

Bienestar en edad propecta.

Bienestar en la edad Propecta

*Damaris Estrella Castillo

**Pedro Sánchez Escobedo

Universidad Autónoma de Yucatán

*Facultad de Medicina **Facultad de Educación

Avenida Itzaes No. 498 x 59 y 59A Col. Centro

C.P. 97000

Mérida, Yucatán, México

Teléfono: +52 (999) 924-0554

E-mail: ecastill@uady.mx

Bienestar en edad propecta.

Bienestar en la Edad Propecta

El concepto de Bienestar

A lo largo de la historia una de las mayores preocupaciones del ser humano ha sido alcanzar la felicidad en las diversas actividades de la vida. El bienestar es un tema de interés de múltiples disciplinas de las ciencias humanas y se le reconoce como un estado completo e integral de salud en el que un individuo obtiene y mantiene un afecto positivo y conductas adaptativas en los ámbitos físico, psicológico, social y laboral. (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2010; Salinas, Laguna y Mendoza, 1994).

Aunque reconocido en las civilizaciones antiguas, en donde el bienestar ha tomado dos concepciones: la *Hedonística* descrita por Aristóteles en su obra “Ética y Nicómaco”, detalla que se debe alcanzar un bienestar a través de la felicidad basándose en mantener el placer y evitar el dolor y la *Eudaimonía* fundamentada en el desarrollo del potencial humano y en la autorrealización. De acuerdo a Carmona (2009), la aparición del concepto como tal y el interés por la evaluación sistemática y científica del bienestar es relativamente reciente. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, la creciente búsqueda por conocer el bienestar humano y la preocupación de las consecuencias de la industrialización, hace surgir la necesidad de medir el bienestar a través de indicadores sociales estadísticos que permitieran medir sucesos vinculados al bienestar social de una población. Desde el punto de vista psicológico, los precursores de este campo son autores como Maslow con su pirámide de necesidades, Rogers con su propuesta de auto actualización, Yahoda con su concepto de salud mental positiva y Erikson con su modelo de madurez, abordaron de algún modo, abierta o tácitamente el concepto de Bienestar.

Bienestar en edad proveya.

El estudio de los factores que intervienen en el bienestar humano ha ido evolucionando. En sus inicios, el bienestar se estudió bajo dos perspectivas, una económica y la otra biológica. La perspectiva biológica contemplaba la presencia de un estado de salud óptimo (ausencia de enfermedades), la perspectiva económica centraba la atención en indicadores macroeconómicos; de esta forma, el bienestar social de la población se medía a través del ingreso per cápita, del Producto Interno Bruto (PIB), de la canasta básica, del empleo, la vivienda, las condiciones del entorno, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término bienestar en su declaración como un equilibrio de satisfacción del individuo con su entorno, posteriormente dicha organización en colaboración de la Federación Mundial de la Salud Mental (2002) extiende el concepto al mundo del trabajo, señalando la motivación humana como herramienta para alcanzar el máximo nivel de calidad dentro de una institución. Desde entonces diversos estudios profundizan este nuevo enfoque mencionando diversas aportaciones (Wallace y Lemarine, 2008).

Diener (1994) señala tres elementos del bienestar: subjetividad, presencia de indicadores positivos/ausencia de factores negativos y valoración global de la vida. De esta manera un alto bienestar depende de una apreciación positiva de la vida que perdura a lo largo del tiempo; mientras que el bajo nivel obedece el desajuste entre expectativas y logros. Díaz y Sánchez (2002) señalan que las personas con un bienestar psicológico adecuado poseen una satisfacción en su vida y tienen más emociones positivas que negativas.

Desde el punto de vista psicológico, el concepto de bienestar es ahora más utilizado en el ámbito de la vida cotidiana y para evaluar el nivel de confort, felicidad, armonía y paz

Bienestar en edad propecta.

interior de una persona. El bienestar se reconoce como un estado completo e integral de salud donde un individuo obtiene un afecto positivo de conducta en el ámbito físico, psicológico, social en su vida; sus bases son constituidas por la motivación humana como herramienta para alcanzar el máximo nivel de satisfacción y calidad. Autores señalan que el aumento del bienestar personal se relaciona a un disfrute pleno de la vida, a índices altos de felicidad y a una percepción general de satisfacción con la vida. No sin razón, este concepto es pues central al estudio del envejecimiento.

Bienestar en la edad propecta

La vejez, es un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales y biológicos influidos por el estilo de vida, la genética y desde luego por las tradiciones y visiones del mundo de cada persona.

Además de ser el envejecimiento un estresor para la persona, por el deterioro natural de muchas de las funciones físicas y cognitivas. Muchas familias afrontan las demandas que imponen algunos de sus miembros cuando envejecen. De hecho, son pocas las previsiones que las personas y en general las familias hacen tempranamente para afrontar los sucesos de la edad propecta; más aún – como usted lector- ha pensado y anticipado ¿cómo será su situación en esta etapa de la vida?

