

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Dirección Nacional de Salud Mental

**GUIA DE ATENCION INTEGRAL
EN SALUD MENTAL
PARA EL ADULTO MAYOR**

Quito - Ecuador 2003

Elaborado por:

Dra. Elizabeth Romero Ayala
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL.

Revisado por:

Dr. Hernán Chávez Oleas
DIRECTOR NACIONAL DE SALUD MENTAL.

Diseño y diagramación

Dr. Eduardo Salazar M.
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL.

**AUTORIDADES DEL MINISTERIO
DE SALUD PUBLICA Y OPS**

Dr. ERNESTO GUTIERREZ VERA
Ministro de Salud Pública

Dr. OSWALDO RIOS MUÑOZ
Subsecretario General de Salud

Dr. LUIGGI MARTINI
Subsecretario Nacional de Medicina Tropical

Dr. HUGO JURADO
Director General de Salud

Dra. MARCIA BRITO MONTERO
Directora de Promoción y Atención Integral

Dr. HERNAN CHAVEZ OLEAS
Director Nacional de Salud Mental

Ing. DIEGO VICTORIA
Representante de OPS/OMS en el Ecuador.

PRESENTACION

La Dirección Nacional de Salud Mental, preocupada por la salud integral del adulto mayor, ha creído conveniente elaborar la Guía de Atención Integral en Salud Mental para el Adulto Mayor, a fin de que constituya una herramienta útil tanto para el personal de salud del Ministerio de Salud Pública, de los Hospitales, Centros, Subcentros y Areas de Salud, cuanto para aquellas personas adultas mayores y para las personas que trabajan con este grupo etáreo.

Aspiramos que este documento sea de gran utilidad para la ejecución de las actividades proyectadas en beneficio de la población de la Tercera Edad.

INDICE

Presentación	7
Introducción	11

PARTE I : ENVEJECIMIENTO NORMAL

• Proceso de Envejecimiento Poblacional	15
• Envejecimiento y Vulnerabilidad	16
• El Envejecimiento como un proceso Natural	17
• Consecuencias de Orden Social y Psicológico	19
• Salud Mental: Personalidad y Envejecimiento	21
• Relación entre la Imagen Social de la Vejez y la Salud mental del Anciano	22
• Manifestaciones Psicológicas de la Vejez	23

PARTE II: TRASTORNOS MENTALES EN LA TERCERA EDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS

• Trastornos Afectivos de la Vejez:	
Ansiedad	26
Depresión	30
Trastornos Bipolares	31
Distimia	31
Manía	32
• Trastornos Adaptativos con Animo deprimido	32
• Trastornos Orgánicos del Humor	32
• Reacciones de Duelo	33
• Trastornos Cognitivos de la Vejez:	34

Demencia	35
Enfermedad de Alzheimer	35
Abuso de Sustancias en la Tercera Edad	41
Abuso de alcohol en la Tercera Edad	41
Abuso de Benzodiazepinas en la Tercera Edad	42
• Trastornos debidos al consumo de tabaco	43

PARTE III: EL CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

• Salud Bucodental	46
• Nutrición y Alimentación.	47
• Ejercicio Físico	49
• Sexualidad.	50

PARTE IV: HACIA EL FIN....

• La muerte en el Anciano	53
• La Dignidad del Moribundo	54
• Sentimiento ante la Muerte	55
• Movilización de las Fuerzas de solidaridad Humana	56
• Aprender a Envejecer	57
• Necesidad de una Vida con Sentido	60
• Oración del Envejeciente	62
• Bibliografía	64

LA SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

La atención integral de salud al adulto mayor es una prioridad en el Ecuador, por diferentes razones ya sean sociales, epidemiológicas y de equidad entre otras.



Una de las preocupaciones más sobresalientes de los últimos años ha sido el deterioro de la vida del adulto mayor a nivel nacional, debido a la crisis social, económica, espiritual y de valores que se manifiesta abruptamente.

El porcentaje de jubilados es bajo en relación a los no jubilados especialmente mujeres que han dedicado su vida a trabajar en los quehaceres domésticos en sus hogares sin recibir ninguna remuneración económica, ni estuvieron afiliadas a la seguridad social, y que hoy viven en el abandono y la soledad.

En Ecuador en el año 1999, según datos del INEC existen 870.000 personas de más de 60 años de edad, de los cuales 120.000 son jubilados, el resto de ancianos no tienen este beneficio. A continuación se detalla la distribución de la población de adultos mayores según sexo y áreas de localización.

POBLACION DE ADULTOS MAYORES 60 -69 AÑOS

SEXO	AREA URBANA	AREA RURAL
FEMENINO	94.052	79.284
MASCULINO	84.026	86.150
TOTAL	223.998	118.112

Fuente INEC año 2.000

POBLACION DE ADULTOS MAYORES 70 AÑOS Y MAS

SEXO	AREA URBANA	AREA RURAL
FEMENINO	78.349	68.402
MASCULINO	68.402	69.560
TOTAL	177.878	98.864

Fuente INEC año 2.000

La mayoría de adultos mayores no tienen acceso a los servicios médicos adecuados ni a un tratamiento oportuno para aliviar sus enfermedades, que en su gran mayoría son crónicas y requieren de ingresos económicos suficientes para afrontarlas. Gran parte de ellos ni siquiera pueden costear su alimentación con sus bajos ingresos.

CAPITULO I

ENVEJECIMIENTO NORMAL

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Si bien en nuestro país el proceso de envejecimiento no va de la mano con la disminución de la natalidad como sucede en otros países, pues el Ecuador se caracteriza por tener una población joven, aunque por movimientos migratorios de jóvenes y adultos que se han dado en los últimos años la población ecuatoriana se caracteriza por tener más niños y adultos mayores con predominio del sexo femenino. Hay una tendencia clara hacia el aumento de la esperanza de vida, alcanzándose alrededor de 72 años para la mujer y 69 para los hombres (Fuente: Situación de la Salud 2.002)

Estos hechos son motivo de gran preocupación especialmente para todos aquellos que desde distintas instancias contribuimos a la salud y a la educación de todas las personas, ya que lo importante es procurar que los años de vida sean vividos con mayor calidad.

En esta última etapa de la vida se puede observar un marcado deterioro físico y mental del individuo, y aparecen las enfermedades crónicas y las discapacidades, aunque muchas de ellas se iniciaron en la adultez, pero por diferentes motivos persisten y se cronifican sus efectos.

En esta etapa hay una elevación de las cifras de glucemia basal, disminución de la función renal y hepática, anemia por malnutrición, depresión y demencia, que lógicamente no se da en todos los adultos mayores, por lo que es recomendable realizar una acertada evaluación.

ENVEJECIMIENTO Y VULNERABILIDAD

El envejecimiento de la población mundial y de los países latinoamericanos, manifiesta una marcada tendencia progresiva, según indican los últimos estudios efectuados sobre el tema.

El concepto de vulnerabilidad será el que exprese de mejor manera el punto de partida para el diseño de las políticas sociales y el ajuste de las mismas a las realidades de cambio que sufre la población de la Tercera Edad.

La Organización Panamericana de la Salud da una cierta referencia para enmarcar a los adultos de la tercera edad en un grupo de vulnerabilidad y riesgo si poseen una de las siguientes características:

- Las personas ancianas mayores de 80 años.
- Las personas que viven solas en la vivienda.
- Las mujeres solas, solteras o viudas.
- Los ancianos que viven en instituciones
- Los ancianos que viven aislados de la sociedad, ya sean individualmente o en pareja.
- Los ancianos que no tienen hijos.
- Los ancianos con discapacidades o severas limitaciones.

