clínica*. 2008;1:474-81.
24. Peña-Casanova JP, Monllau A, Gramunt N. La psicometría de las demencias a debate. *Neurología*. 311 de 301d. C.;2007(22):5.
25. Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA. A review of screening tests for cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78(8):790-9.
26. Howieson DB, Lezak MD. The neuropsychological evaluation. En: *The American Psychiatric Publishing textbook of neuropsychiatry and behavioral neurosciences*, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008. p. 215-43.
27. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 1 de septiembre de 2011;26(7):425-33.
28. Böhm P, Peña-Casanova J, Gramunt N, Manero R, Terrón C, Quiñones-Ubeda S. Spanish version of the Memory Impairment Screen (MIS): Normative data and discriminant validity. *Neurología (Barcelona, Spain)*. 1 de octubre de 2005;20:402-11.
29. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1 de octubre de 2003;51(10):1451-4.
30. Brodaty, H., Low, L. F., Gibson, L., & Burns, K. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(5):391-400.
31. Boustani, M., Callahan, C. M., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Perkins, A. J., Fultz, B. A., et al. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):572-7.
32. Scharre DW, Chang S-I, Murden RA, Lamb J, Beversdorf DQ, Kataki M, et al. Self-administered Gerocognitive Examination (SAGE): A Brief Cognitive Assessment Instrument for Mild Cognitive Impairment (MCI) and Early Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders [Internet]*. 2010;24(1). Disponible en: https://journals.lww.com/alzheimerjournal/Fulltext/2010/01000/Self_administered_Gerocognitive_Examination.9.aspx
33. Quiroga L P, Albala B C, Klaasen P G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista médica de Chile*. 2004;132:467-78.
34. Gonzalez J, Aguilar L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, von Bernhardt R. Normalización del «Mini-Mental State Examination» según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Rev Memorizacom*. 1 de enero de 2009;3.
35. Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de noviembre de 2006;21(11):1078-85.
36. Muñoz-Neira C, López OL, Riveros R, Núñez-Huasaf J, Flores P, Slachevsky A. The Technology - Activities of Daily Living Questionnaire: A Version with a Technology-Related Subscale. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2012;33(6):361-71.
37. Hsieh S, Schubert S, Hoon C, Mioshi E, Hodges JR. Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2013;36(3-4):242-50.
38. Bruno, D., Slachevsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D.S., Bruno, G., Tagle, A.R., Olavarria, L., Flores, P., Lillo, P., Roca, M. and Torralva, T., Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*. 2020;35(2):82-8.
39. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695-9.

40. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*. 1 de julio de 2019;34(6):376-85.
41. TORRALVA T, ROCA M, GLEICHGERRCHT E, LÓPEZ P, MANES F. INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia-CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009/07/28 ed. 2009;15(5):777-86.
42. Jory JI, Bruna AA, Muñoz-Neira C, Chonchol AS. Chilean version of the INECO Frontal Screening (IFS-Ch): psychometric properties and diagnostic accuracy. *Dement Neuropsychol*. 2013;7(1):40-7.
43. Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, et al. Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. *Neurology*. 1999;52(2):231-231.
44. Dechent C, Bozanic A, Aliste M, Fuentes P. Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 1 de enero de 2013;8:46-9.
45. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*. 2000;55(11):1621-6.
46. Rowland JT, Basic D, Storey JE, Conforti DA. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) and the Folstein MMSE in a multicultural cohort of elderly persons. *International Psychogeriatrics*. 2006/02/08 ed. 2006;18(1):111-20.
47. Nielsen TR, Jørgensen K. Cross-cultural dementia screening using the Rowland Universal Dementia Assessment Scale: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*. 2020/03/09 ed. 2020;32(9):1031-44.
48. Rami L, Molinuevo JL, Sanchez-Valle R, Bosch B, Villar A. Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 de abril de 2007;22(4):294-304.
49. Schultz-Larsen, K., Lomholt, R. K., & Kreiner, S. Mini-Mental Status Examination: a short form of MMSE was as accurate as the original MMSE in predicting dementia. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(3):260-7.
50. Hatfield, C. F., Dudas, R. B., & Dening, T. Diagnostic tools for dementia. , 63(3), 181-185. *Maturitas*. 2009;63(3):181-5.
51. Rosas R, Tenorio M, Pizarro M, Cumsille P, Bosch A, Arancibia S, et al. Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia Para Adultos: Cuarta Edición en Chile. *Psykhe (Santiago)*. 2014;23:1-18.
52. Tirapu Ustárroz J. La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*. 2007;16:189-211.
53. Lischinsky, A. El examen neuropsiquiátrico: En E. Labos, A. Slachevsky, P.Fuentes y F. Manes, *Tratado de Neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación*. 2008;89-92.
54. Baron, I. S., Fennell, E. & Voeller, K. *Pediatric Neuropsychology in the Medical Setting*. Oxford University Press. New York; 1995.
55. Scarmeas N, Stern Y. Cognitive reserve: implications for diagnosis and prevention of Alzheimer's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep*. septiembre de 2004;4(5):374-80.
56. Montoya, P., Puerta, I. y Arango, O. La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista colombiana de ciencias sociales*. 2013;4(2):258-77.
57. Ardila, A. y Rosselli, M. *Neuropsicología clínica. Manual Moreno*. 2007;
58. Johnson, N., Barion, A., Rademaker, A., Rehkemper, G., & Weintraub, S. The Activities of Daily Living Questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*, 18(4), 223-230. 2004;18(4):223-30.
59. Burin DI , Drake, Marina A., Harris, Paula,, *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós; 2013.
60. Hebben, N. and Milberg, W. *Essentials of neuropsychological assessment*. 2015;

61. Rosselli M, Ardila A, Rosas P. Neuropsychological assessment in illiterates: II. Language and praxic abilities. *Brain and Cognition*. 1 de marzo de 1990;12(2):281-96.
62. Ostrosky-Solis F, Ardila A, Rosselli M, Lopez-Arango G, Uriel-Mendoza V. Neuropsychological Test Performance in Illiterate Subjects. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 1 de octubre de 1998;13(7):645-60.
63. Zucchella C, Federico A, Martini A, Tinazzi M, Bartolo M, Tamburin S. Neuropsychological testing. *Pract Neurol*. 1 de junio de 2018;18(3):227.
64. Flynn E. *Managing Alzheimer's Disease in Primary Care* Henry Brodaty. London: Science Press, 1998, 82 pp., price not stated. *International Psychogeriatrics*. 2005/03/30 ed. 1999;11(4):455-6.
65. Han F-F, Wang H-X, Wu J-J, Yao W, Hao C-F, Pei J-J. Depressive symptoms and cognitive impairment: A 10-year follow-up study from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Psychiatry*. 2021/08/27 ed. 2021;64(1):e55.
66. Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10 de mayo de 2019;15:1249-58.
67. Rosselli, M., Lang, M., & Arruda, F. Executive dysfunction in depressive disorders. *Dysexecutive Syndromes*. 2019;241-59.
68. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, Carlini M, Faravelli L. Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*. 10 de enero de 2010;626(1):83-6.
69. Lemos R, Marôco J, Simões MR, Santiago B, Tomás J, Santana I. The free and cued selective reminding test for predicting progression to Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment: A prospective longitudinal study. *Journal of Neuropsychology*. 1 de marzo de 2017;11(1):40-55.
70. Lilian Thorpe. Depression vs. dementia: How do we assess? *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2009;17-21.
71. Martín Calle MC. Demencia con cuerpos de Lewy: diagnóstico, clínica y tratamiento. *SEMERGEN*. 2006;32(4):167-71.
72. Weerasak Muangpaisan. Clinical differences among four common dementia syndromes. *Geriatrics and Aging*. 2007;10(7):425-9.
73. Bilder RM, Postal KS, Barisa M, Aase DM, Cullum CM, Gillaspay SR, et al. Inter Organizational Practice Committee Recommendations/Guidance for Teleneuropsychology in Response to the COVID-19 Pandemic+. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 28 de agosto de 2020;35(6):647-59.
74. Grosch MC, Gottlieb MC, Cullum CM. Initial Practice Recommendations for Teleneuropsychology. null. 1 de octubre de 2011;25(7):1119-33.
75. Kane, R. L., & Parsons, T. D. *The role of technology in clinical neuropsychology*. Oxford University Press. 2017;
76. König, A., Narayan, V., Aalten, P., Ramakers, I. H., Linz, N., Tröger, J., & Robert, P. Novel Digitalized Markers for Screening and Disease Trajectory Tracking in Clinical Trials. In AAIC 2019-e. *Alzheimer's Association International Conferenc*. 2019;15(7):158.
77. Marra DE, Hamlet KM, Bauer RM, Bowers D. Validity of teleneuropsychology for older adults in response to COVID-19: A systematic and critical review. null. 16 de noviembre de 2020;34(7-8):1411-52.
78. Kitaigorodsky M, Loewenstein D, Curiel Cid R, Crocco E, Gorman K, González-Jiménez C. A Teleneuropsychology Protocol for the Cognitive Assessment of Older Adults During COVID-19. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:1684.
79. Scott, T. M., Marton, K. M., & Madore, M. R. A detailed analysis of ethical considerations for three specific models of teleneuropsychology during and beyond the COVID-19 pandemic. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-21. 2020;