La sociedad mexicana ha dejado de tener una estructura piramidal, cuya base estaba conformada por jóvenes, por el engrosamiento cada vez mayor de la población en edad propecta, lo anterior se vuelve un reto económico y de servicios para México, en donde por un lado continua luchando en algunos rincones del país contra la mortalidad infantil o la desnutrición y por otro, intenta responder a las cada vez más creciente demandas de la senectud. Este rápido crecimiento de las bandas superiores de edad acontece dentro de los

Bienestar en edad propecta.

países latinoamericanos en un marco de gran incertidumbre. El aumento de ancianos en el país obedece tanto a los avances de la ciencia médica que han mejorado los índices de supervivencia como al mejoramiento de las condiciones generales de vida, que han aumentado las expectativas de vida hacia los 71 años en 1990 a 77 años en el 2012 (García, 2010).

Según Blanch, Sahagún, Cantera, y Cervantes (2010), en la edad propecta, el bienestar personal y la satisfacción con la vida constituyen los principales criterios para un envejecimiento exitoso. En esta etapa de la vida, el concepto de bienestar es amplio y globalizador que incluye tanto la satisfacción de lo vivido, la felicidad general, una moral alta y un buen ajuste personal a las circunstancias y vericuetos de la vida.

En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores, podremos conocer el grado de satisfacción y de felicidad, las condiciones que promueven o dificultan el bienestar; lo cual ayuda al entendimiento del fenómeno de la ancianidad y da bases para la planeación de los servicios que requiere esta banda de población, más allá de aspectos meramente físicos o materiales, incluyendo factores subjetivos pero igualmente importantes. La calidad de vida, es incomprendible sin una medida de bienestar.

En esta perspectiva, la estimación del bienestar del anciano correlaciona con la satisfacción global con la vida que es consecuente con la valoración de la diferencia entre logros y aspiraciones a lo largo del tiempo, representa la diferencia percibida entre sus ambiciones y sus ganancias. A menudo, el bienestar se asocia a la satisfacción vital, en este concepto sobresale el estado de ánimo positivo y la percepción de felicidad que es la estimación del balance de los sentimientos que la persona ha tenido. No es solamente la

Bienestar en edad proveyta.

expresión de los afectos sino que también incluye la valoración de los mismos a través del tiempo.

El bienestar en la edad proveyta tiene como referente obligado el estudio seminal de Zahava y Bowling (2004) en el que describen los factores asociados al bienestar y la calidad de vida de una muestra nacional de ancianos en la Gran Bretaña. Los autores identifican que la percepción de tener buenas relaciones sociales y de calidad (afectos), la disponibilidad de ayuda y apoyo en su entorno y la factibilidad de transportarse a sitios de recreo son claves en la aceptación de las circunstancias de la vida que no pueden cambiarse.

En este capítulo, se exploran algunos factores claves para el entendimiento del bienestar en los adultos mayores Mexicanos, identificando los riesgos y limitaciones en la edad proveyta; la afectación del estado de ánimo general, con prevalencia de la depresión. La afectación de la cognición y el fenómeno creciente de la demencia y los factores de salud y de vida asociados al bienestar.

Riesgos y limitaciones en la edad proveyta

La edad proveyta es la última etapa del desarrollo del ser humano, que inicia alrededor de los 65 años, se caracteriza por ser un periodo de deterioro progresivo en todas las áreas de funcionamiento, a nivel biológico, psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico, estos cambios son identificados como un declive en el organismo, que llevan al origen y mantenimiento de un sinnúmero de patologías, desde el deterioro común de la vista (que comienza a los 40 años), hasta enfermedades comunes como la hipertensión arterial y la diabetes, las cuales pueden condicionar una discapacidad en la vejez y ser causa de muerte anticipada (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, y Van, 2006)

Bienestar en edad proveyta.

A medida que la población envejece, el número de personas con discapacidad es mayor, pues el envejecimiento supone por sí mismo un proceso gradual y progresivo de limitación funcional. Además, conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas enfermas, esto en un 51% entre los 60 y 64 años y casi el 71% de los que tienen 85 años y más (García e Isern, 2008)

Considerando lo anterior, resulta innegable el deterioro e involución del tiempo sobre el organismo, por lo que algunos ven la senectud como un estado de existencia marginal, de “discapacidad natural” creando estereotipos erróneos del anciano, que impiden verlos con objetividad y entender su diversidad y sesgando la visión de esta población hacia una visión negativa de la vejez, pese a los muchos ancianos felices y funcionales que esperan con serenidad y paz interior lo inevitable.

Frases como, ‘casi todos los ancianos son pobres’, ‘los ancianos son enfermizos y débiles’, ‘la mayoría de los ancianos son desempleados’ forman parte de estos estereotipos erróneos que ciertamente aplican a muchos ancianos en México y que viven en condiciones de abandono y desventaja, pero que no hacen justicia a los muchos otros que son personas plenas, felices y hasta productivas (Rodríguez, La Rosa y Reyes, 2006).

¿A cuál grupo, apreciado lector, le gustaría pertenecer?