- Los ancianos con escasos recursos económicos.
- Las parejas de los ancianos en los que uno de los cónyuges está discapacitado o está enfermo.

Según R Atchely se podrían añadir algunos factores como:

- Bajo nivel Sociocultural.
- Carencia de redes de apoyo.
- Aislamiento emocional.

EL ENVEJECIMIENTO COMO UN PROCESO NATURAL



La vejez es un proceso natural, es la etapa final en el curso de nuestra propia evolución.

Hay un sinnúmero de características que determinan o influyen en el proceso de envejecimiento de una persona y así tenemos influencias físicas, sociales, culturales y materiales entre otras.

A partir de los 63 a 65 años se cree que una persona entra a formar parte de la tercera edad, para algunas personas que se jubilan el entrar a esta etapa puede constituir un duro golpe, mientras que para otras, el envejecimiento es aceptado de una manera suave y silenciosa.

Los factores que determinan esta diferencia son: La personalidad, nivel de instrucción, entorno social y cultural, grado de valorización del anciano, salud física y mental, relaciones familiares, genética etc.

El envejecimiento no es una enfermedad pero si trae consigo un conjunto de limitaciones físicas, aunque el riesgo de padecer ciertas enfermedades se incrementa con la edad.

El principal objetivo en la vejez consiste en encontrar, clarificar, profundizar en los logros de toda una vida de aprendizaje y adaptación a nuevas circunstancias.

Según las diferentes teorías del envejecimiento, hay teorías biológicas como aquellas genéticamente determinadas y las consecuencias de las enfermedades y lesiones adquiridas a lo largo de la vida.

También se han relacionado con el envejecimiento los radicales libres- moléculas inestables y altamente reactivas, producto de las vías metabólicas normales, la radiación ionizante, el ozono y las

toxinas químicas, como posibles agentes de daños en el DNA.

También se mencionan estudios psicológicos sobre el envejecimiento, los cuales se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo.

Las teorías sociales mencionan dos aspectos en la sociología del envejecimiento: la relación de las personas ancianas con la sociedad y el rol y estatus de los ancianos.

CONSECUENCIAS DE ORDEN SOCIAL

Las personas de la tercera edad que llegan a la jubilación, y se retiran de sus actividades laborales anteriores, experimentan una disminución en su relación con los demás, su movilidad se hace más difícil y la comunicación y participación social bajan de intensidad. Por lo tanto su entorno se va reduciendo:

La vejez es un proceso natural, es la etapa final en el curso de nuestra propia evolución. Valorización social del anciano.

- Actitudes de la familia, el entorno laboral y de sí mismo, hacia la ancianidad.
- Actitud del estado hacia el anciano en cuanto a la productividad, seguridad social, uso de bienes sociales, protección....

CONSECUENCIAS DE ORDEN PSICOLOGICO

Hay cambios de orden mental. Su memoria es más evocadora de recuerdos lejanos que de los cercanos. Tienen interés en relatar escenas vividas anteriormente porque están cargadas de aspectos afectivo- emotivos.

Las personas mayores nunca dejan de aprender aunque sea a otro ritmo.

Van perdiendo autonomía e independencia poco a poco y esto hace que se sienta más desvalido y necesitados de los demás, y así van experimentando tristeza, pesimismo y mal humor y al replegarse en sí mismos refugándose en su soledad, siendo presas fáciles para desarrollar una depresión.

El anciano puede presentar crisis de identidad, de autonomía, y de pertenencia.

- **Crisis de Identidad**

La persona envejeciente se da cuenta de que su imagen va sufriendo cambios físicos especialmente, ya que, las actividades que las podía hacer anteriormente con mayor agilidad y rapidez hoy lo hace con mayor lentitud y dificultad, allí es cuando comienza a cuestionarse *Quién soy yo? A dónde voy? Qué he hecho en mi vida?*. Y le puede sobrevenir el estrés e inclusive puede llegar a una gran depresión. De allí la importancia de prepararse *espiritualmente durante el transcurso de su vida para no dejarse opacar por esta crisis.*

- **Crisis de autonomía**

El adulto mayor al sentirse dependiente de los demás y al esperar que los otros decidan por él, se siente incómodo y puede entrar en esta crisis.

- **Crisis de pertenencia**

Cuando el anciano percibe que no desempeña un papel decisivo en ayudar al grupo de personas con las cuales está viviendo, puede sentir la sensación angustiada de que no sirve para nada, o que es un estorbo para sus cercanos, allí le asalta el pensamiento de desear la muerte como un acto liberador de ese estado o de temerla porque no se encuentra preparado para dar ese salto.

SALUD MENTAL: PERSONALIDAD Y ENVEJECIMIENTO



En las personas de edad, la personalidad se manifiesta por la mayor experiencia que han logrado adquirir a lo largo de toda su vida y al dominio de sus impulsos

Las siguientes características son comunes a los rasgos de la personalidad en este grupo de edad:

- Un sentimiento de sí mismo bastante bien desarrollado.
- Tienen la capacidad de mantener relaciones cordiales con las personas que les rodean.
- Una aceptación así mismo que le da una seguridad emotiva.
- Una actitud positiva de pensamiento en la percepción, pensamiento y actuación con respecto a la realidad exterior.
- Poseer un gran sentido del humor.
- Llevar una vida conforme a su filosofía de la vida.

RELACION ENTRE LA IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ Y LA SALUD MENTAL DEL ANCIANO

La imagen social estereotipada, parcial y negativa de la vejez hace referencia a un grupo de personas enfermas, aburridas, achacosas que les espera prontamente la muerte.

La publicidad referente al consumo de medicamentos y demás productos farmacéuticos han contribuido a negativizar con mayor profundidad la vida del anciano.

Para evitar el deterioro de su salud mental, fomentado por muchos factores como el aislamiento de la persona su baja capacidad económica, sus barreras físicas etc., hay diferentes medidas de intervención social que se detalla a continuación:

Procurar realizar contactos de las personas de la tercera edad con otras personas y también con otras asociaciones.

Mejorar nuestras relaciones con las personas mayores.

Promover actos que nos permitan darnos cuenta y aceptar a la vejez como un proceso natural en la cual podemos desenvolvernos de manera positiva, dinámica y productiva.

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DE LA VEJEZ

Las capacidades sensorio-perceptivas experimentan una disminución, la misma que es muy variable de un individuo a otro. El déficit visual, auditivo, y otros son fácilmente corregibles en la mayoría de los casos.

La disminución de las capacidades de reacción y coordinación están relacionadas con las situaciones concretas y las condiciones de aprendizaje. Por ello es muy importante mantener algún tipo de actividad en la edad adulta.

La pérdida de la memoria está asociada con la edad, la misma que puede ser ayudada por ciertos mecanismos para que no se presenten inconvenientes especiales en la vida cotidiana, como la utilización de un listado de cosas o de actividades a realizar en el día, o tal vez el uso de agendas. Sigue las leyes de Ribot, es decir se pierde primero la memoria inmediata o de fijación y progresivamente los hechos más remotos. Incluso algunos ancianos recuerdan con una sorprendente claridad hechos de su infancia o adolescencia, trastorno al que se denomina Criptomnesia.