ANEXOS

ANEXO 1: OFERTA PROGRAMÁTICA EN SALUD PARA EN PERSONAS MAYORES

Programa	Año inicio	Propósito
Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	1978	Prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles relevante a la población residente en Chile, a lo largo del ciclo vital (Decreto Exento N°6 de 2010), esto alineado con el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década.
Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	1999	Mantener el óptimo estado nutricional de micronutrientes para personas mayores a través del acceso a alimentos sanos, seguros y especializados.
Atención domiciliaria personas con dependencia severa	2006	Otorgar a las personas con dependencia severa, cuidadores y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y autonomía.
Camas sociosanitarias	2015	Favorecer la reinserción familiar y a la comunidad de los y las pacientes sociosanitarios que tras un periodo de tiempo determinado se encuentran en condiciones de egreso del establecimiento hospitalario.
“Programa Más Adultos Mayores Autovalentes”	2015	Prolongar la autovalencia de la persona mayor de 60 y más años a través de una intervención promocional y preventiva.
“Plan Nacional de Demencia”	2017	Mejorar la calidad de vida de personas con demencia y su cuidador o cuidadora/familiar, mediante el acceso a una atención socio sanitaria integral y continua.
“Estrategia de Cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de la multimorbilidad”	2019	Que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general. Agrega como prestaciones el ingreso y control integral, plan de cuidados integral consensuado, seguimiento a distancia y gestión de casos según lo determinado en la estratificación de riesgo.

Fuente: Elaborado en base a (1).

OTRAS PRESTACIONES DEL SECTOR SALUD PARA LAS PERSONAS MAYORES

Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)

Se realiza en la atención primaria de salud y está enfocado en brindar educación o consejería individual a las personas mayores en niveles preventivos, secundarios y terciarios (1) .

