

2018/2019. HACIA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE Y COMO PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

# PSICOLOGÍA PARA LOS MAYORES

Las emociones  
nos rejuvenecen



2018/2019

**CEATE**  
Confederación Española  
de Aulas de Tercera Edad









# Psicología para los mayores

Las emociones  
nos rejuvenecen

Hacia un envejecimiento activo y saludable  
y como prevención de la dependencia

EDITA CEATE

Confederación Española de Aulas de Tercera Edad



# Psicología para los mayores

Las emociones nos rejuvenecen

**Manuel López Espino**

Psicólogo Clínico

y Presidente de ACATEMA

(Asociación Cultural de Aulas de la Tercera Edad de Madrid).

EJEMPLAR GRATUITO. PROHIBIDA SU VENTA.

@ CEATE - Confederación Española de Aulas de Tercera Edad

Diseño colección: [www.pictografico.com](http://www.pictografico.com)  
Imprime: EDITOR, S.A. [www.editor-sa.com](http://www.editor-sa.com)

Queda prohibida, salvo excepciones previstas en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización expresa de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y ss. del Código Penal).

## ÍNDICE

Agradecimientos .....	5
Introducción .....	7
1.- La felicidad .....	9
2.- La familia.....	17
3.- La memoria .....	23
4.- La soledad.....	31
5.- Ser buena persona .....	35
6.- Trastornos del sueño .....	43
7.- El estrés.....	49
8.- La depresión.....	59
9.- El suicidio.....	63
10.- La pérdida de autonomía.....	73
11.- Las residencias .....	77
12.- Síndrome confusional agudo.....	83
13.- Modelos de coordinación y gestión.....	91









Doy las gracias a mis padres en primer lugar porque ellos han hecho posible que yo pueda estar donde estoy. Me han pagado mis estudios, me han apoyado en mis decisiones, y siempre me han animado a que busque nuevos campos para investigar y trabajar. Gracias.

Doy las gracias a mis hermanas por cuidarme, enseñarme y entenderme, y gracias Mari Carmen los dibujos que has aportado a este libro.

Doy las gracias al Dr. José Carlos Mingote Adán, mi mentor, mi amigo y la persona que más me ha enseñado en el campo de la Psicología y que me ha guiado dentro del conocimiento académico.

Doy las gracias a los socios de ACATEMA, las personas mayores que más me han enseñado sobre el mundo de nuestros mayores, con los que aprendo cada día que les doy una clase de memoria, cada día que me permiten acompañarles en sus cañas al mediodía, cada reunión que tenemos. Muchas gracias.

Y por último, y no por ello menos importantes, doy las gracias a Alfredo Pastor, José Luis Jordana y a Blas Esteban por estar en CEATE y darme la oportunidad de escribir este libro con total libertad.



## Introducción

Envejecer es inherente al ser humano, todos y cada uno de nosotros pasaremos por este proceso de cambio vital, es la suma de todos los cambios que se producen en cada persona con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro de todas las funciones vitales independientemente de cualquier influencia externa. No lo veamos como algo bueno o malo, tan solo es la única forma que tenemos de vivir más años.

Al 44 % de los españoles no nos preocupa envejecer, lo vemos como una cosa natural, es más el 60 % de ellos lo ven positivo, porque les aporta experiencia y madurez.

Hoy en día, en los países desarrollados, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida. La calidad de vida de una persona resulta de la interacción de múltiples factores (socioeconómicos, salud mental, salud física, función social).

Según la OMS, para el 2050, España será el país más envejecido del mundo. Nuestra sociedad está asistiendo a un aumento de la edad, y como consecuencia nos vemos desbordados por las situaciones que tienen que ver con la dependencia, es decir, con el conjunto de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria.

La sociedad española atraviesa desde el siglo XX y en especial en la actualidad, por una etapa en la que, debido al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida, el número de personas mayores cada vez aumenta más, el 18% de la población tienen más de 65 años, por lo tanto, tienen más peso en la sociedad al ser cada

vez más. Pero a los economistas les preocupa ver las cifras entre los ingresos de una juventud que cada vez tiene sueldos más bajos y los gastos que conlleva una sociedad cada vez más envejecida. El 50% de los recursos de la sanidad es para personas mayores de 65 años.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Es algo maravilloso poder vivir esa etapa con dignidad, con un cuerpo que nos pueda llevar a donde decidamos y un cerebro que sepa todo lo que quiero y todo lo que estoy haciendo. Esos dos objetivos son los que tenemos que plantearnos como sociedad de bienestar.

La vejez es fruto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que debe ser entendida como una fase más que hay que vivir y disfrutar, podríamos decir que la última fase antes de llegar a la muerte.

Voy a intentar en este libro, como psicólogo, explicar las variables que considero más importantes para envejecer de la mejor manera posible.



# 1

## La felicidad

Es estado de ánimo es fundamental para sentirnos bien, independientemente de nuestra edad, influye en nuestro sistema inmune, nos ayuda a querer cuidarnos, y nos da fuerzas para querer vivir un día más con ilusión y motivación en este mundo que parece que hay que ser joven para pertenecer a él, y no es así, hay que ser feliz para pertenecer a él.

La felicidad es un estado de ánimo que nos hace sentir plenos por las cosas que disfrutamos a un nivel tanto espiritual como físico. Según el budismo, ésta reside en las experiencias enriquecedoras que se viven para lograr un objetivo. Sócrates habla de desarrollar la capacidad de disfrutar de las pequeñas cosas, aprender a apreciar los placeres mínimos y quedarnos con el éxito interior, para poder llegar a la felicidad, Aristóteles dice que todos los hombres la buscan y cada uno tiene su propia fórmula, unos son felices ganando dinero; otros, recibiendo honores, y otros viajando. Cada cual posee el secreto de su propia felicidad. Para Kant, era un deber supremo buscarla y para Ortega y Gasset la felicidad es la vida dedicada a ocupaciones para las cuales cada hombre tiene singular vocación Pero ¿quién sabe realmente lo que hay que buscar o por lo que nos debemos mover en este mundo?. En ocasiones parece que estamos perdidos en una superficialidad materialista, que no nos deja ser el dueño de nuestra existencia, y que lo que buscamos no es la felicidad, ni un camino que dé sentido a nuestra vida, tan solo miramos la vida que llevamos e intentamos darle un sentido.



Llevamos una vida rápida, con horarios que nos controlan, con estrés que nos interfiere a la hora de dormir y comer, donde no tenemos tiempo de ser nosotros los dueños de lo que hacemos.

Esto nos lleva a intentar ser felices con malos hábitos y sin cuidarnos.

No tenemos tiempo para ir al gimnasio, pero sí para beber o tomar sustancias más perjudiciales, no tenemos tiempo para pasear, pero sí para pasar horas delante de la TV sentados, no tenemos tiempo para reunirnos con las personas que apreciamos y queremos pero sí para ver cosas en el teléfono o en internet.

Es un momento donde preferimos comer rápido y mal para aprovechar el tiempo en cosas menos importantes para nuestro bienestar. Donde las horas de sueño no son importantes y nuestros hábitos nos hacen esclavos de rutinas que no hemos elegido conscientemente.

Es bueno ser consciente de la vida que vivimos, del tiempo que invertimos en nosotros, en nuestros seres queridos, del que desperdiciamos, de los propósitos que enterramos sin darnos cuenta, en lo que nos estamos convirtiendo sin querer.

La vida solo se vive una vez y cada periodo es único, lo que no haces a determinada edad es muy difícil lo hagas más tarde. El tiempo no se para, debes ser tú quien se pare y tome las riendas de su día a día.

¿Por qué buscamos la felicidad?, algo que es efímero y no depende solo de nosotros, que juega con tantas variables, que al final nunca se ha sabido cómo alcanzarla ni mantenerla. Nos dicen que con dinero, y nos pasamos la vida trabajando para tener ese dinero que, según lo gastamos, vemos que no guarda relación directa con

la felicidad, mas bien nos quita el malestar de no tenerla. Es cierto que con el dinero se pueden establecer variables que facilitan los momentos de felicidad y nos cubre las necesidades primarias, facilitando nuestro estado de confort para poder llegar con más facilidad a ella. Pero la realidad nos demuestra que hay personas en situaciones precarias que tienen mas momentos de felicidad que personas con todas sus necesidades resueltas. Gente que, teniendo mucho dinero y una situación de poder, ante un accidente grave o una enfermedad, se han dado cuenta de su camino erróneo y han dejado la búsqueda del dinero para disfrutar de pequeñas cosas y de las personas que realmente les interesan, sin estar en la carrera de quién tiene más.

Está claro que necesitamos una motivación externa, una esperanza, que nos haga tener una actitud que nos lleve a ese estado emocional tan satisfactorio que parece ser la felicidad.

El ser humano, de siempre prefiere una falsa esperanza en algo superior a él, a no tener ninguna.

Queremos salir de la incertidumbre, del vacío que produce el desconocimiento, el no saber responder a las preguntas de a dónde voy, de dónde vengo y para qué vivo; esa sensación depresiva de no entender nada ni motivarme por nada, el verme fuera de lugar en todos los entornos, esa energía destructiva que se nos genera ante esa situación.

Creo que eso es realmente lo que motiva al ser humano a buscar algo más; el niño a sentirse querido y protegido por los padres, el adolescente a sentirse integrado en un grupo que le de una personalidad independiente de la de sus padres para salir al mundo y cubrirse con nuevas ideas, ropa, música, relaciones, para intentar romper con lo ya establecido en este mundo de adultos, donde él no ve cabida, y tener

la ilusión de crear su propio mundo. El casado intentando defender una pequeña parcela de su propio “yo”, de su tiempo libre, donde no viva solo para la familia y el trabajo, el soltero para no verse solo y encontrar el amor con el que sigue soñando y el jubilado, para encontrar una nueva vida sin la identidad de tener hijos, ya que estos son adultos y han volado, y tampoco tiene ese título que le otorgaba su trabajo.

En contra de lo que se piensa, la persona que busca la felicidad, no es una persona egoísta. Muchos estudios demuestran que el desdichado está más metido en sí mismo.

Parece que cuanto más felices seamos más felices haremos a los demás, pues la felicidad es un camino, lleno de momentos alegres; creo que para ello tenemos que trabajar nuestro “yo” interior formado por sentimientos, intelecto, mente y cuerpo, de esta forma podremos darnos cuenta de qué nos hace felices, fomentándolo y qué nos hace infelices para poder reducirlo o eliminarlo, de esta forma podremos compartir esas nuevas vivencias con la gente que nos rodea en lugar de nuestra pobreza interior e infelicidad.

Tengamos cuidado porque en estos tiempos, parece que se huye de todo proceso de profundizar en nuestro conocimiento personal y dejamos que manden nuestros deseos elementales, llevándonos de un lado a otro sin saber qué buscamos ni de qué huimos, estamos en un vagar acompañados por esos instintos que solo saben evitar el dolor y buscar el placer, con una consciencia que sufre y nos hace sentir mal por ver que perdemos el tiempo con esa vida.

Hay tantas personas que viven bien con ellos mismos y con su entorno, sin la obsesión del dinero, ni de las cosas materiales, que parece ser el camino más correcto que podemos llevar, sin buscar la felicidad. Ya llegará. Tan solo son coherentes con lo que hacen en

sus vidas. De esta forma no temen al monstruo en el que te puedes convertir, ese ser poderoso que pierde el control de sí mismo, que puede hacer daño a sus seres queridos y a personas sobre las que tienen influencia por cegarse con las cosas, el que olvida cómo cuidar a un ser indefenso, el que piensa que puede hacer daño a alguien por una circunstancia que se le ha ido de las manos, o en el que no le importa defraudar a sus seres queridos.

Nuestros miedos más profundos no deben ser a situaciones que nos hagan daño, ni a la soledad ni a la muerte. Tendría que ser a nuestra luz, nuestro éxito. Porque de la oscuridad está claro que debemos evolucionar para salir de ella y el crecimiento es fácil hacerlo por el buen camino, pero cuando la luz te deslumbra, lo fácil es que te rodees de gente y de cosas que te cieguen más, te pierdas y te transformes en alguien que no conozcas y que no consiga ser feliz nunca.

La conclusión entonces podría ser que para ser feliz, y no temer esa despersonalización destructora a la que nos puede llevar el materialismo, tengo que crecer pensando en ayudar y no en enriquecerme, debo evolucionar para poder desarrollarme en lo espiritual y no en lo material.

Parece un dogma demasiado simple como para que no se haya llegado ya a esta conclusión antes y todos lo practicáramos sabiendo que es el camino de la felicidad.

Muchas religiones explican el sentido de la vida como un proceso donde tenemos que identificar a un Dios bueno y bondadoso que existe en nuestro interior, y cuanto mejor persona seamos, más felices seremos. La felicidad en este caso parece venir de fuera, de ese Dios bueno que te compensa por tus actos. Pero, ¿realmente quiero ser un sujeto que cede su papel de protagonista a un director que dirija



mi vida? o ¿prefiero poner a Dios en un segundo plano, y ser yo quien me juzgue, quién me premie y quién me castigue por mis actos?

Cada cual que se planté como se llega a la felicidad. Yo creo que debemos ser pensadores independientes, coger información de todas partes, digerirlo con nuestros propios filtros, filtros que cuando se llenan, los cambio y cada vez los pongo más finos.



# 2

## La familia

Todos necesitamos un lugar donde poder descansar, “el descanso del guerrero”, un lugar donde poder hablar de nuestras debilidades, miedos, preocupaciones, ideas y sueños sin preocuparnos que nos lo echen en cara o lo usen en contra nuestra. Un lugar donde recibir cariño, donde nos curen las “heridas” del día a día, y ese lugar hasta ahora ha sido la familia. Un lugar donde fueras como fueras era muy difícil se te expulsara o te abandonaran, el sitio donde encontrar consuelo, ayuda, aunque no te lo merecieras, donde ibas a encontrar refugio y apoyo, donde te iban a decir la verdad, aunque te enfadaras o no te dieran la razón.