El análisis de la inteligencia en el adulto mayor, demuestra que, aunque la inteligencia fluida disminuye a lo largo de los años,

con el aumento de la edad se incrementa la inteligencia cristalizada ligada a la acumulación de experiencias. La capacidad creativa aumenta con el paso de los años.

La afectividad de las personas mayores es igual que la de los individuos más jóvenes, aunque distintos estados afectivos como la depresión y el humor lábil pueden ocasionar alteraciones en la afectividad del adulto mayor.

Los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo bastante significativo de la población general. Algunos trastornos se vuelven más significativos en la vejez, por ejemplo los trastornos cognitivos, trastornos afectivos, en especial la depresión, trastornos por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de la personalidad.

Hay reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en el adulto mayor, como los duelos, pérdidas de familiares muy cercanos, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.

CAPITULO II

TRASTORNOS MENTALES EN LA TERCERA EDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS



El grupo poblacional de adultos mayores es muy proclive para presentar trastornos mentales sean estos cognitivos, afectivos, trastornos por el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias, además son muy frecuentes los trastornos de personalidad. A continuación se detalla los trastornos más frecuentes en el adulto mayor.

TRASTORNOS AFECTIVOS DE LA VEJEZ

ANSIEDAD

El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano puede ser muy difícil debido a la gran superposición de síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para su tratamiento.

Los términos angustia y ansiedad se los utiliza como sinónimos, aunque hay cierta diferenciación que la detallamos a continuación:

La palabra ansiedad se la describe como una emoción, o un estado afectivo de presentación aguda. Revela un modo de vivir rápido, fugaz, dirigido al futuro. Es un trastorno psíquico en el que se manifiesta incertidumbre, sensación de peligro, inseguridad, desasosiego, displacer.

En cambio la angustia, surge en medio de lo inexplicable, llegando a vivir el peligro como una realidad palpable; y es vivida más con síntomas somáticos.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en el grupo de adultos mayores. En las estadísticas norteamericanas, al menos el 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen trastornos mentales diagnosticables.

En los Estados Unidos, el 27 % de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas tienen más de 65 años de edad.

Se estima que del 15% al 25% de los 28 millones de norteamericanos mayores de 65 años tiene problemas mentales significativos. Los más prevalentes son los trastornos fóbicos

(4,8%), seguidos por el trastorno obsesivo-compulsivo (0,8%) y el trastorno del pánico (0,1%).

Presentación Clínica:

En la mayoría de los casos, los trastornos de ansiedad primarios de la vejez son crónicos y han persistido desde la juventud hasta la adultez.

Aquí hay la presencia de variedad de síntomas que se los puede agrupar en tres categorías:

- 1) Tensión motora: Sacudimientos, temblor, tensión muscular, dolores, fatiga fácil.
- 2) Hiperactividad autonómica: Sensación de sofocación, palpitaciones, boca seca, vértigo, náusea, diarrea, cefaleas, dificultad para la deglución.
- 3) Vigilancia y registro: excitación, dificultad de concentración, insomnio, irritabilidad.

En cuanto a la *patogénesis de la ansiedad* en el grupo de la tercera edad a más de las causas que provocan esta enfermedad a lo largo de su vida, aparecen la disminución de capacidades en comparación con las que el individuo tenía años atrás, la cercanía real de la muerte, cambios en sus estatus social, y en relación con las nuevas generaciones, etc. En conjunto, un deterioro de su condición psicosocial.

Para un correcto *diagnóstico* es muy importante realizar una cuidadosa historia clínica y un examen físico exhaustivo. Es importante establecer la relación temporal entre el cuadro ansioso y la presencia de otros trastornos físicos, ingesta de medicamentos, cambios en el medio ambiente, etc.

Si los estudios muestran que los síntomas se deben a algún factor Físico como: una enfermedad hormonal, cerebro vascular, feocromocitoma, embolia pulmonar, trastornos convulsivos, arritmias cardíacas, intoxicaciones, supresión de sustancias. Químico o Iatrogénico, excepto la iatrogenia psíquica, el diagnóstico correcto es "trastorno de ansiedad de origen orgánico", si la ansiedad coexiste con un trastorno orgánico que pueda exacerbarla pero ésta no es su causa, corresponde diagnosticar "trastorno de ansiedad".

Diagnóstico Diferencial.- Se puede realizar el diagnóstico de la ansiedad con diferentes patologías que se detallan a continuación:

- Trastorno de ansiedad de origen orgánico.
- Trastorno del humor.
- Esquizofrenia.
- Otros

Cuadros Clínicos.- Entre los principales cuadros clínicos se puede mencionar los siguientes:

- **Ansiedad situacional:** los adultos mayores pueden provocar crisis de ansiedad ante determinadas situaciones que se presenten en su vida como realizar un viaje en avión, asistir a una consulta odontológica etc.
- **Ansiedad de adaptación:** El adulto mayor puede presentar ansiedad ante cambios mínimos en su rutina como la jubilación o un duelo etc.
- **Trastorno por estrés agudo:** Estos cuadros pueden durar menos de un mes y se producen en respuesta a una causa identificable.

- **Trastorno de pánico:** Se caracteriza por ataques agudos de pánico, que llevan a la ansiedad. En muchos casos los ataques se dieron inicio en la juventud y no recibieron tratamiento alguno o a lo mejor el tratamiento fue inadecuado. La agorafobia o temor a los espacios abiertos como plazas, calles ,y la ansiedad generalizada son los más comunes de los cuadros ansiosos de inicio en la vejez.
- **Fobia Social.-** Es un trastorno muy frecuente , de curso crónico que no remite y persiste en la vejez. Esta enfermedad puede cursar con otras fobias, depresión, distimia y abuso de alcohol.
- **Fobias Específicas.-** Debido a esta causa los adultos mayores casi nunca consultan con los especialistas y pueden ser provocadas por una variedad de factores.
- **Trastornos de ansiedad generalizado:** Este tipo de trastorno tiene un curso crónico y prolongado. El diagnóstico en los adultos mayores debido a su comorbilidad habitual con la depresión.
- **Trastorno de estrés post- Traumático:** Su curso puede ser prolongado y crónico. El pronóstico se relaciona con la respuesta del trauma original, la presencia de fenómenos disociativos, retracción emocional y la presencia de abuso de alcohol y drogas.
- **Trastorno obsesivo compulsivo :** Generalmente este trastorno tuvo su comienzo en la juventud y continuó en la vejez. Es uno de los trastornos de ansiedad más resistentes al tratamiento.

- **Ansiedad asociada a un cuadro demencial:** La ansiedad puede ser el signo más temprano de una enfermedad de Alzheimer. La agitación es una de las causas principales de consulta ante un paciente con demencia, ella puede reflejar un cuadro ansioso, una depresión o un problema clínico subyacente, o ser parte de la evolución de un cuadro demencial.
- **Síndrome de ansiedad orgánico:** Los adultos mayores constituyen un grupo de alto riesgo para la presentación de este síndrome, debido a la alta prevalencia de enfermedades y la gran cantidad de medicamentos que son prescritos y la supresión brusca de la medicación por parte del paciente, de allí la importancia de la educación al respecto, tanto del paciente como de sus familiares.

DEPRESION

Generalmente los adultos mayores pueden presentar inicialmente uno o más síntomas físicos (fatiga, dolor). En la entrevista detallada nos revelará ánimo bajo o pérdida de interés. A veces el problema que se presenta es irritabilidad.