- **Consejería individual preventiva:** incluye: consumo de tabaco y otras drogas; consumo de alcohol; ITS/VIH/SIDA; enfermedades transmisibles y no transmisibles; accidentes; adherencia a la actividad física; participación y adherencia a grupos de personas mayores de la comunidad; enfermedades prevenibles por vacunas.
- **Prevención Secundaria:** busca la detección temprana de la enfermedad para impedir o limitar la aparición de sus manifestaciones con sus tratamientos asociados. La prevención secundaria incluye: adherencia a control de crónicos; consulta oportuna de morbilidad; educación sobre adherencia al tratamiento; profilaxis pre o post contagio de enfermedades transmisibles; prevención de la polifarmacia; educación preventiva sobre morbilidades y comorbilidades; prevención de la dependencia; adherencia actividades de rehabilitación.
- **Prevención Terciaria:** busca activar el máximo potencial del individuo cuando la enfermedad ha producido daños irreversibles, ejemplo cuidados continuos y rehabilitación. Este nivel de prevención incluye: Cuidados continuos para mantener o mejorar la calidad de vida de la persona mayor; tratar y controlar las patologías agudas y crónicas para evitar las comorbilidades; monitorear la polifarmacia para evitar interacción farmacológica y Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM); realizar rehabilitación para mantener y/o recuperar la dependencia.
- **Educación preventiva grupal:** esta instancia tiene como población objetivo a todas las personas de 65 años y más, de ambos sexos y beneficiarias del sistema de salud. Dependiendo de la temática, esta intervención es realizada por algún miembro del equipo interdisciplinario, con una duración de una hora por sesión y con una periodicidad a libre demanda. Tiene la opción de una o más consultas de seguimiento si es requerida (1) .
- **Visita domiciliaria integral (VDI):** la VDI es una actividad de los equipos de salud que busca acercar a las personas a los recursos que su comunidad ofrece y fomentar la participación comunitaria. La VDI permite realizar intervenciones de salud en el contexto de vida de las personas mayores, por lo tanto, una distinción básica será realizar acciones que complementen aquellas realizadas en el centro de salud y no una repetición de las mismas (1) . La población objetivo son personas de 65 años y más.

Esta intervención tiene su foco fundamentalmente en:

- Personas mayores con condición de riesgo de fragilidad.
- Personas mayores dependientes, con el objetivo de apoyar y velar por la calidad de los cuidados, entregar información la cuidadora, cuidador y la familia en general.
- La actividad a realizar en el hogar es el control de salud que incluye: evaluación del estado de piel, higiene, alimentación, movilización, recreación, socialización, toma de fármacos, hidratación, continencia urinaria y fecal, entorno familiar y redes de apoyo.
- **Atención domiciliaria:** esta instancia tiene como población objetivo a todas las personas de 65 años y más, de ambos sexos y beneficiarias del sistema de salud (1). La intervención puede ser realizada por un médico, enfermera, terapeuta ocupacional y kinesiólogo u otro profesional del equipo según las necesidades del usuario.

- **Hospitalización domiciliaria:** Es una modalidad asistencial alternativa en donde la persona mayor recibe los mismos cuidados que en una hospitalización en un centro asistencial, tanto en calidad, cantidad y seguridad, hasta que este salga de su etapa aguda y recupere su salud. Las personas que pueden acceder a este tipo de hospitalización son aquellas que requieran:
 - Continuidad de la atención hospitalaria en personas mayores con condiciones agudas de baja complejidad.
 - Personas mayores dependientes con continuidad de cuidados básicos y complejos.
 - Personas mayores dependientes con continuidad de atención en rehabilitación.
 - Cuidados paliativos en personas mayores.
 - Procedimiento de enfermería preventivo, curativo, paliativo y buen morir.

Programas de salud bucal para personas mayores:

- **Programa Más Sonrisas para Chile:** iniciado en 2014, busca aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables.
- **Programa Hombres de Escasos Recursos (HER):** implementado en 2015, dirigido a hombres de 20 años y más beneficiarios del subsistema Seguridades y Oportunidades. Entrega atención odontológica integral incluyendo: examen bucal, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación.
- **Atención odontológica integral del adulto de 60 años:** su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de las personas mayores de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes.
- **Urgencias odontológicas ambulatorias:** atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergradable.
- **Rehabilitación con prótesis implantosoportadas:** programa para personas de 60 a 75 años que han perdido todos sus dientes inferiores, pueden acceder a la rehabilitación con prótesis implantosoportadas.

