



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

---

“La Muerte en el Anciano”

Diplomado en Tanatología

Tesina presentada por:

**C.D. Griselda Ceballos García**

2012 – 2013

Asesor

Dra. Galia Castro Campillo



ASOCIACION MEXICANA DE EDUCACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA

México D. F. 28 Febrero del 2014

DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE  
Presidente de la Asociación  
Mexicana de Tanatología.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presento:

**C.D. Griselda Ceballos García**

Integrante de la Generación 2012-2013

El nombre de la Tesina es:

**“LA MUERTE EN EL ANCIANO”**

Atentamente:  
Asesora de Tesina

---

Dra. Galia Castro Campillo  
Médica, Psicoanalista con entrenamiento Psiquiátrico,  
Diplomada en Tanatología, Terapia Familiar y de Pareja.

## DEDICATORIAS

A mis queridos padres (Emelia y Francisco), porque gracias a su unión me dieron la vida, por el amor incondicional, los cuidados y la ternura de las que fui objeto siempre; por su invaluable apoyo, amor, paciencia, ejemplo y sabios consejos brindados a lo largo de este camino así como por impulsarme en mi superación personal y heredarme la alegría de vivir. ¡Gracias mamá y papá! Y a pesar de que físicamente ya no son parte de este mundo porque ya cruzaron el umbral del dolor y están en la paz de Dios, todos los días el recuerdo y los llevo en mi corazón. (Q.E.P.D.)

A Iztar, mi hijo, porque gracias a Dios, por medio de él tuve la dicha y el privilegio de saber lo que es ser madre...y abuela.

A mis hermanos que se nos adelantaron por el camino en esta vida: Pancho y Luis (Q.E.P.D.)

A Rudy, porque gracias a su amor y apoyo incondicional ha hecho que mi vida sea plena.

A mis maestros del Diplomado de Tanatología:  
Por su dedicación, por transmitirme sus conocimientos, por su entrega incondicional y profesionalismo.

A mis compañeros del Diplomado quienes me brindaron su cariño y amistad incondicionales.

A la AMTAC, por abrirme sus puertas y por haberme dado la oportunidad de conocer y relacionarme con personas maravillosas.

A la Dra. Galia Castro, mi asesora de Tesina: por el gran ser humano que es, por sus enseñanzas y disciplina, gracias.

Griselda.

# INDICE

<b>DEDICATORIAS</b> .....	3
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPITULO 1: LA MUERTE.</b>	
1.1 Concepto de Muerte.....	10
1.2	
1.2 Actitudes ante la muerte.....	12
1.2.1 Componentes de una actitud	
1.2.2 Medición de las actitudes	
1.2.3 Variables que determinan las actitudes del anciano ante su propia muerte	
<b>CAPITULO 2: LA MUERTE Y SUS VENTAJAS.</b>	
2.1 Lo normal es morir de algo anormal.....	17
2.2 Acerca de la vejez y la muerte.....	18
2.2.1 Errores metabólicos	
2.2.2 Acumulación de desechos	
2.2.3 El sistema inmunitario	
<b>CAPITULO 3: TERCERA EDAD.</b>	
3.1 Características del anciano.....	19
3.2 Cambios en la vida del anciano.....	19
3.3 Metas de Salud para los años tardíos.....	22
3.4 Principales problemas de salud a estas edades.....	22
3.5 Las claves de un buen envejecimiento son .....	24
3.6 Hábitos Alimentarios.....	25
3.7 Actividades físicas.....	26
<b>CAPITULO 4: PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO</b>	
4.1 Senectud.....	28
4.2 Vejez.....	28
4.3 El sentido de la vida.....	31
4.4 Las pulsiones.....	32
4.5 La voluntad de seguir viviendo.....	32

<b>CAPITULO 5: COMO CUIDAR ANCIANOS.....</b>	<b>34</b>
 <b>CAPITULO 6: EL SUICIDIO EN ANCIANOS.</b>	
6.1 Los suicidios aumentan en ancianos sin prestaciones.....	41
6.1.1 Factores de Riesgo de suicidio en el anciano	
6.2 Depresión, causa de suicidio.....	43
6.2.1 Causas de la Depresión	
6.2.2 Síntomas de la Depresión	
6.3 El sufrimiento de la depresión.....	48
 <b>CAPITULO 7: EL DUELO EN EL ANCIANO.</b>	
7.1 Propósitos del duelo.....	52
7.2 Proceso del duelo.....	52
7.3 Duelo Patológico.....	54
7.4 Factores del Duelo.....	54
 <b>CAPITULO 8: TODOS SEREMOS ANCIANOS.....</b>	 <b>56</b>
 <b>CAPITULO 9: EL FINAL DEL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO, LA MUERTE.</b>	
9.1 Trayectoria de la muerte.....	60
9.2 Lo que se puede sentir al morir.....	63
9.3 Actitudes de los mayores ante la muerte.....	64
9.4 Miedo al dolor.....	65
9.5 Miedo a la soledad.....	66
9.6 Miedo al sin sentido .....	67
9.7 Lugar de la muerte.....	67
9.7.1 Muerte en casa	
9.7.2 Muerte en el hospital	
9.7.3 Muerte en los asilos de ancianos	
9.8 Muerte con dignidad.....	76
9.9 Factores de interferencia y su control.....	76
9.10 Una filosofía de la muerte para asistir a los ancianos .....	82
 <b>CAPITULO 10: EVALUACION DEL PACIENTE ANCIANO</b>	
10.1 Historia clínica geriátrica.....	83
10.1.1 Características de las Enfermedades en los ancianos	
10.1.2 Complicaciones de las Enfermedades en el anciano	
10.1.3 Evaluación Geriátrica	

10.2	Confección de la Historia clínica geriátrica.....	85
10.2.1	Factores Biomédicos	
10.2.2	Capacidad funcional	
10.2.3	Factor psíquico	
	<b>CONCLUSIONES</b> .....	88
	<b>POEMA</b> .....	90
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	91

## JUSTIFICACIÓN.

Desde pequeños nos familiarizamos con la idea de la muerte, tenemos animales y cuando mueren vemos que nunca regresan, entonces, comenzamos a temer a la muerte. Recuerdo que tenía pánico a morir, me aterraba la idea de permanecer en un ataúd y llegar a convertirme en polvo. —Polvo eres, polvo serás y en polvo te convertirás, escuché una vez. Esas palabras se me quedaron grabadas para siempre. No entendía por qué tenía que dejar este mundo.

Posteriormente, a medida que creces, vas comprendiendo poco a poco este concepto, aunque sabemos que la muerte siempre será algo misterioso para nosotros. Pero cuando yo lo descubrí, tras la muerte de mi padre, no dejaba de pensar en esa palabra abstracta que yo no acababa de comprender y que me daba terror.

Se ha escogido este tema porque se quiere y necesita comprender este concepto tan ambiguo, ya que la muerte nos puede sobrevenir en cualquier momento (ya sea de un ser querido, o la nuestra propia) y entendiéndola quizás aprendamos a disfrutar más de los pequeños placeres de la vida. Y una vez que logremos entender la idea de muerte podemos ayudar a las personas que viven cercanas a ella y de esta forma permitir que ellas nos ayuden a nosotros mismos, enseñándonos cómo el sentido de la muerte puede dirigir nuestras vidas hacia una expresión enriquecedora de la muerte y el dolor.

La muerte genera ansiedad ya que es una experiencia que nadie jamás podrá conocer en vida a ciencia cierta, pero hay que enfrentarse a ella cara a cara, comprendiéndola, pretendiendo eliminar la información distorsionada que tenemos de ella. La muerte se ha convertido en un tabú.

Aunque la muerte es socialmente rechazable se busca que sea personalmente aceptable. Y que gracias a esa aceptación personal, se puedan beneficiar otras personas adquiriendo la misma visión ante la muerte, lejos del rechazo de la sociedad, siendo capaces de aceptar la muerte sin maquillarla, encarándola, sólo así podremos vivir plenamente.

Pretende ser un trabajo sobre la muerte y la vejez y los temores y angustias que aparecen ante ella. Aunque las conclusiones generales, sorprendentemente, apuntan que el miedo a morir no aumenta con la proximidad de la muerte por causa de la edad.



# INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta una investigación sobre las concepciones, creencias y sentimientos respecto a la muerte en adultos mayores de 65 años. Se señala la importancia del estudio de este tema que constituye una constante antropológica en la historia de la humanidad y la necesidad de investigarlo desde una perspectiva psicológica. Se describen los principales sentimientos de temor ante la muerte misma, su proceso y los deseos personales respecto al bien morir. Finalmente, se dan a conocer conclusiones y algunas ideas a tener presentes para encarar la formación de las personas que se dedican al bienestar de nuestros ancianos.

El principal objetivo del presente trabajo es la conceptualización y estudio de los sentimientos humanos, las creencias, actitudes en la proximidad de la muerte. Otra de sus metas consiste en señalar la necesidad de su evaluación empírica, como primer paso para conocer hasta qué punto son eficaces las intervenciones que se llevan a cabo para tratar de evitar, aliviar o superar dichos pensamientos.

Se ha tratado de enfocar el tema de la muerte de modo descriptivo, buscando los significados en los sujetos mismos, para obtener una mejor comprensión de los fenómenos.

# CAPITULO 1: LA MUERTE.

## 1.1 Concepto de Muerte

“Muerte es la cesación o el término de vida”. El acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos. Y al igual que el acto de nacer, constituye una parte más de la existencia. Es una experiencia única de cada persona, que representa la culminación del proceso global de envejecimiento. Para algunas personas, el proceso de la muerte ocurre de una forma rápida, sólo en un período de unas cuantas horas o días. Sin embargo, para otras personas el proceso que conduce a la muerte resulta un proceso lento y de deterioro, que se puede prolongar durante meses y posiblemente, años.

La muerte se muestra lo suficientemente compleja, ambigua y desconocida como para escapar una y otra vez a todos los intentos de aprehenderla intelectualmente y de conceptualizarla. La muerte es concebida como algo aleatorio, indeterminable, ya que no sabemos el cuándo ni el cómo, ni el porqué. La muerte es universal, todo lo que vive esta destinado a desaparecer y es única ya que constituye para cada uno de nosotros un acontecimiento sin precedentes y que no se ha de volver a repetir. (1)



Morir no es algo que haya que temer: puede ser la experiencia más maravillosa de la vida. Todo depende de cómo hemos vivido. La muerte es sólo una transición de esta vida a otra existencia en la cual ya no hay dolor ni angustia. (2)

La muerte es el principio de una nueva existencia, despojada del cuerpo que la aprisiona o como el final de una etapa detrás de la cual no hay nada, o al menos nada conocido. La muerte, nuestra muerte, nos espera. Todos, vamos a morir. Se trata de un hecho natural, de una certeza irrefutable, que debería acompañarnos desde la infancia. La hermana muerte, como decía San Francisco de Asís.

Para los ancianos la muerte es una realidad cercana, ya que muchos de sus compañeros de vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades incurables y da lugar a que sea un tema más próximo y tangible que en generaciones anteriores. La muerte contiene una enorme cantidad de incógnitas, pero es un hecho inevitable, natural a la condición humana, como lo es el rechazo que despierta, con la consiguiente angustia y temor. El hombre, sabe que morirá, y tiene conciencia de este hecho, aunque no lo haya experimentado en él mismo.

Desde la antigüedad, el hombre se ha esforzado por asumir la muerte. Ya viejos poemas hacen referencia a ella, lo que nos demuestra que ya en aquellos tiempos el hombre se resiste a aceptar que va a desaparecer, y necesita creer, que pervivirá en su alma.

La ciencia define la muerte como el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y de todas las funciones cerebrales. Para la psicología, la muerte constituye una de las fuentes de angustia más significativas e importantes.

Desde una perspectiva psicológica, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977). Aunque en realidad, la muerte en sí misma, es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. En este sentido, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita (Blanco-Picabia, 1993).

Centrándonos en la muerte psicológica, añadiremos que ésta va paralela a la muerte física y social. El enfermo terminal se va muriendo poco a poco y va diciendo adiós al amor, a las ilusiones y a las esperanzas. Por otro lado, aumentan los miedos al más allá, al sufrimiento de los últimos días, a que pasará con sus familiares, al olvido. Pero también es importante resaltar, que este proceso de morir, lo experimentan los familiares y/o cuidadores que están día a día con el enfermo al final de su vida.

La muerte psicológica también penetrará en la esfera del familiar que a través del duelo tendrá que aceptar que todos nos morimos un poco en la pérdida del ser querido.

## **1.2 Actitudes ante la Muerte.**

El hombre debe hacerse amigo de la muerte; debe hacerse a la idea, hacerse amigo de la idea de tener que acabar. Serenamente, sabiamente, humilde debe aceptar acabarse: soltar las adherencias que, como gruesas maromas, lo amarraban a la orilla, y... dejarse llevar mar adentro. (3)

La actitud es uno de los conceptos más relevantes en psicología social. Se halla en estrecha relación con otros conceptos psicológicos como: motivación, percepción, personalidad y conducta.

Allport (1935), lo define como: "Estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada"

### **1.2.1 Componentes de una actitud:**

- **Cognitivo:** ideas y creencias sobre el objeto de la actitud.
- **Afectivo:** emociones que produce el objeto de la actitud.
- **Conductual:** acción respecto al objeto de la actitud. Aunque se afirma que la medida de las actitudes carece de valor predictivo sobre la conducta, porque las actitudes sólo son uno de los factores que determinan la conducta.

Los componentes pueden o no estar relacionados, pues a veces hay contradicciones entre ellos; por ejemplo, las actitudes ante la muerte con frecuencia son contradictorias, pues la muerte en sí encierra una contradicción.

Muchas personas se sienten aterradas cuando descubren por primera vez que son consideradas viejas. *“Si, sí, todos quieren llegar a viejo, pero nadie quiere ser viejo”* dice un anciano.

El envejecimiento, por sí mismo, estipula y fija un pronóstico de vida limitado ya que se asocia con el declive, la decadencia, la pérdida... Algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual, y es ahí, a nivel individual, donde debemos actuar, proporcionando una atención individualizada, personalizada y de calidad. . Se entiende que la vejez **no es una etapa de pérdida, sino de cambios.**

Las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo.

Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad; las leyes naturales, pues una sensación de control sobre éstas lleva a tener menos conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte. También tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias sobre lo que es un ser humano.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes.

La ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc. (Limonero 1994).

Otra de las mayores preocupaciones entre la gente moribunda es permanecer solo. Las personas que mueren en hospitales experimentan sentimientos de **soledad** aunque no están solos, el contacto de enfermeras a moribundos es frecuente y puede llevar a una relación de confianza que ayudara a reducir la soledad y el aislamiento.

### 1.2.2 Medición de las actitudes

Es muy compleja y los autores suelen distinguir varias formas de medirlas dependiendo de lo que se quiera inferir. Así pues, la evaluación se puede hacer mediante:

- a) auto informes, acerca de las creencias, conductas, valores...;
- b) la *observación sistemática de conductas en situaciones naturales*;
- c) *la reacción del individuo o la interpretación de estímulos parcialmente estructurados*;
- d) el rendimiento en tareas *objetivas*, y
- c) *reacciones fisiológicas ante el objetivo o su representación*.

La actitud frente a la muerte depende de múltiples factores: la personalidad de la persona, su estilo de vida, el contexto sociocultural, las relaciones humanas que se han tenido y las que se mantienen con la familia y los amigos, el dolor padecido...

Conviene ayudar a aceptar la realidad, la situación, la edad que se tiene, con sus limitaciones (sólo así podrán prosperar y llevar a plenitud sus potencialidades).

Para que pueda darse el desarrollo personal el ser humano tiene que dejar tras de sí lo que ha muerto y continuar su camino hacia delante, aunque sabemos que esto es muy difícil y que constantemente anhelan sus años de juventud y a las personas que quedaron por el camino.

Al reflexionar sobre las actitudes concretas e individuales que cada persona adopta ante la muerte, hemos de reparar necesariamente en algunos de los aspectos que las determinan.