Esa familia que aunque no fuera perfecta y en general, tenían menos preparación en cuanto a estudios, pero aún así, era un refugio para cada miembro y en casi todos los casos se quería lo mejor para cada uno de ellos.

Hoy en día, Esa familia está cambiando, los padres tienen mejor formación académica, facilitando su implicación y ayuda con los estudios de sus hijos, pero en el plano emocional ahora se está buscando más el afecto inmediato que el bien de cada miembro. Se valora más llevarse bien con todos los miembros, que el decir la verdad. El “yo” es más importante que el “nosotros”, y mi bienestar, está por encima de todo. Buscamos el cortoplacismo con el menor coste emocional, sin pensar en las consecuencias ni en lo que perdemos, sacrificando la consolidación y los pilares de la familia.



Si leemos esta frase, pensaríamos que se está hablando de nuestros días, “Nuestra juventud gusta del lujo y es mal educada, no hace caso a las autoridades y no tiene el menor respeto por los mayores de edad, nuestros hijos hoy, son unos verdaderos tiranos, no se ponen de pie cuando una persona anciana entra. Responden a sus padres y son simplemente malos”. pues la escribió Sócrates, en el siglo V a. C. por lo que podemos tranquilizarnos ante lo que vemos, por suerte, la naturaleza suele enderezar los arboles que en su juventud se torcieron, aunque no todos.

Vivimos un periodo donde la renta per capita se ha triplicado con respecto a la generación anterior, donde el acceso a la educación es universal, en nuestro país, pero no veo que estas mejoras sociales se reflejen en mayor bienestar ni felicidad. Se ha cambiado el modelo de familia, ya es difícil ver que los abuelos viven en la misma casa con los hijos y los nietos, ahora las casas se quedan vacías, todos trabajan, estudian o tienen cosas que hacer y el jubilado es un estorbo, un problema, una carga al no ser útil para estar nueva estructura familiar. Las casas son más pequeñas, por lo que no hay espacio para su habitación y las ciudades tienen los semáforos más rápidos, monopatinés por las aceras, y la compra se hace por internet. Las tareas domésticas, la figura educadora y facilitadora del orden familiar, la receptora de todos los que llegaban al hogar, la responsable de tener las comidas, de exigir que estudien los nietos o de permitir que jueguen, hoy en día esa figura está desapareciendo, y ese trabajo no se reconoce y se minusvalora por casi toda la sociedad. Hoy las dos figuras parentales tienen que trabajar fuera para sostener la nueva estructura familiar, “la sociedad del bienestar” donde hay más riqueza material, pero con más vacío emocional. Donde los hijos llegan a una casa vacía sin que nadie les espera ni les escucha, o donde hay una persona ajena a la familia, que la suelen considerar “inferior” y no sirve para cumplir ese papel

de figura parental, una casa donde no se comparten sus vivencias ni se escuchan sus dudas, donde no se les exige que estudien o se les ponen límites. Donde la bulimia, las drogas, el absentismo escolar o la falta de identidad, tienen que asumirlo en la fría soledad de la casa domotizada con la nevera llena y el eco del vacío. Donde tus ídolos se han caído hace años, (los padres) y los abuelos han cumplido como meros taxistas y cuidadores puntuales, hasta que los padres los recogían y se los llevaban a sus casas hasta que eran útiles. Cuando el abuelo ya no sirve para ayudar y se convierte en una carga, hay que llevarle a algún centro, porque la velocidad de la vida no puede pararse para cuidar de ellos en el entorno familiar.

Esta visión tan negativa se contrarresta con esos hijos que hacen Tetris con sus tiempos y son capaces de ajustar sus horarios para estar con sus padres. Ya Hesíodo en el siglo VIII a. C. decía: “ya no tengo ninguna esperanza en el futuro de este nuestro país si la juventud de hoy toma mañana el poder. Porque esta juventud es insoportable, desenfrenada y simplemente horrible”.

Ante esta nueva familia, hemos destruido ese hogar donde llegabas buscando cariño, respuestas, autoridad y límites, donde estaban las personas que más sabían y que su palabra era la única verdad, hasta que el crecimiento va aceptando sus límites con cariño y respeto.

Partamos de la realidad que no somos perfectos, ni los matrimonios son perfectos ni los hijos lo son. Todos metemos la pata, decepcionamos a los demás, les fallamos y no estamos siempre que nos necesitan, pero tengamos siempre presente que si te compras una lavadora, viene con un libro donde te explican como funciona, un coche igual, viene con su libro y te dan clases para saber llevarlo, pero como cuidar a nuestros padres, como ser padres y como llevar una familia, no tiene instrucciones, y cada uno lo hace lo mejor que puede.

El formar una familia es una tarea para toda la vida, y siempre tenemos que ver como mantener esa estructura teniendo claro que es un proceso de cambio constante y de retos permanentes, donde las satisfacciones van seguidas de sufrimientos, los éxitos de fracasos y las alegrías de tristezas, lo hagamos como lo hagamos, pero que al final, los que sí hayan dado lo mejor de ellos para que salga bien, tendrán más posibilidades de obtener la satisfacción y el amor de cada miembro que el que haya buscado el camino fácil.

Tengamos en cuenta que la crítica hacia la juventud, ha sido una constante en nuestra historia: “Esta juventud está malograda hasta el fondo del corazón, los jóvenes son malhechores y ociosos. Ellos jamás serán como la juventud de antes. La juventud de hoy no será capaz de mantener nuestra cultura”. Esta frase estaba escrita en un vaso de arcilla encontrada en unas ruinas de babilonia con una antigüedad de 4000 años a. C. y a pesar de ello, las civilizaciones han seguido avanzando, pero también recordemos que todas ellas han desaparecido por otras civilizaciones en el momento que se han dedicado más a la vida ociosa y al hedonismo olvidando defender sus principios básicos y sus normas de convivencia. No caigamos en los errores de nuestros antepasados.





# 3

## La memoria

La memoria es la capacidad de retener. Es un proceso de almacenamiento y recuperación de la información en el cerebro, básico en el aprendizaje y en el pensamiento.

Mientras tengo memoria, tengo personalidad, sé quien soy, y sé quienes son mis seres queridos. La memoria es lo que me une al mundo real, lo necesario para poder saber usar mis recursos, mis aprendizajes vitales, mi vida. Sin memoria, no soy, tan solo existo como un ser vivo, pero sin nombre, ni familia, ni pasado ni presente ni futuro. Cuidemos nuestra memoria al igual que cuidamos nuestra alimentación, nuestro corazón, nuestro sueño. Aunque no la situemos en ningún músculo en particular, ejerzámola y demósle la importancia que se merece. No creo tenga mucho sentido un corazón sano por haber andado y hecho deporte todos los días en un cuerpo que no sabe ni como se llama ni es capaz de apreciar el amor de los demás.

Para que la memoria pueda funcionar correctamente se necesitan los siguientes procesos:

- 1º. **La recepción y la selección de las informaciones que provienen desde los órganos sensoriales.**
- 2º. **La codificación y el almacenamiento de esas informaciones.**
- 3º. **La capacidad de acceder a esas informaciones.**

Así, hablamos de los siguientes “almacenes”:

**A. Memoria sensorial:**

Encargada de recoger la información que recibimos por los sentidos. Sería el registro, donde las protagonistas son la percepción y la atención (registro de aquello que percibimos y a lo que prestamos atención). Sin ellas no habría registro.

**B. Memoria a corto plazo:**

Se considera una memoria operativa. Tiene una capacidad limitada (en torno a 7 +/- elementos) y una duración temporal igualmente limitada. Aquí la información puede codificarse y enviarse a la memoria a largo plazo, o puede perderse. La codificación puede explicarse con la metáfora del archivo, es decir, consiste en ponerle nombre a un archivo que enviaremos a otro almacén. La atención es de nuevo importante ya que sujeto participa activamente en esta codificación. La organización, la visualización, la asociación y la repetición son estrategias de codificación, formas de fijar el nombre del archivo para luego poder encontrarlo.

**C. Memoria a largo plazo o memoria permanente:**

Se refiere al conjunto de conocimientos acerca del mundo, así como de nuestras experiencias; en él permanecería la información un largo periodo de tiempo. Aquí se encuentran todos los archivos con su nombre correspondiente. Cada uno es un recuerdo que en función de la profundidad del grabado de su nombre (dependiente de la organización, la visualización, la asociación y la repetición), nos será más o menos difícil acceder a él.

En el envejecimiento patológico es inevitable hablar de las demencias. Éstas son enfermedades de la inteligencia que se caracterizan por un deterioro intelectual progresivo en personas de mentalidad madura. Se produce un declive de las funciones mentales superiores, entre ellas, como no, la memoria, con su respectiva repercusión a modo de deterioro en la vida cotidiana.

Sin embargo, hay olvidos benignos no asociados a daño orgánico cerebral. Estos pueden producirse por una falta de ejercitación mental, falta de atención o desinterés, déficit sensorial, problemas en la comprensión, ansiedad o depresión etc. Es por ello que en este caso la memoria es susceptible de mejora con una estimulación cognitiva general y específica, con el uso de estrategias mnemotécnicas en la vida cotidiana, con la mejora del estado físico y psicológico, y con el control de la ansiedad que genera el olvido.

A medida que nos vamos haciendo mayores, se van produciendo una serie de cambios normales tanto en nuestro organismo, como en nuestra mente. Nuestro cuerpo cambia, van saliendo canas y arrugas, pero también poco a poco nuestro pensamiento va haciéndose más lento, y comenzamos a experimentar algunos fallos de memoria. Cada vez se van haciendo más frecuentes ciertos olvidos, como no saber donde hemos puesto algún objeto, o ir a una habitación y no recordar qué íbamos a buscar allí.

Bajo el lema de que “todo lo que se ejercita, se mantiene; y lo que no se ejercita, se pierde” (independientemente de la edad), hemos diseñado este taller, cuyo objetivo consiste precisamente en activar la mente a través de una serie de ejercicios y técnicas, para mantener, durante más tiempo, un rendimiento más óptimo, y evitar esos fallos de memoria que resultan tan molestos para nuestras vidas.

“En nuestro país, la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas que causan demencia se sitúa en el 2,08% de la población, lo que supone casi un millón personas afectadas”.

Dentro de las principales causas de demencia (que operan también como definitorias de etiquetas subdiagnósticas) se cuentan el alzheimer con una variedad de alteraciones morfofuncionales en varias regiones cerebrales, constituyendo el 60 a 80% de los casos; demencia vascular (20 a 40%); demencia por enfermedad debida a cuerpos de Lewy (5 a 20%) y demencia fronto-temporal (5 a 20%).

La estimulación cognitiva es un conjunto de ejercicios y de actividades destinadas a mejorar y/o mantener las capacidades mentales de una persona a lo largo del tiempo. Se basa en los principios de la plasticidad cerebral según los cuales la realización de ejercicios mentales modifica y crea nuevas conexiones en el cerebro.

Los ejercicios de memoria para mayores contribuyen a estimular facultades mentales que declinan con la edad; por ejemplo, la capacidad de atención o el rendimiento de la memoria, cultivando su atención.

Lo mejor para que nuestro cerebro no envejezca prematuramente es mantenerlo activo. Procura no hacer siempre las mismas cosas, ni siquiera pienses siempre en lo mismo, la imaginación es parte de tu cerebro y ayuda al ejercicio neuronal. Recuerda que la lectura, los pasatiempos y el aprendizaje se hacen con las funciones cerebrales, no dejes de practicarlo todos los días.

La cultura de la atención, aunque marginada de la cultura de la memoria, se asocia estrechamente con ésta, pues, el más frecuente desarrollo de la memoria es proporcional al de la atención. Cultivando la atención, usted cultiva entonces al mismo tiempo, la memoria.

Es lo que Montaigne había, desde hace tiempo, remarcado ya al escribir: “La atención es el buril de la memoria”.

Además, la atención voluntaria es el útil más útil de la cultura intelectual y una de las condiciones del éxito en la vida. De una forma general, el desarrollo de la inteligencia es proporcional al de la atención. Los jóvenes concentran difícilmente su atención pues su mente es móvil y superficial. De otra parte, Bufón había dicho que el genio era una larga paciencia, es decir, en suma, una gran aptitud de atención y, se conoce la respuesta de Newton cuando se le preguntada cómo había descubierto el sistema del mundo: “pensando en el siempre”

Además, si usted quiere evitar el olvido, las equivocaciones, los malentendidos y las faltas, en una palabra si se desea estar a la altura de su tares, cualquiera sea ella; intelectual o manual, y llevarla a buen fin, es preciso ser capaz de poner atención.

Ahora bien, la atención voluntaria que consiste en detener el desfile de las sensaciones, percepciones, ideas, sentimientos y en considerar uno a uno de estos estados de conciencia con exclusión preferencial de otros, es susceptible de educación, redirección y progreso. Los principios que conviene seguir para corregirla y desarrollarla se desprenden de las características de la atención espontánea.

Estos han sido precisados por Théodule Ribot: *“En el caso de atención espontánea, escribía él, el cuerpo entero converge hacia su objeto, los ojos, las orejas, a veces los brazos; todos los movimientos se detienen. La personalidad está tomada, es decir, que todas las tendencias del individuo, toda su energía disponible vira al mismo punto. La adaptación física y exterior es el signo de la adaptación psíquica e interior”*.

