

# Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE



Módulo 1: SITUACIONES VITALES DE CAMBIO

## Capítulo 2: Envejecimiento

# Capítulo 2: Envejecimiento

Dra. M<sup>a</sup> Teresa González Salvador.

*Especialista de Psiquiatría en el H.U. Puerta de Hierro.*

## AYUDAR A AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO DESDE ATENCION PRIMARIA

### INTRODUCCIÓN

El *Diccionario de la Lengua Española* (1992) define los términos “anciano”, como persona de mucha edad, “vejez” a la edad senil o senectud, “ancianidad” al último período de la vida ordinaria del hombre y “senil” como perteneciente o relativo a la persona de avanzada edad en la que se advierte su decadencia física. Sea cual fuere el término que empleemos para definir la edad avanzada de la vida, cuando nos hacemos mayores **se acrecientan los problemas de soledad, incapacidad y dependencia física, psíquica y social**. Esta problemática se multiplica si la persona es portadora de enfermedades crónicas.

Los ancianos se encuentran entre los grupos de población más vulnerables y desprotegidos de la sociedad actual. Vivimos en un mundo que está envejeciendo y envejecido, es por ello que cada vez tienen que ser mayores los esfuerzos institucionales dirigidos a proteger a la población anciana. Hacia 2050, por primera vez en la historia, la cantidad de personas mayores de 60 años en el mundo superará la cantidad de jóvenes. Muchos países tendrán una proporción de mayores similar a la de Japón, donde el 30% de la población tiene ya más de 60 años (*OMS, 2018*).

En general, el proceso de crecimiento alcanza su máximo antes de los 30 años, para ir después declinando linealmente hasta la muerte. El proceso de envejecimiento es conocido como senescencia y es el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, metabólicos, hormonales, inmunológicos y estructurales que actúan a nivel molecular, celular, tisular y orgánico. La teoría más aceptada sobre el envejecimiento, es que cada célula del cuerpo tiene un ciclo de vida genéticamente determinado, replicándose un número determinado de veces antes de que muera. Ahora bien, **la llave de la longevidad radica en la adaptación satisfactoria a las circunstancias de la propia vida y el interés por seguir viviendo** (*Siegler y cols., 1996*).

## ¿QUÉ LE OCURRE A NUESTRO CUERPO CUANDO ENVEJECEMOS?

Con la edad el funcionamiento de nuestros órganos disminuye, al igual que nuestra masa muscular e inmunidad celular. La visión, audición y masticación son las primeras funciones que se deterioran con la edad; aún sin haber incapacidad aparente, estas disfunciones llevan al anciano a una disminución del interés por los contactos sociales, lo que origina aislamiento psicológico.

El deterioro de la visión comienza para la mayoría de las personas hacia los 50 años. Con los años, el cristalino se opacifica, lo que se asocia a una dificultad para la acomodación y visión. Al comenzar la tercera edad un 20% de los que viven, tienen que usar gafas, siendo de 30 % la proporción de ancianos que a los 70 años tiene visión completa, cifra que desciende a un 10% a los 80 años.

**La pérdida de visión genera** aislamiento, retraimiento social, sedentarismo y deterioro mental. Los mayores de 65 años, aunque no tengan patologías oculares evidentes, se deberían realizar una exploración de los ojos cada 1 o 2 años (*American Academy of Ophthalmology, 2015*).

El **deterioro auditivo** suele ser muy notorio en dos tercios de las personas con más de 80 años, **motivando aislamiento, mal carácter y depresión**, así como incremento de accidentes. El empleo de un lenguaje breve, sencillo, evitando ruidos de fondo, hablando lentamente y vocalizando bien, de frente al interlocutor, puede mejorar el entendimiento del anciano.

El **deterioro bucodental** perjudica la alimentación, lenguaje e imagen física. La falta de dientes motiva cambios en los hábitos alimenticios. El anciano se hace dependiente de la prótesis dental para mantener una imagen social más grata, para comer mejor y evitar los problemas de expresión verbal. Muchas veces, los cuidados higiénicos de la prótesis son deficientes generando estomatitis y gingivitis, que repercuten en la salud. Las enfermedades sistémicas, déficit nutricional o la polifarmacia pueden repercutir en la salud bucodentaria. Hay evidencia científica sobre que muchas enfermedades orales que se desarrollan en el anciano tienen que ver con patologías comórbidas más que con cambios bucales asociados al envejecimiento (*García Rl, 1991*).