**En primer lugar**, la imposibilidad de hablar de una actitud objetiva ante la muerte, a ninguna edad, ni en ningún momento, ya que, como subrayó Freud (1918) la muerte propia

es inimaginable y, por ello, en lo inconsciente, todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad.

**En segundo lugar**, la influencia que ejercen las circunstancias personales y el contexto, determinando las situaciones en las que el sujeto se encuentra y que influyen sobre sus particulares actitudes ante la muerte. Circunstancias de las que destacan, por su importancia, fundamentalmente dos:

- a) según el sujeto se plantee la muerte propia o la de otra persona, y
- b) según el sujeto se encuentre en una situación en la que se enfrenta directamente con la muerte (cuando hay un peligro inminente) o en una situación en la que se piensa acerca de la posibilidad de la muerte en general y remotamente.

**En tercer lugar**, los planteamientos y expectativas que cada uno mantenga con respecto a la muerte y que van a determinar sus actitudes ante la misma.

### **1.2.3 Variables que determinan las actitudes del anciano ante su propia muerte.**

Algunas de las variables han demostrado ejercer una mayor influencia sobre las actitudes de la población anciana hacia la muerte.

#### **La Edad**

La edad parece representar uno de los factores más importantes de la actitud hacia la propia muerte. En los intervalos de edad comprendidos entre 65 y 95 años la respuesta predominante es la aceptación de la muerte como algo inevitable.

En el intervalo de edad de 85 a 95 años aumenta sensiblemente el porcentaje de aceptación; parece que la inminente proximidad a la muerte puede conllevar un mayor grado de aceptación.

La mayoría de los ancianos suelen poseer una orientación activa hacia la muerte y no están de acuerdo con la idea de que se deba ignorar y no hacer planes en relación con ella (testamento, funerales, etc.).

### **El Estado Civil**

El estado civil parece determinar las actitudes que los ancianos mantienen hacia la muerte. Así, se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros (Wagner y Lorion, 1984). Quizás esto pueda ser así por la mayor preocupación por la situación tanto económica como emocional en la que pueda quedar el cónyuge una vez que el sujeto haya fallecido.

### **La Religiosidad**

Quienes encuentran que a mayor nivel de religiosidad existe una menor ansiedad ante la muerte (Jeffers, Nichols y Eisdofers, 1961; Wolff, 1970) consideran que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias ayudan a afrontar el miedo. A estos efectos benéficos de la religión habría que añadir el mayor apoyo que reciben aquellos ancianos que pertenecen a una comunidad ya sea religiosa o no.

### **La Institucionalización**

Quienes viven en asilos/residencias manifiestan menor temor a la muerte y actitudes más positivas ante la misma. Pero a partir de los 85 – 95 años estas diferencias se minimizan y aparece un mayor grado de aceptación ante la muerte independientemente de que los ancianos estén institucionalizados o residan con familiares (Rubio Herrera, 1981).  
(4,5)



## **CAPITULO 2: LA MUERTE Y SUS VENTAJAS.**

La muerte ha sido tratada frecuentemente, amplia e intensamente por la teología y todas y cada una de las manifestaciones del arte, desde la dramaturgia a la plástica y desde el folclor ancestral hasta la literatura erudita. Pero siempre ha sido considerada como algo ajeno a esa vida de la que se ocupa la biología, y que ha sido tomada en cambio como resultado de un designio divino, de una enfermedad circunstancial, de un contagio azaroso, de un accidente fortuito, de algo extra vital que viene a interrumpir el curso de una vida intrínsecamente eterna.

Los genes que participan en la muerte celular programada aparecieron muy tempranamente y se conservan hasta hoy en día, entonces ¿qué ventaja otorga la muerte? La muerte y el envejecimiento vertebran toda una industria funeraria, una farmacéutica, una cosmética, hacen que corramos, nademos y practiquemos deportes cada mañana para mantenernos jóvenes y sanos; nos hacen seleccionar cuidadosamente los alimentos que tiene fibras no digeribles, vitaminas y elementos esenciales, que contienen poco colesterol; nos hacen adquirir hábitos higiénicos y hasta seleccionar cuidadosamente nuestras ropas y el hábitat en que transcurre nuestra vida.

### **2.1 Lo normal es morir de algo anormal.**

Antiguamente, si un señor de 100 años que aparentemente gozaba de buena salud amanecía muerto en su cama, se decía que había muerto de vejez. Pero se trata de malos entendidos, pues no existe un solo caso de “muerte por vejez”.

Toda autopsia bien hecha revela alguna patología que causó la muerte, siempre se encuentra alguna anormalidad, algo que falló. El hecho de que siempre se muera de algo patológico fundamentó por años la esperanza de que, a medida que se logre prevenir o curar las enfermedades, los organismos se irán haciendo paulatinamente inmortales.

## **2.2 Acerca de la vejez y la muerte.**

### **2.2.1 Errores metabólicos.**

Las fibras colágenas de los viejos muestran entrecruzamientos más frecuentes que las de los jóvenes, y son por lo tanto menos elásticas y duras lo que distorsiona la función de los órganos. En los viejos, el metabolismo, pega azúcares en lugares “indebidos” que dificultan la eficiencia de las enzimas y distorsionan la marcha del metabolismo. Cuando decimos “es una dulce viejecita”, estamos en lo cierto, al menos en lo que se refiere a la cantidad de azúcar en algunas de sus proteínas.

### **2.2.2 Acumulación de desechos**

La autopsia de un anciano muestra arterias tapizadas de ateromas, órganos mutilados por fibras colágenas, vértebras que gotean picos de loro, corazón con puntos esclerosados y cicatrices de procesos sufridos a lo largo de la vida. Hay productos metabólicos que en lugar de ser eliminados, se acumulan en los tejidos en proporción a la edad. Hay quienes plantean que esos desechos de la vida se acumulan hasta un punto crítico, más allá del cual el organismo no puede mantener la salud y muere.

### **2.2.3 El sistema inmunitario**

En la vejez, como parte de esa pérdida de capacidad respiratoria, muscular, cardíaca, visual, auditiva, también el sistema inmunológico se torna senil e ineficiente y falla en la detección o carece de capacidad para liquidar esas células indiferenciadas o alocadas. Esa ineptitud inmunológica sería responsable del aumento tan notable de procesos neoplásicos propios de la vejez. Las teorías inmunológicas del envejecimiento y de la muerte giran alrededor de la idea central de MacFarlane Burnet de que el organismo muere porque de pronto su sistema inmune no puede reconocer sus propias células o no reconoce las patológicas. Incluso no siempre es él quien falla, sino que los diversos tejidos general células a las que olvidan ponerles una señal que las identifique como propias. (6)

## CAPITULO 3: TERCERA EDAD

### 3.1 Características del anciano.

Las personas son tan ancianas como se sienten. Los ancianos tienen inquietudes y necesitan seguir adquiriendo conocimientos. La vejez puede ser un largo proceso de vida susceptible de mejora, ya que se pueden potenciar actitudes de relación interpersonal, además de trabajar el autocuidado y prepararles para desenvolverse con la mayor autonomía posible.

Envejecer y ser viejo no es hoy lo que era en las sociedades pasadas: anteriormente las distintas generaciones convivían y se relacionaban estrechamente, formando un hogar. Hoy, es poco frecuente que vivan juntas todas las generaciones. Los ancianos viven en sus mundos propios y apartados. Es importante opinar aquí que los jóvenes pueden obtener un gran enriquecimiento si intentan comprender a las personas mayores y ver algo la experiencia acumulada de nuestros ancianos debido a los golpes del destino.

Ser viejo, depende en muchas ocasiones de la sociedad en la que estamos inmersos, ya que es esta la que tiene la última palabra y juzga si una persona es o no es anciana.

### 3.2 Cambios en la vida del anciano.

*El envejecimiento* es un cambio progresivo inevitable. El declive y deterioro del cuerpo y de los sentidos disminuye poco a poco nuestra libertad de acción, mientras que los órganos internos nos dan toques de atención con sus averías, pero las **connotaciones negativas y los prejuicios sociales** que hoy se sitúan en torno a la vejez **no** ayudan a adaptarnos a este cambio esperado y progresivo que se produce en todas las personas de forma natural. Cada día más personas mayores convierten el paso de los años en una experiencia de participación, de sabiduría y de satisfacción.

A medida que se envejece se produce el **deterioro de la inteligencia y disminuye la capacidad de atención**. Este decrecimiento de la inteligencia puede ser prevenido si se le proporciona al anciano un ambiente estimulante que le apoye para mantener sus aptitudes intelectuales. También se ve **disminuida la memoria**, esto puede estar relacionado con la creciente falta de interés por la realidad inmediata, ya que parecen recordar con mayor claridad sus aventuras de la infancia.

Esto también puede ser debido a que las personas establecemos mecanismos de defensa para olvidar experiencias desagradables y es por eso que el anciano recuerde mejor la experiencia del primer día de trabajo que los últimos días, previos a la jubilación.

Al igual que sucede con la inteligencia, la pérdida de memoria puede evitarse, o al menos retrasarse, a través de mecanismos preventivos, como la utilización de reglas mnemotécnicas, prolongando el aprendizaje, utilizando materiales interesantes para él...

Se producen, además, **cambios en la personalidad**, aunque se ha observado que los ancianos que se mantienen activos, con responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas muestran cambios en la personalidad.

Normalmente se producen **crisis de identidad** y el anciano debe modificar la concepción de sí mismo. Al igual que sucede en cualquier etapa de la vida, cuando no existe acuerdo entre la percepción de uno mismo y la de los demás o lo que se espera de la vida, el sujeto no estará satisfecho y se sentirá frustrado.



El cuerpo se transforma al envejecer y **su imagen corporal** también debe variar. La actitud que suele provocar más problemas viene dada por la negación de la realidad.

El **equilibrio psicológico**. El envejecimiento es equilibrado cuando el anciano diversifica sus fuentes de autoestima: familia, trabajo, aficiones, deportes, amigos... Y si se pierde una de ellas (por ejemplo, el trabajo) la pérdida será equilibrada o compensada por los otros intereses. Para que no le produzca tanta frustración esta pérdida, debemos intentar que basen su autoestima en las diversas fuentes.

Debemos prepararlos para que acepten la ayuda externa como algo normal, sin dar importancia a las limitaciones orgánicas y, en cambio, fomentando la motivación, interés y deseo de vivir.

### **3.3 Metas de salud para los años tardíos**

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población, seguida del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia humana, muy pocas personas han llegado a estas edades.

Hoy, gracias a los extraordinarios progresos de la ciencia médica, sobre todo en el campo de la farmacología, los ciudadanos de la tercera edad se han convertido en un grupo de gran importancia.

Cuanto más anciano es un grupo de personas, mayor variedad muestran sus integrantes. De hecho, las variaciones del funcionamiento físico, mental y social son mayores entre los ancianos que en cualquier otro grupo de edad.

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. El objetivo de los programas de promoción de la salud dirigidos a las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad, de la atención médica que necesitan.

### **3.4 Principales problemas de salud a estas edades**

#### **Mortalidad**

La esperanza de vida es la edad hasta la que sobrevive el individuo medio de una cohorte de población. Puesto que casi todos los países económicamente desarrollados

tienen esperanzas de vida al nacer superiores a 65 años, más de la mitad de todas las muertes se producen a los 65 años o después.

Las tasas brutas de mortalidad de los países, que dependen en gran medida de las muertes de los ancianos, muestran que las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas, las enfermedades obstructivas del pulmón y las neumonías son las principales causas de muerte en casi todas las regiones del mundo, tanto en los países económicamente evolucionados como en los que todavía se encuentran en las primeras etapas de su evolución económica.

En casi todos los países, la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares es de dos a tres veces mayor a los 65 años que a los 55 y aumenta de nuevo de cuatro a cinco veces a partir de los 75 años.

Las tasas de accidentes cerebrovasculares muestran una aceleración similar a partir de los 55 años. El número total de cáncer se duplica entre los 55 y los 65 años y de nuevo después de los 65. Todo ello significa que las tasas de mortalidad se aceleran entre 10 y 15 veces durante los tres o cuatro últimos decenios del ciclo vital.

Esta información de las tasas de mortalidad que acompañan el envejecimiento, revela tres hechos importantes:

1. El rápido incremento de la vulnerabilidad en los ancianos.
2. Las ganancias sociales potenciales que producirían programas efectivos de prevención temprana. Estos programas podrían retrasar esta oleada de enfermedad y muerte hasta etapas posteriores en el ciclo vital.
3. El enorme incremento de los costos de atención médica y en hogares de ancianos para el gran número de ancianos que permanecen discapacitados y dependientes, a menudo durante años, antes de morir de su enfermedad.



### 3.5 Las claves de un buen envejecimiento son:

- a. mantener activo el cuerpo,
- b. mantener activo el cerebro y
- c. mantener y ampliar las relaciones sociales.

Para promover la salud de los ancianos, la comunidad también puede:

1. proporcionar, o incitar a otros a proporcionar, lugares donde los ancianos puedan reunirse y compartir actividades.
2. proporcionar periódicamente medidas sencillas de promoción de la salud y detección de las enfermedades en los lugares donde los ancianos se reúnen.
3. facilitar el acceso de los ancianos o discapacitados a los negocios y edificios públicos,

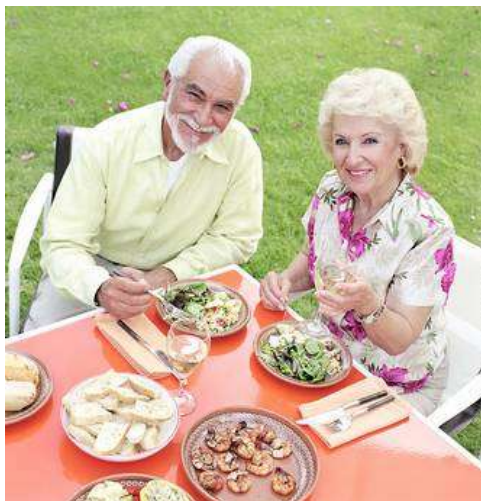


4. adoptar y poner en práctica medidas de salud, seguridad y calidad de vida en los centros residenciales.
5. conseguir la cooperación de organizaciones, escuelas, medios de comunicación, iglesias y otros transmisores de valores para hacer que la vida de la comunidad sea “más fácil para los viejos”.

### 3.6 Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios en las personas de la tercera edad suelen ser inadecuados, porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad y en que el organismo gozaba de una excelente salud.

Las consecuencias de haber comido mal en la juventud se hacen sentir en la vejez, y si en esa etapa tampoco se toman medidas al respecto, el envejecimiento se acelera y las enfermedades comienzan a aparecer.



Es necesario que los viejitos coman sano para reducir el riesgo de padecer trastornos como obesidad, problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes. Debilitamiento óseo y muscular, trastornos del sueño, reducción de las capacidades mentales, algunos tipos de cáncer y muchos otros.

Es vital comer con regularidad, hacer las cuatro comidas y disfrutar de esos momentos, programar las horas de estas para no saltarse ninguna. El desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena. Para mantenerlos hidratados se puede usar la creatividad: Las infusiones, la leche, las frutas, los jugos de frutas y las gelatinas aportan líquido al organismo. (7)

### 3.7 Actividades físicas



Cuando los adultos mayores se inicien en la actividad física, deben hacerlo después de un chequeo médico exhaustivo y supervisados por un profesional serio.

Las clases de gimnasia grupales y deportes son una valiosa herramienta y alternativa de entretenimiento muy divertida que permite a los ancianos disfrutar de la música sociabilizar y conservar el espíritu lúdico con otras personas de la misma edad y de la misma condición. Es importante que el ejercicio se realice en forma regular y consistente. (7)

Conversar sobre los ejercicios en las diferentes enfermedades que ellos tienen: esta actividad le darán a ellos un panorama para poder tomar menos medicamentos para su salud.

A jugar en la tercera edad: esta actividad le dará a ellos unión teniendo diferente carácter y buscando el valor colectivo.

Jugando con la bola del mundo: esta actividad se hace en un círculo y se pasan una pelota y se le hace pregunta de diferentes acontecimientos del mundo. (8, 9, 10, 11, 12,13)

## **CAPITULO 4: PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO**

### **4.1 Senectud**

El ser humano padece estos inconvenientes en su organismo y va sufriendo los impactos psicológicos correspondientes y va cayendo en la cuenta de que los recursos tecnológicos no lograrán eximirlo de la muerte.