Su primer cuidado será entonces dominar sus movimientos inconscientes. Los grandes nervios gesticulan, mueven constantemente los pies y las manos, sobresaltan al menor ruido o a la menor emoción. Las ideas atraviesan sin cesar su cerebro y ninguna de ellas puede detenerse. En fin, ellas se conducen fácilmente. De no imitarlas y de imponer la calma en sus reacciones musculares involuntarias, creará las condiciones fisiológicas de la atención. Así es como lo dijo William James a propósito del miedo, y esta anotación se aplica a un gran número de estados psíquicos en que la emoción entra en juego, “no se huye porque se tenga miedo, sino que se tiene miedo porque se huye”.

La respiración profunda, que utiliza la totalidad de la capacidad pulmonar y que reduce el ritmo respiratorio, aumente la duración de las pausas favorables para la atención.

Pero no es solamente con los músculos de sus miembros y con los respiratorios que la atención tiene estrechas relaciones. Ella se relaciona también con las palabras que están, si puede decirse, aglomeradas en los recuerdos musculares. De suerte que para fijar las ideas usted puede recurrir a la palabra, a la palabra hablada y a la palabra escrita. La palabra mantendrá la idea en la mente y se tornara, rápidamente, un centro de cristalización y de atracción

Por consecuencia, en la práctica, es en voz alta y pluma a la mano como emprenderá un trabajo intelectual, un trabajo de memorización por ejemplo que su mente entienda difícilmente. Las lecturas adecuadas, hechas preferiblemente, les ayudaran también a establecer un clima favorable. La demencia es una afectación de múltiples funciones cognitivas, incluida la memoria, el pensamiento y las habilidades sociales de intensidad suficiente para interferir en la vida diaria del paciente.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia progresiva en adultos mayores, pero existen varias causas de demencia.

Los síntomas de la demencia varían según la causa, pero los signos y síntomas frecuentes son los siguientes:

---

## CAMBIOS COGNITIVOS

---

- Pérdida de la memoria, que generalmente es notada por el cónyuge o por otra persona
- Dificultad para comunicarse o encontrar palabras
- Dificultad con las habilidades visuales y espaciales, como perderse mientras se conduce
- Dificultad para razonar o para resolver problemas
- Dificultad para manejar tareas complejas
- Dificultad para planificar y organizar
- Dificultad con la coordinación y las funciones motoras
- Confusión y desorientación

---

## CAMBIOS PSICOLÓGICOS

---

- Cambios en la personalidad
- Depresión
- Ansiedad
- Comportamiento inapropiado
- Paranoia
- Agitación
- Alucinaciones

Es conveniente que ante un cambio en la forma de ser del mayor, le llevemos al médico para que podamos afrontar el tratamiento correcto lo antes posible.





# 4

## La soledad

Una de las causas fundamentales que llevan a problemas psicológicos en las personas mayores es sin duda la soledad.

La podríamos definir como la carencia de compañía. Es un sentimiento de melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o algo.

La soledad se puede clasificar en:

**Objetiva.** Es decir, la falta de compañía. No siempre es un acontecimiento negativo, puede ser buscada y deseada.

**Subjetiva.** Las personas que se sienten solas, aunque vivan con otras personas o se sitúen dentro de un contexto social. Nunca es buscada y siempre es desagradable.

**La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas.** Estudios de la Organización Mundial de la Salud indican que las personas viudas muestran menores índices de salud física y mental que el resto de la población de la misma edad cronológica. Aquí también aparece el sesgo de género ya que las mujeres son las más afectadas debido a su mayor esperanza de vida media.

**El otro suceso importante en la vida de las personas mayores es la salida del mercado laboral.** Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben cómo ocupar.

La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social.

En estudios llevados a cabo con animales aislados durante la vejez, se pone de manifiesto un declive funcional y cognitivo con un aumento en pautas de neofobia y ansiedad, así como problemas de aprendizaje y memoria. El individuo de edad avanzada aislado socialmente tiene más dificultades para desenvolverse con normalidad en ambientes nuevos o potencialmente ansiógenos que el individuo que continúa viviendo en comunidad. Los individuos expuestos a la soledad en su edad avanzada pueden tener una mayor vulnerabilidad a los trastornos mentales”. En este estudio se considera demostrado “la importancia del aislamiento y de la soledad durante la vejez, lo que exacerba el deterioro mental e inmunitario durante este periodo a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores”. Es decir, vivir en sociedad nos mantiene sanos física y mentalmente.

La sociedad debe sensibilizarse ante el problema de la soledad en los mayores. Se presenta la necesidad de desarrollar programas preventivos y de control de la soledad y la depresión en este grupo de edad. Por ejemplo, el gobierno de Holanda ha elaborado un plan dotado de 26 millones de euros para hacer frente a la soledad de los mayores. El plan de acción, conocido como "Uno contra la soledad", incluye una visita anual al domicilio de todos los mayores de 75 años, para comprobar su estado emocional y detectar si se sienten solos.

Estas visitas determinarán si los ancianos amenazan con sentirse abandonados, lo que ayudará a tomar las acciones oportunas para paliar esta situación o evitarla.

Ante el problema de la soledad en nuestros mayores, podemos encontrar la solución de incorporarles a los centros residenciales para facilitar las relaciones interpersonales e impedir el aislamiento social que, como se comentó anteriormente, conlleva un empeoramiento del estado funcional y cognitivo y mayores niveles de depresión. Como ya hemos visto, las personas mayores suelen tener miedo a los cambios y las experiencias nuevas.

Cuando la soledad se produce por la pérdida de la pareja, tenemos que tener en cuenta el proceso del duelo, que es la respuesta normal de una persona ante una pérdida. Es diferente para cada persona.

Se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

Las 5 etapas del duelo que están más reconocidas entre los expertos de la salud mental son:

**1º. Etapa de la negación**

Esa negación puede inicialmente amortiguar el golpe de la muerte de un ser querido y aplazar parte del dolor, pero esta etapa no puede ser indefinida porque en algún momento chocará con la realidad.

**2º. Etapa de la ira**

En esta fase son característicos los sentimientos de rabia y resentimiento, así como la búsqueda de responsables o culpables. La ira aparece ante la frustración de que la muerte es irreversible, de que no hay solución posible y se puede proyectar esa rabia hacia el entorno, incluidas otras personas allegadas.

**3º. Etapa de la negociación**

En esta fase las personas fantasean con la idea de que se puede revertir o cambiar el hecho de la muerte. Es común preguntarse ¿qué habría pasado si...? o pensar en estrategias que habrían evitado el resultado final, como ¿y si hubiera hecho esto o lo otro?

**4º. Etapa de la depresión**

La tristeza profunda y la sensación de vacío son características de esta fase, cuyo nombre no se refiere a una depresión clínica, como un problema de salud mental, sino a un conjunto de emociones vinculadas a la tristeza naturales ante la pérdida de un ser querido. Algunas personas pueden sentir que no tienen incentivos para continuar viviendo en su día a día sin la persona que murió y pueden aislarse de su entorno.

**5º. Etapa de la aceptación**

Una vez aceptada la pérdida, las personas en duelo aprenden a convivir con su dolor emocional en un mundo en el que el ser querido ya no está. Con el tiempo recuperan su capacidad de experimentar alegría y placer.

# 5

## Ser buena persona

Ser buena persona es una virtud que todos los seres humanos tenemos de forma intrínseca, unos la desarrollan y otros la intentan inhibir. Es saber cuidar a la gente, estar pendientes de quien nos necesita, saber quien ha hecho algo por mí y saber agradecerse, saber responder y valorar a quién ha estado en mis momentos malos y ha aguantado mis enfados, mis quejas y mis iras. Quien ha sabido orientarme para ser mejor persona y crecer aunque lo que haya hecho o dicho no me guste.

Saber decir la verdad aunque sepa que se puede enfadar el otro, pero sabiendo que lo hago por su bien. Renunciar a lo que me apetece y dedicar ese tiempo a quien se lo merece de verdad, no sacar mi agresividad con quien no tiene culpa, darme cuenta de las emociones del otro y no aprovecharme de ello, hacer cosas que no me apetecen porque sé es lo mejor para el otro, dejar el dinero que no tengo porque el otro tiene menos, pedir favores a otros que a mí me lo van a conceder para ayudar al otro, dejar mi ego para que el ego del otro esté bien y no echar en cara lo que los otros nos deben. En pocas palabras, disfrutar ayudando a quien se lo merece sin esperar nada a cambio y ser agradecido.

Cuando más años tenemos, más nos damos cuenta de como hemos sido y de como somos, más nos sentimos orgullosos de lo que hemos hecho y más nos avergonzamos de lo que hicimos mal o no hicimos, y estos pensamientos pueden llevarme a querer relacionarme más



con esa sociedad que tan buena relación he tenido con ella o a aislarme de esa sociedad con la que no he sabido interactuar de forma positiva.

Es bueno darnos cuenta que podemos cambiar tengamos la edad que tengamos y si el cambio lo hacemos hacia el bien, lo normal es que mi entorno me enriquezca y me ayude a estar mejor. No es ninguna tontería el ser buena persona en este mundo que aparenta ser tan individualista, tan materialista y tan cruel. En el fondo son fachadas que se ponen los otros, mientras encuentran a esas buenas personas de quien queremos estar rodeados tengan la edad que tengan.

Por desgracia vivimos en una sociedad donde prima lo contrario, donde te incitan a ser egoísta, donde te animan a mirar por ti y a vengarte de quien no te interesa en este momento, donde lo importante es el presente y tu futuro, sin valorar la gente que te hizo bien en el pasado.

Donde quien aparece en tu presente no quiere competencia de gente de tu pasado, no te quieren compartir y hacemos caso a esas nuevas relaciones olvidando a quienes estuvieron antes.

Estamos en una sociedad donde solo queremos ser felices y no queremos devolver favores o cuidar a quien está más débil. No queremos cargas, solo buscar gente para usar, y tirar a quien no cumple nuestros objetivos egoístas.

Nos centramos en nuestra imagen, en quien nos dice palabras vacías pero agradables, quien nos da la razón y renunciamos a quienes nos hicieron crecer a pesar de lo mal que lo pasasteis juntos al mostrarte la cruda realidad.

Es más importante mi vestimenta o mi peinado, que las personas, es más importante el reírme y pasármelo bien que mis estudios

o mi trabajo; hemos cambiado el ser buenas personas por el estar bien en el presente, sin tener en cuenta nuestra persona ni nuestro futuro.

Preferimos hacer una broma o gracia quedando nosotros bien que darnos cuenta a quien hacemos daño con ello. Preferimos gastarnos el dinero en salir, que dejárselo a esa persona que lo necesita, o elegimos quitarnos al amigo depresivo por el conocido gracioso o que me dice lo que quiero oír.

Ser buena persona es preferir quedarme solo a dar la razón a quien miente o habla mal de una persona que yo conozco, es saber pedir perdón, es saber dar las gracias, es buscar un hueco para hacer un favor y acordarme de quien me necesita realmente. Es anteponer lo que el otro necesita ante mis deseos.

Por desgracia, a estas personas se las suele tratar de tontos, se las intenta cambiar y que no actúen como realmente les saldría, donde la población en general intentarán meter todo tipo de mentiras y manipulaciones para que hagan lo que ellos quieren y no lo que realmente debemos hacer.

La sociedad tiende al individualismo, a las relaciones efímeras sin problemas ni compromisos, a olvidar el pasado y pretender que el presente sea divertido. Donde lo importante y lo único que vale sea el ahora.

Bajo este prisma, las buenas personas no tienen cabida, las importantes son las más simpático, más guapas, o nos invitan a más cosas, quien menos nos critica, quien nos dice lo buenos que somos en cada momento, quien más nos ensalza y con quien mejor lo pasamos, pero no tenemos en cuenta nuestra evolución como personas o como tratamos al prójimo. Las relaciones que hoy más importan son las que me dan la razón y no se meten en nuestras vidas.



Está claro que ser buena persona conlleva un esfuerzo y ser egoísta nos da plena libertad para hacer lo que quiera y en el corto plazo suele ser más fácil y más placentero, pero luego no pretendamos tener amigos entre la gente que hemos conocido en un plano egoísta, pues en cuanto seamos una carga para ellos, ellos actuarán bajo el paraguas del hedonismo, donde quien necesita algo es persona non grata para ese grupo, donde solo se valora quien aporta algo y no quien pide algo.

Por eso estamos en una sociedad que encumbra la juventud y menosprecia la vejez, donde la belleza se valora más que la educación, donde el vestir bien está por encima del saber estar, donde quien me hace reír está por encima de quien me cuida.

No caben las personas que necesitan, no queremos cargas ni problemas, no queremos luchar por lo difícil, por lo que “merece la pena” para el futuro, queremos lo fácil y el disfrutar del ahora.

Las buenas personas las tenemos solo para usarlas cuando las necesitamos, pero luego que no nos molesten.

Saber cuidarte y no ser una carga es un signo de buena persona, el ser coherente con lo que haces y como actúas, el tener palabra, el tener honor. El no pedir ayuda, cuando yo solo puedo afrontar la situación.

Saber tratar bien a quien te sirve, no maltratar a quien está por debajo de ti. Saber decir algo agradable a quien se cruza en nuestra vida de forma ocasional, ceder el paso o el asiento a quien se lo merece, ayudar a subir la carga a quien vemos lo necesita, esperar al vecino en el ascensor, compartir tu espacio en la barra del bar, regalar una sonrisa, ser amable. Darme cuenta del regalo que quiere el otro en una fecha importante, de lo que necesita o lo que en algún momento ha dicho le haría ilusión. O donde quiere ir, o que comida le preparo.

Saber ir a un sitio barato porque mi amigo no tiene dinero, o el pagar más que él sin que se sienta de menos.

Al final ser buena persona es difícil, es vivir en armonía con el mundo y las personas que hay en él teniendo en cuenta que mi libertad termina donde empieza la de los demás, que lo que no quiero para mi, no debo dárselo a los demás, que no puedo ser una molestia ni un incordio para nadie, que debo respetar y cuidar a mi prójimo. Aunque parezca mentira y suene como una vida dura y sin mirar por uno, el ser buena persona te llena, te hace sentir bien, te hace conocer a mejores personas, y el mundo te trata mejor. No se si habrá una justicia universal, un Dios, o algo que se da cuenta de ello, pero parece que al final sí se refleja esa conducta en uno mismo y nos va mucho mejor en la vida que al egoísta o a la mala persona.