Las pautas para el diagnóstico de la depresión son las siguientes:

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o capacidad de disfrutar.
- Frecuentemente se presentan síntomas asociados como: trastornos del sueño, culpabilidad o baja autoestima, astenia o pérdida de energía, falta de concentración, trastorno del apetito, pensamientos o actos suicidas, agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla, disminución de la libido.

- También están presentes síntomas de ansiedad o nerviosismo.
- Muchos ancianos con síndrome depresivo presentan enfermedades físicas o deterioro intelectual asociado.

El tratamiento de la depresión estará relacionado con el trastorno específico que sufra el anciano y siempre combinados con la psicoterapia familiar y o individual.

En las personas mayores se desarrolla una serie de características:

- Hay una vulnerabilidad psicológica, fundamentalmente en el polo afectivo.
- Se produce un importante impacto psicosocial derivado de padecimientos somáticos de una evolución crónica.

A continuación se va a detallar los trastornos bipolares y la distimia como subtipos de la depresión.

TRASTORNOS BIPOLARES

En los ancianos es frecuente encontrar trastornos bipolares especialmente del tipo II, es decir un episodio de hipomanía y al menos un episodio de depresión mayor.

Los episodios bipolares de tipo III también se presentan de manera bastante común, esto significa que se manifiestan episodios recurrentes de depresión mayor con al menos un episodio maníaco, que en su mayoría se debe a la medicación antidepressiva.

DISTIMIA

La mayoría de distimias que tienen su origen en la juventud, suelen mantenerse en la vejez, mientras que el apareamiento tardío no es frecuente.

Es bastante difícil determinar en el anciano si se trata de un trastorno distímico o de un trastorno depresivo.

MANIA

Los ancianos pueden presentar episodios típicos de manía o hipomanía, pero con mayor frecuencia la exaltación y euforia se ven desplazadas por la irritabilidad, el enfado, la labilidad y la agitación.

Con frecuencia, los episodios se diagnostican como manías secundarias. Son más bien episodios previos que aparecen en relación temporal con enfermedades físicas o tratamientos farmacológicos. Los mismos que pueden precipitarse en personas genéticamente predispuestas o con problemas de patologías orgánica cerebral.

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANIMO DEPRIMIDO

Es muy frecuente en el anciano, ya que la inseguridad que presentan por falta de vigor, fuerza muscular, pérdida o disminución de la vista, oído, gusto, movilidad, capacidad adquisitiva, etc., predisponen al individuo a las reacciones adaptativas frecuentes, las mismas que pueden evolucionar hacia un episodio depresivo severo.

TRASTORNOS ORGANICOS DEL HUMOR

La población de adultos mayores constituye una población de alto riesgo para los desencadenantes orgánicos de trastornos afectivos.

Son pacientes que toman muchos medicamentos, con mayor riesgo de presentar patologías endocrinológicas, tumorales, y una mayor incidencia de patología neurológica, como la enfermedad de

Parkinson o accidentes cerebrovasculares asociados a síntomas depresivos.

REACCIONES DE DUELO

Las reacciones de duelo que aparecen en el adulto mayor son respuestas normales que aparecen tras la muerte de un familiar o ser querido o de una función física. Esta etapa generalmente es bastante bien superada por el individuo.

Luego del fallecimiento de un ser querido puede presentarse un período de incredulidad o de shock con una fase de tristeza del anciano que puede durar hasta dos meses aproximadamente, la misma que finaliza con una fase de aceptación o de resolución del duelo.

El paciente se siente abrumado por la pérdida del ser querido, está preocupado por este deceso y puede presentar síntomas somáticos tras dicha pérdida.

Cuando los síntomas del duelo se prolongan por más tiempo, y el adulto mayor cambia su comportamiento habitual y además se pueden añadir otras patologías a las enfermedades crónicas habituales, o una exacerbación de las mismas, se podría hablar ya de una reacción de duelo patológica.

Entre las principales pautas para el diagnóstico se tiene las siguientes:

- Bajo estado de ánimo.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida de interés.
- Sentimiento de culpa o autocrítica
- Estado de agitación.

El paciente puede abandonar sus actividades normales y las relaciones sociales, y encuentran difícil pensar en el futuro.

Ante esta situación, hay que permitir que la persona con una reacción de duelo hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.

Hay que animarles a que expresen libremente sus sentimientos sobre dicha pérdida, y explicarle que la pena intensa irá suavizándose conforme pasen los meses, pero que el seguir recordando la pérdida del ser querido de manera continuada provocará sentimientos de aflicción y de melancolía.

TRASTORNOS COGNITIVOS DE LA VEJEZ



DEMENCIA

Los síntomas de la demencia implica un deterioro lento, gradual e irreversible de las capacidades de la persona con un daño y pérdida de las neuronas, afectando el funcionamiento mental del enfermo: la memoria, atención, concentración, lenguaje, pensamiento entre otros. La forma más común es la enfermedad de Alzheimer.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Esta enfermedad la padecen aproximadamente el 50% de todas las personas afectadas por demencia.

Esta enfermedad afecta la memoria y la actividad mental (pensamiento, lenguaje, etc.) pueden presentarse también cambios del humor, desorientación en el tiempo y en el espacio, confusión.

Al inicio puede haber una ligera pérdida de memoria y de las facultades intelectuales que pueden pasar inadvertidas, las mismas que se van haciendo más progresivas y evidentes.

Es una enfermedad irreversible que produce un deterioro general de la salud, con baja de peso y disminución de las defensas orgánicas, por lo que el paciente puede morir por una infección, especialmente de las vías respiratorias como la neumonía.

Para la aparición de esta enfermedad es necesario que confluyan varios factores como:

- **La edad** .- Aparece por lo general en personas mayores de 65 años, una de cada 20 la padecen, la arteriosclerosis puede ser un factor agravante.

- **El sexo.-** Se ha encontrado que el número de mujeres que padecen esta enfermedad es más frecuente que el número de varones.
- **Factores genéticos/ herencia.-** La enfermedad de Alzheimer es un desorden genético dominante. Se ha descubierto una relación entre el cromosoma 21 y la enfermedad de Alzheimer, muchos niños con Síndrome de Down desarrollarán esta enfermedad cuando lleguen a la edad adulta.
- **Traumatismo Craneal.-** Es muy probable que la persona que ha sufrido un traumatismo craneo encefálico, con pérdida de la conciencia, tenga más de 50 años de edad y más si tiene un gen específico llamado apoE4, desarrollará la enfermedad de Alzheimer.

El diagnóstico de esta enfermedad se realizará mediante un proceso de eliminación y un atento examen del estado físico y mental del paciente: si tiene dificultad para vestirse, lavarse, realización de gestiones bancarias, acudir a citas, viajar solo, trabajar, etc.

Hay diferentes métodos de exploración del cerebro:

- Resonancia Magnética.
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Contador tomográfico de centelleo de fotones (SPECT).
- Tomografía de emisión de positrones (PET).

Hay tres diferentes tipos de diagnóstico: el posible, el probable y el seguro. Este último confirma con seguridad el diagnóstico de Alzheimer, tras la biopsia del cerebro o mediante autopsia con la identificación de placas neuríticas y ovillos neurofibrilares.

Tras el diagnóstico de la enfermedad hay que pensar en dos alternativas, el comunicar al paciente o el no hacerlo.