Con el incremento impresionante de la expectativa de vida al nacer en los últimos años, la atención de la salud pública se ha dirigido fundamentalmente a medir la calidad de los años de vida, mas allá del mero indicador cronológico, o sea, a la calidad de vida relacionada con la salud y la morbilidad, además de la mortalidad. Esto ha llevado a los epidemiólogos al desarrollo de indicadores de salud compuestos o carga de enfermedad (CE), propuestos por Sullivan en 1971, donde las pérdidas de salud a través de la

Bienestar en edad proveya.

mortalidad y la morbilidad son combinadas y entre los cuales se incluyen los años de vida ajustados según discapacidad (AVAD). Sin embargo, queda mucho por decir, en que medida los factores psicológicos, la salud mental y el bienestar general del individuo, impactan estos indicadores.

La promoción del bienestar en el adulto mayor, exige de atender los principales factores de riesgo de accidentes y enfermedades, prever la satisfacción de las necesidades económicas y materiales, así como mantener la protección social y familiar. Los factores de riesgo se dividen en físicos, psicológicos y contextuales.

Factores físicos

En lo relativo al estado físico, el hecho de no ejercitar las funciones que aún poseen, conlleva al deterioro de éstas e incluso al dolor físico. Estadísticamente, se ha encontrado una alta prevalencia en adultos mayores de enfermedades crónicas, entre las cuales destacan la hipertensión, diabetes, cardiopatías, artritis, problemas visuales y auditivos (Casullo, 2001).

En este sentido, factores físicos explican muchos casos de ausencia de bienestar, relacionado con el deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc., que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Existe hoy un importante cuerpo de investigación que evidencia los beneficios de intervenciones que pueden mejorar el funcionamiento físico y así reducir la dependencia. La práctica del ejercicio físico en distintas intensidades es un importante predictor de morbilidad y longevidad. En relación a ello, uno de los principales retos es implicar a las personas adultas en la actividad física, siendo las variables motivacionales y disposicionales un ingrediente importante.

Bienestar en edad proveya.

Por otra parte, el padecimiento de las enfermedades físicas crónicas durante la vejez y las limitaciones sensoriales contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física. Al igual que con la fortaleza física general, el papel de la prevención en la aparición de las enfermedades crónicas que pueden retrasar o disminuir la severidad de la dependencia es infravalorado. Las intervenciones habitualmente empleadas en el marco de la Psicología de la Salud para la prevención y tratamiento en la diabetes, accidentes cerebrovasculares, infartos. etc. serían un elemento de tratamiento principal, ya que muchas de estas enfermedades tienen un componente conductual, como es el caso de la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y otras prácticas poco sanas.

En esta línea de pensamiento, hay que considerar también que la alta prevalencia de enfermedades entre las personas mayores provoca un elevadísimo consumo de fármacos que conllevan en ocasiones unos importantes efectos secundarios, así como interacciones farmacológicas no deseadas, por ejemplo, la confusión, el deterioro cognitivo, el aplanamiento afectivo que tienden a aumentar la dependencia física y contribuyen a la dependencia. Todo esto sin considerar la carga económica que conlleva, en muchos casos, la compra de los medicamentos.

Factores psicológicos

Algunos trastornos como la ansiedad y- especialmente la depresión - que se aborda en sección aparte, contribuyen significativamente a la dependencia en la edad avanzada. Sin embargo, en esta sección consideremos una serie de síntomas que en su conjunto o de manera aislada disminuyen el bienestar de los adultos mayores.

Dolor. El padecimiento de dolor es una de las dimensiones psicológicas que más contribuyen a la dependencia, no solo por la disminución directa de la actividad, sino por el

Bienestar en edad proveyta.

efecto indirecto que provoca sobre el aparato osteomuscular como consecuencia de la disminución de la actividad que, a su vez, genera mayor dolor. Asimismo, existe un círculo vicioso entre el dolor, depresión y pérdida funcional.

Miedo. En este sentido es común encontrar en la vejez, miedo a las caídas, ya sea por haber padecido una o simplemente porque el miedo a caerse supone una importante fuente de dependencia como consecuencia de la reducción de la actividad. Estudios diversos han mostrado que la incidencia de caídas aumenta con la edad y constituyen un problema clínica importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el adulto mayor, su familia y la sociedad (Estrella, Rubio, Sánchez, Aguilar y Araujo, 2011).

Sentimientos de abandono, esta es una queja común en muchos ancianos que en hogares o instituciones, son relativamente abandonados por sus familiares.

Finalmente, en el aspecto psicológico, es importante reconocer las diferencias individuales que explican porque algunas personas tienen mayor bienestar en la vejez. Por ejemplo, esta se asocia a bienestar previo, las personas felices ya adaptadas en etapas inferiores tienden de una vejez mejor adaptada y feliz que quienes manifestaron desajuste, amargura. Igualmente la disposición de aceptar ayuda de los demás sin mostrar dependencia suele ser un aspecto predictor de bienestar.

Otros factores de riesgo relacionadas al estilo de vida en etapas mas tempranas, son igualmente importantes para el bienestar de la edad proveyta, como son el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol en exceso, el consumo de comida rápida, bajo consumo de frutas y vegetales y fibra en general, así como la inactividad física.