En el fondo es tener una moral que sabe perfectamente que está bien y que está mal, y tan solo abriendo los sentidos a los demás y dejando de escuchar solo a mi yo infantil y egoísta, nos sentiremos muy bien centrándonos más en quienes nos necesitan que en quienes nos hacen tan solo reír o alimentar nuestro ego.

Es cierto ese dicho de: “se es más feliz dando que recibiendo”, lo único que primero debo saber escuchar lo que el otro realmente necesita y no dar lo que yo creo el otro quiere.

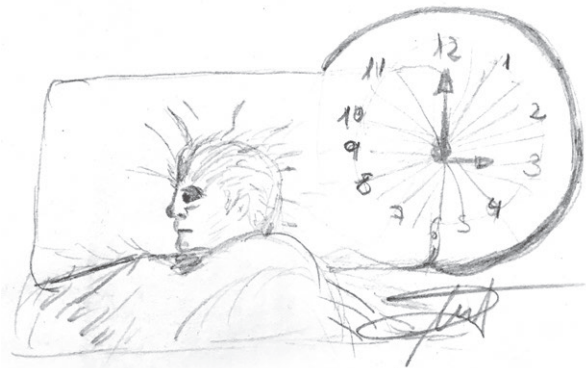
Algo que considero muy importante subrayar, es no ayudar a quien no necesita mi ayuda, es decir, a quien vemos que él solo está intentando resolver su propia dificultad, debemos dejarle que crezca y que se de cuenta de sus limitaciones, y en cuanto me pida ayuda, estar ahí sin reprocharle cuando nos la pidió.

No es cuestión de ayudar cuando yo quiero, o como a mi me gustaría, es saber escuchar cuando la otra persona me necesita y que ayuda necesita. No olvidemos que es un acto de generosidad, por lo que el importante en ese momento es el otro, y no hay mejor ayuda que dejar crecer a la persona interfiriendo lo menos posible, para que nunca fomentemos la dependencia y la debilidad del otro por nuestro egoísmo de sentirnos fundamentales en su vida.

De repente podemos pasar de ser buenas personas a ser unos egoístas que ensalzamos nuestro ego a través de crear personas dependientes de nosotros. Creo lo más bonito es ayudar sin ser percibida nuestra ayuda por el otro, sin que el otro se sienta en deuda por nuestro acto, casi tendríamos que dar las gracias por habernos dado la oportunidad de hacer algo que nos hace sentir bien.

Lo más bonito de sentirte buena persona o al menos intentarlo, es que no percibes el mundo como una amenaza ni a la gente como mala, ves esta realidad como una gran oportunidad de que alguien te haga sentir mejor y ello te hace ir por la vida con una sonrisa, sabiendo que tu sonrisa va a hacer que mucha gente al verte se sienta mejor.

Sonríele a la vida y la vida te sonreirá.



# 6 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son problemas relacionados con dormir. Estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.

Los trastornos del sueño son una patología muy frecuente en las personas mayores, recordemos que los niños duermen más de ocho horas, necesitan aprender mucho, y su cuerpo está gastando energía constantemente. Los adultos con siete u ocho horas tienen cubiertas sus capacidades de recuperación, tanto físicas como psíquicas, y cuanto más mayores somos, en general, menos actividad hago, mis músculos suelen reducirse y como menos. Menos gasto energético conlleva a menos descanso necesito para recuperarme. Por lo que es normal con cinco o seis horas pueda estar perfectamente. La recuperación de energía es parte integral del proceso homeostático. El no dormir bien está asociado a dolor corporal, patología que crece con la edad. El sueño favorece la liberación de hormonas anabólicas, y su disminución está asociada con el proceso de envejecimiento.

Es bueno saber que los seres humanos necesitamos descansar nuestro cerebro o moriríamos por agotamiento mental. Una persona no puede estar sin dormir más de siete días. La fase NREM, (No movimientos de ojos rápidos) donde el cerebro deja de trabajar es donde realmente descansa, al contrario de la fase REM, (movimientos de ojos rápidos) que es donde aprende todo lo que hemos aprendido du-

rante la vigilia y donde resuelve problemas del día a día. Recordemos la famosa frase de nuestras madres: hijo, vete a dormir y consultado con la almohada. Esta sabiduría popular ya sabía que ese inconsciente que descubrió Freud, existía y funcionaba perfectamente al dormir.

Otra cosa es si soy consciente o no del dormir. Por suerte o por desgracia es un acto que requiere la pérdida total de mi control, de ahí que haya personas que nos digan que no han dormido nada en toda la noche o incluso que llevan meses sin dormir.

Sancho Panza definió muy acertadamente el sueño: *“Sólo entiendo que en tanto que duermo ni tengo temor ni esperanza, ni trabajo ni gloria; y bien haya el que inventó el sueño, capa que cubre todos los humanos pensamientos, manjar que quita la hambre, agua que abuyenta la sed, fuego que calienta el frío, frío que templá el ardor y, finalmente, moneda general con que todas las cosas se compran, balanza y peso que iguala al pastor con el rey y al simple con el discreto. Sola una cosa tiene mala el sueño, según he oído decir, y es que se parece a la muerte, pues de un dormido a un muerto hay muy poca diferencia”*.

Que gran definición que sin usar un sólo tecnicismo todos podemos entender lo maravilloso que es el dormir y lo fundamental que es para vivir.

Los trastornos del sueño se consideran un problema de salud pública. Prevalencias rampantes de insomnio, somnolencia diurna y trastornos específicos como apnea obstructiva del sueño (SAOS) así lo demuestran.

Los llamados estados de conciencia son tres: vigilia, sueño REM y sueño no REM; el último se subdivide en tres subestadios

(N1, N2, N3), cuyo número crece en función del enlentecimiento del electroencefalograma y la resistencia a ser despertado. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento involucran la disminución del sueño N3 y el incremento en el número de despertares.

El sueño REM, de presentación periódica a lo largo de la noche, disminuye con el envejecimiento, aunque en una proporción menor que N3. Las necesidades de sueño del adulto mayor parecen ser semejantes a las del adulto en edad media; la dificultad para poder mantener un sueño consistente en la noche incrementa el tiempo de estancia en cama, el tiempo que transcurre hasta iniciar el sueño, los despertares, el tiempo de vigilia nocturna y las siestas durante el día.

Existen, asimismo, procesos reguladores del sueño: el proceso homeostático, merced al cual la extensión de la vigilia aumenta la presión por dormir, disminuye, sin embargo, su eficiencia con el envejecimiento.

El segundo, el proceso circadiano, que condiciona actividad diurna y sueño nocturno, tiende a preservarse un tanto mejor.

Las patologías del sueño más comunes entre nuestros mayores son:

**Insomnio.** La prevalencia de insomnio en adultos mayores se encuentra entre 13 a 47%. En el adulto mayor los mecanismos de hiperalerta nocturna, relacionados con trastornos del ánimo, problemas con higiene del sueño y condicionamiento a la hipervigilancia, son semejantes a las del adulto joven; sin embargo los trastornos médicos adquieren mayor relevancia, destacando los efectos secundarios de medicación y los trastornos ocultos del sueño como SAOS y el síndrome de piernas inquietas (SPI).

**Trastornos del ritmo circadiano.** El adelanto de la fase de sueño que pudiera ser observado en algunos adultos mayores, puede ser manejado con la aplicación de luz vespertina. En pacientes con deterioro cognitivo se ha postulado el uso de melatonina y el empleo pautado de luz.

**Somnolencia diurna excesiva.** La prevalencia desomnolencia diurna excesiva es 15,4 % Causas en el AM son privación de sueño, problemas de higiene de sueño, depresión, trastornos ocultos como SAOS o síndrome de piernas inquietas, trastornos metabólicos como hipotiroidismo, hipocortisolismo , hiponatremia, encefalopatía hepática, renal o insuficiencia cardíaca, entre otros.

**Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).** La prevalencia estimada de SAOS, es de 3 a 32% para adultos en edad media y hasta 70% para el AM; se destaca un alto nivel de subdiagnóstico.

**Síndrome de piernas inquietas (SPI).** El SPI es considerado el desorden de movimiento más frecuente, aumenta con la edad y afecta entre el 1,9 al 15% de la población. En el AM se identifican dos fenotipos: 1) con inicio antes de los cincuenta años, usualmente de origen genético. 2) con inicio después de los cincuenta años, usualmente secundario a algún trastorno por investigar.

Existe asociación con otras condiciones tales como deficiencia de hierro o problemas renales. El cuadro se caracteriza por la necesidad de mover las piernas, que aparece en el reposo y con predominio nocturno, en tanto que el movimiento voluntario alivia transitoriamente esta sensación.



Es necesario descartar patologías como polineuropatías o calambres. El diagnóstico es esencialmente clínico y un 80% de las personas con esta condición pueden tener movimientos periódicos involuntarios durante el sueño.

El SPI debe considerarse entre las causas de insomnio y somnolencia. Estudios recientes proponen un incremento del riesgo vascular en SPI. El tratamiento dependerá del nivel de severidad. Los medicamentos más empleados son los agonistas dopaminérgicos como pramipexole, ropirinole, rotigotina y los gabapentinoides.

**Trastorno de comportamiento asociado a la fase de sueño REM (RBD).** Se produce por la pérdida de la inhibición fisiológica del tono muscular del sueño REM. El paciente, usualmente, actúa los sueños, generalmente hiperdinámicos o violentos, relacionados con animales o riñas. Se describe en asociación con alfa-sinucleinopatías, (Parkinson, enfermedad por cuerpos de Lewy y atrofia de múltiples sistemas). El RBD es mucho menos frecuente en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los tratamientos de elección son melatonina y clonazepam.

En conclusión, los trastornos de sueño en el AM son frecuentes, importantes, tratables, pero subdiagnosticados. La principal tarea, aún pendiente, está en su reconocimiento.

Me voy a atrever a dar unos consejos para las personas que tienen dificultad con el dormir:

- 1º. Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño
- 2º. Mantener horarios de sueño regulares, acostándose y levantándose siempre a la misma hora, incluidos los días festivos.

- Recuerda que 7 horas es lo necesario como mínimo para descansar el cuerpo y el cerebro.
- 3º. Si no se consigue conciliar el sueño en unos 15 minutos salir de la cama y relajarse en otro lugar para volver a la cama cuando aparezca el sueño.
  - 4º. Reducir o eliminar todas las bebidas excitantes, como el café, coca cola, té, y las bebidas alcohólicas, especialmente durante la tarde o al final del día.
  - 5º. Cena una hora y media antes de irte a dormir por lo menos, y procura hacer una cena ligera.
  - 6º. Evita irte a la cama con sensación de hambre. Se puede tomar un vaso de leche caliente (sin chocolate) o una infusión (sin teína) para favorecer la relajación antes de ir a dormir.
  - 7º. Evitar la exposición a la luz brillante a última hora de la tarde y por la noche
  - 8º. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz)
  - 9º. Evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse
  - 10º. Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse, o tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
  - 11º. Realizar ejercicio físico pero evitar hacerlo a última hora del día, ya que activa el organismo.
  - 12º. Evitar siestas prolongadas (no mas de 20-30 minutos) y nunca por la tarde-noche.
  - 13º. No realizar en la cama tareas que activen el cerebro (leer, ver TV, usar ordenador, etc.). Salvo que estés ya condicionado a ello y te produzcan sueño.

# 7

## El estrés

El estrés y la ansiedad afectan más que ninguna otra cosa a la calidad y al éxito de la vida. Si no puede relajarse, no puede disfrutar. Estamos viviendo la era de la tecnología de la información, pero también la del estrés.

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente, de naturaleza física o química.

La popular palabra estrés tiene diferentes significados. Inicialmente se utilizó en metalurgia para referirse a la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido.

Es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca, o de hacerle frente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. Por lo que afecta de forma directa en el deterioro de todo nuestro organismo.

Ante la vivencia de una amenaza, el organismo responde mediante unas reacciones generales específicas, que representan el estado



de estrés, y por unos mecanismos específicos (por ejemplo, de tipo inmunológico y hemodinámico). Cuando la activación es demasiado intensa o prolongada y se superan ciertos márgenes en los dispositivos autorreguladores existentes, se producen enfermedades, bien sea por el esfuerzo adaptativo o bien por el fracaso o insuficiencia de dichos mecanismos de adaptación. Si bien, éstos, dependen tanto de la exposición al estresor como de la eficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados.

El sistema inmunológico es exquisitamente sensible a los cambios de las circunstancias vitales y a las actitudes de las propias personas. La evaluación por excelencia de las respuestas fisiológicas, la constituyen los registros psicofisiológicos, como la tasa cardíaca, la respuesta dermoeléctrica, la tasa respiratoria, la tensión muscular, la presión sanguínea, etc. Por ejemplo, los sujetos que hacen un afrontamiento eficaz de las demandas adaptativas, presentan menos síntomas asociados de ansiedad y depresión. Ha podido demostrarse en personas sanas una consistente correlación positiva entre una mayor capacidad citotóxica (inmunocompetencia) y un mejor perfil psicológico.

Sin embargo, el estrés en sí mismo no es una enfermedad, y los pacientes no sufren de estrés, sino de enfermedades físicas y trastornos mentales como disfunciones del sistema nervioso central, dolor músculo-esquelético (fibromialgia), disfunciones sexuales, o diferentes problemas cardiovasculares y gastrointestinales.

Se ha demostrado que la parte peligrosa de las respuestas de estrés físico está en la constricción vascular que ocurre mientras el corazón bombea a un ritmo mayor. Esta vasoconstricción, sin embargo, sólo ha sido documentada en personas que ya creen que el estrés es peligroso.