La **incontinencia de esfínteres** es otro de los problemas que disminuye la autonomía de la persona de edad avanzada.

*El médico de atención primaria debe estar atento a todos estos factores de riesgo para poder prevenir problemas y tratarlos adecuadamente.*

## ¿QUÉ OCURRE CON LA MOTRICIDAD EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA?

Respecto a la motricidad son frecuentes las discinesias idiopáticas, mayor lentitud, más temblor, mayor sensibilidad a la fatiga y fragilidad física, con tendencia al encamamiento, mayor número de accidentes, caídas y fracturas.

## ¿QUE CAMBIOS FARMACOCINÉTICOS OCURREN?

En edades avanzadas de la vida:

- ▶ Aumenta de la absorción gástrica y disminución de la absorción intestinal.
- ▶ Disminuye el agua en 15%, con reducción volumen de distribución en los fármacos hidrosolubles.
- ▶ Se incrementa de la grasa corporal, con aumento de vida media de los fármacos liposolubles.
- ▶ Disminuyen las proteínas plasmáticas, aumenta la fracción libre del fármaco.
- ▶ El hígado tiene menor capacidad de depurar sustancias.
- ▶ Disminuye del filtrado glomerular, el flujo plasmático renal, y función tubular renal.

## ¿QUÉ LE OCURRE A NUESTRO CEREBRO?

Con el envejecimiento, disminuye el peso y volumen del cerebro, aumenta el tamaño de los ventrículos cerebrales y se pierden neuronas, conexiones dendríticas, disminuyen los neurotransmisores, los receptores y aumentan las células gliales. Se reduce el flujo sanguíneo cerebral, la oxigenación y la utilización de glucosa por el cerebro. Se deposita amiloide y otras sustancias intra y extracelularmente. Los radicales libres producen lesiones mitocondriales que terminan produciendo la apoptosis (muerte celular programada).

## ¿QUÉ CAMBIOS PSICOLÓGICOS OCURREN?

Desde el punto de vista neuropsicológico, **disminuye la atención, la abstracción y relación temporo-espacial**. Se reducen la fluencia verbal, la capacidad para concentrarnos, para resolver problemas y analizar percepciones complejas y, en general, se pierden los recursos de procesamiento. La **adquisición de información nueva declina** aunque, una vez adquirida, la capacidad de retener y recuperar información está conservada. **El coeficiente intelectual puede permanecer estable hasta los 80 años**.

No todos los individuos envejecen de la misma manera y uno mismo envejece más en unas tareas que en otras (*Paivio, 1986; Stankov, 1988*). Las causas de esta variabilidad interindividual dependen de factores como el nivel socioeconómico, la personalidad, la motivación y la atención, el estado de salud o el estilo de vida (*Stankov, 1988; Arbuckle, 1986*).

Respecto a la actividad sexual disminuye la libido y se pierde potencia. En el sueño, disminuyen las fases REM, aumentan las noREM, el sueño se fracciona (siestas diurnas) y hay despertar precoz.

## ¿POR QUÉ ENVEJECEMOS SOCIALMENTE?

Al envejecimiento físico y psicológico se une el “envejecimiento” social y las pérdidas (del cónyuge y de los amigos, con los consiguientes sentimientos de soledad).

Se pierde el trabajo y se pasa a la situación de jubilación lo que conlleva a pérdida económica, de poder y estatus. Los ancianos siguen manteniendo un nivel de gasto importante en la jubilación pero sus ingresos disminuyen considerablemente.

Se cambian los papeles dentro de la familia y **se pasa de cargar con las responsabilidades, a ser carga para la familia.**

La situación de aislamiento y vulnerabilidad, aumentan si los hijos no viven cerca, lo que dificulta su apoyo.

## ¿CÓMO SE AFECTA LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR?

Las habilidades para conducir, en general, están bien conservadas en la población anciana (Carr y cols., 1992). Sin embargo, hay cambios a tener en cuenta a la hora de evaluar la capacidad para conducir: los cambios fisiológicos y patológicos del envejecimiento (declinar de la visión, audición), las enfermedades crónicas, deterioro de capacidades mentales (mantener la atención en dos focos distintos, enlentecimiento de la capacidad de reacción) o la medicación con efectos sobre el SNC (benzodiazepinas, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos,...).

## ¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN EL ANCIANO?

Las patologías psiquiátricas en el anciano gira en torno al **25-30%**

Los trastornos mentales **orgánicos** más usuales son:

- ▶ Demencias hasta el **40%**
- ▶ Delirium o síndrome confesional: **7%**
- ▶ Trastornos psiquiátricos en relación con patología médica: **7%**

Otros trastornos **no orgánicos** son:

- ▶ Depresión: **10-45%**
- ▶ Manía: **5%**
- ▶ Ansiedad: **5%**
- ▶ Insomnio: **5%**
- ▶ Trastornos delirantes: **4-5%**.
- ▶ Esquizofrenia tardía o parafrenia: **1%**
- ▶ Alcoholismo: **20%** de los ingresados en residencias.

### **¿POR QUÉ AUMENTA LA INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN LOS ANCIANOS?**

Las causas que justifican las reacciones adversas son:

- ▶ Alteraciones farmacocinéticas.
- ▶ Modificaciones farmacodinámicas.
- ▶ Polimedicación .
- ▶ Prescripción procedente de varios médicos.
- ▶ Automedicación.
- ▶ Acumulación de tratamientos superpuestos en el tiempo.

## ¿QUÉ PRINCIPIOS GENERALES DEBEMOS TENER EN CUENTA CUANDO PRESCRIBIMOS FÁRMACOS EN EL ANCIANO?

El axioma más familiar es “empezar con dosis bajas y subir lentamente”.

Es importante:

- ▶ Conocer todas las enfermedades actuales.
- ▶ Evaluar deterioros cognitivos o sensoriales.
- ▶ Indagar las características socio-familiares del enfermo.
- ▶ Historia clínica farmacológica detallada (reacciones adversas).
- ▶ Utilizar el menor nº de fármacos posibles.
- ▶ Elegir los fármacos más seguros y a las dosis eficaces menores.
- ▶ Elegir fármacos con los mínimos efectos anticolinérgicos (delirium, estreñimiento, retención urinaria, boca seca e hipotensión ortostática), por mayor sensibilidad con la edad.
- ▶ Pauta terapéutica simple.
- ▶ Elegir fármacos de vida media corta.
- ▶ Instrucciones muy claras y ayuda del familiar si fuera preciso.
- ▶ Revisar el tiempo de indicación.

Además, deberemos valorar si los nuevos síntomas, tras pautar un fármaco, son efectos secundarios medicamentosos.

## ¿CÓMO PUEDO PRESCRIBIR LOS ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESIVOS Y ANTIPSICÓTICOS?

Entre las benzodiazepinas, el loracepam ( $t_{1/2}$ = 16 horas) u oxacepam ( $t_{1/2}$ = 8 horas), son mejor toleradas en personas mayores que el diacepam ( $t_{1/2}$ = 3 o 4 días). Si se necesita pautar una benzodiazepina de vida media larga para manejar estados de ansiedad severos o sintomatología de abstinencia, utilizar el clonazepam ( $t_{1/2}$ = 1 o 2 días).

La mayoría de los antidepresivos, sin embargo, se deben administrar en su rango terapéutico de dosis, teniendo en cuenta su metabolización hepática, porque no alcanzar la dosis mínima eficaz, afectaría su eficacia. Las dosis máximas alcanzadas suelen ser inferiores a la de los pacientes más jóvenes. Es importante dar un margen de 6-8 semanas para que actúe el antidepresivo antes de decidir cambiarlo por otro ([ver anexo 1](#)).

Respecto a los antipsicóticos, se deben prescribir en la mínima dosis necesaria para que remitan los síntomas. En los mayores, estos fármacos generan con más facilidad, síntomas extrapiramidales (temblor, rigidez, lentitud), anticolinérgicos y discinesia tardía.

## ¿PODEMOS HACER UN ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Una opción terapéutica válida en los pacientes mayores es la psicoterapia en sus diferentes vertientes.

Un abordaje sencillo, desde Atención Primaria, se puede realizar revisando la vida del paciente anciano y **dejando que hable y reflexione** sobre los acontecimientos vitales positivos y negativos, logros, fracasos y vínculos familiares que han formado parte de su vida.