ANEXO 2: OFERTA DEL SECTOR SOCIAL: PROGRAMAS Y BENEFICIOS (SENAMA)**TABLA 1: RESUMEN PROGRAMAS PÚBLICOS PARA PERSONAS MAYORES DESDE EL SECTOR SOCIAL**

Programa	Año inicio	Propósito
Buen Trato al Adulto Mayor	2012	Personas mayores se encuentran informadas y protegidas socialmente frente a situaciones de maltrato.
Centros Diurnos del Adulto Mayor	2013	Personas mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social conservan o mejoran su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social.
Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores	2010	Personas mayores autovalentes en situación de vulnerabilidad, acceden a una solución habitacional y a servicios de apoyo y/o cuidado.
Cuidados Domiciliarios	2013	Mujeres y hombres de 60 años y más, vulnerables socioeconómicamente, con dependencia moderada y severa y que no cuentan con un cuidador o cuidadora principal, ven facilitada la realización de sus actividades de la vida diaria.
Envejecimiento Activo	2013	Personas mayores autovalentes participan de actividades que promuevan el envejecer activamente.
Escuela de Formación para Dirigentes Mayores	2007	A Personas mayores organizados conocedores de sus derechos, de políticas y oferta pública integrantes de organizaciones participativas.
Escuela para Funcionarios Públicos	2009	Profesionales y/o técnicos que se desempeñan en la oferta pública dirigida a personas mayores adquieren competencias técnicas y teóricas sobre temas de vejez y envejecimiento.
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores	2010	Personas mayores en situación de vulnerabilidad, reciben servicios de apoyo y cuidados de larga duración de calidad y acordes a su nivel de dependencia.
Fondo Nacional del Adulto Mayor	2003	Las personas mayores se integran a espacios de participación social y/o protección favoreciendo su autonomía y calidad de vida.
Fondo Subsidio ELEAM	2013	Mejorar las condiciones de vida de las personas mayores dependientes y vulnerables que residen en ELEAM sin fines de lucro.
Turismo Social para el Adulto Mayor	2009	Personas adultas mayores acceden a espacios de recreación y esparcimiento social.
Voluntariado País de Mayores	2016	Personas Mayores jubilados/as o pensionados/as, que se encuentran inactivas (ni ocupadas ni desocupadas) ejercen labores sociales de voluntariado, aumentando su autoimagen y autovaloración.

Fuente: Ministerio de Salud-Servicio Nacional de Drogas y Alcohol. Orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol. 2019.

ANEXO 3: AUDIT (TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL)

INTERVENCIONES BREVES
para reducir el consumo de alcohol de riesgo

AUDIT TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Lea las preguntas tal como están escritas. **Registre** las respuestas cuidadosamente. **Empiece el AUDIT** diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». **Explique** qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de **TRAGO** («bebidas estándar»). **Recuerde, 1 TRAGO** es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). **Marque** la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.

1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0 Nunca	1 1 o menos veces al mes	2 De 2 a 4 veces al mes	3 De 2 a 3 veces a la semana	4 4 o más veces a la semana	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
2 ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele tomar en un día de consumo normal?	0 1 ó 2	1 3 ó 4	2 5 ó 6	3 7, 8 ó 9	4 10 ó más	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
3 ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Hombres 0 a 4 puntos
Mujeres 0 a 3 puntos