El gerontólogo Alex Comfort opinó que la senectud, el periodo de decrepitud que va desde que un organismo cesa de reproducirse hasta que muere, es enteramente artificial, es un producto de la cultura. Más aún: su duración es proporcional al grado de civilización, a la capacidad que tiene una cultura de recomendar la vida de su gente (vacunas, cirugías, coagulantes, prótesis dentales, bastones, marcapasos). Por eso en los países adelantados la gente vive más tiempo que los atrasados, pero con todo, no podemos posponer la muerte indefinidamente.

### **4.2 Vejez**

Es la suma de la senectud biológica y de las consecuencias psíquicas del percatarse de que la muerte se va acercando. Se da de maneras diferentes en los distintos sujetos y está ligada a la forma en que se había encarado previamente la vida, el trabajo, las relaciones emocionales y los intereses. El adulto que envejece se ve forzado a encarar la incertidumbre profesional y social, la variabilidad o desaparición de los afectos y la fragilidad de las relaciones con sus semejantes. En la vejez disminuye significativamente la capacidad física, se pierde el trabajo, la posición económica, mueren amigos y familiares, pérdidas que se viven con gran dramatismo; el tiempo subjetivo se acorta sensiblemente, sobre todo en los períodos largos como estaciones o años, hay conciencia de una mayor cercanía de la muerte. No sólo se es viejo, sino que además se siente viejo, lo tratan como a un viejo y ve que sus coetáneos mueren porque son viejos.

La vejez satisfactoria depende de mantener un deseo de amar y crear, de guardar cierta imagen de sí mismo, de ser capaz de gozar de la existencia a pesar de los

sufrimientos que ocasionan las separaciones, las pérdidas y duelos, y los golpes al narcisismo: el sujeto se enfrenta con la ambivalencia entre el deseo de vivir y la tendencia a desinvertir, abandonarse y dejarse morir.

El movimiento de desapego del anciano que se siente como quien ya no tiene su lugar en un universo que se va vaciando de lo que le es familiar y que es progresivamente dominado por cambios tecnológicos muy veloces que lo excluyen.

Hoy, los ancianos ya no son considerados como los depositarios de la sabiduría y de la historia: la velocidad con que se producen los cambios tecnológicos, culturales y geográficos tiende a hacer a los ancianos a un lado.

Si el anciano se aísla emotivamente y deja caer lo que fue valioso, los objetos internos y los proyectos amados que antaño le fueron significativos, se apagará su deseo de vivir. También es importante que retenga o establezca vínculos con gente próxima que lo apoye física y emocionalmente.



Incluso en la vejez, para vivir bien, es necesario el amor, una cierta llama pasional. La desconexión y el retraimiento empobrecen la vida, también el autocuidado exclusivo o excesivo puede resultar mortífero. Cuidarse suprimiendo todo lo agradable (sexualidad, comida, bebida) tal vez baje el colesterol y los triglicéridos, pero también baja el entusiasmo por la vida. La vejez despierta miedo. Se asocia a ella la idea del deterioro y la muerte. Este temor carente de "función realista", opera en el sentido de negar – y por lo tanto mantener en el desconocimiento – el proceso evolutivo natural del sujeto humano. No obstante la muerte, sigue silenciada en el discurso, y el tema es tratado por la filosofía, la religión y el arte, más que por la psicología y el psicoanálisis. (14)

Sabios en la vejez, pues ahí se concentran todos los sentimientos ya fraguados por el conocimiento y la experiencia adquirida por estudio o por enseñanza de la vida.

La edad madura, hoy curiosamente llamada "tercera edad", son los mayores de 60 años. Nos enfrentamos a la pérdida de la edad, al avance que trae consigo y nos convierte en una regla de tres, la del más y el menos: menos dientes, más arrugas; menos pelo, más barriga, y más achaques, menos actividad.

La vejez completa, esa edad que será como un recipiente en el que se deposita la verdadera experiencia, habiéndonos antes desprendido, de muchas cosas, porque ya no las necesitamos. Además vamos perdiendo muchos aspectos de nuestro físico y al morir ya no somos iguales. Y es que el ser humano es el único animal que pierde su físico al final de su existencia.

Es natural y normal que con la edad vayamos teniendo huecos en nuestra vida. Faltan los abuelos, los padres, los tíos, los hermanos mayores, y así hasta que nosotros constituimos ese hueco que, dejamos a los que nos siguen. La muerte y la separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona.

- La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo por enfermedad o mutilación.
- El segundo tipo de pérdida más seria es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono.

- El tercer nivel de pérdida incluye cambios normales de desarrollo en la vida como cambios de casa, trabajo, etcétera.
- La cuarta área es la pérdida de objetos importantes: dinero, esperanzas, aspiraciones o expectativas, cambios en el medio social. (15)

### 4.3 El sentido de la vida

Es aquel valor que da valor a todos los demás valores., es todo lo que es y hace una persona, aparece revestido de un color y brillo tan particulares que no se puede explicar con palabras. Es un cierto tono de alegría que no se traduce en una risa ni en una sonrisa; envuelve a algunas personas vistiéndolas como de un aire primaveral, y que todos perciben desde lejos, y dicen: esa persona tiene un no sé qué, ¡pero se la ve tan feliz!

Es aquella sensación de plenitud que, en el otoño de sus años, al volver sus miradas hacia atrás, les hace exclamar a algunas personas: valió la pena; de verdad fue una venturosa aventura. (3)

Existen cuatro grandes sentidos que nos movilizan:

- Realizar una vocación
- Superar un destino adverso
- Un gran amor
- Una fe religiosa

La vida tiene sentido cuando nos realizamos en aquello para lo que valemos, en aquello que es un don, puesto al servicio de los demás. Si uno no se abre al amor, el amor no le llegará. No se puede recibir nada si no se mantiene cerrado, si no se está también dispuesto a dar. (16)

La posibilidad de otorgar sentido aparece si el sujeto puede reconocer su propio deseo, más allá de los proyectos de los otros sobre su destino. El descubrimiento del deseo propio puede marcar un nuevo rumbo en la vida. Algunas veces es imposible lograrlo, pero conocerlo implica saber de sí mismo, y poderlo pensar.

Otro factor que da sentido a la vida es el amor, la pasión amorosa, el cariño por los hijos y la descendencia, la amistad, la investidura de proyectos e ideales.

#### **4.4 Las pulsiones**

Freud describió la **pulsión de vida** como una tendencia a construir entidades más y más complejas, y reservó el nombre de pulsión de muerte para designar la tendencia a disolver complejidades y a destruir objetos o al mismo sujeto.

La **pulsión de muerte** aparece como un deseo de no desear. Se manifiesta en las depresiones severas, los suicidios, la psicosis, las angustias catastróficas, los miedos a la aniquilación, y los sentimientos de futilidad. Esta pulsión de muerte ha sido denominada masoquismo cuando se vuelve sobre el propio sujeto.

La culpabilidad inconsciente, y el goce masoquista que el sujeto experimenta a partir de un superyó cruel y exigente, que impone el castigo y el sufrimiento, hacen necesaria la tesis del masoquismo. Freud propone el masoquismo como un aspecto de la pulsión de muerte que es la satisfacción en el propio sufrimiento.

El concepto de pulsión de muerte se liga entonces con el de agresividad; los semejantes no aparecen como posibles compañeros que pueden ser amados, sino que despiertan la tentación de agredirlos, martirizarlos, desposeerlos y explotarlos.

#### **4.5 La voluntad de seguir viviendo**

Se ilustra con la historia de una anciana de 93 años, internada en un hospital de Florida (Robinson, 1995).

Pese a su demencia senil y a sus achaques, la mujer deambula por el hospital con vigor y aceptable interés, hasta que un análisis de rutina revela cierto grado de anemia y constipación.



Ante la negativa de la paciente de prestarse al tratamiento, los médicos recurren a sujetarla con un chaleco de fuerza y correajes, y aplicarle un enema y una transfusión. La anciana lucha, muerde, patalea, hasta que, humillada, advirtiendo que está a merced de la voluntad ajena, cae en la cuenta de su decrepitud e impotencia. Entonces cede, se abandona y entra en un sopor que acaba rápidamente con su vida. (6)

## CAPITULO 5: CÓMO CUIDAR ANCIANOS

Es difícil y en gran medida frustrante dar cuidados a personas de edad avanzada, pero alguien debe hacerlo y hacerlo con amor, compasión, dignidad y comprensión. Seguro que en el pasado tu viejito fue una persona útil que quizás te cuidó con mucho cariño. Ahora es tu turno para hacer más o menos lo mismo por esa envejecida persona a quien amas.

Las personas de edad avanzada suelen sufrir de algún tipo de demencia, ya sea alzhéimer, senilidad u otros desgastes del cerebro de menores consecuencias. Cada caso es diferente según su severidad. Otro inconveniente muy común es la pérdida de movilidad. Si tu viejito está postrado en cama o en silla de ruedas, la situación es aún más difícil.

Recuerda y reconoce que tu viejito vivió toda una vida obedeciendo órdenes, leyes, reglamentos, responsabilidades, obligaciones de ciudadano, obligaciones domésticas, consejos del médico, restricciones económicas y quién sabe qué más. Por lo tanto, ya es tiempo que pueda hacer lo que le dé su santa gana sin mucho régimen social.

- Si lo que quiere hacer presenta un riesgo a la salud, calcula cuanto tiempo le queda a tu viejito y decide; ¿Qué es mejor, diez años miserables o cinco a su manera? Esto no quiere decir que vas a permitir cosas extremas como, negarse a tomar medicamentos vitales, manejar vehículos o usar maquinaria peligrosa como sierras eléctricas.
- Cuando tu viejito no quiere comer algo, no lo obligues. Cuando se le antoja comer algo que tiene prohibido por doctor, nutricionista o familiares, recuerda que el cuerpo generalmente pide lo que necesita. Pregúntate si violar esa dieta le causaría una muerte súbita o solo un temporal estreñimiento. Dale un placer de vez en cuando aunque sea en contra del gusto u órdenes de alguien.



- No dejes de adorar, respetar y sinceramente admirar a tus viejitos. Trata a tu anciano con dignidad y todo el respeto que merece. El adulto mayor regularmente está consiente de ser adulto y aunque no lo admita, puede notar su decadencia física y mental.
  - Mide tus acciones y reacciones, pues los viejitos se amargan cuando los tratamos como niños. Por ejemplo; “Le he dicho mil veces que no haga eso.” No olvides que la memoria de tu viejito va en rápida decadencia. Si tienes que repetirle las cosas mil veces, entonces eso es lo que tienes que hacer, pues tus reproches no van a mejorar la memoria del viejito. Ellos consideran el trato infantil como una infame falta de respeto. En la mayoría de los casos el anciano siente frustración al no poder responder efectivamente contra la percibida falta de respeto.
- 
- Mientras sea posible y prudente, no los obligues a hacer cosas que ellos no quieren hacer. Cuando los obligas, ellos se sienten dominados y les frustra no poder ejercer autoridad como antes. Deja que ellos hagan sus propias decisiones. Por ejemplos; “¿Qué camisa te quieres poner hoy?” Ponle la ropa que él quiere. “¿Me acompañas al jardín?” Si dice que no, vete al jardín aunque sea por unos minutos y asegúrate que tu viejito sepa que fuiste.



- Vigila las acciones de tu viejo y durante tu ausencia provéele un ambiente en el cual no se haga daño. Personas de edad avanzada a veces no quieren o no pueden reconocer sus limitaciones físicas y mentales.

En muchos casos no tienen las facultades para reconocer el peligro. Por esto, una que otra vez intentan peligrosas hazañas que en un tiempo les eran fáciles, pero hoy constituyen peligro fatal. El peligro es relativo a la condición de tu viejo pero estos son algunos ejemplos de simples actividades que le pueden costar la vida a tu ser querido: cocinar, bañarse en privado, no usar su bastón o andador, subir y bajar escaleras y así por el estilo. Ayúdalo a desistir de estas actividades peligrosas sin ofenderlo, faltarle el respeto, regañarlo como si fuera un niño y mucho menos humillarlo. No es cosa fácil ni placentera, pero cuando suceden estos eventos, tienes que finalizarlos decisivamente y con la mayor prontitud.

- En algunos casos el razonamiento y la memoria comienzan a fallar antes de llegar la edad avanzada. Cuando el anciano se da cuenta de su insuficiencia, se avergüenza y siente agravio.

Los efectos de la insuficiencia cerebral son más agudos en unos que en otros y afectan no solo la memoria, también retrocede el comportamiento social de la persona. Verás que la abuelita siempre fue una dama ejemplar y el colmo de la decencia, pero ahora:

---

- es capaz de decir palabrotas muy profanas.
- practica violencia verbal o física
- repite la misma historia con extremada frecuencia
- no es capaz de sostener una conversación referente a un tópico actual y su diálogo se concentra en el lejano pasado
- dice inocentes falsedades como por ejemplo; “Anoche dejaron la puerta abierta y tuve que levantarme a cerrarla.” o “Ese árbol lo planté yo.” o “El padre del presidente estudió conmigo.”
- simula estar sorda o es indiferente cuando no comprende el tópico de la conversación o no recuerda los datos que requiere la presente conversación
- irrumpe con un tópico inaplicable a la conversación en progreso
- descuida su higiene personal
- ya no demuestra buenos hábitos en la mesa
- no puede controlar sus necesidades biológicas



- Proporciona estímulo físico y cognitivo a diario, pues lo que no se usa se pierde. El viejo que se amontona en la cama o en la silla, pierde sus habilidades físicas y hasta cierto punto su retroceso intelectual es colateral al abandono físico. Exhorta a tu viejito para que camine y ejercite tanto como pueda tolerar. De la misma manera si no ejercita su cerebro, se acelera la pérdida de agilidad mental que naturalmente ya va en decadencia.

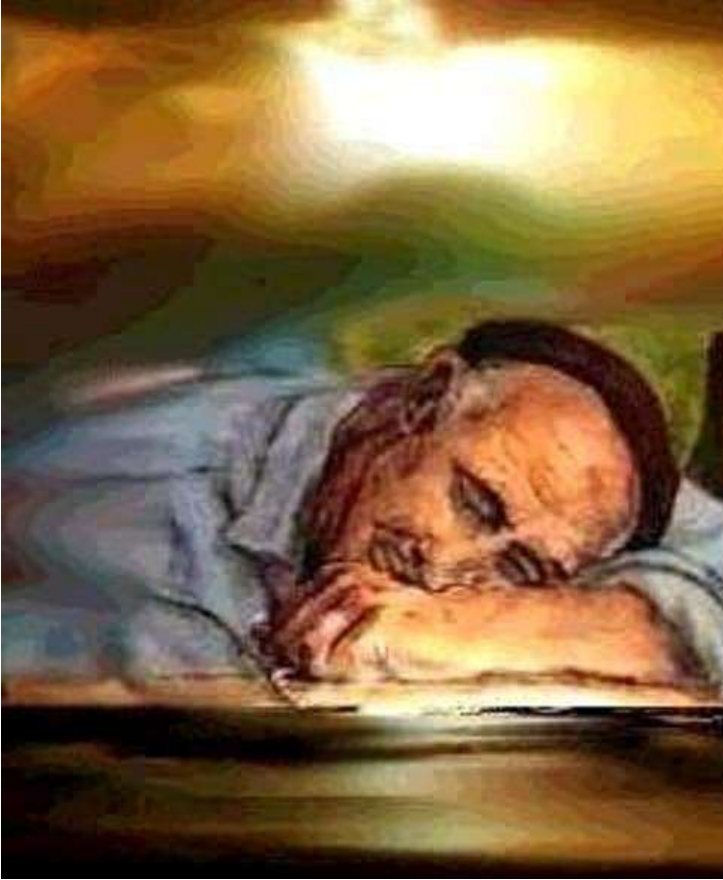
- 
- Estimula la mente de tu viejito en conversaciones y actividades demandantes del intelecto. El estímulo cognitivo tiene como objetivo preservar, en lo posible, mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico. Por cognitivo entendemos el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.
  - Insiste en una buena higiene dental. El cuidado e higiene bucal en ancianos es más delicado que en cualquier otra etapa de la vida y debe llevarse a cabo con extrema regularidad para prevenir enfermedades dolorosas, pérdida de piezas dentales y masticación inadecuada.
  - Presta atención a la alimentación de tu anciano. En la edad avanzada hay más posibilidades de padecer problemas de anemia, hipertensión, diabetes, y así por el estilo. Pero con una alimentación equilibrada podemos prevenir algunas visitas al médico. Trata de complacer el gusto de tu viejito pero asegúrate de darle una dieta adecuada a su situación.
  - Evita cambios bruscos o drásticos, pues los ancianos generalmente consideran que los cambios o cosas nuevas que no entienden son como una maldición.
  - Mantén la habitación de tu viejito intacta. En especial, no cambies la posición de la cama. Los cambios drásticos en el mobiliario de la habitación pueden causar fatales caídas y comúnmente le producen gran frustración al anciano.