Envejecemos a partir de los veinticinco años, según nos dicen los expertos, a esa edad empezamos a perder visión, aparecen las

primeras canas, perdemos memoria y aparecen los primeros achaques, dependiendo mucho de como nos cuidemos y ejercitemos nuestro cuerpo. Pero uno de los factores más fundamentales en este envejecimiento es el estrés y curiosamente la mentalidad que tengamos de como nos afecta.

Se ha comprobado que las personas que creían que el estrés puede matar, mueren a un ritmo mucho mayor que las que desconocen los efectos negativos de esta respuesta. Al igual que se ha visto que las personas que están más estresadas, pero que no creen o no saben de sus efectos "negativos", son en realidad más saludables y tienen más probabilidades de vivir una larga vida feliz.

### UTILIDAD DEL ESTRÉS

En condiciones apropiadas (si estamos en medio de un incendio, nos ataca una fiera, o un vehículo está a punto de atropellarnos), los cambios provocados por el estrés resultan muy convenientes, pues nos preparan de manera instantánea para responder oportunamente y poner nuestra vida a salvo. Muchas personas en medio de situaciones de peligro desarrollan fuerza insospechada, saltan grandes obstáculos o realizan maniobras prodigiosas.

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas, el hipotálamo estimula a la hipófisis para liberar hormonas que activan la glándula suprarrenal, situada en la parte superior de los riñones. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo. El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen a una úlcera. O puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco. Así mismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en la persona.

También hay que tener en cuenta que el estrés libera la hormona neuropéptida oxitocina, la cual ejerce múltiples efectos psicológicos, influyendo en el comportamiento social y las emociones. Tiene un efecto ansiolítico y puede aumentar la empatía y el enamoramiento. Nuestro cerebro lo tiene asociado a la respuesta de felicidad.

Muchas personas sienten síntomas de estrés en el cuerpo. Usted puede experimentar dolor abdominal, dolores de cabeza y dolor o tensión muscular, al igual que puede experimentar mariposas en el estómago, inquietud motora y ganas de hacer cosas. Pueden ser respuestas positivas o negativas. El estrés es como la sal de la vida, la justa produce placer y nos ayuda a disfrutar, la escasa nos hace perder interés y desgana, mientras que en exceso, nos llevará a alguna patología, bien física o psíquica, si se prolonga mucho en el tiempo.

#### Cuando usted está muy estresado, puede notar:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Respiración rápida
- Sudoración
- Temblores
- Mareo

#### Otros síntomas abarcan:

- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino
- Disminución de la función renal
- Boca seca
- Alteraciones del apetito
- Problemas del sueño
- Problemas para deglutir

#### **EL PROBLEMA DEL ESTRÉS**

Lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo. Para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo, el ambiente competitivo, etc., son circunstancias que se perciben inconscientemente como amenazas. Esto les lleva a reaccionar a la defensiva, sintiéndose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo.

Muchas personas tienen estrés cuando necesitan adaptarse o cambiar, por ejemplo:

- Empezar en un nuevo trabajo o colegio
- Mudarse a una nueva casa
- Casarse
- Tener un hijo
- Romper con alguien.
- Una lesión o enfermedad suya, de un amigo o de un ser amado es una causa común de estrés.
- Los sentimientos de estrés y ansiedad son comunes en personas que se sienten deprimidas y tristes.



Algunos fármacos pueden causar o empeorar los síntomas del estrés. Estos pueden abarcar:

- Algunos medicamentos para inhaladores usados para tratar el asma
- Fármaco para la tiroides
- Algunas pastillas para adelgazar
- Algunos remedios para el resfriado
- La cafeína, la cocaína, el alcohol y los productos del tabaco también pueden causar o empeorar los síntomas de estrés o ansiedad.

Cuando estos sentimientos suceden con frecuencia, una persona puede tener un trastorno de ansiedad. Otros problemas que pueden incluir estrés son:

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Hay más mujeres que hombres que sufren los efectos del estrés (56 % versus 44 %), aunque disponen a su favor de un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento. Los varones utilizan estrategias orientadas sobre todo a la resolución de los problemas que han generado el estrés, sin embargo es característico, que las mujeres traten de reducir sus efectos nocivos mediante estrategias emocionales de búsqueda de apoyo social.

La vulnerabilidad o la resistencia individual al estrés, va a depender de factores biológicos, como el grado de reactividad a estrés; de factores cognitivos, como el pesimismo y el perfeccionismo;

de factores psicológicos de personalidad; y por supuesto, de factores ambientales, como la exposición a varios estresores a la vez y el contar con un bajo soporte social.

### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS

No existe una única técnica. A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y de autoeficacia personal. Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas o desadaptativas, inoculación de estrés para dotar a los sujetos, con diversas estrategias y habilidades que les permitan hacer frente a las situaciones futuras que supongan estrés. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de meditación, donde el propósito es controlar aspectos mentales de la ansiedad (tales como la preocupación), aprendiendo a focalizar sobre imágenes neutras; gestión del tiempo; de mejora de habilidades sociales, etc.

Las técnicas de biofeedback no parecen ser más efectivas que las técnicas de relajación. El grado de disminución de la tensión muscular, no se correlaciona exactamente con el grado de reducción de la ansiedad, la relación opera a través de la expectativa o demanda, o comprometiendo el sentido de control.

### RECOMENDACIONES GENERALES

Existen procedimientos generales capaces de prevenir y controlar el estrés, como son la participación democrática y solidaria de los trabajadores en las tareas laborales, la mejora de los cauces de comunicación en el centro de trabajo y la potenciación de la formación continuada.

Para la prevención del desgaste profesional y la mejora de la calidad asistencial, es esencial conocer que ser comprendido y comprender a otros ayuda a mejorar la competencia individual y la cooperación interpersonal. Igualmente, mejorar nuestra formación, compartir nuestros conocimientos permite enriquecernos como persona, aumentar la satisfacción personal y mejorar la calidad de nuestra vida en general. Además de enriquecer las relaciones interpersonales y de mitigar el estrés.

## VISIÓN GENERAL Y CONSIDERACIONES FINALES

El estrés psicofisiológico acompaña a hombres y mujeres desde el nacimiento a la muerte, incluso sin saberlo, como la savia recorre y da vida a las plantas. Y al final de la experiencia del estrés resultan dos clases de productos: aprendizaje y/o deterioro, desarrollo de nuevas capacidades, siempre compartidas, o bien otra oportunidad perdida. ¿Qué es si no la vida?, si no una serie limitada de oportunidades que somos capaces, o no, de darnos a nosotros mismos y a los demás para satisfacer nuestras necesidades y deseos propios, y desarrollar los recursos latentes que todos tenemos, incluso sin saberlo.

Para reducir el deterioro producido por el estrés ¿qué podemos hacer?: aumentar el aprendizaje, la formación continuada, trabajando cada día mejor, motivado y sabiendo cuando parar.





## La depresión

La depresión se caracteriza fundamentalmente por la presencia intensa y continuada de tristeza con pérdida de interés por las cosas. Es normal también que la persona deprimida se sienta vacía y con ganas de llorar ante situaciones que nunca antes se lo habían provocado, así como sentimientos de inutilidad y culpa que no están justificados a los ojos de los demás. Podemos perder las ganas de comer, el sueño, el interés por las personas, incluso de nuestros seres queridos. Dejamos de ser nosotros para ser simples sufridores, sin capacidad de disfrutar y sin ganas de intentarlo. Nos quita las fuerzas, nos bloquea el pensamiento, nos distorsiona la realidad haciéndola peor y más negativa de como en realidad es.

En ocasiones se ve claramente la causa de la depresión, pero en muchos otros casos, no hay causa aparente; es como si la persona hubiera perdido sus recursos y tuviera miedo de afrontar su día a día, o tan sólo que hubiera perdido interés en su vida y quisiera quitarse del medio. Por desgracia vivimos en una sociedad donde todavía las patologías psíquicas tienen un estigma social muy negativo, normalmente por ignorancia hacia ellas, y la persona que las padece no es entendida por el resto de su entorno. Se les culpa de no querer hacer las cosas, se les grita e incluso de les insulta al ver que no hacen lo que se les recomienda para su curación, sin darse cuenta, las personas de su entorno, que sus consejos no son válidos cuando se padece una depresión.

Según el DSM-V, El libro diagnóstico por el que los profesionales de la salud mental a nivel mundial nos guiamos, define y separa las depresiones en:

**Trastorno depresivo mayor (TDM).** Se considera que hasta un 2% de la población adulta mayor puede experimentar TDM, las mujeres representan más de la mitad de esta cifra. Los criterios diagnósticos más aceptados en esta categoría diagnóstica, cuando aplicada a adultos mayores, incluyen persistentes sentimientos de tristeza, vacío emocional, desesperanza, anhedonia, apatía, insomnia o hipersomnia, retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas. En ancianos así afectados, la fragilidad física se hace más evidente, por lo que es importante atribuir correctamente a TDM síntomas físicos tales como dolores difusos, fatiga y constipación. Muchos ancianos con TDM permanecen en cama largas horas del día y pueden exhibir dependencia y negativismo que, en casos, alcanza niveles psicóticos. El deterioro funcional puede ser similar al que se observa en enfermedades médicas graves. Anomalías estructurales en el giro cingulado subgenual y el fascículo uncinado perpetúan estados de apatía al interferir con la estimulación cortical prefrontal de la actividad límbica.

**Trastorno depresivo persistente (distimia).** También llamada "depresión crónica" o "depresión menor", la diferencia fundamental con TDM es el menor grado de severidad, aun cuando el impacto en la vida del paciente puede ser igualmente importante. Los síntomas pueden estar presentes por meses y hasta años y su distinción con otros cuadros psiquiátricos o, más aun, con entidades médicas tales como hipotiroidismo, es fundamental. La distimia puede también sobrevenir acompañada por distrés ansioso, rasgos melancólicos o los llamados rasgos atípicos tales como disturbios alimentarios y sueño irregular. Los ancianos son también más

propensos a cuadros de duelo prolongado cuya ocurrencia "en ondas" y una duración mayor de 7-10 meses, con sentimientos de culpa, desaliento, ideas de muerte o suicidio, pueden anunciar una transición definida hacia el TDM.

**Conducta suicida en ancianos.** Mujeres de 60 años, o más, presentan un índice más alto de intentos suicidas que su contraparte masculina, pero la prevalencia de suicidios consumados es más alta entre los varones, llegando a ser hasta dos veces mayor que la de la población general. Aparte de sexo masculino, los factores específicos de riesgo incluyen presencia de comorbilidades médicas, contacto interpersonal pobre, duelo prolongado, muerte reciente de un ser querido, intento suicida previo o problemas financieros. La modalidad escogida puede ser fundamentalmente sobredosis medicamentosa, salto a abismos o autoagresión con armas punzocortantes en poblaciones latinoamericanas y uso de armas de fuego en Norteamérica o Europa. En muchos de estos pacientes no ha habido un diagnóstico formal previo de depresión, pero sí se registran visitas médicas más o menos frecuentes en semanas previas al intento suicida.

**Depresión geriátrica y comorbilidades médicas.** La alta mortalidad en pacientes geriátricos con depresión concomitante es un fenómeno reconocido. En muchos casos, médicos de atención primaria son los primeros expuestos al contacto con estos pacientes, de modo tal que la coexistencia de depresión con diagnósticos tales como accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y artritis, genera significativas interacciones clínicas. El infarto miocárdico y/o enfermedad isquémica son casi inmediatamente seguidas por depresión marcada y muerte. Trastornos neurológicos tales como enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple, enfermedades endocrinas (vgr. hipotiroidismo), déficits vitamínicos (B12, D y K), nefropatías, enfermedad

cardíaca congestiva y cáncer de páncreas pueden debutar con síntomas depresivos, demandando por ello especial atención y alerta continua por parte de los médicos y geriatras tratantes.

**Depresión y déficits cognitivos.** Una depresión severa puede afectar seriamente la función cognitiva de pacientes ancianos y acompañar incluso a trastornos neurocognitivos mayor (demencia) o menor. Ocasionalmente, se utiliza el término "pseudodemencia" para caracterizar estos casos. Apatía, síntoma común de demencia, puede, sin embargo, no ser parte del cuadro de fondo y constituirse, por lo tanto, en entidad manejable. La llamada "depresión de inicio tardío" puede ser un indicador temprano de enfermedad de Alzheimer, aunque también ha sido vinculada a cuadros cerebrovasculares en el contexto de la llamada hipótesis de "depresión vascular".

**Trastorno bipolar (TB) y relacionados.** De ocurrencia predominante en poblaciones jóvenes y con edad de inicio más frecuente en la segunda o tercera década de la vida, el TB presenta, sin embargo, otro desafío clínico en su versión geriátrica. Se reconoce hoy una tendencia creciente de prevalencia (hasta el 10% en algunos estudios), una lista mayor de trastornos médicos (neurológicos, endocrinos, farmacológicos y cognitivos, en particular) como precipitantes o comórbidos (más del 70%) y la compleja gama de entidades y características relacionadas al llamado espectro bipolar (variedades de bipolaridad, cicladores rápidos, presencia de catatonía, patrón estacional, rasgos atípicos o mixtos, etc.). Predominan episodios depresivos con rasgos melancólicos y pacientes mujeres parecen mostrar incidencia más alta de ciclaje rápido y disforia durante episodios maníacos. Los episodios pueden ser más frecuentes y de duración más corta, configurando numerosas recurrencias.



# 9

## El suicidio

Aunque el número más alto de suicidios se produce entre los 40 y los 59 años, la tasa más alta de muertes de este tipo es en personas mayores de 70 años, en relación al total de población de ese grupo de edad.