También puede ser de utilidad para el paciente que tome conciencia de que, a pesar de las pérdidas sufridas durante el proceso de envejecimiento, todavía se puede tomar decisiones sobre algunos aspectos de su vida, manteniendo cierta autonomía. Con ello **mejoraremos la autoestima**.

Se deben **fomentar las actividades que generan placer** en el anciano y que todavía pueda seguir realizando. Con ello potenciaremos el crecimiento y desarrollo personal.

Tratar de mejorar las relaciones familiares y con los cuidadores. Se pueden **identificar las situaciones que generan malestar** en el anciano e introducir modificaciones para que sean menos disfuncionales.

En situaciones de duelo, es bueno que el anciano hable de la relación con la persona fallecida, que describa cómo ha sucedido la muerte y qué consecuencias ha tenido y, finalmente, se debe fomentar que reanude las relaciones sociales para compensar lo que ha perdido.

Otro aspecto importante es la **preparación para el final de la vida**.

## ¿COMO PODEMOS EVALUAR LA COMPETENCIA?

A la hora de evaluar la competencia para tomar decisiones de una persona mayor, **el médico de Atención Primaria debe actuar como coordinador dentro del equipo multidisciplinar** (psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, rehabilitadores) que atiende a una persona mayor y se debe tener en cuenta, además, la información que aporta la familia y los amigos.

Cuando tenemos que determinar el grado de competencia de un paciente, hay de tener en cuenta los siguientes aspectos<sup>8</sup>:

- a) **La captación de la situación que planteamos**: al evaluar a un presunto incapaz debemos considerar si la persona es capaz de comprender la situación que se le plantea, qué roles puede desempeñar y cuáles no.
- b) **La comprensión de los elementos implicados**: es necesario que el paciente maneje los conceptos con una cierta flexibilidad, y sea capaz de discernir entre unos aspectos y otros del problema.



- c) **La percepción de las consecuencias globales:** se deben de tener en cuenta los valores afectivos del paciente, la trayectoria vital, lo que se pone en juego, y valorar las consecuencias derivadas de la decisión.
- d) **Valorar si existe una manipulación racional de la información** o bien si hay psicopatología que pueda distorsionar la toma de decisión o el funcionamiento mental.
- e) **Valorar el grado de funcionamiento del paciente** en cuanto a su capacidad de adaptación al medio.
- f) **Evaluar el tipo de demanda** y valorar el nivel de exigencia social y las capacidades del paciente para el desempeño de las funciones.

Por tanto, **un asesoramiento de la competencia para decidir debe incluir un examen del estado mental, consultando con psiquiatra si fuera necesario** para descartar enfermedades psiquiátricas que puedan afectar la capacidad de juicio y percepción, un examen médico completo para descartar enfermedades tratables que alteren la capacidad de juicio. **Explorar específicamente la competencia para la decisión concreta que se nos solicite.** A todo ello, se debe añadir una historia social, incluyendo los deseos, valores y creencias de la persona, y un asesoramiento completo del funcionamiento (autocuidados y actividades de la vida diaria), que evalúe su capacidad para adaptarse al medio.

### **¿ES IMPORTANTE EVALUAR LA COMPETENCIA DEL PACIENTE ANCIANO A LA HORA DE CONSENTIR O RECHAZAR UNA INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA?**

La competencia es un **concepto clave** para considerar válida la toma de decisión sobre la aceptación o rechazo de una intervención diagnóstica o terapéutica.

Un paciente puede, por su estado mental, no estar en condiciones de aceptar o rechazar un tratamiento que requiere su consentimiento. Sobre **el clínico** va a recaer la decisión de qué hacer con el tratamiento de su paciente, y **va a tener que hacer un balance entre la autonomía y las necesidades terapéuticas.** En este balance también es importante considerar los riesgos y los beneficios de los tratamientos que se le ofrecen.