Bienestar en edad proveyta.

Factores contextuales

La investigación, la práctica profesional y la experiencia común de muchos familiares de personas mayores muestra, sin lugar a dudas, que un ambiente físico estimulante y rico en ayudas que conjuguen adecuadamente la autonomía con la seguridad contribuyen a que las personas mayores funcionen en unos niveles de ejecución óptimos. Por el contrario, un ambiente poco estimulante o sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la dependencia. No sin razón, en alusión al ciclo de vida, muchos trabajadores de servicios para los ancianos, comparan esta etapa terminal como una segunda infancia, emulando la cuenta regresiva a un retorno a la infancia y la involución de los últimos años hacia estados primarios de funcionamiento paralelos en las primeras meces de vida.

En este sentido, la familia tiene que propiciar la autonomía del anciano y evitar generar dependencia. Por ejemplo, debe haber en el entorno familiar expectativas sociales acerca de las personas mayores asociadas a maximizar la autonomía. Hay que evitar lo que algunos gerontólogos han llamado "*edadismo*" para referirse al concepto peyorativo de juzgar, clasificar o describir a alguien basado en su avanzada edad cronológica. La vejez es consecuencia de un proceso biológico, pero es también una construcción cultural.

Una persona es vieja, como en cualquier otro rol y estatus social, cuando las demás personas así la consideran. En el proceso de la interacción social, las demás personas, a través de sus conductas, son el espejo en el que uno mismo se ve reflejado. Las reacciones de los demás hacia una persona le muestran la imagen que presenta, constriñéndola a adoptar los comportamientos que sabe que esperan de ella. Se ha sugerido que el *edadismo* se mantiene por las falsas creencias que socialmente imperan sobre la vejez, influyendo no

Bienestar en edad proveyta.

sólo en el modo como se trata a las personas mayores, sino también en el modo en que ellas se comportan.

Otros riesgos contextuales de pobre calidad de vida en el anciano son la baja escolaridad, la desocupación, la insatisfacción con las actividades cotidianas, la pérdida de roles sociales, la pérdida de familiares, amigos, cónyuge, los sentimientos de soledad, la ausencia de confidente, el bajo nivel económico, la sensación de inactividad y la inadaptación a la jubilación.

La depresión en la tercera edad

Uno de los factores más asociados e investigados como barrera para un estado de bienestar son los estados de ánimo y específicamente, la depresión en el adulto mayor; se debe partir por señalar que los problemas afectivos en los ancianos son importantes por su frecuencia, por su impacto sobre el estado mental y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas (García e Isern, 2008).

Los investigadores señalan una prevalencia de trastornos mentales severos que oscila entre un 15 a 25% en los ancianos que viven en comunidad, y hasta el orden del 40 a 75% en contextos residenciales de atención especial (Kermis, 1986). En países como Chile, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47% de depresión en una muestra de adultos mayores (Salinas, Laguna, y Mendoza, 1994)

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, cuando no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser

Bienestar en edad proveyta.

reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos y psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que, toda vez que el paciente ha sido medicado, la psicoterapia breve es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido.

En términos diagnósticos, existe en el DSM-IV una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, con predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva. De hecho, con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, y Van, 2006)

Como respuesta al problema conceptual de la depresión, se ha intentado establecer una mejor delimitación y diagnóstico de la depresión en personas mayores, destacándose la

Bienestar en edad proveyta.

propuesta de Gallagher y Thompson (1983), quienes consideran la depresión como un producto final, que refleja una serie de problemas relacionados con distintas áreas psicológicas, sociales y biológicas.

De igual forma, y en contraste con la depresión, para la tercera edad la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás (Zahava y Bowling, 2004)

La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (Rodríguez, Valderrama, y Molina, 2010).

El bienestar emocional de los adultos mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que entre los mayores, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, etc. Más aún un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010)

En todos los casos, la intervención profesional de l psiquiatría y el psicólogo en la atención del anciano resulta insoslayable.

Deterioro cognitivo y Demencia

Además del afecto, en la vejez también e afecta el pensamiento y la capacidad intelectual global rara vez permanece intacta.

Bienestar en edad proveyta.

Y aunque muchos ancianos permaneces con sus facultades mentales funcionales, muchos otros presentan diversos grados de deterioro cognitivo llamados en su conjunto demencia.

La demencia es un síndrome indicativo de un deterioro progresivo del tejido cerebral que afecta los procesos del pensamiento. La demencia afecta sobre todo a las personas de edad avanzada. El 20% de todas las personas con más de 80 años padece demencia. Debido al envejecimiento creciente de la población, la demencia se está convirtiendo en un problema de gran magnitud por lo que el psicólogo clínico debe tener bases sólidas para comprender e intervenir en esta condición.