A menudo la persona con demencia no se da cuenta o no está de acuerdo en que exista algún problema. Algunos podrán sentirse abatidos por la noticia. En otros casos cuando se le comunica a la persona y entiende lo que esto implica, la misma puede planificar como aprovechar al máximo los años que le quedan de actividad intelectual, asegurar su respaldo económico y determinar que persona le cuidará por el resto de sus días, además profundizar en su vida espiritual.

No hay un *tratamiento* específico para curar esta enfermedad , existen varios medicamentos que pueden aliviar ciertos síntomas como la ansiedad, la agitación, la depresión, alucinaciones y el insomnio. Además de lo mencionado son importantes las medidas higiénicas y el cuidado general.

Características principales de la Enfermedad de Alzheimer:

- Pérdida de la memoria: La pérdida de la memoria en estos pacientes puede tener consecuencias en su vida diaria, causándole muchos problemas de comunicación, peligros físicos y trastornos de la conducta.
- Síndrome de Apraxia, Afasia y Agnosia.
- La Apraxia se caracteriza por la incapacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios (incapacidad de atar los cordones de sus zapatos, encender un radio, etc).

La Afasia se caracteriza por la dificultad o incapacidad de hablar o de entender un idioma hablado, escrito, debido a una disfunción del centro nervioso.

La Agnosia es la pérdida de la capacidad de reconocer los objetos y el servicio que prestan.

- **Comunicación:** Las personas con esta enfermedad tienen problemas tanto para expresarse como para comprender, lo cual les trae una serie de inconvenientes con el resto de personas.
- **Alteraciones de la personalidad:** Estos pacientes presentan una conducta totalmente distinta a la habitual, así alguien que siempre fue pacífico puede tornarse violento. Hay cambios de humor frecuentes.
- **Conducta:** Algo que caracteriza a los pacientes con Alzheimer es la deambulación errática, tanto en el día como en la noche. Otros síntomas son la incontinencia, la agresividad y la desorientación en el tiempo y en el espacio.
- **Cambios físicos:** Generalmente hay pérdida de peso, desgaste muscular y si están mucho tiempo en la cama pueden presentar úlceras de decúbito. La mayoría de pacientes tienen bajas sus defensas por lo que las infecciones respiratorias son recurrentes y fallecen en gran número por neumonía.

Hay tres fases características en la enfermedad de Alzheimer, ya que no todos los pacientes presentan o sufren los mismos síntomas en el mismo orden y con el mismo grado de severidad.

Primera Fase.- Esta fase se caracteriza por la presencia de trastornos moderados de la memoria como el olvido de los nombres de las personas y números telefónicos, estos problemas debido a su levedad pueden pasar desapercibidos.

Este problema va agudizándose poco a poco debido a la disminución de la capacidad de concentración. También los pacientes comienzan a dar señales de desorientación en el espacio (deambulación errática y pérdidas en un ambiente tan familiar como es su propia casa).

El paciente es totalmente consciente de lo que le está pasando en esta fase, por lo que sufre intensamente y llega a sufrir un grado avanzado de estrés.

Segunda Fase.- En esta fase los síntomas son más severos lo que obliga a los pacientes a retirarse de su trabajo. La pérdida de la memoria se hace muy manifiesta. Hay pérdida del apetito, hay incapacidad de leer, hay alucinaciones auditivas y visuales. El insomnio puede llegar a ser un gran problema, ya que muchas veces no diferencian ni el día ni la noche, y la mayoría de pacientes duerme el día.

Se les hace imposible llevar a cabo las actividades diarias como lavarse, vestirse. Pierden estabilidad motora, presentan incontinencia, pueden estar agitados y agresivos, incapacidad de entender las palabras verbales o escritas.

Tercera Fase.- En esta fase ya se puede ver una demencia severa, las funciones cognitivas han desaparecido casi completamente. El hablado se limita a repetir únicamente el final de las frases que escucha.

Hay una incontinencia total de esfínteres, no puede caminar ni sentarse solo, por lo que las ulceraciones de la piel se incrementan porque permanecen en decúbito.

Los pacientes suelen en su mayoría fallecer por neumonía.

Algunas investigaciones han revelado algunos datos sobre el efecto que tienen algunas sustancias con la enfermedad de Alzheimer.

En referencia a los *antiinflamatorios*, específicamente antiagregantes plaquetarios, se ha visto que las personas que sufren artritis reumatoidea y toman habitualmente este tipo de medicamentos, pueden reducir el riesgo y retrasar la aparición y el desarrollo de esta enfermedad.

El consumo de *estrógenos* por parte de las mujeres que han entrado en el período menopáusico y postmenopáusico, les ha ayudado en gran medida, disminuyendo el riesgo de contraer la enfermedad de Alzheimer. Algunas mujeres que ya padecían la enfermedad y tomaron estrógenos mostraron marcada mejoría.

En cuanto a las investigaciones genéticas se han identificado anomalías en cuatro genes de los cromosomas 1, 14, 19 y 21.

En relación al hábito de fumar, las investigaciones han demostrado que el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer en los grandes fumadores se duplicaba, y era menor en los fumadores moderados.

Entre otro tipo de demencia tenemos la Demencia Vascular Multiinfarto, esta tiene un curso de tipo fluctuante, con empeoramientos de la capacidad cognitiva de acuerdo a que se produzcan o no pequeños infartos cerebrales, y mejoría en los períodos intercríticos.

ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA TERCERA EDAD

ABUSO DEL ALCOHOL EN LA TERCERA EDAD

El abuso de alcohol en la vejez constituye un grave problema de salud mental y de magnitud epidemiológica importante.

De la población en general se cree que el 9% de los hombres mayores de 60 años consumen cantidades perjudiciales de alcohol, también según las investigaciones nacionales 1 de cada 5 hombres adultos son bebedores problema, estadio previo, pero muy cercano al de enfermo alcohólico.



Hay diferentes factores que influyen en el abuso de alcohol en los adultos mayores, entre los más frecuentes se puede mencionar los siguientes:

- Disminución de la autoestima
- Problemas de adaptación ante situaciones nuevas.
- Trastornos depresivos, demencias, u otras enfermedades crónicas.
- Disminución de los ingresos económicos.
- Pérdida de los seres queridos, aislamiento, abandono.

El sexo masculino tiene mayor riesgo de abuso de alcohol. La mayoría de estos pacientes suele beber diariamente, en cantidades menores que los jóvenes, pero con repercusiones orgánicas generales y sobre el sistema nervioso central más intensas, debido al deterioro previo, a las patologías intercurrentes y a las interacciones con la medicación.

La mayor parte de ancianos alcohólicos con frecuencia viven en una situación de aislamiento social, son viudos, sin familia, sin trabajo.

Cuando los ancianos se retiran de sus trabajos con la jubilación y se dedican a consumir alcohol, se habla de alcohólicos primarios.

Los ancianos que han ingerido alcohol desde su juventud y mantienen este hábito se les denomina alcohólicos secundarios.

ABUSO DE BENZODIACEPINAS EN LA TERCERA EDAD

El uso de estas sustancias es muy común en los ancianos. El sexo femenino es el que abusa con más frecuencia de estas sustancias

debido generalmente al insomnio muy frecuente, al dolor crónico que se manifiesta en muchas enfermedades y a los trastornos de personalidad.

En los centros asistenciales reciben tratamiento ansiolítico entre el 30 al 60% de los ancianos.