El derrumbamiento de las creencias trascendentales y religiosas, el sentimiento íntimo de soledad por el debilitamiento de vínculos afectivos incondicionales con la familia y la intolerancia cultural al sufrimiento son algunos motivos.

La mayoría de las personas de tercera edad que intentan suicidarse lo consiguen. No dan señales, porque su actitud cambio ya hace tiempo y la familia ve ese estado a pérdida de interés por el mundo exterior como normal. Las únicas señales que aparecen, es que arreglan sus papeles de herencia, sepultura, bancos y demás cosas que creen pueden ayudar a sus familiares. El suicida no pierde la cabeza, no es egoísta y por ello sufre. Tan solo llegan a un punto que no tienen capacidad de seguir aguantando un sufrimiento, puede ser físico o psíquico, y la única salida que ven es el suicidio.

La muerte ocupa un lugar preferente en el pensamiento de todos los seres humanos a lo largo de sus vidas en momentos puntuales. Con el envejecimiento, este pensamiento va tomando más importancia y más tiempo. Se ha abordado desde diferentes orientaciones filosóficas y religiosas y ha sido objeto de un amplio debate en las



investigaciones modernas. Uno puede morir por diferentes causas, accidentes, asesinatos, o enfermedades, picaduras..., pero cuando no hay una causa externa, es inevitable que uno se muera «de viejo». El envejecimiento o senescencia, en las especies animales, incluida la humana, se percibe en general como algo negativo, ya que se refiere a la disminución paulatina del control sobre nuestro propio organismo, aparece un deterioro de nuestras funciones y de nuestro aspecto. La vejez posee, además, importantes connotaciones psíquicas, médicas y plantea un buen número de interrogantes científicos.

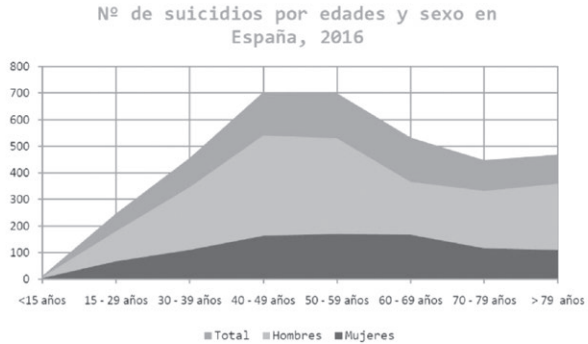
El enfoque evolutivo del envejecimiento sugiere que no existe una única causa, sea celular o molecular, responsable del envejecimiento.

Existen procesos como, por ejemplo, la destrucción de moléculas, debido a la acción de los radicales libres liberados durante el proceso de la respiración o la alteración de ciertas proteínas tras su unión con moléculas de glucosa, que producen la muerte de nuestras células. Asimismo se han localizado genes, denominados gerontogenes, que afectan a la duración de la vida, consiguiendo en laboratorios duplicar la vida media de una mosca. Pero por ahora, que sepamos, no hay un estudio serio sobre la inmortalidad de los seres humanos.

Sabemos que una dieta sana, el consumir agentes antioxidantes, el ejercicio físico y una vida emocional positiva, nos alarga la vida, o por lo menos nos hace enfermar menos.

El sentimiento de vacío y la falta de motivación, junto con el aislamiento social, hacen que la persona pierda interés por este mundo, entre en un estado de pseudo depresión, con signos de demencia al no utilizar ni el vocabulario ni el pensamiento, al igual que se produce un

Edades	Total	H.	M.
< 15 años	12	8	4
15-29 años	247	180	67
30-39 años	456	346	110
40-49 años	704	541	163
50-59 años	700	530	170
60-69 años	533	366	167
70-79 años	448	332	116
> 79 años	469	359	110
<b>Total</b>	<b>3.569</b>	<b>2.662</b>	<b>907</b>



deterioro motor al no utilizar los músculos por no moverse. Este deterioro facilitan el suicidio activo, o nos puede llevar a un suicidio pasivo.

Asimismo hay que tener en cuenta el impacto del debilitamiento de los lazos familiares estables en favor del individualismo de cada miembro de la familia. Sin darnos cuenta que la figura más frágil es el mayor cuando empieza a tener limitaciones reales que le sacan de su entorno y les obliga o bien irse a vivir con la familia o ingresar en un institución para vivir con unas normas que no son las suyas y fuera de su apoyo social.

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública en todo el mundo con alrededor de un millón de muertes anuales. Cada año, 145 personas de cada 100.000 deciden quitarse la vida, un hecho que tienen grandes repercusiones en el entorno, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente sesgada a nivel emocional, social y económico.

El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte no natural en España desde el año 2008. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2017 hubo en España 3.679 suicidios.

La sociedad admite mal el sufrimiento mantenido de sus miembros. Parece como que nadie, salvo el que está deprimido, quisiera quemarse en el sufrimiento del otro. La gente prefiere apartarse de los deprimidos.

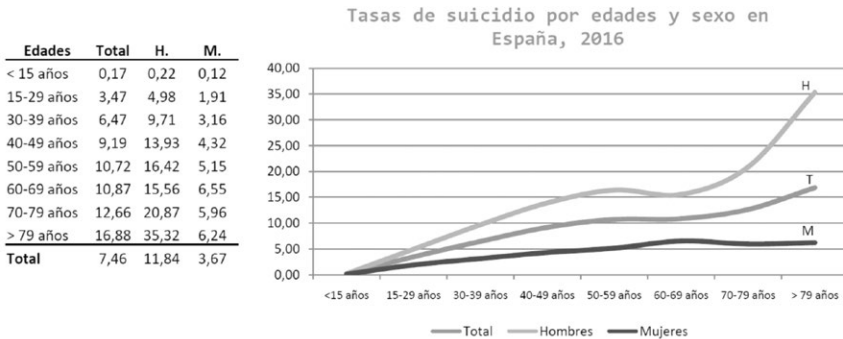
La relación entre dos personas o en un grupo, es un acto mucho más importante para los humanos que algo meramente social. Debemos tener en cuenta que para nuestra especie, las necesidades fundamentales no son solo el alimento, el dormir, etc.

Como podemos recordar en la pirámide de Maslow, tenemos unas necesidades fisiológicas que son básicas para sobrevivir, respirar, alimentos, descanso,...Luego tendríamos unas necesidades de seguridad, donde entrarían las necesidades de familia, recursos, empleo, que son fundamentales para crecer... Por encima necesitaríamos las necesidades de afiliación, donde entra la amistad, el afecto, que nos ayudan a desarrollarnos como personas y luego, como algo más elevado en la evolución, necesitaríamos el reconocimiento social que nos hace sentirnos bien en nuestra sociedad y por último la autorrealización, que sería la cima del desarrollo como ser humano. El afecto es una expresión de cariño, de amor, de amistad entre dos o más personas, donde demostramos una vinculación, sin racionalización ni lógica, directamente una emoción que se ha visto fundamental para nuestro desarrollo y nuestra supervivencia.

Está claro que necesitamos el calor humano, el roce con una piel suave que me transmita sus latidos para tener una evolución sana a lo largo de nuestro crecimiento. En las unidades de neonatos, en las incubadoras se ha visto como al introducir juntos a dos hermanos, mejoran significativamente cuando uno está malo. Más adelante,

cuando empezamos a tener consciencia de nuestra propia identidad, necesitamos ser miembros de un grupo, en el que nos sintamos unidos por afectos, donde sentirnos seguros para poder adquirir nuestra identidad, algo que necesitaremos para poder enfrentarnos con éxito al resto de demandas de esta sociedad.

Lo que si parece claro, tanto al estudiarlo en una guardería, como en una residencia es que a cualquier edad el ser humano necesita expresiones de cariño, de amor, y por supuesto, de afecto, para sentirse bien. Esto no implica una intimidad importante con la persona o con el grupo, pero sí relaciones donde uno no se vea marginado, aislado o solo, situaciones que le llevaran a enfermar o física o psicológicamente, o bien a la muerte prematura.



Recuerdo el caso de un paciente, que me contaba, que tan solo estando dos semanas aislado, viendo a gente puntual, sin afectos personales, empezaba a tener alucinaciones y a confundir sus pensamientos con la realidad. Cuanto más inteligente sea una persona, más peligroso suele ser este proceso del aislamiento, porque más elementos de juicio y de confusión tiene. La persona sencilla, con cualquier

cosa se distrae, o tan sólo con la televisión se puede distraer durante meses sin plantearse nada. Voy a centrarme en este caso.

Nuestro protagonista tras terminar sus estudios universitarios se trasladó a una gran ciudad, dejando atrás a su familia y sus amigos. Tenía un trabajo que le gustaba, en el que era muy bueno, teniendo el reconocimiento social de sus compañeros y de la gente que le conocía, tenía éxito en sus relaciones, era una persona afable, abierta y con don de gente, con muchos conocidos y ligues esporádicos, sin centrarse en ninguna relación estable, se veía como un vividor feliz, disfrutando de todo lo que la vida le ponía en su camino. Su mundo se tambaleó de repente, al ver que ya no le llenaban esos lazos afectivos, al ver que sus relaciones eran superficiales y que su trabajo entraba en una dinámica de rutina.

Quiso cambiar, empezar una relación seria, salir menos con sus amistades, centrarse más en su trabajo y formarse en otras áreas para poder hacer nuevas cosas, pero su pareja le defraudó, ella le amaba más, pero estaba más pendiente de cosas superficiales que de luchar por estar juntos y él no supo ayudarla y se distanció de ella, la sociedad se encargó de romper lo que quedaba de su relación, muchos por celos, otros por envidias y otros por solicitar más el tiempo de cada uno de ellos. Viendo que se caía su nuevo mundo intentó volver al otro y se quedó entre dos aguas, no quiso volver a esa vida superficial, pero ya había perdido su relación, no quería volver con sus amigos, ni tenía el apoyo de su infancia que perdió al irse a la gran ciudad.

Optó por el aislamiento, por su crecimiento personal, buscando en lecturas filosóficas, religiosas, budistas, o de cualquier índole que pudieran dar una explicación a esta vida. Entró en contacto con el mundo exotérico, tonteó con la güija, echadores de cartas, donde conoció mucho timador pero también reconoce que algunos de ellos

sí tenían una capacidad extrasensorial que le aportó algo. Meditó y probó sustancias psicotrópicas para entrar más en contacto con su inconsciente y es ahí, cuando entró en un cuadro confusional que no sabía ni quien era, en un vacío existencial donde el suicidio era la única puerta que veía para liberarse de esta vida, donde tanto se equivocó al buscar la felicidad. Tiene claro que lo que más valora son las relaciones afectivas, el sentirse una buena persona, el saber perdonar deudas atrasadas, tanto a otros como a él mismo y poder desear felicidad a quien se fue de su vida. Ha aprendido a hacer los duelos de forma sana, y a ver la vida como una oportunidad de crecer y de relacionarse con gente. Las ideas suicidas desaparecieron al darse cuenta que son los otros quienes te hacen sentir bien, sin buscar nada y sin pretender garantizarte el futuro por miedo. Se dio cuenta que el miedo te hace actuar de forma egoísta y pensando solo en tí, sin disfrutar de lo que haces y sin entrar en ninguna relación, por si te hacen daño, viviendo de puntillas sin implicarte y sin disfrutarlo. Lo bonito de la vida es el camino y la lucha por nuestros objetivos, cuando los alcanzas tienes que tener claro que debes ponerte otros, ya que esa felicidad de haberlos alcanzado se disipa como una azucarillo en agua. Las últimas palabras que me dijo en la última sesión fueron: “Esta vida hay que vivirla escuchando a las personas que tenemos cerca, escuchando lo que dicen y lo que necesitan realmente, la mayoría, no lo sabe, pero creen necesitar cosas materiales para ser felices, y no se dan cuenta que están equivocados, yo pensaba lo mismo, y aprendí que solo necesitamos tiempo para disfrutar de personas a quien dar afecto y de quien recibirlo.”

El aislamiento no deja que nuestro cerebro pueda buscar comparativas con otras personas ni opiniones que lo reconduzcan a la realidad objetiva, por lo que la persona compleja tenderá a perderse entre sus pensamientos, que curiosamente ante la falta de afecto



suelen ser negativos y dolorosos, con alternativas suicidas en muchas ocasiones. Estamos teniendo índices de suicidios tan elevados, que hasta en sede de ministros se han empezado a exponer soluciones.

En casi todos los países industrializados, donde tienen en común que la población se mueve por trabajo, separándose de sus apoyos afectivos; Donde las grandes ciudades son cada día más impersonales (ni siquiera se saluda al vecino, ni se conoce al camarero del café de todas las mañanas o a la cajera que te cobra en el supermercado), de hecho, desaparecen los establecimientos donde se hablaba con el tendero y se acaba pagando a una máquina. Todo el mundo va con prisas y el estrés es considerado normal, siendo lo único que tienen en común, sin darnos cuenta que el estrés nos dispara las hormonas de la agresividad y la tensión muscular, nos bloquea el raciocinio y nos hace ser mas agresivos y menos empáticos, a la vez que debilita nuestro sistema inmunológico para estar más expuestos a cualquier tipo de enfermedad.

El aislamiento social se está convirtiendo en plaga, desaparecen los lazos afectivos y los únicos objetivos que se plantean son el éxito laboral y tener una nómina más abultada que tus compañeros, esa es la única motivación que te hace levantarte para luchar por una meta exclusivamente material y superficial, cosas ajenas a ese “animallito” interno, que todos tenemos, que solo busca un poco de cariño y afecto para sentirse bien. Estamos alejándonos cada día más de nuestras emociones, siendo cada vez más racionales y calculadores sin importarnos nuestros congéneres, sin darnos cuenta que con esa actitud estamos matando una parte nuestra, la parte que nos hace personas, la parte donde está el afecto, la compasión y el amor. Cuidado, porque cuando se caiga esa vida material, el vacío que queda, nos puede destruir y lo único que nos podrá salvar serán esos lazos afectivos.