Signos de la demencia

La pérdida de memoria es el signo más común y temido de la demencia. De hecho, muchos ancianos se sienten atemorizados ante su pérdida de memoria pensando que pueda ser el primer signo de una demencia les lleve a perder su autosuficiencia y a depender totalmente de los demás. Afortunadamente, esto no es necesariamente así, en muchos casos la pérdida de memoria, puede ser simplemente un signo de vejez sin estar asociado a un proceso demencial. Además, hay personas que han tenido mala memoria toda su vida y esta se exagera con la edad.

La demencia conlleva muchos otros problemas además de la pérdida de memoria. En personas con demencia, la pérdida de memoria es, además, tan grave que hace que el paciente no pueda ya seguir funcionando de forma independiente, por ejemplo, se pierde al ir de compras cerca de su casa, olvida tomar su medicación o si ya ha desayunado y empieza a desconocer a familiares cercanos como el cónyuge o los hijos.

Bienestar en edad proveyta.

Cabe señalar, que el hecho de que una persona pueda sentirse súbitamente confundida, no supone necesariamente que padezca una demencia. La demencia es un deterioro global, progresivo y significativo de la capacidad mental y su curso debe documentarse con pruebas psicológicas que evidencien de manera objetiva este deterioro.

Causas de la demencia

La demencia puede estar producida por diferentes causas. En todos los casos, implica un daño de las células cerebrales. En general, los clínicos identifican dos grandes grupos, la degenerativa o de tipo Alzheimer y la No-Alzheimer, muchas veces de origen vascular o metabólico en los que otra enfermedad provoca la demencia, por ejemplo, mal funcionamiento de la glándula tiroides, deficiencias vitamínicas graves, trastornos genéticos poco frecuentes como la Corea de Huntington, infecciones cerebrales como ocurre con el SIDA, aumento de líquido cefalorraquídeo y las neoplasias cerebrales.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, alrededor del 60% de todos los pacientes con demencia la padecen.

En estos casos, se producen con frecuencia una serie de cambios en las células cerebrales, que impiden el correcto funcionamiento de las mismas. Finalmente, estas células cerebrales mueren. Este proceso avanza gradualmente afectando a un número creciente de células cerebrales, sobre todo las áreas responsables de procesos mentales superiores y sofisticados como la corteza cerebral.

La causa de la enfermedad de Alzheimer es todavía desconocida y suele comenzar con una alteración de la memoria a corto plazo. La persona afectada olvida las citas, no recuerda quién le visitó el día anterior ni lo que comió; después, comienza a tener

Bienestar en edad proveyta.

dificultades para continuar con ciertas tareas y actividades, problemas de lenguaje, dificultad para realizar cálculos, para vestirse, etc. Desde que aparecen los síntomas más tempranos de la enfermedad hasta el fallecimiento pueden transcurrir entre 5 y 10 años, aproximadamente. El curso es siempre progresivo y deteriorante (Zahava & Bowling, 2004).

Demencia vascular

En el 10-15% de los casos de demencia se deben a degeneración del sistema vascular que irriga el SNC, por lo que las células nerviosas sufren una falta de oxígeno. Clínicamente, no es fácil distinguir la demencia vascular de la demencia tipo Alzheimer y, en ocasiones, se producen simultáneamente ambos síndromes. Por lo que el psicólogo deber confiar en los estudios de imagen cerebral.

La demencia vascular evoluciona de forma menos gradual; se produce un empeoramiento repentino, en alternancia con alguna mejoría y nuevamente un empeoramiento; es decir su curso es paroxístico y discontinuo.

Los síntomas de la demencia -y más específicamente los del Alzheimer- pueden ser tratados hoy en día con medicación. Esto garantizará que las sustancias que intervienen en la comunicación intercelular se mantengan niveladas, ralentizando así el proceso de deterioro. Neurólogos de todo el mundo están realizando investigaciones científicas para intentar descubrir la causa de la enfermedad de Alzheimer y los caminos eficaces para detener o prevenir la enfermedad.

En el caso de la demencia vascular, parte importante del tratamiento consiste en prevenir nuevos accidentes cerebro vascular; tomar medicamentos que promueven la oxigenación cerebral (Carmona, 2009).

Bienestar en edad proveyta.

Demencias de origen metabólico

La demencia metabólica es un trastorno global y mantenido de la capacidad intelectual por disfunción cerebral difusa a nivel molecular. Su prevalencia varía según las series, pero se sitúa alrededor de un 4% de los pacientes con trastornos cognitivos. Produce un deterioro intelectual progresivo, que en algunos casos puede ser reversible, al corregirse su etiología. En general, las manifestaciones clínicas de las demencias metabólicas o carenciales no son específicas ni diagnósticas. En la mayoría de los casos, los trastornos emocionales o psiquiátricos son más frecuentes que los trastornos cognitivos primarios. A nivel cognitivo son frecuentes las alteraciones de la atención y de la memoria, con lentificación mental y dificultades en tareas abstractas y en la resolución de problemas. El diagnóstico y el tratamiento de la causa pueden dar lugar a una mejoría del cuadro. La eficacia del tratamiento específico dependerá de la rapidez con que se instaure.