- Deja los objetos personales como antiguas fotografías de seres queridos, joyas, efectos de uso personal y así por el estilo, en el lugar de costumbre. El arbitrario cambio de estos resulta en confusión y agravio sentimental.
- Trata de no introducir tecnología complicada dentro de su habitación. El control remoto de un televisor, teléfono o celular complejo, computadora o reproductor de música puede confundir y frustrar al anciano. En su habitación solo debes emplear tecnología simple que tu ser querido pueda entender con facilidad.
- Lo más temprano posible y antes de que tu viejito pierda su capacidad mental, aconséjalo a que ponga todos sus asuntos legales en orden. Esto evita litigios y disgustos familiares cuando muere tu ser querido. Esto incluye: Cuentas bancarias e inversiones, deudas, fundaciones, títulos de propiedad y escrituras, testamento y así por el estilo.
- Evita el peor de los asuntos para un anciano. Cuida a tu ser querido en su propia casa mientras te sea posible, pues de acuerdo a numerosos longevos, recluirlos es la afrenta o castigo más grande que quizás recordarán hasta el final de sus días.
- Si sientes ira por el comportamiento de tu anciano, aléjate por un rato hasta que se te pase el disgusto. Después de todo, tú eres persona humana y tienes límites. Aprende a reconocer tus límites y de ninguna forma causes daño verbal o físico a tu anciano. Tu viejito ya tiene suficientes agravios y no merece sufrir tu venganza.
- Cuídate tú de la misma manera que cuidas a tu viejito. No dejes que la frustración y el cansancio físico dañen tu salud. La constante frustración te puede causar daños físicos y emocionales que afectarán la calidad de vida de todos en el hogar.
- Reúne toda la familia y juntos distribuyan responsabilidades y quehaceres del hogar en forma equitativa y en todo lo posible de unánime acuerdo.
- Mantén buena comunicación entre toda la familia. Por ejemplo, que todos sepan el horario de los medicamentos y el modo de dispensarlos.

- Mantén una bitácora donde anotarás datos significantes como: estado de salud, visitas al médico, administración de medicamentos, cambios fisiológicos, dieta, cambios en comportamiento, datos económicos y otros incidentes que afecten la salud, bienestar, finanzas y obligaciones legales del anciano.
- Recuerda que cada vez que vamos al médico, iniciamos un experimento científico, pues cada persona es diferente y el tratamiento que funciona para alguien quizás sea inadecuado para otro. Por eso, trata de llevar el anciano al mismo doctor mientras sea posible y prudente. Esto permite que el médico no tenga que empezar desde cero cada vez que tu viejito se enferma y así evitas pruebas innecesarias que pueden incomodar a tu ser querido y que costarán más dinero.
- Maneja la demencia senil con paciencia y comprensión. Mundialmente la demencia es la tercera enfermedad de mayor costo, después del cáncer y males cardíacos, así que tendrá un significativo impacto que a veces no notamos o no estamos preparados para afrontar. La demencia de tu viejito afecta a la familia completa. Todos necesitan saber cómo entender, manejar y sobrellevar el comportamiento de tu anciano. En especial el cuidador primario debe estar tan capacitado como sea posible.
- Dependiendo de la severidad de la demencia, puede que tu viejito no tenga la capacidad de reconocer situaciones peligrosas. Una severa caída puede causarle la muerte a tu viejito o complicar el cuidado del longevo y empeorar la situación para toda la familia. Elimina las barreras arquitectónicas de la casa. Por ejemplo si tu viejito puede levantarse y caminar sin ayuda, debes localizarlo en el primer piso para que no se caiga por las escaleras. Remueve todo aquello que le pueda causar una caída. Por ejemplo, si el piso es multinivel, quizás puedas instalar rampas graduales. (17)



## CAPITULO 6: EL SUICIDIO EN ANCIANOS



### 6.1 Los suicidios aumentan en ancianos sin prestaciones

El suicidio crece regularmente de edad en edad y sólo llega a su apogeo con la vejez. El hombre deja con preferencia la vida en el momento en que es más fácil. Si se divide el año en dos semestres, uno que comprenda los seis meses más cálidos y otro, los seis meses más fríos, el primero cuenta con el mayor número de suicidios. “No hay un solo país que constituye la excepción de esta ley”.

El hombre que se mata no daña, se dice, más que a sí mismo.

El suicidio es mucho más urbano que rural.

El catolicismo disminuye la tendencia al suicidio, mientras que el protestantismo la aumenta. (18)

El suicidio estaba entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de entre 15 y 44 años, aunque el sector con mayor riesgo era el de los adolescentes. Ahora los suicidios de personas mayores sin prestaciones médicas se han disparado en más de 30 por ciento. Son las personas de edad que ya no se sienten útiles, ni necesitadas, ni queridas; y ahora con pensiones recortadas, o sin prestaciones.

También existen “suicidios” en el abandono de tratamientos médicos, para “hacer pagar culpas a la familia”.

Muchos ancianos que viven solos en las ciudades grandes y que “aparecen” muertos, no se han pegado un tiro, ni se han tirado por la ventana ni ingerido venenos, se han dejado morir, abandonándose en la comida y en la higiene, perdiendo fuerzas, y hasta intuyendo una liberación en dejar de llevar un vivir sin sentido.

El suicidio es un tabú tan fuerte como el incesto o, hasta hace poco, la homosexualidad. Es necesario prevenir decisiones fatales que podrían evitarse mediante atención médica y psicológica, comprensión y tratamiento, información adecuada y medios eficaces al alcance de enfermos depresivos, alcoholismo, drogadicción y esquizofrenia. Adolescentes que no asumen su realidad sexual, o de ancianos sin medios para vivir con dignidad porque la sociedad se lo debe ya que las cosas no son de su dueño sino del que las necesita. Y aunque la vida no tuviera sentido tiene que tener sentido vivir, pero con dignidad y sin padecimientos insoportables. No vamos de la vida hacia la muerte, sino que aspiramos a momentos felices al saberse uno mismo, libre y responsable. (19)

### **6.1.1 Factores de riesgo de suicidio en el anciano:**

- Depresión (sin accesos de ira)
- Abandono
- Luto (especialmente en el primer año de la pérdida)

- Aislamiento (viudos, solteros)
- Expectativa de muerte por alguna causa
- Menor organización y complejidad del comportamiento que en el pasado
- Desesperanza inducida
- Institucionalización
- Enfermedad física
- Alcoholismo
- Deseo y decisión racional de proteger a sus sucesores de un desastre económico
- Decisiones filosóficas (la vida parece no tener más sentido ni placer)
- Deterioro mental orgánico
- Cambios en los patrones de sueño; pesadillas nocturnas
- Ser varón blanco (mayor incidencia de suicidio que en cualquier otro grupo)

## 6.2 Depresión, causa de suicidio

La etapa más depresiva es la que va de los cuarenta a los sesenta años. En la tercera edad, los niveles se mantienen bastante altos.



La depresión se caracteriza por un profundo y prolongado abatimiento. El deprimido pierde, fácilmente, sus facultades de comunicación. Le acompaña un intenso dolor moral y una total impotencia para cualquier iniciativa de cara al futuro. Los deprimidos reviven los hechos más sombríos de su pasado, lo que les produce sentimientos de culpabilidad.

La depresión afecta a todo el organismo. Encerrado como en una prisión, en su melancolía, el deprimido vive con amargura una sensación oprimente de inutilidad. Sus gestos son lentos y torpes; su mímica, también torpe, no refleja más que aflicción; su mirada se empaña; su voz, monocorde, expresa pensamientos derrotistas y habla con vacilación.

No hay persona depresiva, que sumergida en la noche de una crisis aguda y prolongada, no piense en el suicidio. Podemos decir que la depresión está acorralada y herida de muerte. (3)

En México, en los últimos 30 años el suicidio se incrementó hasta en 200 % y, pese a que el número de casos aumenta entre adolescentes y adultos jóvenes, el primer lugar lo ocupan las personas de la tercera edad.

La acción de quitarse la vida en forma voluntaria y premeditada se conoce como suicidio y, de acuerdo a investigaciones al respecto en personas de la tercera edad, en más del 90 % de los casos hay rasgos de enfermedades psiquiátricas en quien lo practica. Entre los principales trastornos se encuentran los del estado de ánimo, siendo la depresión el más recurrente (más del 45 % de los casos).

Continúan en la lista el daño a largo plazo por consumo de alcohol y otras drogas, así como la esquizofrenia, enfermedad mental caracterizada por una percepción desorganizada y alterada de la realidad, en la que se oyen voces que no son reales y que impulsan al suicidio.

Quien tiene tendencias suicidas atraviesa por una etapa antes de culminar el acto de quitarse la vida, el para suicidio, es decir, el conjunto de conductas donde el sujeto en forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse.

Lo más común en estos casos son auto laceraciones, como cortes en las muñecas, auto envenenamientos o sobredosis con medicamentos y auto quemaduras.

Los mismos científicos indican que entre 15 y 30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes de que se cumpla un año del primer evento, y entre 1 y 2 % se suicidarán cuando transcurren entre 5 y 10 años después de la primera tentativa.

El primer lugar en casos lo llevan los ancianos, teniendo mayor incidencia los varones de hasta 75 años. A su vez, en las mujeres el rango de mayor frecuencia se ubica entre 55 y 65 años, y se sabe que intentan suicidarse tres veces más que los hombres, aunque ellos lo consuman el triple de veces.

El hombre que intenta suicidarse tiende a utilizar métodos violentos como el arma de fuego, mientras que la mujer lo intenta con medicamentos, por lo que hay más posibilidades de salvarla.

La mayoría de los casos los suicidios en la tercera edad son de solteros, viudos, separados y divorciados, personas que han vivido durante algún tiempo sin compañía y que han fracasado en una relación amorosa en el último año. Se les cataloga dentro de la marginalidad reciente por haber perdido trabajo y sin un respaldo moral como podría ser la religión.

Aproximadamente en el 50 % de los intentos se reconoce enfermedad física, destacando dolor crónico, enfermedades de larga duración o terminales, como cáncer o sida, e intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes. (20, 21, 22)

### **6.2.1 Causas de la Depresión:**

En los ancianos, muchos cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- ✘ Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- ✘ Dolor o padecimiento crónico
- ✘ Hijos que dejan el hogar
- ✘ Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- ✘ Pérdida de la independencia (problemas para cuidarse sin ayuda o conducir)
- ✘ La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Cardiopatía
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Demencia (mal de Alzheimer)
- ✘ El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión.

### **6.2.2 Síntomas de la Depresión:**

- Criterios diagnósticos de depresión mayor
- Deben estar presentes cinco o más de estos síntomas durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio con respecto a la situación previa.
- Humor depresivo la mayor parte del día, prácticamente todos los días, indicado por la impresión subjetiva del paciente (sentimientos de tristeza o vacío) u observaciones hechas por otros (parece lloroso).
- Disminución marcada del interés o el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, prácticamente todos los días.
- Pérdida significativa de peso en ausencia de dieta, o ganancia de peso o disminución o aumento del apetito prácticamente todos los días.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor prácticamente todos los días.
- Cansancio o pérdida de energía prácticamente todos los días.
- Sentimientos de desesperanza o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad de pensamiento o concentración o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas recurrentes de suicidio sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Además, estos síntomas deben:

- Provocar una enfermedad significativa o el deterioro de funciones sociales, laborales o de otras áreas importantes.
- No ser debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, medicamentos) o una enfermedad.
- No ser explicables por un sentimiento de duelo.

Consecuencias de la depresión en el anciano:

- Deprivación social
- Soledad
- Baja calidad de vida
- Incremento del uso de los servicios de salud
- Deterioro cognitivo
- Deterioro de la realización de las tareas diarias
- Alto riesgo de depresión crónica
- Alto riesgo de suicidio

### **6.2.3 Tratamiento**

- Tratar cualquier padecimiento que pueda estar causando los síntomas.
- Suspender cualquier medicamento que pueda estar empeorando los síntomas.
- Evitar el alcohol y los somníferos.
- Si estas medidas no sirven, los antidepresivos y la psicoterapia ayudan.

Los médicos generalmente prescriben dosis más bajas de antidepresivos para las personas mayores e incrementan la dosis en forma más lenta que en los adultos más jóvenes.

Para manejar mejor la depresión en el hogar, los ancianos deben:

- Hacer ejercicio regularmente si el médico lo autoriza.
- Rodearse de personas cariñosas y positivas, al igual que buscar actividades agradables.
- Aprender buenos hábitos de sueño.
- Aprender a vigilar los signos tempranos de depresión y saber cómo reaccionar si esto sucede.
- Beber menos alcohol y evitar las drogas ilícitas.
- Hablar de sus sentimientos con alguien de confianza.
- Tomar los medicamentos correctamente y hablar de los efectos secundarios con el médico.

### **Expectativas (pronóstico)**

La depresión con frecuencia responde al tratamiento. El pronóstico generalmente es bueno para aquellas personas que tengan acceso a servicios sociales, familiares y amigos que puedan ayudarlos a mantenerse activos y ocupados.

La complicación más preocupante de la depresión es el suicidio.

Los hombres representan la mayoría de los suicidios entre las personas mayores. Los divorciados o viudos están en mayor riesgo.

Las familias deben prestar mucha atención a familiares mayores que estén deprimidos y vivan solos. (22)

## **6.3 El Sufrimiento de la Depresión**

El sufrimiento de la depresión es una vivencia, mezcla de tristeza, de amargura, de culpas que se confunden con remordimientos, de angustias, de desolación, de pena, de soledad, de sensación de total incompreensión, de congoja, de rabia muy profunda, de continua frustración. De desesperanza, de apatía, de sentimientos de incapacidad, inutilidad, y de baja o nula autoestima junto con una incapacidad para gozar.



### **Características médicas:**

El deprimido sufre por una pérdida de energía y de peso ya que se queda sin antojos y sin apetito, no duerme, o lo hace en demasía; siente una disminución de sus funciones intestinales; las curvas de actividad y temperatura y varios ritmos endocrinos y metabólicos, es decir, el famoso ritmo cardiaco, son anormales: hay cambios de actividad, energía y estado de ánimo. Padece de dolor físico y de fatiga y de una sensación de presión en la cabeza y en el pecho, con sensaciones de ansiedad y tensión y además pueden presentarse confusiones, sobre todo en los ancianos.

### **Características clínicas de la depresión:**

- Estado de Ánimo: tristeza, insatisfacción, abatimiento y llanto. Tal vez la característica principal sea la anhedonia (dificultad para sentir placer o gozo).
- Pensamiento: su principal característica es el pesimismo, terribles culpas que el deprimido compra fácilmente autoacusaciones, pérdida de interés respecto a lo que antes le importaba y de motivaciones para poder desear o actuar, disminución de la eficacia y la concentración. Negará éxitos y habilidades, sintiéndose incompetente, sabiendo que no es digno de que se le tenga confianza.
- Conducta y Aspecto: negligencia en cuanto al arreglo personal, retardo psicomotor, o su agitación. Al deprimido le cuesta un enorme esfuerzo levantarse, bañarse, vestirse y arreglarse. Su rostro triste e insatisfecho, con una actitud decaída y una postura derrotada. Si sonríe, su sonrisa será melancólica.