# 10 La pérdida de autonomía

La constante mejora de la atención sanitaria, los cambios en las estructuras familiares tradicionales y el aumento de las expectativas de vida nos han conducido a la eclosión de un nuevo espacio de necesidades y al reto ineludible de crear y desarrollar una respuesta integral y eficaz ante la población dependiente.

El ingreso en un centro residencial afecta al aumento de nivel de dependencia definido por un menor nivel de actividad. La expectativa de autonomía del personal cuidador respecto a la persona mayor es, en muchas ocasiones, baja y afecta negativamente al rendimiento de ésta, generando mayor dependencia. Este aumento de la dependencia es percibido por los mayores como un efecto negativo del ingreso en el centro, pues se suelen sentir abandonados por su familia e infravalorados por el personal del centro, incluso inútiles. Este hecho aumenta el riesgo de depresión en las personas mayores residentes. Hacer frente a este efecto negativo de la atención residencial requiere de un cambio de modelo conceptual, una adaptación organizativa de los centros a las verdaderas necesidades de los usuarios, un esfuerzo formativo del personal y una estrecha vigilancia por parte del equipo técnico del centro (médico, TO, fisioterapeuta, etc.).

Naciones Unidas exhorta a los gobiernos que incorporen estos principios básicos a la hora de tratar con una persona mayor: primero preocuparse por su independencia, ayudar a que la persona sea lo más independiente posible en su entorno, segundo es fomentar

su participación en las actividades del día a día donde se encuentre, tercero sus cuidados, su alimentación, higiene y su estado emocional y físico, cuarto su autorrealización, que se siga sintiendo parte de lo que le ocurre y que tenga motivación por lo que se ve capaz de hacer, y por último, no por ello menos importantes su dignidad.

El ejercicio físico es uno de estos consejos, aunque el estudio de sus efectos dista de ser claro. Se ha comprobado que en las ratas los efectos del ejercicio físico dependen de varios factores: si el ejercicio es voluntario o forzado, la edad del animal y su experiencia previa. El ejercicio obligatorio parece ser beneficioso en los individuos jóvenes pero perjudicial en los adultos.

En consecuencia, respetemos la voluntad de los mayores, pero obliguemos a aquellos que veamos que sí pueden realizar un esfuerzo razonable para sus capacidades. No tiene sentido forzar a todos a hacer lo que hacen todos. La independencia es maravillosa, pero no a cualquier coste. Aceptemos las limitaciones y comprendamos que no todos tenemos la misma capacidad de sacrificio. Usemos la lógica y comprendamos a quien queremos ayudar. Aquí es donde la empatía tiene que funcionar.

En ocasiones el profesional quiere llenar su vida emocional a través de su trabajo, y busca el afecto en las personas con las que trabaja. Por desgracia, esto que suena tan bien, es un peligro para el trabajador, por aumentar sus posibilidades de caer en el síndrome de Burnout, el síndrome del quemado, que consiste en llenar su vida con su trabajo y buscar ahí su autoestima. Eso conlleva que va a trabajar más horas y se va a esforzar más, para buscar esa emoción positiva, y cuando no la encuentre, cuando no se sienta tan buen profesional, enfermará con síntomas depresivos, irritabilidad, problemas de alimentación, de sueño y posibles trastornos físicos.

El paciente que recibe los tratos de una persona con esas características, normalmente se ve sobre atendido, y se ve más incapacitado para poder encontrar su independencia física o psíquica, al hacerle su cuidador más de lo que debería. Recordemos siempre que la autonomía del mayor es el objetivo fundamental, es lo que da dignidad e ilusión a cualquier ser humano.

Mientras los mayores autónomos dicen sentirse tristes o deprimidos en un 23'5%, los dependientes tienen estos sentimientos en el 42'1% de los casos.

Si el 66'7% de los autónomos dicen sentirse bien, esta proporción se reduce al 38'5% en relación a los mayores dependientes.

El 5'4% de las personas mayores dependientes se siente irritable cuando este porcentaje es sólo del 2'1% entre los autónomos para las actividades de la vida diaria.



# 11 Las residencias

En la actualidad, la visión sobre las Residencias para Personas Mayores ha variado. En décadas anteriores, los centros de alojamiento para personas mayores eran meros centros de atención sanitaria.

En su nacimiento histórico, las residencias de ancianos eran simples instituciones de guarda y cuidado, cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijo”, “custodiar”, “recluir” a individuos con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo, etc.)

Las familias preferían que sus mayores recibieran cuidados y atención por parte de personas del propio núcleo familiar antes de ser ingresados en un centro, postergando esta decisión, hasta que el estado de salud del mayor impedía el correcto cuidado por parte de la familia. Actualmente, las residencias son centros de atención sociosanitarios, siendo vistos también desde una perspectiva de prevención de la soledad y el aislamiento social (siendo ambos la mayor problemática social presente en nuestros mayores).

Con el tiempo han ido evolucionando hasta lo que hoy en día son. Esta evolución ha sido caracterizada por 3 factores:

- 1º. **El incremento del número de residencias debido a los cambios sociales y demográficos**
- 2º. **Su característica primordialmente urbana**
- 3º. **La importante presencia femenina en éstas debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres.**

En España, en la primera mitad del siglo XX, existían principalmente instituciones para los ancianos pobres, que eran atendidos por órdenes religiosas en las que convivían con enfermos, dementes y huérfanos, es decir, eran unas instituciones que acogían a todo tipo de población por falta de familiares bajo la tutela de la Iglesia.

Las residencias de personas mayores se pueden presentar como una solución ante la soledad (favoreciendo la interrelación entre personas del mismo rango de edad y, por lo tanto, mismas vivencias e intereses) o una causa de ésta (empeorando el sentimiento de abandono por parte de la familia).

Si bien en términos biomédicos el envejecimiento se explica como un proceso de desgaste corporal que se produce a lo largo de toda la existencia, el envejecimiento como proceso socialmente construido comienza en el momento en el que se abandona el estado de madurez o vida adulta, situado normalmente en las sociedades occidentales en el periodo en que se abandona la vida laboral productiva.

En España, según el Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,7% del total de la población, pasaría a ser del 25,6% en 2031, y del 34,6% en 2066.

De mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia (el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría desde el 53,5% actual hasta el 62,2% en 2031, alcanzando el 87,7% en 2066. La población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 16.460 personas en la actualidad a más de 222.104 dentro de 50 años.



Otra opción, igualmente válida para asistir cuando veo que empiezo a necesitar una ayuda extra de la que puedo recibir en mi hogar o en mi entorno son los centros ocupacionales. Son centros de atención diurna que tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad intelectual, cuando por el grado de su minusvalía no puedan integrarse en una empresa o en un centro especial de empleo. Las actividades se desarrollan mediante la realización de trabajos en un régimen lo más parecido posible al que se desempeñaría en cualquier centro laboral, pero sin fines lucrativos, y a través de la aplicación de los tratamientos especializados que demande su discapacidad. El centro ocupacional tiene por objetivo la habilitación profesional de las personas con discapacidad, tratando de preparar a sus usuarios de forma gradual y mediante una pedagogía aplicada para una actividad laboral.

Debemos distinguir entre dos grupos de personas mayores:

**A. Entre 65 y 75 años.**

Aún se les considera socialmente útiles (como cuidadores, principalmente, de nietos y otros mayores, por ejemplo).

**B. Mayores de 75 años, cuando aparecen numerosas patologías y mayor dependencia.**

Se les considera socialmente cargas familiares, sin utilidad, y con gran dependencia. Esta visión está alejada de la realidad de muchas de estas personas.

Encontramos que las personas mayores de 75 años se ven a sí mismos también como cargas. Muchos de ellos prefieren vivir en centros residenciales a ser considerados cargas por sus hijos, yendo de casa en casa cada cierto tiempo. No es extraño, en personas mayo-

res sin deterioro cognitivo, escuchar que desean que su vida termine pronto por considerar que estorban o dan “mucho trabajo”, aunque no padezcan ningún tipo de dependencia. A esto ha de sumarse la sensación de soledad tras el fallecimiento de la pareja y amigos/familiares.

Es obligación de la sociedad, por medio del conocimiento, cambiar esta visión negativa de las personas mayores de 75 años. Cada vez encontramos que la población mayor de 75 años es más numerosa (más en nuestro país con una alta esperanza de vida). Además, los mayores de hoy en día no son los mismos que los mayores de hace 20 años. En décadas anteriores, la mayor parte de la población anciana era analfabeta o con bajo nivel de estudios, con trabajos poco cualificados. Este hecho irá cambiando en los próximos años, incorporándose a este grupo de edad personas con alta preparación, altos conocimientos y amplia experiencia que deben ser aprovechados por la sociedad.

No debemos olvidar que la memoria y vivencias de nuestros mayores son nuestra historia más reciente como sociedad y, como tal, de ello debemos aprender y debe ser conservado.

Desde la sociología gerontológica, el envejecimiento se puede definir como:

- **Vejez cronológica.** La edad es relevante para comprender el proceso de envejecimiento.
- **Vejez funcional,** entendida como forma de ver cuándo aparecen las limitaciones y discapacidades.
- **Vejez entendida como parte del proceso vital** de las personas y que presenta características singulares.

Existen dos factores esenciales que influyen en el bienestar de las personas a medida que envejecen:

- **La independencia.** Dependencia es el resultado de un proceso que se inicia en la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal (enfermedad o accidente).
- **La autonomía,** entendida desde un punto de vista funcional, económico y social.

Según Laforest, existen diferentes crisis asociadas al envejecimiento:

- **Crisis de autonomía,** dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria.
- **Crisis de identidad,** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.
- **Crisis de pertenencia,** experimentada por la pérdida de roles y de grupos sociales (muy ligada al cambio de rol al jubilarse o a la pérdida de amistades en los cambios de residencia habitual).

Los aspectos económicos, sociales y políticos, así como el pertenecer a una clase social u otra, son determinantes, queramos o no influyen en el estado de salud y en la forma de envejecer de la persona.

Así mismo, se está empezando a corroborar que el envejecimiento no afecta por igual en cuestión de género. Los estudios de género muestran que las mujeres mayores que viven solas tienen mayores niveles de pobreza y peores estados de salud.

En los últimos tiempos, hemos podido oír hablar en los medios de comunicación de la brecha de género en las pensiones de nuestro país. Según un artículo publicado por El Economista “en términos anuales, una mujer recibe 5.799,08 euros menos que un hombre de media a lo largo de su esperanza de vida desde la jubilación”. La principal causa de esta brecha de género en el sistema de pensiones español radica en que la mayoría de las mujeres que disfrutan de una pensión lo hacen como beneficiarias de un tercero, tradicionalmente su marido. Pero aún son una minoría las que tienen reconocida una pensión propia derivada de su carrera profesional.

Con la entrada mayoritaria de la mujer en el mercado laboral, en las próximas décadas se espera que esta brecha disminuya. Aun así, los tipos de jornadas laborales, las bajas maternales y la dificultad en la conciliación laboral-familiar (más notable en el entorno de la mujer) conllevará a perpetuar esta brecha, aunque sea de menor cuantía.

Esto explica que en las residencias de personas mayores encontremos una población mayoritariamente femenina, con más problemas de salud, mayor edad y mayor dependencia.

# 12 Síndrome confusional agudo

El síndrome confusional agudo (SCA) es una alteración aguda de la atención y de las funciones cognitivas, con fluctuaciones a lo largo del día, durante un periodo de tiempo generalmente no muy largo.

Es la complicación más frecuente en los pacientes ancianos hospitalizados, siendo potencialmente reversible. Se asocia a la pérdida de independencia del anciano.

Consideramos necesario conocer y prevenir este Síndrome pues es habitual encontrarlo en nuestros centros cuando:

- Se produce un nuevo ingreso procedente de un centro hospitalario.
- Se produce un reingreso de un Residente derivado al centro hospitalario por patología aguda producida durante su estancia en el centro.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

Existen tres formas de presentación clínica:

- Hipoactivo: confusión, bajo nivel de conciencia, apatía y letargia. Es el más difícil de identificar.
- Hiperactivo: agitación psicomotriz (agresividad, confusión, alucinaciones e ideas delirantes). Es el más fácil de identificar.
- Mixto: alteración de los dos cuadros anteriores. Es el más frecuente.



## ETIOLOGÍA Y FACTORES

Su etiología es multifactorial, interaccionando y acumulándose factores predisponentes y desencadenantes.

Los factores predisponentes son intrínsecos al paciente. Por lo tanto, no se puede actuar sobre ellos. Estos factores son:

- Edad (mayores de 65 años).
- Sexo: más frecuente en hombres.
- Tratamiento con múltiples psicótipos, polimedicación.
- Abuso de alcohol.
- Deterioro cognitivo previo, demencia o historia previa de
- SCA.
- Déficits visuales y/o auditivos.
- Comorbilidad: enfermedades graves, pluripatología, enfermedad crónica renal o hepática, ACV previos, enfermedades neurológicas, trastorno metabólico, fractura o traumatismo, enfermedad terminal, VIH positivo.
- Trastornos del ánimo: depresión, ansiedad.
- Estado funcional: déficit funcional, dependencia, síndrome de inmovilidad, historial de caídas.
- Trastornos de la ingesta: desnutrición, deshidratación.

Como podemos observar, muchos de nuestros Residentes presentan factores de riesgo de padecer un SCA al ingresar en un centro hospitalario.