Existen numerosos trastornos sistémicos que pueden causar repercusión cerebral con compromiso cognitivo. Entre ellos, las insuficiencias respiratorias y renales, las endocrinopatías, las avitaminosis y la diabetes mellitus.

Promoción del bienestar en el familiar en la edad proveyta

El bienestar es un tema complejo en el cual existe una falta de acuerdo en su delimitación conceptual, lo que se debe entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en muchos casos por su carácter temporal y a una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición (García, 2010)

Así, Rodríguez, Valderrama y Molina (2010) sostiene que el bienestar es “la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de

Bienestar en edad proveya.

sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella” (p.123).

Desde una perspectiva más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas.

De acuerdo con Ryff (1989), las diversas perspectivas que existen respecto al bienestar subjetivo y psicológico pueden ser integradas, en la medida que muchos teóricos coinciden en ciertas características de éste. Ryff operacionaliza el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones:

Auto-aceptación. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

Relaciones positivas con los demás. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

Autonomía. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

Dominio del ambiente. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica

Bienestar en edad proveyta.

la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

Propósito en la vida. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no sólo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona.

Con el modelo de Ryff se considera al bienestar subjetivo como un fenómeno integrado por una multitud de dimensiones; a continuación se vincula este concepto con el período de adultez mayor, el cual es centro de este trabajo, relacionándolo con los factores que se asocian a un buen bienestar durante esta etapa de la vida.

Krzejmen (2001) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones socialmente significativas; es decir, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación y aislamiento social del adulto mayor.

No obstante, se considera que una de las principales barreras entre la vejez y un estado de bienestar, lo constituye una evaluación negativa de la ancianidad hecha por algunos miembros de las sociedades occidentales, lo que disminuye la oportunidad de aceptar otros hallazgos importantes de la gerontología moderna, los cuales destacan el incremento de la variabilidad interindividual en relación con el funcionamiento y el ajuste

Bienestar en edad proveyta.

en la vejez y el hecho de que la mayor parte de las personas se ubicarían en el rango normal de esta variabilidad (Thomae, 1982).

Los hábitos de vida

Los riesgos de enfermar están presentes a lo largo de toda la vida y cada segmento de edad presenta su propio conjunto de riesgos, los cuales se acumulan, se perpetúan en la vida adulta. Las conductas poco saludables son extraordinariamente difíciles de cambiar como se ve al intentar erradicar el uso de tabaco, cambiar hábitos alimentarios y fomentar el ejercicio físico en adultos. Los factores ambientales, conductas y hábitos de vida saludable determinan al menos el 70% de la expectativa de vida. Implementar conductas saludables puede ser beneficioso no importa la edad.

Prestar mayor énfasis en la preservación de la salud en el curso de la vida controlando los factores ajenos a la enfermedad que afectan la longevidad. En efecto, cada persona tiene al nacer una cierta expectativa de salud, determinada por sus genes. Después de nacer, esta salud se afecta (disminuye o aumenta) de acuerdo a como el individuo interactúa con factores ambientales, socioeconómicos, educacionales y de la calidad y oportunidad del cuidado de salud que reciba.

Más de la mitad de los adultos mayores tienen más de tres enfermedades crónicas y el deterioro de salud de estos pacientes se acelera a medida que estas se manifiestan clínicamente de manera sincrónica. El estado de fragilidad producto de la suma de enfermedades se agrava por circunstancias sociales y financieras adversas, sentimientos crónicos de depresión, estrés, pérdida de autonomía y funcionalidad.

Bienestar en edad proveyta.

Prevención de Accidentes

Al igual que con los niños, los adultos mayores están en situación de mayor riesgo de accidentes por las limitaciones físicas que presentan. La mayoría de los accidentes son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarlos y detener la cascada de sus temibles consecuencias que implican pérdida de la calidad de vida, dependencia funcional inducida, sobrecarga a la familia y los cuidadores, institucionalización y muerte prematura.

Las tasas de morbilidad y letalidad por accidentes van en aumento, y han llegado a ocupar la quinta causa de muerte en los adultos mayores —después de la enfermedad cardiovascular, el cáncer, los eventos cerebro-vasculares y las enfermedades pulmonares—, resultado significativo teniendo en cuenta su carácter de previsible y que representa tan sólo la punta del iceberg.

Según las estadísticas de los Estados Unidos, la primera causa de accidentes fatales en los ancianos son las caídas (38%); en segundo lugar, los accidentes de tránsito (25%); en tercer lugar, la sofocación (objetos ingeridos) (7%), y en cuarto, las quemaduras (5%).

Las intervenciones que son recomendadas para los adultos mayores, son las siguientes:

Salvaguardad de los extremos del clima, principalmente calores intensos que los llevan a deshidratación o fríos que se asocian a hipotermia y muerte.

Prevención de caídas: Los factores más importantes asociados a riesgo de caer son la disminución de la fuerza muscular, la alteración del equilibrio en bipedestación, la capacidad de marcha y el uso de medicamentos. Lo más efectivo es intervenir para disminuir la cantidad de factores que influyen en el riesgo de caer, por ejemplo: mejorar la

Bienestar en edad proveyta.

visión con anteojos o cirugía disminuye significativamente el riesgo de caer. La disminución de medicamentos, la eliminación de medicamentos inútiles, evitar el uso de benzodiacepinas, antipsicóticos y antihistamínicos.