- ▶ Cuando el paciente acepte un tratamiento que suponga **un gran beneficio** se exigirá un **bajo nivel de competencia.**
- ▶ Mientras que para aceptar un tratamiento que suponga **escaso beneficio** se exigirá un **elevado nivel de competencia.**
- ▶ Para rechazar un tratamiento que suponga un **alto beneficio para el paciente** se exigirá un **elevado nivel de competencia.**
- ▶ Mientras que para rechazar un tratamiento que suponga **escaso beneficio** para el paciente se exigirá un **mínimo nivel de competencia.**

Grisso (1998)<sup>9</sup> sugiere una serie de **pasos a seguir cuando las situaciones que se nos plantean son complicadas**, y se pueden resumir en:

- 1) Preparar al paciente para la evaluación, informándole de la necesidad de ser visto por un psiquiatra de cara a conocer mejor sobre su enfermedad y su estado.
- 2) Evaluación de las habilidades para expresar el consentimiento:
  - ▶ **Capacidad de expresar una elección:** que puede ser verbal o no, en función del estado del paciente. Para explorar esta capacidad se pueden plantear cuestiones semejantes a las siguientes:
    - *¿Ha decidido seguir adelante con la propuesta de su doctor sobre el tratamiento?*
    - *¿Puede decirme cual es su decisión?*
  - ▶ **Capacidad para comprender la información:** puede explorarse instando al paciente a que exprese con sus palabras la información que ha recibido de su médico en relación a su enfermedad: riesgos, beneficios, alternativas de tratamiento con sus riesgos y beneficios correspondientes, etc. La información debe ser aportada por el médico de la manera más comprensible.
  - ▶ **Capacidad de apreciar la significación de la información y sus consecuencias.** Se puede explorar preguntando sobre las creencias del paciente en relación con su enfermedad con preguntas como las siguientes:
    - *Cuénteme lo que realmente piensa sobre su enfermedad.*
    - *¿Cree que es necesario algún tratamiento?*
    - *¿Qué efectos cree que tendrá?*
    - *¿Qué pasaría si no se tratara?*
  - ▶ **Capacidad para razonar y ofrecer respuestas coherentes a la decisión tomada.** Lo que se intenta evaluar son los factores emocionales, cognitivos, o creenciales, que el paciente tiene en cuenta a la hora de tomar una decisión.
- 3) Evaluación del estado mental.
- 4) Obtención de información por otras fuentes: familiares, allegados, cuidadores.

## ¿COMO PODEMOS REALIZAR UNA EVALUACION DEL ESTADO MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA?

La mayoría de los mayores de 65 años están mentalmente sanos pero pueden tener los mismos trastornos psiquiátricos que la población más joven. La evaluación del estado mental de los pacientes mayores se debe realizar con un familiar o allegado.

Una historia del estado mental debe incluir datos sobre los factores estresantes recientes, antecedentes personales y familiares psiquiátricos del paciente, los antecedentes médico-quirúrgicos y las medicaciones que toma (incluidas las de herbolario), abuso de tóxicos actual o en el pasado, y una historia personal biográfica (estudios, familia, trabajo,...).

Además, se realizará una **exploración psicopatológica** en la que se describan:

- ▶ Apariencia (higiene, contacto ocular, comportamiento extraño);
- ▶ Lenguaje (curso, coherencia,...)
- ▶ Ánimo (eutímico, euforia, tristeza, irritabilidad, ansiedad,...)
- ▶ Pensamiento (curso, incoherencia, delirios, obsesiones, compulsiones, fobias,...)
- ▶ Percepción (alucinaciones auditivas, visuales, táctiles,...)
- ▶ Apetito y sueño
- ▶ Ideación autolítica (ideas pasivas vs activas de muerte).

En la exploración psicopatológica de los mayores, siempre debe estar incluida la **evaluación cognitiva**: estado de alerta, atención, concentración, memoria, orientación personal, espacial y temporal, capacidad de abstracción.