Uno de los problemas mayores y de más frecuencia es la dependencia de dosis bajas de benzodiazepinas. Entre las consecuencias más generales del abuso de estas sustancias se puede mencionar: la toxicidad crónica, caracterizada por ataxia con caídas frecuentes, humor triste, alteraciones de la memoria, y disminución del rendimiento cognitivo global.

El consumo de benzodiazepinas puede agravar patologías preexistentes, trastornos respiratorios y cerebrovasculares, así como deteriorar el funcionamiento de pacientes deprimidos o demenciados.

Cuando se suprime la medicación de manera brusca puede aparecer el síndrome de abstinencia grave, con aparición de crisis convulsivas y delirium.

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO

Los adultos mayores que han adquirido el hábito perjudicial de consumir tabaco, en la mayoría de los casos se quejan de:

- Mal aliento
- Tos
- Expectोरación
- Infecciones respiratorias frecuentes.
- Hipertensión.

- Problemas cardíacos.
- Fatiga.

Es importante dar consejos específicos para el paciente y sus familiares, especialmente para los pacientes que no están dispuestos a suspender el consumo de tabaco, a fin de no rechazarlos ni criticarlos, si no que es conveniente informarle claramente de los efectos negativos que produce el cigarrillo. Y negociar una disminución concreta de su consumo.

CAPITULO III

CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Al adulto mayor lo vemos como un todo integral, de allí que el cuidado de su salud depende de la armonía existente entre las diferentes áreas de apoyo que detallo a continuación.

Salud Bucodental, Nutrición y Alimentación, Ejercicio Físico, y la Sexualidad.



SALUD BUCO DENTAL

La salud dental del anciano dependerá de los hábitos alimentarios y de los tratamientos que la persona haya tenido a lo largo de su vida. La patología más frecuente es la caries de la raíz y el desgaste de los dientes.

A partir de los 50 años de edad va aumentando la exposición de la raíz de los dientes por una retracción gingival debida a una enfermedad periodontal.

Hay tres grupos de adultos mayores que tienen factores comunes de riesgo : ancianos con enfermedades crónicas, drogadictos y personas con disminución del flujo salivar por tener una higiene oral deficiente y falta de protección salivar.

El desgaste dentario es frecuente encontrar en los ancianos es la pérdida del tejido mineralizado de la superficie del diente, por erosión, atrición y abrasión.

Para evitar esta patología se deberá:

- Reducir la frecuencia del consumo de azúcar.
- Higiene oral adecuada con cepillos dentales de cerda suave.
- Utilización de fluoruros tópicos.

Para el manejo y cuidado de las prótesis dentales de los ancianos, éstas deberán limpiarse diariamente con un cepillo suave y jabón líquido. Todas las dentaduras se retirarán en la noche antes de acostarse a fin de que la boca se recupere.

Las personas que tienen aún dientes naturales deberán limpiarlos sin las prótesis.

NUTRICION

Las necesidades nutricionales del adulto mayor están ligadas al proceso de envejecimiento y también a las complicaciones que surgen durante este proceso.

A partir de los 70 años de edad, se ha observado que las personas pierden un 40 % aproximadamente de su masa muscular esquelética, un 18% de la del hígado, un 9 % de los riñones y 11% de los pulmones, A los 90 años se ha perdido el 12% de la densidad ósea, la misma que se la comenzó a partir de los 40 años.

Uno de los factores desencadenantes par la pérdida ósea a más del metabolismo están los factores nutricionales, el hormonal y el sedentarismo.

Sin embargo hay otros aspectos que influyen en la malnutrición del adulto mayor, como son: disminución de la secreción salival, disminución de la secreción gástrica, disminución de la secreción de varias enzimas digestivas y de la bilis, absorción inadecuada de vitaminas, calcio y hierro. Además hay cambios de la motilidad intestinal.

La falta de dentadura o problemas dentales que hacen la masticación sumamente difícil, por lo que las personas adultas, prefieren comer alimentos blandos y suaves que son ricos en hidratos de carbono pero de bajo contenido proteico y vitamínico.

Hay disminución del sentido del gusto de ahí la necesidad de aumentar la sal y el azúcar en las comidas.. Disminución del

olfato, de la vista y del oído, sentidos muy importantes que hacen que las personas pierdan su apetito.

Cuando avanza la edad el número de nefronas y la filtración glomerular decrece por lo que no se realiza una adecuada depuración de la orina, de allí la necesidad de que el adulto mayor consuma mayor cantidad de líquidos. Hay varias enfermedades crónicas que pueden alterar también la buena nutrición.

Hay factores sociales, económicos y psicológicos que influyen de manera negativa en la alimentación del anciano: Soledad y aislamiento, pensiones y recursos económicos bajos, malos hábitos alimenticios, depresión, desinterés, disminución de la actividad física.

A fin de contrarrestar los cambios nutricionales que ocurren en esta edad, se procurará realizar los siguientes pasos:

- Seleccionar alimentos que no sean costosos y que sean nutritivos.
- Procurar consumir alimentos bajos en grasas y en hidratos de carbono, pero con gran poder nutricional.
- Consumir raciones pequeñas.
- Tomar abundante agua y consumir menos sal.
- La preparación de los alimentos deberá ser adecuada para poder masticarlos o ingerirlos, deberán estar bien cocinados, cortados en trocitos pequeños.

EJERCICIO FISICO

Es muy importante realizar el ejercicio físico a toda edad, sin embargo se deberá adaptar el grado de esfuerzo a las posibilidades físicas que tiene cada individuo, es decir no llegar a la inactividad pero tampoco a la actividad exagerada. Los ejercicios más recomendados para el adulto mayor son de intensidad, progresivos y duraderos.

El realizar ejercicios físicos es muy importante ya que fomentan la autoestima, fomentan la autonomía, y mejoran la calidad de vida.

- Es importante tomar en cuenta varias recomendaciones para realizar un adecuado ejercicio físico:
- Realizar en primer lugar el calentamiento muscular
- Comenzar de manera progresiva, por zonas de mayor riesgo de lesiones.
- Respirar normalmente.
- Caminar un poco entre ejercicio y ejercicio.
- No realizar más de 10 veces cada ejercicio.
- Al finalizar la sesión de ejercicios se deberá hacer un relajamiento muscular de 5 a 10 minutos.

Los ejercicios recomendados para los ancianos son los siguientes:

Caminatas, ejercicios acuáticos, natación, paseo en bicicleta, carreras suaves, ejercicios de expresión corporal, actividades rítmicas, juegos populares y deportivos, circuitos, marchas campestres y excursiones.

Los baños de sol al aire libre son muy importantes, los mismos que pueden realizarse en la playa, ríos o lagos, con una duración de 45 a 60 minutos.

El calzado que utilice para estos ejercicios y para toda actividad, deben ser confortables, así, la de los zapatos deberán ser 1/2 cm a 1 cm más grande que la longitud del pie. Cuando se va a adquirir zapatos nuevos, es mejor comprarlos por la tarde, pues los pies suelen hincharse a medida que transcurre el día.

Para los pacientes diabéticos, el cuidado de los pies deberá ser muy especial, y se recomienda los siguientes cuidados:

- Todas las noches lavar los pies con agua y jabón neutro y antiséptico, con agua a temperatura ambiente.
- Secar los pies con una toalla suave, sin friccionar la piel para evitar lastimaduras, y secar correctamente los espacios interdigitales.
- Utilizar medias o calcetines suaves tanto de lana en el invierno como de algodón en el verano, se recomienda cambiarlas diariamente.
- Durante la temporada de invierno, es preferible calentar la cama antes de acostarse, y no utilizar bolsas de agua caliente ni botellas de agua caliente, para evitar las quemaduras.