Uso de elementos de seguridad en la casa (eliminar alfombras, iluminación adecuada, barras de apoyo en baños), presentan la evidencia más constante de beneficio. El ejercicio físico es la intervención más estudiada. El entrenamiento que mejora la fuerza, el balance y resistencia disminuye las caídas.

Finalmente, muchos accidentes se dan simplemente por el mal manejo de las medicinas, causando que nos e consuman, se equivoque o se sobre utilicen; por lo que es muy importante tener la asistencia, claridad o disponibilidad de la medicación para el anciano.

Una visión desarrollista de la edad proveyta

El envejecimiento es un fenómeno universal e inevitable; sin embargo, en términos de entendimiento como fenómeno social y de salud, este tema continúa siendo poco conocido, sobre todo en México, en donde las expectativas de vida hasta hace algunos años no eran tan altas.

En una persona sana, el envejecimiento depende de dos cosas, del deterioro biológico normal e inevitable y de la calidad de vida y estilo de vida que se tuvo en los años previos. En general, las deficiencias sensoriales y de otros órganos son influidas por los accidentes y enfermedades que se hayan sufrido y por los hábitos de vida practicados.

Con relación al cuerpo físico este cambia en muchas formas, de manera involutiva, hasta llegar a la muerte. Se documentan déficit en los sentidos, en los músculos y los huesos, lo que explica la disminución del peso, la fuerza y la resistencia. Se altera la

Bienestar en edad provectora.

estructura y la composición de las células musculares por lo que los ancianos suelen medir tres centímetros menos de lo que median en la juventud debido a la compresión del cartílago de la espina dorsal, a los cambios de postura y la pérdida de calcio. Los huesos se vuelven más débiles y frágiles, haciéndose más propenso a fracturas.

Las canas cubren la cabellera, la piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad, el cambio de la postura y las arrugas profundas son señales más que evidentes. Aumentan los lunares en el cuerpo. Los capilares pequeños a menudo se rompen y forman manchas azules y negras. ¡Compare su foto con una de 5 años antes!.

Los sentidos por lo general, pierden eficiencia, sobre todo el oído por lo que muchos ancianos semi-sordos se mantienen suspicaces y aislados. Por lo anterior, es importante que el psicólogo clínico se asegure de que lo escuchan claramente y que uno esta situado a una distancia donde el lenguaje no verbal y el volumen de voz sean accesibles al paciente anciano.

Burnside (1979), analiza la vejez a partir de 4 décadas de la vida que se describen en las secciones subsiguientes.

Sexagenarios:

Esta es la década es de transición, ya que la persona comienza a adaptarse a unos nuevos roles, por ejemplo, la jubilación o la disminución de horas de trabajo, ya sea voluntaria o por otros motivos. Mueren en esta etapa muchos amigos o colegas. La sociedad disminuye sus expectativas, pues exige menos dinamismo, independencia y creatividad (Havighurst, 1992).

La jubilación varía mucho en este grupo de edad. La mayoría se retira entre los 60 y 65 años, esta decisión dependerá de la salud, nivel de energía y el tipo de trabajo que se

Bienestar en edad provectora.

realice. Los factores contextuales, como las finanzas familiares también afectan esta decisión, ya que un anciano que no tenga los ahorros suficientes posiblemente se vea obligado a seguir trabajando para pagar los gastos ordinarios, mientras que otros se jubilen con la comodidad de una pensión y complementada con los beneficios del seguro social.

Septuagenarios

En la séptima década ocurre un cambio bien importante. La más importante tarea del desarrollo es mantener integra la personalidad que se consiguió en la década anterior, las pérdidas y las enfermedades son más notorias en esta parte de la vejez. Mueren más parientes y amigos. Además de la reducción de su mundo social, deben adaptarse a una menor participación en las organizaciones formales. A menudo muestran inquietud e irritabilidad. Disminuye la actividad sexual en los hombres y mujeres, muchas veces por la pérdida de la pareja. Con más frecuencia, las personas en esta edad pueden contar sus experiencias de sobre vivencia a diversos males, gracias a los avances de la atención médica y a estilos de vida más sanos. Gran parte del presupuesto y de las preocupaciones tienen que ver con aspectos médicos y de salud.

Octogenarios

La edad es uno de los indicadores de la transición de la etapa del anciano joven a la del anciano viejo, pero no es el único. La vejez del octogenario ha sido descrita como un proceso gradual que inicia el día en que se comienza a vivir de los recuerdos, y les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente.

De hecho, las personas de 85 años constituyen el segmento demográfico de más rápido crecimiento. En los Estados Unidos, en 1990 había 3.2 millones de personas de este grupo de edad; se estima que la cifra aumente a 5.2 millones en los próximos 10 años y que

Bienestar en edad propecta.

para el 2040, cuando los baby boomers rebasen esa edad, se prevé que el grupo alcanzara entre 8 a 13 millones (Census Bureau, 1995).