### **Síntomas somáticos:**

Pierde el apetito con la consiguiente baja de peso, insomnio, agotamiento, desesperación y sufrimiento mental. Dolores físicos, cefaleas, neuralgias, resequedad de boca, opresión en el pecho que puede provocar la angustia de llegar a tener una cardiopatía, dificultad para engullir. Rasgos de ansiedad: sufre tensiones y temores vagos e inespecíficos. Sufre preocupaciones por todo. Hay quienes padecen temblores y sudoraciones asociados con estados de ansiedad. (23)

Se sabe que alrededor del 15% de las personas mayores de 65 años presentaron episodios de depresión en algún momento, también señala que los síntomas tienen a cronificarse con mayor frecuencia que en los jóvenes. Se destaca que al menos 25% de los participantes refirieron sentimientos de tristeza y melancolía en las últimas dos semanas y alrededor del 20% ha experimentado ideas persistentes de muerte en el mismo período.

## CAPITULO 7: EL DUELO EN EL ANCIANO



La pérdida de los seres queridos y amigos, son acontecimientos universales, impregnados de dolor y sufrimiento y el grupo de población más afectado es el de los adultos mayores, los ancianos.

La vejez se asocia a numerosos cambios, la pérdida de las funciones físicas y la agudeza sensorial, la jubilación, la inseguridad financiera y los cambios en la organización de la vida son una amenaza para el más sano y feliz de los ancianos.

El duelo es un conjunto de reacciones emocionales, un método de solucionar las pérdidas y de curación y recuperación: es una reacción de las personas que rodean a la persona afectada y que les determina.

## 7.1 Propósitos del duelo:

- Permite al individuo superar los sentimientos de angustia, desesperanza y vacío que genera la pérdida.
- Ofrece una vía socialmente aceptable para obtener apoyo físico y emocional.
- Sirve para apreciar la pérdida en su justa medida y a observarla desde una perspectiva más amplia.
- Por último, aprender a aceptarla y a vivir con ella.

## 7.2 Proceso del Duelo

El ser humano debe pasar por este proceso para poder superar la pérdida. Las personas experimentan el duelo de manera individual, pero este proceso es similar en todas ellas. La teoría Integradora del Duelo propuesta por Catherine M. Sanders (1989) especifica las cinco fases del proceso de duelo.

### Fases del Duelo:

#### **1ª. Fase: Shock**

Se produce si la pérdida es súbita e inesperada, como si es anticipada. Las características son: incredulidad, negación, desvalimiento y estado de alarma (no puede ser, estos soñando, no ha ocurrido nada).

Las manifestaciones que aparecen pueden ser: astenia, anorexia, pérdida de fuerza muscular, lamentos, temblor incontrolado, respuesta sobresaltada, alteración del sueño, funcionar como un autómatas, egocentrismo, distanciamiento psicológico.

#### **2ª. Fase: Conciencia de la pérdida, búsqueda de la figura perdida**

El individuo en duelo, se queda con el dolor agudo de la pérdida. Las características que predominan son: ansiedad de separación, conflictos, exteriorización de estrés prolongado.

Las manifestaciones que pueden existir son: sentimientos de culpa, cólera y protesta hacia los “responsables” de la muerte, anhelo, llanto, frustración, vergüenza,

hipersensibilidad, sueños, incredulidad, negación, buscar y sentir la presencia de la persona perdida: verlo, soñar y hablar con él.

### **3ª. Fase: Conservación y retiro: Depresión, Desesperanza reversible**

Comienza a percatarse de que la persona perdida no volverá. El individuo afligido se desmorona y se vuelve desorganizado, depresivo e incapaz de realizar las tareas cotidianas. Las características de esta etapa son: retiro, desesperación, apoyo social disminuido y desvalimiento.

Las manifestaciones específicas que se pueden observar son: debilidad, fatiga, abatimiento, tristeza, llanto, culpabilidad, impotencia, sistema inmune debilitado, revisión obsesiva. Puede parecerse a la depresión clínica.

Al final de esta fase se produce una elección, seguir hacia delante, continuar como está o morir. Puede intentar posponer la superación de la pérdida ignorándola o sentir que no merece la pena vivir y plantearse o intentar el suicidio.

### **4ª. Fase: Aceptación. Reorganización. Recuperación**

Se produce un ajuste en el entorno en el que falta la persona, se orienta en el futuro y recuerda al fallecido sin sobrecogerse por la tristeza, requiere al menos un año. Restituye a la persona fallecida y sigue con la vida, los individuos en duelo concentran sus energías en vivir sin el objeto perdido.

Las características generales serían: tareas de asumir el control, reestructurar la propia identidad.

Las manifestaciones específicas que se destacan son: el aumento de la energía, recuperación del sueño y del sistema inmune, perdón, olvido, búsqueda de significado, esperanza.

La pérdida es una realidad, de manera que vuelcan sus sentimientos a los demás y frecuentan las relaciones que aún les quedan para llenar el vacío creado por la pérdida.

### **5ª. Fase: Renovación**

El doliente alcanza un nivel nuevo y más elevado de función. Las características generales incluyen una autoconciencia nueva, aceptación de responsabilidades y aprender a vivir sin el difunto.

Las manifestaciones específicas se objetivan en una revitalización, estabilización funcional, preocupación por las necesidades físicas, vivir para uno mismo, soledad y apertura.

La vida no volverá a ser la misma, pero una nueva apreciación e interés en las actividades actuales sustituyen al duelo gradualmente. La persona se ha curado y está capacitada para continuar.

## **7.3 Duelo Patológico**

El duelo no resuelto, duelo disfuncional y aflicción complicada son términos utilizados para describir las reacciones de duelo patológico o ineficaz.

La relación con la persona fallecida, la forma de morir, la personalidad y antecedentes del doliente, la edad del fallecido y del doliente y los factores sociales pueden desencadenar un duelo patológico.

Los criterios del duelo patológico son el tiempo prolongado que duran los procesos defensivos: la negación, los sentimientos de culpa muy intensos, la desesperanza irreversible y los síntomas de desapego con respecto a la vida, la relación social o el disfrute.

## **7.4 Factores de Duelo**

En el proceso de adaptación de una persona a una nueva situación, ésta sufre una serie de cambios y transformaciones tanto conductuales como personales, los siguientes son factores que pueden influir en el duelo hasta hacerse patológico:

**Fisiopatológicos:** minusvalías, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artritis reumatoide...), enfermedades terminales, diálisis, colostomías, IAM, dolor crónico, traumatismos.

**Situacionales:** cambios vitales masivos cuya magnitud sobrepasa la capacidad de la persona para poder solucionarlos, falta de una familia u otros sistemas de soporte social bien estructurado, cambios no deseados, inesperados o prematuros y para los que no ha existido preparación anticipada o esta ha sido inadecuada.

**Individuales:** Bajo nivel socioeconómico, jubilación, que viva solo, baja autoestima.

**Pérdidas Simbólicas:** sueños, esperanza, proyectos de vida, expectativas de trabajo, amistad.

**La viudedad en el anciano:** es la causa de duelo más usual en los ancianos. Esta situación afecta sobre todo a las mujeres por su mayor longevidad, porque suelen ser más jóvenes que los maridos. Perder al cónyuge es particularmente traumático y unas de las experiencias más estresantes de la vida, especialmente si han dependido mucho el uno del otro.

Algunas personas mayores dependen de sus cónyuges de un modo muy especial, sobre todo los enfermos crónicos, ya que parece casi imposible adaptarse a vivir sin su ayuda. Y si además los hijos y otros familiares viven lejos, al que acaba de enviudar le queda poca elección: ir a vivir con los hijos o ir a una institución como una clínica geriátrica.

Por lo tanto, la muerte del cónyuge lleva un dolor que se debe a diversas causas: se deben abandonar los planes, objetivos y sueños; y se pierden los bienes materiales, así como el entorno familiar cuando la persona viuda se ve forzada a abandonar su casa.

La forma en que cada ser humano afronta una pérdida, en este caso el anciano, es única e individual. Los mecanismos de respuesta pueden ser eficaces y tener como consecuencia el crecimiento y la curación, o también inadecuados y originar angustia, depresión u otros problemas mentales.

Se puede ayudar a los pacientes a superar con éxito las pérdidas y duelos de la vida por medio de la estimulación de niveles de respuesta eficaces y de apoyo físico y emocional.

(24)

## CAPITULO 8: TODOS SEREMOS ANCIANOS



Nuestros viejos, los más hermosos seres quienes al igual que los niños, necesitan tanto de nosotros, pero son muchos los detalles que se desvanecen por insensibilidad y descuido, sin tomar en consideración las alteraciones que sufren por el viejo amigo tiempo. Son tan completos, con todo un cúmulo de experiencias, sabiduría, logros, historias, valores y amores... tienen todo cuanto necesitan para compartir con sus seres queridos, pero la mayoría de las veces son ignorados por nosotros, los que somos sus hijos, sus nietos... sus amigos.

¿Cuántas veces los hemos arrojado lentamente a un rincón donde ya no podrá hablar, ni opinar?, pues si emite su opinión será censurado y en muchos casos maltratado por la familia. Se quedan solitarios recordando esos viejos momentos que vivieron cuando eran importantes y necesarios en la casa, cuando podían sonreír por las travesuras que sus niños hicieran en el parque o en la escuela; todo un conjunto de actividades que ya no pueden desarrollar porque sus cuerpos ya no responden como antes. Lejos y ensimismados algunos no soportan su realidad y llegan a tomar medidas tan extremas como el suicidio. Recuerdas cuando eras niño y decías que tus padres no te querían.



Ya su tiempo está declinando, los granos de arena ya fueron casi por completo consumidos por el reloj... el viento se acerca más y más para romper el cristal del reloj y ya no habrá momento para volver atrás, para decirles lo mucho que les necesitamos, que los amamos y agradecemos todo cuanto han podido hacer por nosotros... y se irán con ese vacío de soledad.

La longevidad (*vejez*) ocasiona arrugas, el cabello de encanece, aumentan los dolores de los huesos, temblor, pérdida de la visión y del oído, pérdida de la memoria inmediata y capacidades intelectuales, sentimientos de inutilidad, pérdida de la autoestima, aparece el estado de infelicidad, ensimismamiento, síndrome depresivo, sentimientos de inutilidad, frustración, pesimismo, se tornan exigentes y con una sobredosis de angustia y "resonjo", la expresión facial se modifica, descienden los tejidos del cuello, se pierde el vello, se alteran las tallas y posturas, disminuye la fuerza y tonicidad muscular, menopausia en el sexo femenino, se reduce y tiende a desaparecer la erección y eyaculación en el sexo masculino (andropausia)... pierden afectivamente a sus familiares, compañeros, amigos, la sociabilidad se degrada... todo lo han perdido.

Nuestra forma de tratarlos no les ayuda a superar sus carencias, por el contrario se acentúa su soledad y abandono. Los arrojamos en geriátricos y en otras fundaciones donde jamás lograrán reemplazar nuestra participación en el proceso de terapia, en estos hogares de cuidado diario se trata de equilibrar el espíritu del anciano, estimulándolo, dándole un poco de amor, de atención médica y psicológica, pero esto no es suficiente, porque muchos de ellos son llevados a estos centros y abandonados allí como un mueble viejo que jamás volvemos a visitar.

El calor del hogar fortalece el espíritu, compartir con los seres más importantes y ser comprendidos por ellos, estimula para sentir que todavía nos necesitan. Pero si ellos no aceptan pensar, hablar y opinar como la familia lo necesita son maltratados. Ellos necesitan más **amor**, mayor **comunicación** y ser estimulados a intentarlo una vez más, cuando se tropiezan y caen.

No se imagina uno lo que puede ser la soledad de la vejez, hasta que ella empieza a aparecer día a día ante nuestros ojos, en el rostro lleno de arrugas del anciano que pasa sus días esperando la llegada de un hermano que jamás vendrá a visitarlo, o en el silencio de

una anciana que reza por unos hijos que no han vuelto a preguntar por ella, o cuando no hay respuesta para la anciana que, desde su silla de ruedas, pregunta: ¿qué me va a mandar, doctora, para que se me quite la tristeza?.

No se entiende bien la realidad de aquel verso de Gustavo Adolfo Bécquer: "*Dios mío, ¡qué solos se quedan los muertos!*", hasta que no se asiste a la muerte de un anciano en un Geriátrico: la urna estará solitaria en la capilla, a veces alguien del personal traerá flores, alguna anciana rezará el rosario y los demás se acercarán solo un momento, porque la idea de la muerte es siempre una sombra que ronda por sus vidas; rara vez habrá un familiar que llore, que acompañe al viejo hasta el cementerio o que alguna vez le lleve flores..."

"No pensamos jamás que llegada la vejez, podríamos también terminar nuestros días viviendo y muriendo en un Geriátrico. No lo pensamos, como tampoco nunca lo pensaron los ancianos que hoy viven en la Unidad Geriátrica de Coro.

La vida en un geriátrico no es fácil y pensar que en nuestro país mueren cantidades de ancianos por desatención, por falta de recursos económicos y por falta de amor.

Nosotros los que estamos afuera, pensamos que nuestros problemas son una gran catástrofe, pero no imaginamos lo que podría estar pasando en la mente de esos hermosos ancianos.

¿Por qué no luchamos por un mejor mañana para ellos?, estoy segura que buscando una mejor calidad de vida para ellos, nosotros también seremos beneficiados, y es muy simple amigo mío, todos seremos ancianos.

Entonces no podemos esperar, cuando nuestros ancianitos se mueren de hambre y soledad. El país somos todos y solo basta una semilla que podamos juntos aportar con constancia y responsabilidad.

¿Deberíamos gritarles cuando dos veces nos hagan la misma pregunta?

¿Deberíamos hacernos los sordos cuando nos reclamen o aconsejen?

¿Deberíamos implantarles una personalidad que solo responda a nuestras propias conveniencias?

¿Deberían cuidar niños y encargarse de toda la responsabilidad de un hogar, mientras que trabajamos, paseamos o bailamos?

¿Será necesario internarlos en geriátricos?

¿Porque no los estimulamos a intentarlo a una vez más?

¿Porque no les demuestras que pueden contar contigo, así como cuando niño tú podías contar con ellos, en las buenas y en las malas...?

¿Debes sentir vergüenza cuando camines con ellos en las calles... frente a tus amigos?

¿Porque se enrolla tanto la gente para expresar el amor a nuestros seres queridos, si al final de tu vida, también tú serás un anciano y de igual forma, la muerte estará cerca de ti?

¿Acaso no te has dado cuenta que solo cuando muere la gente tú te dispones a decirle cuánto les has querido y cuánto los necesitas...?

Vive el amor siendo diferente a la humanidad enferma de soledad, vive en la plena libertad que te brinda el amor... vive y lucha por un mejor amanecer, vive el presente a plenitud, porque de verdad ni tu ni yo sabemos cuándo vendrá el espíritu de la muerte... se romperá el cristal del reloj... y los granos de arena se regarán en el suelo, marchitándose la flor y solo quedará el silencio y tu espíritu volando libre, al fin, como una golondrina.

Nunca hagas lo que no te gustaría que te hicieran, tu algún día **también serás un anciano...** de ti depende si la historia no se repite...

Que Dios nos ayude a sembrar amor en el corazón de nuestros ancianos, porque todo el esfuerzo que podamos aportar para ayudar es valioso, no te resistas a luchar y seguir viviendo. Ellos merecen todo cuanto necesitan, porque vale la pena amar a nuestros Ancianos... (25)

# **CAPITULO 9: EL FINAL DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, LA MUERTE.**

## **9.1 Trayectoria de la Muerte.**

Las personas somos seres físicos y psicosociales. Por consiguiente, si pretendemos tratar sobre una trayectoria de la muerte, o sobre el proceso que uno sigue hasta la muerte, debemos incluir no sólo una descripción de la muerte del cuerpo físico, sino también de la muerte de la persona. Aristóteles describió la muerte en la edad avanzada como un agotamiento: "Finalmente, cuando el movimiento ya no es posible, cesa el aliento y llega la muerte" (Hutchins, 1952).