## ¿QUÉ PREGUNTAS PODEMOS HACER ANTE LA SOSPECHA DE DETERIORO COGNITIVO?

- ▶ *¿Se despista con frecuencia últimamente?*
- ▶ *¿Sabe en qué día vive?*
- ▶ *¿Pierde con frecuencia sus pertenencias?*
- ▶ *¿Se ha perdido en su entorno habitual?*
- ▶ *¿Maneja las finanzas en casa o prefiere delegar porque no le salen las cuentas?*
- ▶ *¿Se confunde con las vueltas cuando hace compras?*
- ▶ *¿Confunde a familiares o a amigos?*
- ▶ *¿Le cuesta elegir la ropa o vestirse?*
- ▶ *¿Ha dejado de hacer actividades que le gustaban porque comete errores cuando las hace?*
- ▶ *¿Le cuesta nombrar algunos objetos?*

## ¿PODEMOS HACER UNA EXPLORACION NEUROPSICOLOGICA RAPIDA DE LA FUNCION COGNITIVA DESDE ATENCION PRIMARIA?

Dos pruebas sencillas para evaluar la capacidad cognitiva son el Minimental, MMSE (Folstein, 1975)<sup>10</sup> y el test del reloj (Cacho, 1999)<sup>11</sup> (Anexo 2).

**El test del reloj:** a la orden es una prueba sencilla y rápida de screening de deterioro cognitivo. Evalúa funciones semejantes a las que valora el Mini-Mental State Examination de Folstein, como lenguaje, memoria a corto plazo, funciones ejecutivas, prácticas y visoespaciales, pero en menos tiempo.

Tras esta evaluación, se podrá derivar al paciente al especialista para un examen más exhaustivo si lo precisara.

## ¿COMO EVALUAREMOS LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS MAYORES?

De las diferentes escalas que hay, el **índice de Barthel**<sup>12</sup> (Mahoney y Barthel, 1965) es de las más completas (Anexo 3).

## ATENCION PRIMARIA Y ENVEJECIMIENTO

El cuidado del paciente anciano debe ser **multiprofesional** (médicos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas), con cometidos distintos y complementarios, cuya labor debe integrarse dentro de la del equipo multidisciplinar, cumpliendo objetivos concretos para cada enfermo y para cada profesional.

Hay que adaptarse de la mejor manera posible a las pérdidas, para lo cual es aconsejable mantener la actividad física, intelectual, afectiva y social, saber disfrutar del ocio.

A continuación se explican una serie de **consejos útiles a tener en cuenta por el médico de atención primaria respecto a nuestros mayores:**

### Prevención

El envejecimiento es un proceso progresivo: no nos hacemos viejos de la noche a la mañana. Debemos prepararnos, desde la mediana edad, para que esta etapa de la vida se lleve de la mejor manera posible. Para afrontar los cambios corporales se puede aconsejar a los pacientes **mantenerse físicamente en forma, tratar factores de riesgo:** colesterol alto, hipertensión, hiperglucemia, evitar consumo excesivo de alcohol, dejar de fumar. Hay que recomendar practicar ejercicio físico diario: andar como mínimo una hora al día, es una actividad física y psíquicamente saludable; la natación es otro de los ejercicios más beneficioso que hay.

## Enfermedades crónicas controladas

Hay que insistir en el control, dentro de lo posible, de las enfermedades crónicas, acudiendo a **revisiones médicas periódicas**. Otra medida importante es **tratar precozmente los problemas visuales** (cataratas), **auditivos y dentales**, para los que hoy día hay soluciones avanzadas (intervenciones quirúrgicas rápidas y eficaces, prótesis, implantes).

## Mantener el cerebro en forma

No menos importantes son las medidas encaminadas a **enlentecer el deterioro de las funciones cerebrales**: leer, escribir, hacer crucigramas, sopas de letras, ejercicios de memoria, adaptados al nivel de cada uno. Si el anciano tiene conocimientos básicos de informática, muchos de estos ejercicios están disponibles y gratuitos en internet. Mantener una rutina diaria, rellenando el día con diferentes actividades asequibles a nuestras posibilidades psicofísicas. En esta rutina diaria no debe faltar **una hora diaria mínima de ejercicios cognitivos y una hora diaria de ejercicio físico** (pasear).

## Reforzar las relaciones sociales

Dado que la soledad es un problema en esta etapa de la vida hay que intentar **reforzar los vínculos familiares, disfrutar de las nuevas generaciones** (nietos, bisnietos), mantener **contactos sociales** a través de los vecinos y asociaciones comunitarias disponibles, apuntarse a viajes organizados. Acudir a solicitar información a los trabajadores sociales de los ayuntamientos correspondientes, quienes se encargarán de informar sobre los **recursos locales disponibles para la tercera edad**. La mayoría de estas opciones son asequibles y **sólo requieren fuerza de voluntad** por parte del paciente. Con ello conseguiremos una mejor calidad de vida en la tercera edad.