En general, las personas de 85 años son muy débiles. Pero esto no significa discapacidad ni dependencia, ya que un estudio realizado en Estados Unidos indica que el 25% de las personas de este grupo de edad fueron hospitalizadas durante algún tiempo y solo el 10% presentó una discapacidad seria en este periodo. La mayoría vive en su propia casa, 30% de estos viven solos y solo el 25% vive en asilos o en otras instituciones (Longino, 1990,1991).

Sin embargo, en México, muchos octogenarios necesitan un ambiente sin barreras que ofrezca privacidad, seguridad y estimulación. Requieren ayuda para mantener los contactos sociales y culturales y comienzan a depender de los sistemas de apoyo circundantes: la familia, el estado o la beneficencia.

Nonagenarios

En esta etapa, la pareja y la mayor parte de los amigos habrán fallecido y los problemas de salud se vuelven más graves, los cambios que moldean la vida de los nonagenarios ocurren de manera gradual y en un periodo largo. Si las crisis anteriores se resolvieron de manera satisfactoria, será una década alegre, serena y gratificante; casi siempre con resignación y preparación para la muerte. El psicólogo clínico estará sorprendido de ver que muchos de estos ancianos, sobrevivientes de todas las etapas de la vida, se encuentran en paz y preparados para la muerte.

En resumen, puede observarse que más que un grupo homogéneo, los ancianos son un conglomerado de personas con características heterogéneas, con diversos grados de salud, independencia y bienestar.

*Bienestar en edad proveyta.***Conclusiones**

El bienestar es un concepto psicológico importante de considerar en la atención al anciano porque presupone una visión global, integradora y funcional del anciano y permite el establecimiento de indicadores para evaluar la efectividad de su atención y cuidado

Este concepto conlleva la idea en el prestador de servicios, de que el envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y que el mantenimiento de capacidades funcionales. Ambos son componentes importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa completamente el concepto de envejecimiento exitoso. La baja probabilidad de enfermedad se refiere no únicamente a la ausencia o presencia de enfermedad en sí, sino también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgos para la enfermedad. Los altos niveles funcionales incluyen aspectos físicos y cognitivos e indican lo que una persona puede hacer, como lo es la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad, y la participación activa en la vida toma muchas formas, pero lo esencial para el bienestar en la edad proveyta reside en la calidad de las relaciones interpersonales y la actividad productiva, como lo es el contacto con amigos cercanos y familiares, y llevar a cabo actividades que pueden ser de paga, cuidar y jugar con niños (por ejemplo, nietos), limpiar la casa, o sin paga como los hobbies y pasatiempos.

Las relaciones interpersonales involucran contacto y transacción con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa. Por otro lado, una actividad es productiva si crea valor social, genere o no una remuneración económica. Por lo tanto, una persona que cuida a un miembro enfermo o discapacitado en la familia o

Bienestar en edad propecta.

trabaja como voluntario en una iglesia o grupo civil, está siendo productiva aunque no reciba un pago por ello

En la edad propecta prevenir es mejor que curar y el bienestar es un concepto que resume y hace un balance entre los factores físicos, psicológicos y contextuales del adulto mayor.

Bienestar en edad proveyta.

Referencias

- Becerra, N. (2009). Prevención de accidentes en adultos mayores. *Univ. Med. Bogotá.*, Vol.50, Núm.2. Pp. 194-208.
- Blanch, J., Sahagún, M., Cantera, L., & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología.*
- Carmona, S. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana.* Vol.7. Pp. 48-65.
- Casullo, M. C. ((2001)). El significado del bienestar social en estudiantes adolescentes. . *Rev. Asociación Iberoamericana de Diagnostico y evaluación psicológica.* Vol.12. Pp.57- 70.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I. y Van, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Rev Psicotherma.* Núm. 18, Pp. 572-577.
- Estrella, D., Rubio, H., Sanchez, P., Aguilar, P., & Araujo, R. (2011). Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida, Yucatán. *Revista Mexicana de Medicina Física y de Rehabilitación.* Vol.1.
- García, C. (2010). Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *Revista de Medicina Clínica CONDES.* Vol. 21, Núm. 5. Pp. 831-837.
- García, G., & Isern, Á. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. *Medicentro.* Vol.12, Núm. 4.
- Rodríguez, A., Valderrama, A. y Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe.* Vol.25. Pp. 246-258.

Bienestar en edad proveyta.

Rodríguez, R., La Rosa, M. y Reyes, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana Enfermería. Vol.22, Núm. 1.*

Salinas, O., Laguna, C., & Mendoza, M. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex. Vol. 36, Núm. 1.* Pp.22-29.

Wallace, J., & Lemarine, J. (2008). On physician well being you will get by with a little help from your fiends. *Soc Sci Med. Vol.64.* Pp.2565-67.

Zahava, G., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society.* DOI: 10.1017/S0144686X03001582. Pp.675-691.