Los seres humanos estamos constituidos por muchas células. Algunas de estas células pueden regenerarse por sí solas, pero otras no. Algunos órganos pueden continuar funcionando después de que otros hayan cesado de funcionar. Algunos sistemas deben funcionar para que una persona siga con vida, mientras que otros no son esenciales. Ha surgido una pregunta perpleja que está aún sin contestar: ¿envejecen las personas porque se desgastan sus sistemas, o se desgastan los sistemas porque las personas envejecen?

Desde comienzos del siglo XIX los signos que tradicionalmente se han asociado a la muerte han sido la ausencia de latido cardíaco, la ausencia de respiración, que se manifiesta cuando las extremidades, la boca y los labios se vuelven morados, y una falta de reflejos en las pupilas de los ojos. Con los avances experimentados en la tecnología médica, estos signos se han vuelto difíciles de determinar. Los respiradores, las unidades de reanimación cardíaca y los dializadores pueden mantener estas funciones vitales con poca o ninguna actividad cerebral.

Emplear el criterio de muerte cerebral para determinar la muerte de una persona resulta especialmente controvertido. El electroencefalograma registra la actividad eléctrica del cerebro. Aunque el cerebro contenga el centro de la conciencia, puede estar destruido, mientras que el corazón y los pulmones pueden seguir funcionando

todavía. Consiguientemente, si se acepta la muerte cerebral como el criterio para determinar la muerte de una persona, se realiza un juicio basado en el valor de la capacidad que tiene el ser humano para pensar, razonar, sentir y relacionarse con los demás. El conflicto surge cuando el cerebro de una persona muestra poca o ninguna actividad eléctrica, pero el corazón y los pulmones continúan funcionando, especialmente con la ayuda de máquinas.

Muchas personas mayores de nuestra sociedad comienzan una muerte psicosocial mucho tiempo antes de que el cuerpo desarrolle enfermedades físicas. Según la teoría del envejecimiento propuesta por Cummings y Henry (1961), las personas mayores se van desligando progresivamente de su entorno y se van retrayendo de modo paulatino en un estado de aislamiento. Las enfermedades crónicas causan un trastorno en las relaciones sociales, ya que alteran la movilidad, el discurso y la facultad auditiva, entre otros problemas. En la fase final de la vida, los ancianos pueden optar por aislarse de los demás.

Con frecuencia limitan las visitas a una o dos personas de la familia o de amigos muy íntimos. Además, las personas mayores son particularmente propensas a este tipo de comportamientos cuando una enfermedad de larga duración ha producido cambios drásticos en su aspecto físico. Muchas personas mayores se han separado de la familia y de los amigos, y no desean restablecer estas relaciones. Scanlon (1989) ha indicado que el aislamiento del entorno y de las relaciones con los demás es una característica normal en la adaptación de una persona que se está muriendo y no un reflejo de la pérdida de cariño.

Un paciente que estaba a punto de morir a causa de un melanoma tenía una hija a la que no había visto y con la que no había tenido ningún contacto durante varios años. Cuando vino a verlo, reaccionó con ella de un modo grosero y enfadado, y su hija ya no volvió más. Algunos días después, mientras hablaba con una enfermera, el paciente intentó explicar su comportamiento. Dijo: "No, no quiero volver a verla o hablar con ella otra vez. Ese dolor ya se acabó. ¿Por qué revivirlo ahora?" Murió una semana más tarde, solo, como él lo había decidido.

También se debe tener en cuenta la segregación social que tiene lugar en una residencia de ancianos. Generalmente, cuanto más discapacitada se vuelve una persona, más se la segrega de los residentes que presentan un estado físico y mental dentro de la normalidad. Watson y Maxwell (1977) han señalado que un aislamiento a nivel social y un

retraimiento progresivo de los demás puede ser tan pernicioso para la mente y las emociones de un paciente como el deterioro biológico irreversible lo es para el cuerpo. La voluntad de vivir es más importante que cualquier medicación. Por consiguiente, el grado de relación social que puede ser terapéutico para la persona que se está muriendo varía considerablemente a nivel individual.

Algunos pacientes afrontan la experiencia de la muerte con una fuerte confianza en su fe religiosa. En ocasiones este férreo sentimiento religioso proporciona la paz y la firmeza necesarias para afrontar la muerte. Pero otras veces, esta fe sólo aviva los sentimientos de culpabilidad en relación a experiencias del pasado, y no crea sino miedo y ansiedad. Carey (1975) realizó un estudio en que medía la adaptación emocional en ochenta y ocho pacientes en fase terminal. Cincuenta y seis de ellos superaban los 50 años de edad. Advirtió que las personas intrínsecamente religiosas (aquellas que intentaban incorporar las creencias espirituales en su estilo de vida) mostraban una mayor fortaleza para afrontar el poco tiempo de vida que les quedaba.

Muchas personas mayores de nuestra sociedad pertenecen de algún modo a un grupo religioso. Es importante determinar la fe religiosa del paciente en fase terminal. Por lo general, el paciente compartirá sus creencias con el personal que le asista, pero en otras ocasiones será necesario preguntar esta información. A menudo, la visita de un pastor, de un sacerdote, de un rabino, o de un amigo religioso puede ser de gran ayuda.

Estas personas pueden rezar con los pacientes, así como leerles la Sagrada Escritura. A estos pacientes les suele resultar más fácil expresar sus preocupaciones espirituales a alguien que comparte su misma fe religiosa.

Aunque el pastor, el sacerdote y el rabino se encuentren más calificados para facilitar ese apoyo espiritual, leer las Escrituras, y rezar con ellos por la noche puede proporcionarles la tranquilidad y el alivio que las medicaciones no les pueden proporcionar.

Sin embargo, no se debe asumir que todos los pacientes en este estado precisan de un apoyo espiritual. A algunas personas incluso se les puede ofender, si les pregunta en relación a sus preferencias religiosas. Para algunos pacientes, el hecho de llamar al pastor les supone la certeza de una muerte inminente, y esta convicción les puede crear hostilidad y ansiedad.

De esta breve consideración se desprende de una forma evidente que la trayectoria de la muerte es individual. No parece haber ningún modelo, y se puede predecir muy poco. El hecho de morir es una experiencia difícil, ya que morir implica dejar de vivir. La muerte es el fin inevitable de la vida y, sin embargo, algo que todos debemos afrontar. Sobre todo, un derecho fundamental del ser humano es tener una muerte que esté de acuerdo con sus valores individuales.

## **9.2 Lo que se puede sentir al morir.**

Moody (1975) realizó un estudio extensivo entre personas a quienes se les ha devuelto a la vida a través de la resucitación. De un análisis de las descripciones que estos pacientes, se pueden predecir varios aspectos en torno a la experiencia de la misma. La facultad de oír parece estar aún presente después de que la respiración y el latido hayan cesado. Las voces pueden parecer lejanas, pero el paciente probablemente las oiga y las entienda. Algunas personas indicaron que habían oído al médico cuando certificaba la defunción.

La mayoría de los pacientes en el estudio de Moody manifestaron haber experimentado sensaciones placenteras. Parecían sentir paz y tranquilidad. Había una diversidad de referencias con respecto a la oscuridad y a la luz, y experiencias visuales. Algunas personas fueron capaces de ver sus propios cuerpos y lo que les estaba ocurriendo. Otras personas parecían regresar a diferentes épocas de la vida, o presenciar rápidos flashbacks de experiencias del pasado. Al principio no querían abandonar los cuerpos, pero una vez que experimentaron esas sensaciones placenteras, no querían volver a sus cuerpos. Uno de los pacientes de este autor, a punto de morir a causa de un fallo renal, pidió a su familia que no rezase para que siguiese con vida, ya que había estado lo suficientemente cerca de la muerte para saber que era mejor que la vida.

### 9.3 Actitudes de los mayores ante la muerte.

La persona mayor está preparada para la muerte sólo porque puede predecirse que la vida está aproximándose a su fin. Sin embargo, una adaptación emocional a un diagnóstico terminal puede ser tan difícil de aceptar como lo sería en el caso de una persona de 20 años. Muchos ancianos que viven en residencias creen que la muerte es el único futuro que les queda. Las personas mayores tienden a fijarse objetivos a corto plazo, y a adoptar una filosofía de la vida que consiste en vivir el día a día.

#### Actitudes de los ancianos ante la muerte.

- **Actitud de indiferencia:** “era normal que un día sucediera...”, “a todos nos toca”, “yo ya soy demasiado viejo”, etc.

- **Actitud de temor:** quizá no tan ligada a la muerte como a todo aquello que la precede (temor al dolor, al sufrimiento inútil, etc.)

- **Actitud de descanso:** experimentando por personas que han sufrido mucho en su vida o que padecen una enfermedad crónica.

- **Actitud de serenidad:** el anciano tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás. (26,27)

En la vejez, se revisa la propia vida y tal vez se sienta satisfecho de que valió la pena, o trate de reparar fracasos anteriores.

Ahora se teme menos a la muerte. En el caso de una salud deteriorada o una enfermedad crónica, la muerte se puede ver como una bendición. Si la vida ha sido decepcionante, la muerte puede ser menos aceptable, quizás aún se desee resolver algunos problemas de la propia vida.

La vejez y la jubilación pueden ser la época más placentera de la vida, llena de paz, felicidad y satisfacción. En esos casos, la muerte se acepta ya como una parte natural del ciclo de la vida.



La mayoría de las personas ancianas que temen realmente a la muerte, aún no han alcanzado la paz consigo mismos. Cuando una vida ha sido gratificante y ha tenido un impacto en los demás, la luz de esta vida puede alcanzar la cumbre de su luminosidad, después fluctuar y, como una estrella fugaz, cruzar el cielo en una llamarada final de gloria. (28)

A muchas personas mayores les preocupa la carga que pueden representar para su familia, especialmente para el cónyuge anciano. Algunos mayores optan por ir a vivir a un asilo de ancianos, pues consideran que vivir con los hijos resulta destructivo para la familia.

Esberger (1980) ha realizado una compilación importante de lo que se ha escrito en torno a las actitudes de los ancianos ante la muerte. Esta compilación ha puesto de manifiesto que las personas mayores están más familiarizadas con la muerte, con los funerales y con los comentarios que las personas más jóvenes. También es más probable que hayan realizado preparativos con respecto a su propia muerte. Puede que incluso deseen la muerte si sus vidas adolecen de la falta de afecto y de interrelación personal.

Además, los mayores se aferran con más fuerza a la tradición religiosa, y es más probable que crean en la vida después de la muerte más que las personas jóvenes. Oberst, Thomas, Goss y Ward (1989) advirtieron que los cuidadores de edad avanzada presentaban una mayor aceptación de la muerte y estaban más preparados a tratar positivamente con las exigencias que ésta les imponía.

Cualquiera que afronte la muerte experimenta algún tipo de miedo. Williams-Ziegler (1984) ha distinguido las tres causas principales de miedo: el miedo al dolor, el miedo a la soledad y el miedo al sin sentido.

## **9.4 Miedo al dolor**

El miedo al dolor es universal. El dolor en la persona mayor es de algún modo diferente. Según Woodrow, et al (1975), la tolerancia al dolor, medida por la presión en el tendón de Aquiles, disminuye a medida que aumenta la edad. Sin embargo, otros han advertido que a medida que las personas envejecen, su tolerancia al dolor en respuesta a los estímulos periféricos o de la piel en realidad aumenta.

El dolor es subjetivo y causa temor, bien sea real o imaginado. El alivio del dolor es un objetivo primario en la asistencia de los pacientes en fase terminal. Herr y Mobily (1991) advierten que los pacientes mayores pueden negar el dolor, bien porque no quieran admitir que su estado está empeorando, o porque no quieran parecer débiles ante los demás.

A medida que el paciente se aproxima a la muerte, la necesidad de narcóticos puede disminuir y podrá dormir durante largos períodos de tiempo. No se debe asumir que estos pacientes no tengan dolor sólo porque no se quejen. Pueden estar sufriendo considerablemente, pero encontrarse demasiado débiles para solicitar que se les suministre medicación.

Un fallo cardiorrespiratorio puede causar una respiración lenta e irregular. Se les puede administrar narcóticos para prevenir el sufrimiento, incluso cuando exista un índice respiratorio bajo, si la muerte resulta inminente. Carey (1975) ha descubierto que el grado de desasosiego que experimenta el paciente en fase terminal se asocia negativamente con la capacidad del paciente para afrontar su esperanza limitada de vida. En otro estudio, Dobratz, et al (1991) han demostrado que el 66 % de los sujetos tenía un dolor ascendente hasta el momento de la muerte. Este dolor exigía que se les suministrase cada vez dosis mayores de opiáceos.

## **9.5 Miedo a la soledad**

El miedo a la soledad se ve intensificado en el caso de los ancianos que mueren internos en una institución. Pueden demostrar este miedo en muchos aspectos. Algunos pacientes solicitan de un modo constante la atención del personal de enfermería. Aunque sean capaces de desempeñar muchas funciones por sí mismo, simplemente buscan la seguridad de saber que alguien está a su lado. Algunos pacientes expresan su soledad volviéndose hostiles con el personal de enfermería o con la familia.

El acto de morir es una experiencia individual. Cada uno de nosotros debemos afrontarla solos. La relación con otras personas que estén sanas puede ayudar a que se disipe el miedo ante el hecho de morir. Aunque también nos recuerde todo lo que dejamos atrás.

Algunas personas desean relacionarse con los demás para olvidar sus temores, mientras que otras lo evitan para reducir la angustia. Una vez más, cada persona adopta una actitud individual ante la muerte.

## **9.6 Miedo al sin sentido**

El miedo de que la vida haya carecido de sentido se manifiesta más en las personas mayores. Si los ancianos obtienen pocos logros y consideran su vida actual improductiva, puede que rememoren continuamente experiencias del pasado que justifiquen su independencia y capacidad productiva. Los ancianos que están en el trance de morir pueden pasar muchas de sus últimas horas rememorando el pasado. Butler (1974) señaló que esta revisión de la vida responde a un deseo de reconciliar el pasado con el presente, de modo que la vida pueda seguir evolucionando y cambiando hasta el final. Indicó que este proceso mental permite al anciano adaptarse a las nuevas circunstancias de la fase final de la vida. Para la persona a punto de morir, esta revisión de la vida la ayuda a reconciliarse con los conflictos y fracasos del pasado y le otorga un sentido a su vida. Además, recordar el pasado puede proporcionar simplemente una sensación placentera. Un recuerdo agradable puede servir de tranquilizante y, a su vez, aliviar la tensión y la angustia.

## **9.7 Lugar de la Muerte.**

Si se pudiera elegir el lugar donde vamos a morir, la mayoría elegiríamos probablemente nuestro propio hogar. Según demostró una encuesta sin publicar realizada en 1975, de un total de 150 enfermeros, el 60% contestaron que preferirían morir en casa. Sin embargo, muchos pacientes no tienen elección. Pueden encontrarse en coma y precisar cuidados que no se les pueden suministrar en casa. Stein, et al. (1982), en un estudio realizado con personas ancianas de Miami, advirtió que el 35 % vivían solas, y no contaban con la ayuda de nadie.

Existen ventajas e inconvenientes a la hora de morir en casa, en un hospital o en una residencia de ancianos.

### 9.7.1 Muerte en casa

La mayoría de las personas quieren morir en casa, ya que creen que serán capaces de controlar el trance hacia la muerte. Probablemente una de las consideraciones que más influya a la hora de decidir morir en la propia casa es de índole económica. Debido al considerable aumento en el costo de la asistencia hospitalaria, la tendencia a morir en casa ha experimentado más auge. Además, se cuenta con la ventaja de encontrarse en el entorno familiar y disponer de los propios objetos personales. Otra ventaja importante de morir en casa es la oportunidad de estar acompañado de la familia. Lo cual cobra una importancia especial en el caso de los mayores que desean tener a su lado a los nietos y tataranietos.



Si a un paciente se le permite acabar su vida en el ambiente familiar y querido, no necesita tanta adaptación.