## Adecuación de viviendas

Otro aspecto importante a considerar es adecuar las viviendas a la situación de vulnerabilidad que supone la senectud. Es de utilidad tomar medidas sencillas como cambiar la bañera por ducha (hay ayudas económicas para tal fin que se gestionan por los servicios sociales), evitar las alfombras o colocar dispositivos para fijarlas al suelo, barras de sujeción en escaleras o en la ducha, evitar elementos de distracción óptica en las escaleras o poner luces nocturnas para guiar al anciano cuando se levante por la noche.

## Jubilación

El médico de atención primaria debe prestar especial atención al afrontamiento de la jubilación, antes de que se produzca. Preparar para el ajuste financiero que supone la

jubilación, animar a que se cuiden física y mentalmente, a que realicen actividades de ocio o que ocupen su tiempo libre, o a sentirse útiles colaborando con ONG o ayudando al cuidado de sus nietos. Plantear nuevos retos adaptados a las posibilidades e intereses de cada uno favorece el sentirse útil y mejora la autoestima.

## ¿CON QUÉ RECURSOS SOCIOSANIATRIOS CONTAMOS PARA LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES MAYORES?

Para ayudar a aminorar los problemas psicosociales de los mayores, disponemos de servicios comunitarios de utilidad. El principal problema para alguno de ellos (residencia, centros de día) son las largas listas de espera, a lo que se une que, para acceder a ciertos recursos, es importante que se haya gestionado previamente el porcentaje de discapacidad o minusvalía y el grado de dependencia, trámites que llevan mucho tiempo. Cuando se prevea que un paciente pueda necesitar estos recursos es importante comunicar a la familia que agilice las gestiones cuanto antes, a través de los servicios sociales del ayuntamiento local, y que no espere hasta el último momento. Si al paciente le dan un grado de dependencia inferior al que le corresponde, se puede solicitar aumento de grado.

Los dispositivos comunitarios de ayuda a la tercera edad se gestionan a través de los trabajadores sociales de los ayuntamientos locales.

Estos **recursos** son:

1. **AYUDA A DOMICILIO:** autocuidados, actividades instrumentales de la vida diaria, atención especializada (úlceras, inyectables, fisioterapia).
2. **CENTROS DE DÍA:** programas específicos, alivio del cuidador, retraso institucionalización.
3. **RESIDENCIA:** estancias temporales o permanentes.
4. **HOGARES PROTEGIDOS:** apartamentos independientes que comparten servicios comunes básicos (limpieza, comida...).
5. **TELEASISTENCIA:** respuestas a situaciones de emergencia.
6. **ASOCIACIÓN DE FAMILIARES:** información, asesoramiento, grupos de autoayuda, cursos formativos.
7. **VOLUNTARIADO:** acompañamiento, paseos.
8. **HOSPITALIZACION BREVE O MEDIA ESTANCIA:** por descompensaciones psiquiátricas o somáticas.

## CONCLUSIONES

Los médicos de Atención Primaria pueden influir en que el proceso de envejecimiento de sus pacientes sea lo mejor posible.

Es recomendable tener recogidos los problemas psicosociales y conductuales que rodean al paciente para poder ayudar a la adaptación y el crecimiento en esta etapa de la vida.

Todos necesitamos una razón para levantarnos de la cama y los citados problemas no deben ser un impedimento para hacerlo.

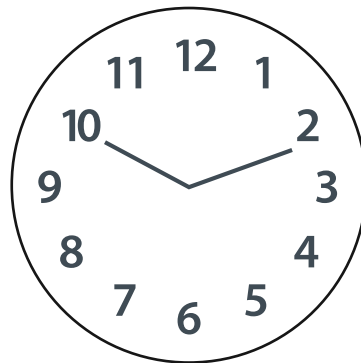
Un envejecimiento con éxito no tiene una fórmula "mágica" para todos, porque cada individuo tiene sus peculiaridades y sus circunstancias presentes y pasadas. Si tenemos en cuenta esto, cuidando la salud física y la funcionalidad de los pacientes, prestaremos un servicio verdaderamente útil, más allá de la atención médica per se.