SEXUALIDAD

Alrededor de los 40 años de edad las personas entran en un período de transición de la juventud a la edad madura.

Con la menopausia en la mujer y la andropausia en el varón que determinan la disminución de las hormonas sexuales se nota un decrecimiento del deseo sexual. El comportamiento sexual

depende de los centros cerebrales superiores. Se cree que el cerebro es el órgano sexual principal, por tal razón, el componente sexual no viene determinado por el influjo hormonal únicamente; intervienen el influjo cultural y social, sobre las prácticas sexuales, el grado de salud integral (física y mental), y sobre todo el nivel afectivo de la pareja.

No obstante lo mencionado, es "normal" que la frecuencia y eventualmente la calidad de las relaciones sexuales disminuyan, lo cual debe ser entendido por el anciano para preservar su autoestima y el nivel de armonía conyugal

No existe ninguna razón que justifique por sí misma que las personas de edad deban renunciar o interrumpir el disfrute sexual.

CAPITULO IV

HACIA EL FIN.....

LA MUERTE EN EL ANCIANO



Es muy importante abordar en este capítulo las diferentes connotaciones que se tiene al referirse al fallecimiento humano no solo en el adulto mayor sino en cualquier edad.

El gran estímulo para la vida y para luchar en ella, es la muerte, ya que el hombre conocedor de que su vida terrenal es muy breve se apresura en trabajar aspirando a cumplir las metas que se ha trazado.

La muerte es la gran consejera del hombre, ella nos muestra lo esencial de la vida... Nuestra muerte cotidiana será la que ilumine nuestras grandes determinaciones, a su luz, que claras aparecerán las resoluciones que hemos de tomar.

Cada día debe ser como una preparación de mi muerte, entregándome minuto a minuto a realizar la misión que debo cumplir.

“Para una persona de fe, la muerte no es la derrota, sino la victoria: el momento de ver a Dios. Esta vida se nos ha dado para buscar a Dios, la muerte para hallarlo, la eternidad para poseerlo. Llega el momento en que después del camino se llega al término. El hijo encuentra a su Padre y se recuesta en sus brazos, brazos que son de amor” (P. Hurtado).

LA DIGNIDAD DEL MORIBUNDO

La vida de los moribundos y de los enfermos graves está expuesta a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces, en forma de tratamientos deshumanizadores y, otras, en la desconsideración e incluso en el abandono que puede llegar hasta la solución de la eutanasia.

El fenómeno del abandono del moribundo que se está extendiendo en la sociedad desarrollada, tiene diversas raíces y múltiples dimensiones, bien presentes en vuestro análisis. Hay una dimensión sociocultural, definida con el nombre de “ocultación de la muerte”: las sociedades, organizadas según el criterio de la

búsqueda del bienestar material consideran la muerte como algo sin sentido y, con el fin de resolver su interrogante, proponen a veces su anticipación indolora.

La llamada "cultura del bienestar" , implica frecuentemente la incapacidad de captar el sentido de la vida en las situaciones de sufrimiento y limitación, que se den mientras el hombre se acerca a la muerte. Esa incapacidad se agrava cuando se manifiesta dentro de un humanismo cerrado a la trascendencia, y se traduce a menudo en una pérdida de confianza en el valor del hombre y de la vida.

Existe también una "cultura de la muerte" que es el marco ideológico en que se fundan las campañas de opinión, cada vez más frecuentes, que pretenden la instauración de leyes a favor de la eutanasia y del suicidio asistido.

Esta cultura se manifiesta también en otros fenómenos atribuibles, de un modo u otro, a una escasa valoración de la dignidad del hombre, como por ejemplo, las muertes causadas por el hambre, la violencia, la guerra, la falta de control en el tráfico y la poca atención a las normas de seguridad en el trabajo.

Ante estas situaciones es importante iluminar el rostro del hombre, en particular el rostro del moribundo, con toda la luz de la razón y de la fe, a fin de que alrededor del moribundo se establezca con renovado calor un vínculo de amor y solidaridad.

SENTIMIENTO ANTE LA MUERTE

El momento de la muerte va acompañado siempre por sentimientos humanos muy intensos: una vida terrena termina; se produce la ruptura de los vínculos afectivos, generacionales y

sociales, que forman parte de la intimidad de la persona; en la conciencia del sujeto que muere y de quien lo asiste se da el conflicto entre la esperanza en la inmortalidad y lo desconocido, que turba incluso a los espíritus más iluminados. La Iglesia eleva la voz para que no se ofenda al moribundo ,sino que, por el contrario, se lo acompañe con amorosa solícitud mientras se prepara para cruzar el umbral del tiempo y entrar en la eternidad.

La dignidad del moribundo, está enraizada en su índole de criatura y en su vocación personal a la vida inmortal. La mirada llena de esperanza transfigura la decadencia de nuestro cuerpo mortal, y cuando este ser corruptible se revista de incorruptibilidad, entonces se cumplirá la palabra de la Escritura: “la muerte ha sido absorbida por la victoria” .

Por lo tanto al defender el carácter sagrado de la vida también en el moribundo, no obedece a ninguna forma de absolutización de la vida física; por el contrario, enseña a respetar la verdadera dignidad de la persona, que es criatura de Dios, y ayuda a aceptar serenamente la muerte cuando las fuerzas físicas ya no se pueden sostener.

Ningún hombre puede decidir arbitrariamente entre vivir o morir, en efecto, solo es dueño absoluto de esta decisión el Creador, en quien “vivimos, nos movemos y existimos”.

MOVILIZACION DE LAS FUERZAS DE SOLIDARIDAD HUMANA

Es importante la movilización de todas las fuerzas de solidaridad humana, el apoyo de buen grado a cuantos promueven obras e iniciativas para la asistencia de los enfermos graves, de los enfermos mentales crónicos y de los moribundos.

La delicadeza de las conciencias en las familias y en los hospitales favorecerá seguramente una aplicación más general de los cuidados paliativos a los enfermos graves y moribundos para aliviar los síntomas de dolor , llevándoles al mismo tiempo consuelo espiritual con una asistencia asidua y diligente.

Deberán surgir nuevas obras para acoger a los ancianos que no son autosuficientes y se encuentran solos.

Todos tenemos la oportunidad de dar en este campo un testimonio de vanguardia, conscientes de las palabras del Señor a propósito de cuantos se prodigan por aliviar a los enfermos: "Estaba enfermo y me visitasteis" .

APRENDER A ENVEJECER

Hay muchas formas de envejecer y de vivir la última etapa de la vida. Para ello se hace necesario realizar un aprendizaje , el mismo que se va adquiriendo durante toda la vida que se nos ha concedido, la misma que será culminada de buena manera sabiendo dar sentido a nuestro diario vivir.

Hay factores que no dependen de nosotros , pero otros sí dependiendo de los estilos de vida saludables o no que hayamos desarrollado. Es el tiempo para la sabiduría, para la meditación, el sosiego y para acrecentar la vida interior.

Esta educación deberá empezar desde la primaria a fin de introducir cambios fundamentales en nuestros estilos de vida y para conocer de mejor manera al anciano y valorar sus conocimientos



y experiencias que pueden ser de gran apoyo para el resto de la comunidad.