Consumo de bajo riesgo

IM

Termine acá la evaluación y realice una **Intervención Mínima**

PUNTAJE AUDIT-C

Suma del puntaje de las preguntas 1 a 3

Hombres 5 puntos o más
Mujeres 4 puntos o más

Consumo de riesgo

AUDIT

Continúe con las preguntas 4 a 10

PUNTAJE AUDIT

Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10

4 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
5 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
6 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
7 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
8 En el curso del último año, ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0 Nunca	1 Menos de una vez al mes	2 Mensualmente	3 Semanalmente	4 A diario o casi a diario	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
9 ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	0 No	1 Sí, pero no el curso del último año	2 Sí, pero no el curso del último año	3 Sí, pero no el curso del último año	4 Sí, el último año	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
10 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0 No	1 Sí, pero no el curso del último año	2 Sí, pero no el curso del último año	3 Sí, pero no el curso del último año	4 Sí, el último año	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

0 a 7 puntos

Consumo de bajo riesgo

IM

Realice una **Intervención Mínima**

PUNTAJE AUDIT

Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10

8 a 15 puntos

Consumo de riesgo

IB

Realice una **Intervención Breve**

PUNTAJE AUDIT

Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10

16 puntos o más

Posible consumo problema o dependencia

DA IB

Realice una **Derivación Asistida** para una evaluación completa y una **Intervención Breve** igualmente

PUNTAJE AUDIT

Suma del puntaje de las preguntas 1 a 10

Fuente: Ministerio de Salud (MINSAL). Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: Guía técnica para Atención Primaria de Salud [Internet]. 2011. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/5.-MINSAL_2011_-Intervenciones-breves-alcohol.pdf

ANEXO 4: PLAN DE SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

PLAN DE SEGURIDAD*

Nombre		Fecha	
Correo Electrónico		Teléfono	

PASO 1: RECONOCER SEÑALES DE ALERTA

*¿Cómo voy a saber cuándo usar este plan de seguridad?
¿Cuáles son mis señales de alerta?*

Este plan será utilizado cuando:
1.
2.
3.

PASO 2: UTILIZAR ESTRATEGIAS INTERNAS

¿Qué es lo primero que puedo intentar por mí mismo/misma en caso de una crisis? ¿Cómo me puedo distraer?

Lo primero que voy a intentar será:
1.
2.
3.

PASO 3: RECURRIR A CONTACTOS SOCIALES

¿Quién es alguien que usualmente me hace sentir bien, me distrae, me sube el ánimo, me cuenta cosas interesantes? No es necesario contarle sobre los pensamientos suicidas.

Personas que me distraen/suben el ánimo:	
1.	Fono:
2.	Fono:
3.	Fono:

PASO 4: FAMILIARES O AMIGOS QUE PUEDEN AYUDAR A RESOLVER LA CRISIS

¿Quién de mis familiares o amigos me puede ayudar a sobrellevar la crisis?

Personas que me pueden ayudar a superar la crisis:	
1.	Fono:
2.	Fono:
3.	Fono:

PASO 5: CONTACTAR AYUDA ESPECIALIZADA

¿A quién debo contactar en caso de que las estrategias anteriores fallen y aún tenga pensamientos suicidas?

Contactos de emergencia:	
1.	Fono:
2.	Fono:
3. Salud Responde opción 1 (las 24 hrs. del día)	Fono: 600 360 7777

PASO 6: REDUCCIÓN DE MEDIOS

¿Cómo puedo protegerme de hacerme daño? ¿Qué cosas debo alejar de mi alcance?

Lo que podemos hacer para limitar el acceso a medios es:
1.
2.
3.

*El plan de seguridad, debe ser consistente con los objetivos establecidos en el Plan de Cuidados Integrales.

2486761



Gobierno de Chile

APRUEBA GUÍA DEL ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES.



MINISTERIO DE SALUD
DIVISIÓN JURÍDICA

EXENTA Nº 915

FECHA, 28 JUL 2023

VISTOS: Lo dispuesto en el artículo 1° y 19 N° 9 de la Constitución Política de la República; en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; el Código Sanitario; lo indicado en el artículo 3° de la ley 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; el decreto N°168, de 2017, del Ministerio de Relaciones Exteriores, que promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; en la ley N° 21.375, que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves; la ley N° 21.380, que reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud; en la ley N° 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor; en el Decreto Supremo N°14, de 2010, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores; y lo dispuesto en la Resolución N° 7 de 2019, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

1. Que, el Estado está al servicio de la persona humana, reconociendo que las personas son iguales en dignidad y derechos, teniendo como finalidad promover el bien común, contribuyendo a crear las condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de los y las integrantes de la comunidad nacional su mayor realización personal posible.
2. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y cuando corresponda ejecutar tales acciones.