Su familia le conoce lo suficiente como para sustituir un sedante por un vaso de su vino favorito; o el olor de una sopa casera que pueda despertarle el apetito para sorber unas cucharadas de líquido, creo que es más agradable que una infusión. (29)

Los inconvenientes de morir en casa son también considerables. A menudo esta carga supone un problema para la familia. Puede que los ancianos no quieran interferir en la vida familiar de sus hijos. Algunas personas mayores no creen que su cónyuge pueda asumir la responsabilidad del cuidado continuo que precisan. Además, al ser mayores pueden presentar enfermedades crónicas, o limitaciones físicas, que les impidan ocuparse de la asistencia del cónyuge que está a punto de morir.

Fengler y Goodrich (1979) describieron al anciano que atiende a su cónyuge como "el paciente oculto". Thompson, Breckeridge y Gallagher (1984) encontraron un empeoramiento de los problemas de salud de aquellas personas que habían asistido a sus cónyuges cuando agonizaban.

Una persona que decide morir en casa les está pidiendo a los seres queridos que asuman la responsabilidad de dejarles morir. Esta situación suele suponer una responsabilidad emocional tan importante que la familia se ve obligada a ingresar a la persona en el hospital cuando se encuentra ya en la fase agonizante. Es una petición devastadora solicitar de un ser querido que asuma la responsabilidad de dejarte morir.

### **9.7.2 Muerte en el hospital**

Son muchas las ventajas de morir en el hospital. Tanto los servicios como la disponibilidad de asistencia son factores importantes. Por otro lado, a muchas personas les da seguridad saber que existen el equipo y las técnicas necesarias para poder controlar muchos de los temidos síntomas que pueden aparecer.



También para la familia representa una ventaja verse aliviada de la responsabilidad que implica el cuidado de un enfermo. La principal ventaja de morir en el hospital es que la persona que atiende al enfermo comparte con la familia la responsabilidad de la muerte.

La familia puede estar segura de que se ha hecho todo lo posible por aliviar la agonía del ser querido.



Cuando un paciente llega a la sala de urgencias, se verá rodeado de diligentes enfermeras, practicantes, internos, residentes, quizás un técnico de laboratorio, que le extraerá un poco de sangre, un técnico de electrocardiogramas que le hará un electrocardiograma. Lenta, pero inexorablemente, está empezando a ser tratado como una cosa.

Ya no es una persona. A menudo, las decisiones se toman sin tener en cuenta su opinión. Puede que le lleven a la sala de operaciones o a la unidad de tratamiento intensivo, y se convertirá en objeto de gran interés y de una gran inversión financiera.



Puede pedir a gritos descanso, paz y dignidad pero sólo recibirá infusiones, transfusiones, un aparato para el corazón o la traqueotomía. Puede que quiera que una sola persona se detenga un solo minuto para poder hacerle una sola pregunta.... Pero se *encontrará* con una docena de personas pendientes del reloj, todas activamente preocupadas por su ritmo cardíaco, su pulso, su electrocardiograma o sus funciones pulmonares, pero no por él como ser humano. (29)

Morir en un hospital también presenta muchos inconvenientes. En la mayoría de los hospitales los pacientes no pueden comer, dormir o moverse a su gusto. Ven invadida su intimidad y se encuentran con ropa extraña en una cama extraña. Se ven sometidos a agujas, a tubos, a pruebas y a una medicación sin su consentimiento. Si se niegan a aceptarlo, se les considera poco dispuestos a colaborar y se les reprocha de modo verbal, y no verbal, como si fueran un niño.



Si la agonía dura mucho tiempo, morir en el hospital puede llegar a convertirse en un tremendo sacrificio económico para la familia. Esta situación se agrava en el caso del paciente anciano que vive de la pensión del retiro y presenta una enfermedad prolongada, que precisa de varias hospitalizaciones.

Al final, el cónyuge no sólo se queda sin medios económicos, sino que a menudo tendrá que pagar unas facturas médicas a las que es incapaz de hacer frente.

### **9.7.3 Muerte en los asilos de ancianos**



En la sociedad actual, muchas personas mayores terminan sus últimos días de vida internadas en un asilo de ancianos. La mayoría de los núcleos familiares son pequeños y en muchas ocasiones los dos adultos de la familia tienen que trabajar para poder mantener la casa económicamente. Por consiguiente, no existe una persona física que pueda asumir la continua responsabilidad que supone el cuidado de una persona mayor en casa.



En el caso de una agonía prolongada, los asilos de ancianos pueden constituir una alternativa, que perturbará en menor grado el núcleo familiar. Hoy en día, en muchos asilos de ancianos se anima a los residentes para que traigan sus objetos personales, y algunas incluso disponen de un mobiliario hogareño.

Los pacientes no se ven sometidos a múltiples tratamientos invasivos, pero cuentan con un personal experto que les atiende en las funciones diarias. Muchos asilos han empezado a facilitar un servicio de hospicio, con un personal de plantilla que asume parte de la asistencia del paciente terminal.



Los asilos de ancianos también tienen sus inconvenientes. Los pacientes que están agonizando se tienen que someter a un horario similar al de un hospital. Los mayores a menudo muestran prejuicios sobre el ingreso en un asilo. Una mayor necesidad de cuidados físicos en la fase de agonía supone una carga adicional a una plantilla de enfermería, por lo general sobrecargada de trabajo.

Con el fin de evitar que los demás residentes presencien la experiencia de la muerte, a la persona agonizante se la suele separar del resto de los residentes y, por tanto, se sentirá sola.

Los cuidados en un asilo, así como la hospitalización, resultan caros. Muchas personas mayores disponen de una cobertura de seguro limitada para sufragar los cuidados en un asilo. Con frecuencia, son los hijos o el cónyuge quienes deben asumir la carga económica adicional para que el familiar pueda recibir esta asistencia.

## 9.8 Muerte con Dignidad

Morimos porque estamos vivos y vivir cabalmente nos lleva a morir con serenidad, libres de ansiedad y de forma digna. “Morimos como hemos vivido, de modo que una buena muerte llega por medio de una buena vida”



Una muerte digna es no sólo una muerte sin sufrimiento, sino que tiene sentido y puede ayudarnos a encontrar el significado de la vida. La muerte será digna o indigna no tanto por la presencia de dolor o no, sino al corresponder con el decoro del individuo y si con ella alcanza el grado de perfección a que rendía su vida. La muerte será indigna cuando no permita al individuo perfeccionarse. La vida y la muerte son un continuo porque el sentido de una se prolonga en el de la otra. (30)

La televisión y el cine han mostrado la muerte simplemente como el acto en que se cierran los ojos y cesa la respiración. Desgraciadamente, éste es el único tipo de muerte que muchos han visto. En realidad, la muerte raramente ocurre de este modo. Muy pocas veces se encuentra una persona saludable y activa, y un minuto después aparece muerta.

La mayoría de la gente identifica la "muerte con dignidad" con una "muerte sin máquinas" (respiradores, monitores y fluidos por vía intravenosa). Sin embargo, la decisión de no emplear estos avances de la tecnología médica no asegura, en cualquier caso, una muerte de la misma calidad que la que vemos en la pantalla de la televisión.

En 1980, el 40 % de toda la asistencia directa de los hospitales fue administrada a personas que sobrepasaban los 65 años de edad. Para el año 2050 las personas mayores requerirán casi el 80 % de la asistencia hospitalaria (Oakley, 1986).

Más ancianos precisarán una atención compasiva y de apoyo cuando se enfrenten al trance de la muerte.

El concepto de "morir con dignidad" se emplea indiscriminadamente con pocos criterios específicos, y que resultan notoriamente imprecisos.

El 15 de diciembre de 1973, Science News (p. 375) informó de que la Asociación Médica Norteamericana había aprobado una resolución que permitía la retirada de las máquinas y del uso de grandes dosis de analgésicos con el permiso del paciente o de la familia.

Simns (1975) señaló que la muerte con dignidad requiere un entorno estable y cómodo, con la posibilidad de un alivio físico, psicológico y espiritual. Fayback (1975) señaló que la muerte con dignidad exige confortabilidad, un dolor mínimo, tranquilidad y la ausencia de medidas heroicas que prolonguen innecesariamente la vida. Cooper (1973) indicó que la muerte con dignidad debería depender de la tradición cultural.

En su conocido estudio, la doctora Kubler-Ross, et al (1975) identificaron cinco respuestas emocionales en los pacientes en fase terminal:

1. Shock y rechazo.
2. Ira.
3. Negociación.
4. Depresión.
5. Aceptación.

El rechazo puede ser una respuesta emocional de protección, ya que la persona es incapaz psicológicamente de aceptar la idea de su propia muerte. Por consiguiente, el personal de enfermería debe estar preparado para aceptar este rechazo del paciente, aunque sin secundarlo. La aceptación es la respuesta vista en los pacientes que han asumido la idea de que tienen una enfermedad terminal, aunque tal aceptación no implique perder la esperanza. De hecho, Kubler-Ross (1972) señaló que la esperanza es un componente esencial de una muerte con calidad. Pero, ¿puede alcanzar un paciente esta fase de aceptación y albergar todavía una esperanza?

Los pacientes mayores que muestran ira y resentimiento pueden ser clasificados como "pacientes problemáticos". No se puede esperar que los mayores presenten una aceptación pasiva de la muerte.

Un pastor que dispensaba consuelo y servicio espiritual a las personas agonizantes visitó a una anciana de 92 años que se encontraba casi inmobilizada por la artritis y postrada en cama en una residencia de ancianos. El pastor asumió que, como tenía 92 años y se encontraba en un estado físico tan delicado, probablemente querría hablar de la muerte, un tema para el que venía preparado como persona experta e interesada en esta experiencia.

A la primera mención del tema, la anciana se sentó recta en la cama y le dijo con una voz firme: "Escucha esto, Tom. Me llevaré la vida conmigo, sea como sea". Ese incidente le enseñó una lección sobre el significado de la muerte para una persona mayor.

## 9.9 Factores de interferencia y su control

Aunque el acto de morir sea una experiencia única y cada uno tenga sus preferencias personales, algunas veces existen factores inevitables que interfieren en una muerte digna.

- a) **El dolor:** Una muerte digna implica la ausencia de dolor físico.

Muchas personas mayores consideran que la necesidad de pedir analgésicos es un signo de debilidad y de dependencia, y que ser capaz de soportar el dolor es en sí una muestra de dignidad. Algunos ancianos que son conscientes de la pérdida de lucidez mental no quieren tomar medicación, ya que piensan que agravará aún más ese problema.

Para muchas personas el miedo a que la medicación les cause algún daño es peor que el dolor en sí. Austin, et al señalaron que el 50 % de los pacientes de su estudio no estaban de acuerdo con el uso de los analgésicos prescritos, a pesar de que estaban sufriendo un dolor intenso. Cuando se les preguntó la razón, las respuestas más comunes fueron: el miedo a la adicción y la pérdida de control.

Billings (1985) recomendó que la medicación contra el dolor debería administrarse siguiendo un horario puntual para mantener el nivel conveniente de analgésico en la sangre y, así, asegurar el alivio del dolor. También recomendó que se utilizase el calor, el frío, la hipnosis, la relajación, la técnica de imágenes guiadas y la bioautorregulación para ayudar a controlar el dolor.

Aunque en este estado la dependencia de la medicación no sea importante, se debe tener en cuenta si el paciente tolera la medicación. Cuanto más tiempo se tome una medicación, mayor será la dosis que se necesitará para aliviar el dolor. Muchos ancianos presentan una insuficiencia a la hora de metabolizar y expulsar los narcóticos. Por consiguiente, si se les administra dosis próximas en el tiempo pueden producirles un efecto acumulativo. Resulta interesante que Austin, et al (1986) también advirtieron que la mitad de los pacientes entre los 71 y 85 años manifestaron tener un dolor que era difícilmente controlado. Dobratz, Wade, Herbst y Ryndes (1991) han indicado que sólo el 23,3 % de sus pacientes precisaron continuas dosis de morfina subcutánea antes de morir. Al resto, el 76.7 %, se les trató por vía oral y rectal.

Es muy importante que el paciente sepa que los narcóticos están disponibles cuando los necesite. Los narcóticos orales son la medicación más habitual para el alivio del dolor en los pacientes terminales. La morfina en líquido se encuentra también disponible. Aunque después de un uso prolongado se puede reducir por debajo de los 30 mg. Es necesaria una observación constante para controlar el alivio del dolor, el estado mental y el estado respiratorio (Blues y Zerwekh, 1984).

En la fase terminal de la agonía, las personas frecuentemente entran en un estado semicomatoso, o de completa inconsciencia, de modo que la valoración del dolor resulta difícil. Existe una posibilidad real de que el estado semiconsciente sea producto de un uso excesivo de narcóticos. Por tanto, se ha de evitar este exceso.

La familia sólo puede afrontar la muerte del ser querido si está durmiendo en paz. Dicha actitud refleja que concebimos la muerte como un proceso en que nos dormimos para no volver a despertar.

**b) La pérdida del control.**

La cantidad de control que el paciente es capaz de mantener también contribuye a que sea una muerte con calidad. Igualmente, se le da importancia a poder tomar decisiones en relación al propio funeral. En un momento en que ocurren tantas cosas que no se pueden controlar, las personas agonizantes a menudo intentan tomar decisiones que conciernen a su asistencia, incluso aunque estén contraindicadas, para probarse a sí mismas que todavía tienen algún control.

Debido a que las instituciones son centros tan estructurados, muchas personas deciden morir en casa. Aquí pueden elegir cuándo quieren dormir, cuándo y qué quieren comer, y que tipo de medicación y dosis van a tomar.

Muchos ancianos parecen pensar que son demasiado mayores para tomar decisiones. Delegan esta responsabilidad en la familia, en los médicos y en el personal de enfermería. Scanlon (1989) ha indicado que las preguntas más valiosas que se pueden hacer a un paciente a punto de morir son: "¿Qué es lo que más te preocupa?" y "¿En qué te puedo ayudar?". Es importante establecer objetivos realistas con la persona afectada para proporcionar la ayuda que es esencial en una muerte digna.

La incapacidad de controlar las funciones corporales le recuerda constantemente a la persona afectada que se está produciendo una pérdida de control. Por ejemplo, como medida de prevención, se pueden poner sondas en la vejiga, pero la pérdida del control intestinal puede ser desvitalizante para el anciano. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por mantener a los pacientes limpios y secos, de modo que no se hieran sus sentimientos y se proteja su intimidad.

**c) Dificultad respiratoria.**

La incapacidad de respirar fácilmente durante la fase final de la vida causa ansiedad



y miedo en todas las personas. Un paciente que agoniza puede mostrar inquietud y ansiedad, aumentando la frecuencia respiratoria y el deseo de aire. La familia se inquieta cuando percibe el desasosiego del paciente. El médico podrá prescribir una medicación que inhiba el centro respiratorio del cerebro y por consiguiente, disminuya el deseo de aire. Por lo general, se opta por el empleo de morfina. Si el paciente ya ha desarrollado una tolerancia a este fármaco, puede que sean necesarias dosis más elevadas para calmar la sensación de falta de aire.

Se pueden emplear varias medidas para que cese la respiración agitada. Debe existir una atmósfera calmada. A menudo resulta efectivo tranquilizar al paciente diciéndole que inspire profundamente y se relaje. El paciente debería encontrarse en una posición que permita la mejor ventilación posible. Se debe hacer todo lo preciso para que el paciente descanse. En algunas ocasiones es necesario sedarlo con una medicación intravenosa permanente. El centro respiratorio puede encontrarse tan inhibido que la frecuencia respiratoria del paciente puede no ser lo bastante alta como para proporcionar una ventilación adecuada.

En las últimas horas de agonía el paciente puede presentar una respiración ruidosa o sofocada. Lo cual puede causar preocupación a la familia. Se debería intentar colocar al paciente de lado. Si esto no permite la desaparición de las secreciones que obstruyen el paso faríngeo, puede que sea necesaria una succión. El médico puede prescribir pequeñas dosis de atropina para reducir las secreciones. Si se tiene como objetivo proporcionarle alivio, entonces la asistencia implica también una medicación que le alivie el dolor.

#### **d) La imagen física.**

La preocupación de las personas por el aspecto físico no conoce límite de edad. Los pacientes mayores con enfermedades crónicas suelen experimentar un cambio progresivo en la apariencia. El temor a un deterioro del aspecto físico en la fase final de la vida constituye a menudo un factor desencadenante de la depresión en los ancianos.