Los factores desencadenantes (susceptibles de control) son:

- Uso de catéteres, sonda vesical.
- Uso de fármacos: anticolinérgicos; psicótrpos; hipnóticos; narcóticos; de privación de drogas, alcohol o fármacos.
- Introducción de tres o más medicamentos nuevos.
- Enfermedades neurológicas: ACVA, hemorragia intracranial, meningitis o encefalitis.
- Infecciones, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.
- Enfermedades agudas severas: fiebre, hipoxia, dolor,
- Desnutrición, alteraciones metabólicas, cirugía.
- Inmovilización o restricción mecánica.
- Retención aguda de orina, impactación fecal, etc.
- Factores ambientales: ingreso en UCI, ruidos.
- Factores iatrogénicos: horarios inadecuados.

Si un paciente tiene pocos factores predisponentes, deberán actuar varios factores desencadenantes importantes para que aparezca el SCA; si el paciente reúne una gran cantidad de factores predisponentes, el factor desencadenante puede ser mucho más banal.

Por lo tanto, al recibir los informes médicos del Residente debemos estar alerta ante la presencia de factores predisponentes y desencadenantes.



## PREVENCIÓN

Se debe establecer una estrategia común interdisciplinar, tanto en el centro hospitalario como en la Residencia.

Los **cuidados** estarán orientados a:

- Obtener un buen control del dolor.
- Retirar las sondas y catéteres de forma precoz.
- Ajustar horarios de sueroterapia y medicación, evitando pausas nocturnas para facilitar el sueño.
- Vigilar factores desencadenantes más frecuentes: retención aguda de orina, impactación fecal, hipoglucemias, hipoxia, desequilibrio electrolítico.

La **comunicación** con el paciente debe seguir las siguientes pautas recomendadas:

- Presentarse e identificarse.
- Dirigirse al paciente por su nombre.
- Utilizar un tono de voz adecuado.
- Escucharle siempre.
- No comportarse en la habitación como si el paciente no estuviera.
- Utilizar un lenguaje sencillo y claro.
- Evitar infantilismos y familiaridades excesivas.
- Explicar previamente al paciente al realizar cualquier técnica, cuidado o solicitar que realice alguna actividad. Intentar no imponerse ni discutir con el paciente.

#### Respecto al **entorno** del paciente:

- Mantener la iluminación adecuada abriendo persianas y cortinas durante el día, y oscurecer lo más posible su entorno por la noche. De esta forma, facilitaremos la orientación temporal, manteniendo los ritmos circadianos.
- Mantener el orden en la habitación y retirar objetos que no sean útiles.
- Evitar ruidos innecesarios.
- Facilitar el acceso al timbre de llamada.

#### Respecto a la **movilidad** del paciente:

- Estimular el autocuidado y la movilización precoz del paciente.
- Procurar, con ayuda de la familia, que el paciente se mantenga activo (paseos cortos, lectura, televisión...)

#### Respecto a la **orientación**:

- Proporcionar información sobre su estancia, motivo del ingreso y ubicación.
- Recordar la fecha; para ello, son útiles los relojes, calendarios, periódicos... y hacer referencia a festividades próximas.
- Es conveniente que la familia le traiga objetos personales: fotos, radio, bata...
- Evitar traslados frecuentes de habitación.
- Se debe facilitar que el paciente utilice gafas, audífonos y prótesis dentales si las precisa.

- Se debe controlar y fomentar la ingesta hídrica.
- Se debe favorecer el ciclo vigilia / sueño: o no es aconsejable que el paciente duerma durante el día.
- Ofrecer bebida caliente antes de dormir.
- Revisar los horarios de medicación, evitando pautas nocturnas que puedan despertar al paciente.
- Se debe fomentar la implicación de la familia y cuidadores en el autocuidado y reorientación del paciente.



# 13 Modelos de coordinación y gestión

Uno de los principales éxitos de nuestro país a nivel de implantar un plan a nivel nacional que sigue funcionando en nuestros es el Servicio de Ayuda a Domicilio, que se sitúa el 19 de marzo de 1970. El Ministerio de Trabajo estableció el Servicio Social de Asistencia a los ancianos.

1971 se aprobó el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos, contemplando la prestación de ayuda a domicilio, donde podía manifestarse el aseo personal y la limpieza del hogar, el lavado de ropa, la asistencia médica a domicilio, el servicio de comida, la mejora del hogar, la compañía a ancianos enfermos, la terapia ocupacional, la asistencia social, moral y jurídica, el servicio de peluquería y la biblioteca.

Los objetivos fundamentales de los servicios de ayuda a domicilio son los siguientes:

- Incrementar la autonomía de las personas en situación de dependencia para que puedan permanecer viviendo en su domicilio el mayor tiempo posible.
- Conseguir cambios de conductas en las personas que son atendidos para mejorar su calidad de vida.
- Facilitarles la realización de tareas y actividades que no puedan realizar por si solas, sin interferir en su capacidad de decisión.

- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene y ejercicio físico).
- Potenciar el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona. Aumentar la seguridad de la persona.
- Potenciar las relaciones sociales estimulando la comunicación con el exterior y paliar así posibles problemas de aislamiento social.
- Disminuir el problema de soledad que sufren muchas personas dependientes, favoreciendo la participación del usuario en la vida de la comunidad.

La ley de dependencia aprobada en el 2006 supuso un cambio en España, dentro de las políticas sociales, en el que se crean leyes para resolver las necesidades de las personas dependientes. No solo afecta al usuario solicitante, también responde a las demandas de los cuidadores que por lo general son mujeres, que ya no pueden asumir los roles de cuidadoras como se ha hecho tradicionalmente en España.

La ley preveía una aplicación progresiva (2007 hasta 2015) estableciendo el copago de las personas usuarias y garantizando que nadie quede excluido del sistema por falta de dinero.

La aplicación de esta ley recae sobre ayuntamientos y Comunidades.

La introducción del concepto de Asistencia Socio-sanitaria aparece por primera vez en Cataluña, en la orden de 29 de mayo de 1986, por la cual se aboga por la integración de los servicios sociales y sanitarios en una única prestación bajo una triple orientación.

- 1º. Prevenir la cronificación**
- 2º. Propiciar un aumento de la salud de los mayores**
- 3º. Potenciar la rehabilitación y el restablecimiento de la salud.**

En todos los países del primer mundo se está viendo desde hace años el incremento de la población mayor, y se están estudiando diferentes modelos para hacer frente a esta nueva realidad social. Los tres modelos que más se han implantado y que mejor funcionan son:

### **MODELO SIPA**

Creado por un grupo de investigadores en Montreal (Canadá) aplicado en 1998 con el objetivo de evaluar los costes asociados de salud y de servicios sociales. *Système pour personnes âgées fragiles*.

El estudio se prolongó 22 meses, en los cuales buscaban poner en práctica toda la teoría de los modelos con la finalidad de modificar los patrones de uso y de costes de los servicios sociosanitarios en el anciano frágil, comenzó con 1230 participantes, todos eran residentes de Quebec, mayores de 65 años, todos con discapacidades funcionales, comunicativas o cognitivas. Se consiguió demostrar su capacidad para reorientar las configuraciones del uso de los servicios institucionales a los servicios locales, con usos más adecuados y menos costosos.

Se centraron en los servicios: en el domicilio, en la comunidad, hospitalarios, centros diurnos o incluso hospitales de día.

Se basaron en los siguientes principios: integración por gestión de casos, sistema basado en servicios primarios comunitarios, responsabilidad

clínica y de servicios provisto al usuario, equipo multidisciplinar, gestión pública, ventanilla única, sistema de valoración de calidad, universalidad.

Sus principales objetivos son: Atención global al paciente, reducción del gasto hospitalaria y residencial, reorientar la demanda de los sistema institucionales (hospitales, urgencias y residencias) hacia servicios de proximidad( auxiliares familiares, tratamiento social, enfermería)

Una característica principal de este modelo es la coordinación entre centros, y el gestor de casos, es el responsable de negociar protocolos, servicios de intervención entre las instituciones. Por ejemplo los proyectos locales de Sipa, tenían que incluir al menos un CL-SC(Centro de servicios Comunitarios) un hospital de corta estancia y una residencia pública con un comité de seguimiento y los acuerdos entre centros.

### **MODELO PRISMA**

Comenzó con diferentes equipos de investigación en geriatría y envejecimiento solapándose con gestores de servicios sociales y de salud.

Elaboraron mecanismos e instrumentos que permitían la integración de múltiples servicios surgiendo así un modelo de acción única, integrando la empresa privada, pública y el voluntariado.

Se centra en seis componentes claves:

- 1º. Coordinación entre instituciones, dividido en niveles, estratégico (gubernamental) con un consejo de administración común para todas las organizaciones (públicas, privadas y voluntariado) para definir políticas y asignación de recursos.



- 2°. Nivel táctico, un servicio dirigido por Comisión, que monitoriza el servicio y coordina, y facilita la adaptación de los servicios al usuario.
- 3°. Nivel operativo, equipo multidisciplinar dirigido por un gestor de casos.
- 4°. Punto de acceso único, acceso único a los servicios de atención social y sanitaria. Los usuarios, familiares y profesionales, accederán por teléfono o por referencia escrita. Utiliza una valoración unificada para acceder al servicio (Prisma 7)
- 5°. Gestor de casos, sus principios objetivos son la integración de los servicios a través de los profesionales de distintas áreas.
- 6°. Plan PIA, formado por los servicios prescritos y la evaluación de los profesionales. PIA, está dirigido por el gestor, el equipo multidisciplinar y siempre consensuado con el usuario y el cuidador.

### Historia informatizada

Valoración individual, son 24 ítems desarrollados por la OMS, habilidad funcional, movilidad. Los resultados fueron positivos, mejoró la evolución del deterioro, la discapacidad, satisfacción y la autonomía de los usuarios que entraron en el programa. Al mismo tiempo se mejoró también la evolución de la mortalidad en instituciones y la carga de trabajadores y cuidadores.

### MODELO KAISER

Nos permite entender diferentes necesidades de los distintos estratos de la población para orientar en consecuencia intervenir en la salud desde la perspectiva de la promoción y prevención para

posteriormente realizar una intervención adecuada, en el momento que sea necesaria, manteniendo las intervenciones a lo largo de toda la vida del usuario.

Este modelo, se encuentra representado por una pirámide, los pacientes sanos son los que se encuentran los primeros, aportándoles servicios socio sanitarios teniendo siempre presente la promoción, la prevención y el autocuidado. Por lo tanto, según ascendamos en la pirámide, se irá componiendo de usuarios cada vez más complejos y necesitarán más servicios.

Este modelo se desarrolló en EEUU y es uno de las organizaciones con más experiencia y nos ha demostrado como dar prioridad a los servicios por delante de los recursos. KP- es una proveedora de salud sin ánimo de lucro de mayor tamaño en Estados Unidos que cuenta con:

- 32 centros entre ellos hospitales
- 431 edificios de consultas.
- 160000 profesionales (incluyendo a 41000 enfermeros y 14000 médicos)
- 87 millones de población de referencia.

La misión de Kaiser Permanente era en 2002 "proporcionar atención sanitaria asequible de alta calidad a nuestros miembros y pacientes mejorando el estado de salud de las comunidades en las que servimos"

Esto hace a Kaiser muy diferente de la mayoría de la industria de la atención sanitaria estadounidense; y mucho más comparable con el NHS de Reino Unido.

Sorprende que en el 1945 existiera este programa tan novedoso, donde se centraban en la atención al paciente crónico, destacaba

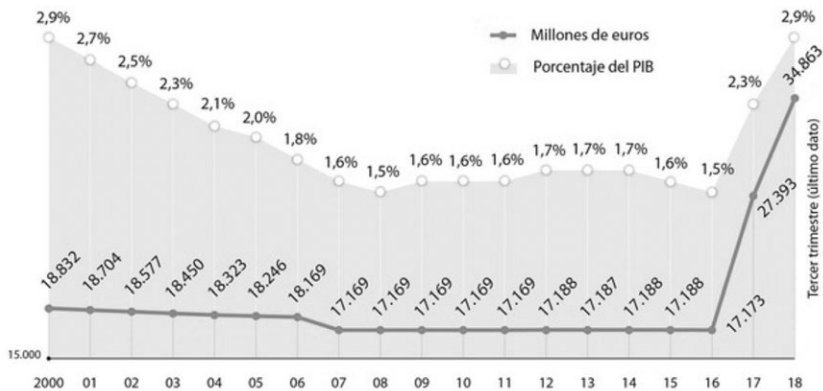
por la integración de oferta asistencial. Innovo, en el panorama asistencial, dotando a sus pacientes de equipos interdisciplinares.

Este sistema conoce a fondo a la población, con el objetivo de permitir definir y priorizar las líneas de actuación, buscando una mayor efectividad en la asignación de recursos.

Centrado en adecuar la oferta de servicios, a cada perfil, aquí surge la figura de los gestores de casos, con unidades multidisciplinares.

Cuando vemos como son los números facilitados por el banco de España, entendemos que es fundamental tomar medidas y afrontar esta nueva realidad de forma mas responsable.

**Evolución de la deuda de la Seguridad Social**



Los profesionales parece que si hacen los deberes y lo intentan afrontar viendo cuáles pueden ser las soluciones más efectivas. Buscando y comparando con otros profesionales, intercambiando información y uniendo todos aquellos campos que afecten al mundo del envejecimiento activo.

Por desgracia, cada país dispone de unos recursos a los que hay que adecuarse, en España concretamente, las diferencias de cómo afrontar esta realidad social varía en cada comunidad. En cada ciudad y en cada pueblo. Depende mucho de donde envejecamos con la calidad de vida que nos van a ofrecer.

E · D · I · T · A

# CEATE

Confederación Española  
de Aulas de Tercera Edad

Avda. de América nº1  
28002 – MADRID  
Telef. : 914 557 665  
[www.ceate.es](http://www.ceate.es)













# CEATE

Confederación Española  
de Aulas de Tercera Edad

Avda. de América nº1  
28002 - MADRID  
Telef. : 914 557 665  
www.ceate.es



Con la colaboración de:



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES



IMSERSO