3. Que, según un estudio reciente del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) que analiza la evolución y características de las personas mayores, nuestro país se encamina a una etapa muy avanzada de envejecimiento poblacional debido a la persistente baja en los niveles de fecundidad, la reducción de la mortalidad en edades tempranas y la mayor esperanza de vida, la que superaría los 85 años en 2050.

4. Que, las personas mayores han sido uno de los grupos etarios de la población más postergados desde el punto de vista de sus derechos, por este motivo y basado en distintos instrumentos internacionales se empiezan a instalar mecanismos para poder asegurar progresivamente el ejercicio de sus derechos. Esto implica el reconocimiento de ciertos aspectos específicos como grupo de la población, y ubica un proceso de emancipación y lucha política por las formas de comprender a las personas mayores.

5. Que, para el Estado y sus Instituciones que velan por el bienestar de las personas mayores, su protección se transformó en un desafío en materia de salud pública y desarrollo social.

6. Que, en este contexto, Chile ha ratificado y promulgado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con lo que nuestro país adquiere las obligaciones establecidas en la Convención y asume como Estado, en sus políticas, planes y programas, el reconocimiento de los derechos de las personas mayores, identificando y dando mayor visibilidad a los problemas que los afectan.

7. Que, la interacción de múltiples factores propios, relacionales y ambientales a lo largo de la vida de cada persona, van influyendo en la forma en que se envejece. Por ello, es crucial que los equipos de salud estén en conocimiento de este fenómeno desde una mirada de la salud mental, permitiéndoles ampliar su conocimiento sobre el envejecimiento como un proceso multidimensional, y contribuir a la atención de este grupo etario de personas.

8. Que, al respecto, el Ministerio de Salud ha considerado necesario elaborar un documento que permita entregar herramientas teóricas y práctica sobre el envejecimiento y su relación con la salud mental, para conocimiento de la red de salud, profesionales y técnicos sociosanitarios, estudiantes de la salud, ciencias sociales, y otras personas que en su diario quehacer trabajan o se relacionan con personas mayores, y quieran ahondar en el fenómeno del envejecimiento y la salud mental.

9. Que, producto de lo anterior, la Oficina Nacional de Salud Integral para Personas Mayores, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, ha realizado la "Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores", con la colaboración de destacadas y destacados profesionales expertos en este grupo etario de la psicología, psicogerontología, psicogeriatría, neuropsicología, psiquiatría y neurología, con el propósito de entregar herramientas para la comprensión de la dimensión cognitiva y de salud mental respecto al envejecimiento en las personas.

10. Que, el objetivo de fondo es lograr una comprensión más integral de este proceso natural, en términos conductuales, cognitivo-emocional y social, junto con entregar recomendaciones concretas para el abordaje de las necesidades de salud mental en este grupo de la población.

11. Que, por lo anteriormente señalado, dicto lo siguiente;

RESUELVO:

1º APRUÉBASE la "Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores", del Ministerio de Salud.

2º La referida Guía se encuentra en documento anexo a la presente resolución y se entenderá formar parte de ella para todos los efectos legales, cuyo texto consta de 246 páginas, todas ellas debidamente visadas por la jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, y su original se mantendrá en poder de dicha División.

3º PUBLÍQUESE por la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, la "Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores", en el sitio electrónico del Ministerio de Salud (www.minsal.cl). Todas las copias de referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



ANDREA ALBAGLI IRURETAGOYENA
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública.
- DIPRECE.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