Un caso concreto fue el de una encantadora anciana, que tenía cáncer de mama. Cada mañana, por petición expresa de la paciente, el personal de enfermería realizaba el

ritual de limpiarle la cara y maquillarla. Murió una tarde que llevaba su preciosa bata rosa y con la cara maquillada completamente, incluida la sombra de ojos. Incluso se le había hecho el manicure. La muerte fue un acontecimiento importante en su vida, y estaba preparada para la ocasión.

En resumen, el acto de morir nunca resulta fácil, pero se puede hacer mucho para conseguir que sea más digno. Mediante el alivio del dolor y con la asistencia necesaria para que pueda mantener el control, se le puede ayudar a que tenga una muerte digna, que es un derecho de todo ser humano.

## **9.10 Una filosofía de la muerte para asistir a los ancianos**

La atención que se ha de administrar a un anciano a punto de morir va encaminada a su asistencia, y no a su curación. El paciente enfermo puede necesitar los servicios del profesional de enfermería independientemente de que pueda experimentar una mejoría o no. Cuanto más próximo se encuentra el momento de la muerte, se produce una mayor necesidad de cuidados de enfermería.

La asistencia que se le puede prestar es diversa, pero el objetivo último es ayudar a que la persona muera en paz y tan tranquilamente como sea posible. Siempre que se pueda, el paciente podrá expresar qué tipo de asistencia desea, según sus propios valores. Por consiguiente, es importante determinar cuáles son esos valores. Esta información debería encontrarse accesible a todo el equipo de asistencia sanitaria. (31,32)

## CAPITULO 10: EVALUACION DEL PACIENTE ANCIANO



### 10.1 Historia Clínica Geriátrica

Conceptos necesarios para la valoración del paciente anciano:

#### 10.1.1 Características de las enfermedades en los ancianos:

No existen enfermedades propias de los ancianos, ellos padecen las mismas patologías que los jóvenes en la mayoría de los casos. Lo que cambia es el terreno donde éstas asientan y las repercusiones que ocasionan.

Con mayor frecuencia que en otras etapas de la vida, la patología produce repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el enfermo y su entorno.

La incidencia de enfermedades es muy alta (entre el 50 y el 80% de los ancianos padecen o padecieron distintas enfermedades). A diferencia de los miembros de la primera y segunda edad, los de la tercera padecen pluripatología: 3-4 en los pacientes ambulatorios, 5-6 en los internados y hasta 10 patologías diferentes según datos obtenidos de necropsias.

Es frecuente la polifarmacia, a veces con drogas que interactúan entre sí o que modifican sus efectos por cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos. También es frecuente la automedicación o el cumplimiento incorrecto de la medicación.

### **10.1.2 Complicaciones de las enfermedades en el anciano:**

El anciano padece una serie de complicaciones, que a veces adquieren más importancia que la enfermedad de base desencadenante, pudiendo desembocar en la cronicidad, invalidez o muerte. Algunas de ellas pueden ser:

1. Inmovilidad.- puede producir rigidez articular, con atrofia muscular, escaras por decúbito, trombosis venosa y embolismo pulmonar, hipostasia pulmonar y neumonía, depresión psíquica.
2. Deshidratación.- que puede ocasionar isquemia cerebral, shock, insuficiencia renal. Incontinencia fecal y/o urinaria, genera escaras y sepsis.
3. Constipación.- ocasiona distensión abdominal y altera la mecánica respiratoria, puede evolucionar al fecaloma y al íleo mecánico.
4. Dependencia física.- deprime al anciano y produce trastornos en su grupo familiar.

### **10.1.3 Evaluación geriátrica:**

Conceptos y objetivos: el paciente añoso frecuentemente padece pluripatología, en su evolución puede llevar a la invalidez y como consecuencia epilogar con una problemática

mental y social. Todos estos elementos, enfermedad somática, capacidad funcional, problemática mental y social, deben ser encarados al contemplar el tratamiento a fin de que el mismo sea integral y aumente sus posibilidades de éxito.

La evaluación debe ser dinámica y actualizada periódicamente para adaptar la terapéutica a los cambios que se produzcan en la evolución de la enfermedad. La evaluación y terapéutica geriátrica en sus aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales y la evolución del paciente se documentan en la historia clínica geriátrica.

## **10.2 Confección de la Historia Clínica Geriátrica:**

Para ello se tiene en cuenta los parámetros mencionados anteriormente.

### **10.2.1 Factores Biomédicos:**

La valoración de la enfermedad somática se efectúa por medio de una historia clínica clásica con sus tres pasos: la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios. La anamnesis comprende el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes fisiológicos, patológicos y heredofamiliares. El estado actual estudia los signos vitales, piel y faneras, sistema linfoganglionar, cabeza, cuello, tórax (aparato respiratorio y circulatorio), abdomen, aparato urogenital, locomotor y sistema nervioso.

Los exámenes complementarios son de tres tipos: laboratorio, por imágenes e instrumentales.

### **10.2.2 Capacidad Funcional:**

Es la aptitud del anciano para realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente. Comprende varios actos: higienizarse, vestirse, moverse en el hogar, controlar los esfínteres, alimentarse, usar escaleras. Si estas funciones básicas están conservadas, se explora otras más complejas como el tomar medicamentos, telefonar, manejar dinero, atender el hogar, usar medios de transporte.

### 10.2.3 Factor Psíquico:

Abarca la función intelectual, la afectiva y la perceptiva.

#### a). Función intelectual:

Es la función superior del individuo gracias a la cual genera ideas y juicios, resulta de diferentes capacidades como recordar, entender, abstraerse, orientarse en tiempo y espacio, calcular, comunicarse, resolver problemas. Se exploran mediante pruebas sencillas: la orientación, averiguar el día de la semana, fecha, mes, año, estación del año, lugar donde vive y donde se encuentra durante el momento del examen. La memoria reciente: repetición de tres palabras. Memoria tardía: interrogación sobre hechos o personas del pasado alejado. Repetición de tres palabras que ya hubiera dicho minutos antes. Concentración y cálculo. Cálculos matemáticos simples. Repetición de tres dígitos siguiendo un orden determinado y luego en orden inverso. Mostrar un objeto y preguntar qué es. Escribir una oración, copiar un dibujo.

#### b). *Función afectiva:*

Es el estado del humor. Interesa pesquisar dos alteraciones frecuentes en los ancianos, la depresión y la ansiedad. Estas pueden aparecer primariamente constituyendo toda la enfermedad, o, secundariamente a diversas afecciones somáticas o psíquicas. Algunas preguntas para investigar estas dos alteraciones son: ¿se siente decaído? ¿Se siente atemorizado? ¿Se siente intranquilo y se muestra inquieto? ¿Tiene ganas de llorar? ¿Es muy impaciente y se irrita fácilmente? ¿Puede dormir de noche? ¿Cómo se siente al despertarse? ¿Se siente mejor a la mañana o transcurrido el día? ¿Tiene el mismo apetito que antes? ¿Aún mantiene el mismo peso que habitualmente? ¿Tiene palpitaciones, ahogos o transpira sin causa evidente? ¿Se cansa con las tareas habituales? ¿Mantiene la misma lucidez mental habitual? ¿Hace las tareas con la misma facilidad que antes? ¿Confía en el futuro? ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? ¿Se siente útil y necesario para su familia y la sociedad? ¿Le resulta agradable vivir? ¿Le gustan las mismas cosas que antes?

*c).Función perceptiva:*

Estudia dos de las funciones más frecuentemente alteradas en los viejos, la visión y la audición. Ocasiona importante discapacidad y repercuten marcadamente sobre la esfera psíquica y social. La audición se explora en forma gruesa durante la anamnesis y la visión con el examen de la parte anterior de los ojos en el estado actual y luego haciendo leer un texto al paciente.

*d). Factores sociales que influyen a sobre el anciano:*

Explora las actividades que desarrolla y las relaciones con que cuenta el paciente, sus recursos y vivienda. La carga que representa para sus familiares. En base a los datos aportados por la valoración geriátrica, se confeccionan los diagnósticos biomédico, psíquico, funcional y social y se consignan los respectivos tratamientos, ambulatorios o su internación. se le controla periódicamente mencionando los cambios producidos y las medidas aplicadas hasta el alta o la baja del paciente. (33,34)

## CONCLUSIONES

El proceso de la muerte es imprevisible. La persona mayor no tiene por qué aceptar mejor que una persona más joven un diagnóstico terminal. La mayoría de los mayores experimentan miedo al dolor, miedo a la soledad y miedo al sin sentido, como parte de la trayectoria previa a la muerte.

Las personas mayores están más familiarizadas con la muerte, con los funerales y con los comentarios que las personas más jóvenes. También es más probable que hayan realizado preparativos con respecto a su propia muerte. Puede que incluso deseen la muerte si sus vidas adolecen de la falta de afecto y de interrelación personal. Además, los mayores se aferran con más fuerza a la tradición religiosa, y es más probable que crean en la vida después de la muerte más que las personas jóvenes.

Aunque el personal de asistencia puede aceptar la muerte como un fenómeno natural que pone fin a la vida, sin embargo, pueden experimentar dolor. Tres factores inciden en este dolor son: 1. La franqueza con el paciente, 2. La identificación con el paciente, 3. El valor social de las aportaciones que haya hecho el paciente.

Muchas personas mayores viven solas o con el cónyuge, que también es mayor, y con limitaciones físicas, lo cual imposibilita que se suministre la atención necesaria en aquellos programas del hospicio en un régimen de asistencia a domicilio.

Con un sector de población mayor cada vez más numeroso y un aumento en las enfermedades crónicas, la asistencia sanitaria en el futuro se irá encaminando progresivamente hacia el cuidado de los ancianos. Se puede contribuir a que el paciente tenga una mayor calidad, ayudándole a cuidar el aspecto físico y permitiéndole que tome decisiones en relación a su propia muerte.

La vejez no es una enfermedad, sino un estado natural fisiológico, ver a un viejo, muy viejo, completamente sano, es incomprendible para los que atribuyen a la vejez todos los males.



En algunas sociedades, los ancianos son venerados, pues representan la experiencia y los valores ancestrales. En otras, se discriminan, sin tomar en cuenta que la vejez es una condición que a todos, sin excepción, les va a llegar.

Abrámosles las puertas de nuestros corazones a todo el mundo, en especial a nuestros ancianos. Ellos necesitan un cuerpo que les abrace y una mano que les apriete. Debemos unirnos a su dolor y darles una mirada de comprensión y ternura. Conversemos con ellos con ternura y calor de amor, porque sólo viven de esperar, a quien pueda darles lo más grande que puede sentir un ser humano, compañía, amor y comprensión. A pesar de todo, siempre dirigen su mirada hacia la puerta, sabiendo que aunque no son muchos los años que les quedan, el cansancio por esperar, nunca les ganara, no importa el tiempo que tardemos en llegar.

POEMA  
"LA TRANSFERENCIA"

DESPUÉS DE TODO, LA MUERTE ES UNA GRAN FARSANTE,  
LA MUERTE MIENTE CUANDO ANUNCIA QUE SE ROBARÁ LA VIDA,  
COMO SI SE PUDIERA CORTAR LA PRIMAVERA.

PORQUE AL FINAL DE CUENTAS,  
LA MUERTE SÓLO PUEDE ROBARNOS EL TIEMPO,  
LAS OPORTUNIDADES DE SONREIR,  
DE COMER UNA MANZANA,  
DE DECIR ALGÚN DISCURSO,  
DE PISAR EL SUELO QUE SE AMA,  
DE ENCENDER EL AMOR DE CADA DÍA.

DE DAR LA MANO, DE TOCAR LA GUITARRA,  
DE TRANSITAR LA ESPERANZA.

SÓLO NOS CAMBIA LOS ESPACIOS.

LOS LUGARES DONDE EXTENDER EL CUERPO,  
BAILAR BAJO LA LUNA O CRUZAR A NADO UN RÍO.

HABITAR UNA CAMA, LLEGAR A OTRA VEREDA,  
SENTARSE EN UNA RAMA,

DESCOLGARSE CANTANDO DE TODAS LAS VENTANAS.

ESO PUEDE HACER LA MUERTE.

¿PERO ROBAR LA VIDA?... ROBAR LA VIDA NO PUEDE:  
NO PUEDE CONCRETAR ESA FARSA... PORQUE LA VIDA...

LA VIDA ES UNA ANTORCHA QUE VA DE MANO EN MANO,

DE HOMBRE A HOMBRE, DE SEMILLA EN SEMILLA,

UNA TRANSFERENCIA QUE NO TIENE REGRESO,

UN INFINITO VIAJE HACIA EL FUTURO,

COMO UNA LUZ QUE APARTA

IRREMEDIABLEMENTE LAS TINIEBLAS.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Picabia y Antequera (1993) Comunicación presentada a la IV Reunión de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. La Toja.
2. Kubler Ross Elizabeth , La rueda de la vida.
3. Larrañaga Ignacio (2000), Del sufrimiento a la Paz, XIV Edición, México. Editorial Alba, S.A. de C.V.
4. Blanco Picabia Alfonso y Antequera Jurado Rosario, La muerte y el morir en el anciano.
5. C:\Users\griselda\Documents\Muerte en el anciano, santamariavallejo.pdf
6. Cereijido Marcelino, Blanck Cereijido Fanny, La muerte y sus ventajas, , Fondo de Cultura Económica, México , D.F. 4ª edición
7. Valienti Fernanda, (2007) Mis Padres Envejecen, (2007) 1ª. Edición, Buenos Aires, Editorial Andrómeda,
8. Orosa Fraíz Teresa. (2003). La Tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana.
9. [http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera\\_edad](http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad) oct.22.2013
10. <http://www.ahora.cu/secciones/especiales/5581-la-tercera-edad-en-cuba.html>.oct.22.2013
11. <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml> .oct.22.2013
12. <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/seniors.html> oct.22.2013
13. <http://www.tercera-edad.org/> oct.22.2013
14. [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro4/celica\\_cuello.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro4/celica_cuello.htm) La vejez y la muerte, Celica Cuello, enero 17-01-14
15. Castro González María del Carmen (2007),Tanatología, La inteligencia emocional y el proceso de duelo, 2ª- Edición, México, D.F. Editorial Trillas
16. Guix Xavier (2008), El sentido de la vida o la vida sentida, Bogotá Colombia, Grupo Editorial Norma.

17. <http://es.wikihow.com/cuidar-ancianos> 25.oct.2013

---

18. Durkheim Emile (junio, 2011), El Suicidio, México, D.F. Grupo Editorial Tomo, S.A. de C.V. 2ª. Edición.

19. <http://www.rumbodemexico.com.mx/index.php/perspectiva-articulos/44701-los-suicidios-aumentan-en-ancianos-sin-prestaciones> Publicado el Miércoles, 02 Octubre 2013 01:10 José Carlos García Fajardo

20. <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/depresion-causa-de-suicidio-en-ancianos.html>

21. <http://www.rwandemb.org/los-signos-de-muerte-inminente-cada-cuidador-debe-saber.html>

22. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>

23. Reyes Zubiría Luis Alfonso, Primera Edición 2013, Depresión, Angustia y Culpas, Impreso en México.

24. <http://html.rincondelvago.com/duelo-en-el-anciano.html>

25. <http://www.mantra.com.ar/contreconociendonos/seremosancianos.html>, 17. 01.2014.

26. [http://ww.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025\\_Bohannan.pdf](http://ww.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025_Bohannan.pdf)

27. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000

28. O' Connor Nancy, 2ª. Edición 2007, Déjalos ir con amor, México D.F. Editorial Trillas.

29. Kubler-Ross Elizabeth, (2006) Sobre la Muerte y los moribundos, 2ª. Edición en México.

30. Daniel, (2003) Un Buen Morir, 1ra. Edición, México, D.F. Editorial Pax México

31. [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025\\_Bohannan.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025_Bohannan.pdf)

32. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000

33. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion\\_paciente\\_anciano.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion_paciente_anciano.htm)

García Fernández JL. (1996), Características de las enfermedades en Geriátría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica de los ancianos. ed. Manual de Geriátría 2ª edición. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson-Salvat,