A continuación se detalla la oración compuesta por un sacerdote chileno envejeciente que manifiesta el deseo de mantenerse joven espiritualmente:

*Señor, acepta mi ancianidad,
Pero no permitas que me convierta en un anciano de mí mismo.
No quiero darme por vencido, y recordar con nostalgia el tiempo pasado.*

*Contigo, Señor, he tomado el decidido camino hacia delante y no quiero mirar hacia atrás.
Hazme caminar aunque sea a paso lento, y no me dejes instalado.*

No quiero que entre en mi corazón la desconfianza, ni el miedo a la muerte.

Quiero creer en Ti, que eres el Dios de la vida.

Señor, no permitas que sea un viejo triste y con ello entristezca a los demás,

Que no sea gruñón, ni agrio, ni mal agradecido, ni un viejo difícil y susceptible.

Señor, dame la sencillez de corazón para confesar que estoy cansado,

Pero no me quites el servicio al mundo y a la Iglesia.

Que cuando ya no pueda predicar, me contente con desgranar arvejas o regar las plantas de mi jardín.

Aún más, Señor:

Que cuando ni siquiera pueda hacer otra cosa

Que dejarme cuidar de las personas que me rodean,

Entonces sepa, por lo menos

SONREIR Y AGRADECER.

P. Esteban Gumucio ss.cc.

Hay una serie de necesidades que son peculiares tanto para los niños pero especialmente para los ancianos, entre las principales tenemos las siguientes:

El adulto mayor deberá tener la seguridad de no ser abandonado, de contar con los recursos económicos necesarios para poder afrontar su vivienda, su enfermedad y poder vivir con dignidad.

Es algo indispensable para todo ser humano saberse amado, y más aún cuando en el ocaso de la vida al sentirse sola la persona, está más ávida de afecto. Es importante que se sienta respaldada e importante y además que sus decisiones sean valoradas.

NECESIDAD DE UNA VIDA CON SENTIDO

Si nos damos cuenta de que la vida terrenal es un simple caminar hacia una vida verdadera no limitada, es un aliento y una esperanza que no decae gracias a su fe en Dios que es la fuente de la Vida y Amor. Y que la muerte no tiene la última palabra.

El instinto de conservación y la falta de fe en muchos casos, nos hacen tener horror al envejecimiento irremediable. Hemos hecho de la juventud un mito. "Juventud , divino tesoro" dijo el poeta, y perder la juventud lo consideramos como un drama.

La edad no solamente nos hace poner en su justa medida las cosas temporales, sino que nos acercan más y más al Creador, nuestro último fin. Los ancianos llevan ventaja a los muchachos, porque ya van llegando a su realización plena, van llegando a la meta.

Pablo nos escribe con mucho acierto "Por eso no nos desanimemos. Al contrario, mientras nuestro exterior se va destruyendo, nuestro interior se va renovando día a día. La prueba ligera y que pronto pasa, nos prepara para la eternidad una riqueza de gloria tan grande que no se puede comparar. Nosotros,

pues, no nos fijamos en lo que se ve, sino en lo invisible, ya que las cosas visibles duran un momento y las invisibles son para siempre". (II Cor. 4, 16-18).

Pues las canas y las arrugas son los signos de este gozoso llamado. Y las enfermedades y achaques nos dicen lo mismo: la meta ya está cerca.

No hay vida humana inútil, por más que las apariencias sugieran lo contrario. Toda persona, cualquiera que sea su estado físico o psíquico, está llamada a ser eternamente feliz. Aunque a veces cueste entenderlo, también el dolor entra en los planes de Dios y lo encamina al bien de los que le aman.

¡Que maravilla llegar a comprender que la muerte es el inicio de la verdadera vida!

Agustín de Hipona, refiriéndose al mismo tema, elaboró la siguiente frase tan sentida y hermosa :

*" NOS HICISTE SEÑOR PARA TI Y NUESTRO
CORAZON ESTA INQUIETO HASTA
QUE NO REPOSE EN TI"*

ORACION DEL ENVEJECIENTE

(Tercera Edad)

“Señor, mis días y mis años están pasando velozmente. Te agradezco el haberme dado la vida. ¡Cuánto disfruté mi niñez! De verdad, me sentí feliz.

Reconozco tu providencia al haberme dado unos padres que encaminaron mi vida y me ayudaron a ser un ser humano de provecho para la Humanidad. Pero no quiero quedarme en el pasado. Los días se han sucedido unos a otros y aquí estoy para



reconocer y agradecer que Tú has estado y estás conmigo en este sendero de la vida.

Me encuentro en esta nueva etapa que quiero poner, también, bajo tu protección. Voy a tener momentos buenos y momentos malos. Momentos de soledad y momentos de abandono. Señor, ni quiero sentirme solo, ni quiero verme inservible.

Te pido la fortaleza de tu gracia para los momentos de angustia. Te pido me ayudes a ser consciente y reconocer mis debilidades y limitaciones. Ayúdame a entender por qué no cuentan conmigo en la toma de decisiones. Y, si cuentan, ayúdame a vaciar lo mejor de mi experiencia.

Si es tu voluntad, Señor, que pueda seguir siendo útil a la Humanidad, hasta el último suspiro de mi vida. Y, sobre todo, que aunque mi cuerpo entero manifieste señales de arrugas y envejecimiento, que mi alma se mantenga limpia, pura y joven como la imagen de un niño.

Finalmente, Señor, haz que vea el ocaso de mi vida con optimismo; que sea consciente de que camino hacia la eternidad, mi nueva y definitiva vida junto a Ti. Amén. Gracias, Señor."

P. Urbano Sáenz Ramírez, O.S.A.

BIBLIOGRAFIA

- JOSE LUIS YRSEN DE ARCE, "Características Psicosociales del Envejecimiento". Universidad del Bio-Bio. Chillán. 2001
- PABLO MIGUEL GABAY, Sociedad Argentina de Gerontoneuropsiquiatría y Rehabilitación Psiquiátrica de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Facultad de Medicina UBA, Argentina 1998.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed.. Masson SA, Barcelona, 1995
- Edgerton JE, Cambell RJ. American Psychiatric Glossary, Senth Edition, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1997.
- MONICA FERNANDEZ BRUNO, Secretaria de la Subcomisión para la Rehabilitación Psiquiátrica de la Asociación Argentina de Psiquiatría. Argentina 1998.
- V.J.M. CONDE LOPEZ, Gerontopsiquiatría, Valladolid.
- J.A.MARTINEZ LARREA Y M.MARTIN CARRASCO, BARAÑAIN. "Envejecimiento Normal, Trastornos Mentales Funcionales y Principios Generales de la Asistencia Psicoriatrica" Navarra España.
- DSM- IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed.. Masson SA, Barcelona, 1995.
- GUIA DE ATENCION A LA SALUD DEL ANCIANO, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 1992.
- TEOLOGIA MORAL. Discurso de S.S.. Juan Pablo II a la Academia Pontificia para la Vida (27-II-1999) Arvo. Comunicación 2.000.
- AGUILAR,E.: Psicología Médica, F.C.M. Universidad Central, Quito, 2000, pp:194-195.
- PAUTAS DIAGNOSTICAS Y DE ACTUACION ANTE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCION PRIMARIA, CIE-10 Capítulo V, OMS GINEBRA.