Envejeceremos bien si conseguimos reorganizarnos psíquicamente para adaptarnos a los cambios de la senectud, si somos positivos, abordamos con sentido de humor los problemas, miramos el lado bueno de las cosas en lugar de rumiar lo negativo, tenemos amigos y confidentes con los que hablar, mantenemos intereses que nos motiven, y finalmente, si aceptamos nuestro pasado y nos preparamos para el final de la vida.

## ANEXO 1. Elección de un antidepresivo

- ▶ Vida media (<40 horas)
- ▶ Fijación a proteínas <90%
- ▶ No inhibición de isoenzimas del citocromo P450
- ▶ No bloqueo postsinápticos de receptores colinérgicos, H1 y alfa 1
- ▶ Preferible ISRS, duales a tricíclicos clásicos, por perfil de efectos secundarios y en caso de comorbilidad.
- ▶ Respuesta es más lenta.

## ANEXO 2. Test del reloj



### Instrucciones: pedir al paciente que dibuje el reloj

1. *"Dibuje primero la esfera, redonda y grande".*
2. *"Ahora coloque dentro de ella los números correspondientes a las horas del reloj, cada uno en su sitio".*
3. *"Dibuje ahora las manecillas del reloj, marcando las once y diez".*

### Interpretación

- ▶ Si coloca el número 12 en su sitio: **3 puntos**
- ▶ Si ha escrito 12 números exactamente: **2 puntos**
- ▶ Si dibuja dos manecillas exactamente: **2 puntos**
- ▶ Si marca la hora exacta: **2 puntos**

**Resultado: normal si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos**



**ANEXO 3: Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.**

Parámetro	Situación del paciente	Puntos
<b>Comer</b>	Totalmente independiente	<b>10</b>
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Lavarse</b>	Independiente: entra y sale solo del baño	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Vestirse</b>	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	<b>10</b>
	Necesita ayuda	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Arreglarse</b>	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse...	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Deposiciones</b> (valórese la semana previa)	Continencia normal	<b>10</b>
	Incontinencia ocasional	<b>5</b>
	Incontinencia	<b>0</b>
<b>Micción</b> (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	<b>10</b>
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	<b>5</b>
	Incontinencia	<b>0</b>
<b>Usar el retrete</b>	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	<b>10</b>
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Trasladarse</b>	Independiente para ir del sillón a la cama	<b>15</b>
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	<b>10</b>
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Deambular</b>	Independiente, camina solo 50 metros	<b>15</b>
<b>Deambular</b>	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	<b>10</b>
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>
<b>Escalones</b>	Independiente para bajar y subir escaleras	<b>10</b>
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	<b>5</b>
	Dependiente	<b>0</b>

**Máxima puntuación:** 100 puntos (90 si va en silla de ruedas).

**Resultado Grado de dependencia:**

<b>&lt;20</b>	Dependencia total
<b>20-35</b>	Grave
<b>40-55</b>	Moderada
<b>≥60</b>	Leve
<b>100</b>	Independiente

## BIBLIOGRAFIA

American Academy of Ophthalmology. Comprehensive adult eye examination. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2015.

Arbuckle Gold, S., Andres M. Cognitive functioning of older people in relation to social and personality variables. *J Psychol Aging* 1986; 1:55-62.

Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente J.L., Lantada, N.

Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1999; 28: 648-655.

Carr D., Jackson T.W., Madden D.J., Cohen H.J. The effect of age on driving skills. *J Am Geriatr Soc* 1992;40 (6):567-573.

Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (). "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatric Research* 1975; 12:189-198.

García RI, Chauncey H.H.. Longitudinal studies of aging and oral health. *J Dent res* 1991; 70: 865-866.

Grisso T., Appelbaum P. "Assessing competence to consent to treatment". Edit Oxford University Press. New York 1998.

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14:61-65.

Organización Mundial de la Salud, 2018. Envejecimiento y Salud. Disponible en [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud).

Palvio, A. Mental representations: A dual coding approach. Oxford University Press, New York 1986.

Siegler IC, Poon LW, Madden DJ, Welsh KA. Psychological aspects of normal aging. En: Busse EW, Blazer DG, eds. *Textbook of geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.

Stankov, L. Aging attention and intelligence. *Psychol Aging* 1988; 3:59-74.



Patrocinado por:

