



IECAIM  
INSTRAW



CONAMU



PNUD - UNIFEM

# **La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas**

## **Memorias del Seminario – Taller**

Hotel Zumag  
Quito, Enero 17 del año 2000  
Ecuador

# **La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas**

**Dr. Nelson Jurado \* Ec. Fabiola Cuvi Ortiz \*  
Dra. Fabiola Argüello \* Dr. Mario Zapata \*  
Dra. Fabiola Solís de King \* Dr. Pablo Alvares \*  
Dra. Bertha Moreira de Alava**

**COMPILACION**

**Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer  
IECAIM Punto Focal del Instituto Internacional de  
Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas  
para la Promoción de la Mujer INSTRAW**

## **COORDINACION EDITORIAL**

Ec. Fabiola Cuví Ortiz  
Directora del Instituto Ecuatoriano de Investigaciones  
y Capacitación de la Mujer IECAIM

## **AUSPICIOS**

Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Directora Señora Lola Villaquirán de Espinosa; PNUD, Coordinadora del Sistema de las Naciones Unidas para el Ecuador Señora Aase Smedler

## **EDITORIAL**

J.G., Regente Señor Jaime Savedra

## **PORTADA**

UN Photo by Bruno J. Zchnder

Primera Edición: Año 2000

Las publicaciones del IECAIM, están protegidas por los derechos de propiedad intelectual, sin embargo, las ponencias de esta compilación pueden reproducirse, citando el autor y la fuente, siempre y cuando sea con finalidad social, sin fines de lucro.

La responsabilidad de las opiniones expresadas por los autores no significan necesariamente las sustentadas por el IECAIM, o por los gobiernos de sus países de origen.

## **DIRECCION DEL IECAIM**

Calle Herrera Lote No. 6, Sector La Gasca  
Correo Postal: Av. 6 de Diciembre 2817  
Quito -Ecuador  
E-Mail : pokar@pi.pro.ec  
Teléfonos FAX: 563232 - 569397  
Teléfono: 525517  
Celular: 09493060

IMPRESO EN QUITO - ECUADOR

**IECAIM**  
**INSTITUTO ECUATORIANO DE**  
**INVESTIGACIONES Y**  
**CAPACITACION DE LA MUJER**

**Directora**

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz

**Coordinadora General**

Dra. Bertha Moreira de Alava

**Secretaria**

Ec. Alba Mena de Avilés

**Tesorera**

Sra. Augusta de Ruilova

**CONSEJO DIRECTIVO**

Dra. Fabiola Solís de King

Dra. Graciela Martínez

Dra. Aracely Aulestia

Dra. Fabiola Argüello

Dra. María C. Villacís

Lic. Catalina Rodríguez

Dra. Martha Valdiviezo

Lic. Martha Albán

Sra. Paquita Andrade de Galarza

Antropóloga Erika Velarde

Sra. Consuelo Gutiérrez

## AUTORIDADES INVITADAS

Doctor Ramiro Acosta                      Subsecretario de Acción Social del Ministerio  
de Trabajo

Sra. Aase Smedler                              Coordinadora del Sistema de las Naciones  
Unidas para el Ecuador

## MODERADORAS

Ec. Alba Mena de Avilés  
Dra. Graciela Martínez  
Dra. Martha Valdiviezo  
Dra. Piedad Gálvez  
Dra. María Cristina Villacís  
Lic. Catalina Rodríguez

## COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONSULTORAS

Ec. Fabiola Cuvi	IECAIM
Lic. Hilda Egúez de Jaramillo	CORFEC
Dr. Oswaldo Dueñas	IESS
Sra. Elena Yépez	ONG'S
Dra. Fabiola Argüello	M.B.S.
Lic. Ligia Villarreal	M.B.S.
Lic. Aída Haro	Por el Seminario

## **CONTENIDO**

### **Sesión Inaugural**

Presentación

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz, Directora del IECAIM

Inauguración

Dr. Ramiro Acosta, Subsecretario de Acción Social del Ministerio de Trabajo

### **Capítulo I**

#### **FORMULACION DE POLITICAS INTEGRALES PARA LA MUJER DE LA TERCERA EDAD**

El envejecimiento y las implicaciones de la Mujer de la Tercera Edad

Características Demográficas y Sociales

Dr. Nelson Jurado

Características Socio – Económicas de la Mujer de la Tercera Edad:

Pobreza, Mendicidad, Fuentes de Ingreso, Seguridad Social, Vivienda,

Asistencia Social

Ec. Fabiola Cuvi

### **Capítulo II**

#### **POLITICAS DE ATENCION PARA LA SALUD DE LA MUJER DE LA TERCERA EDAD**

Promoción y Protección de la Salud de la Mujer. El Envejecimiento Normal  
y Patológico, sus Implicaciones en la Salud

Dra. Fabiola Argüello

Enfermedades de la Tercera Edad: Reposición Hormonal, Osteoporosis y  
el Chequeo Climatérico

Dr. Mario Zapata

La Mujer y la Ancianidad. Aspectos Psicológicos

Dra. Fabiola Solís de King

### **Capítulo III**

#### **POLITICAS DE DESARROLLO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD**

Reinserción Social, Laboral y Capacitación para la Mujer de la Tercera  
Edad

Dr. Pablo Alvarez y Tec. Tania Erazo

Aspectos Jurídicos: LEY del Anciano, vigente, y Proyecto de LEY  
Sus implicaciones en la Mujer de la Tercera Edad

Dra. Bertha M. de Alava

Cambios Normales de la Capacidad Intelectual y  
Características de las Enfermedades Mentales en el Adulto Mayor

Dra. Fabiola Argüello

#### **Conclusiones y Recomendaciones**

**MEDICAS:**

Dra. Fabiola Argüello, Directora de la Dirección de Gerontología del  
Ministerio de Bienestar Social

**SOCIALES:**

Sra. Hilda Egüez de Jaramillo, Presidenta de la CORFEC

#### **Clausura**

Señora Aase Smedler, Coordinadora del Sistema de Naciones Unidas  
para el Ecuador

# **CAMBIOS NORMALES DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL Y CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR**

**Doctora Fabiola Argüello**

POST GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Si hablo de envejecimiento me gustaría hablar de un envejecimiento dinámico, en el cual nuevas y significativas funciones se identifiquen en estas personas que se preparan económica y mentalmente, se adaptan mejor a la inevitable decadencia física y mental y a los cambios necesarios de su propio estilo de vida; sin embargo, para muchos adultos mayores, la edad avanzada es un estado de aislamiento, resignación y regresión así como también una pérdida de salud, posición social y dignidad. En el Ecuador el 69,82% no desean intercambiar ideas y en un 38,50% el tiempo libre no se motivan para utilizarlo acelerando el deterioro de sus capacidades físicas y mentales.

De este modo, mal preparados para los cambios tanto físicos como mentales y para las demandas de la vejez, estas personas no se adaptan debidamente, no pertenecen a una cultura preventiva, no buscan asistencia, se empeoran gradualmente y llegan a requerir de apoyo y ayuda en forma permanente y más aún hospitalización.

La población geriátrica abarca una gran extensión tanto de capacidades como incapacidades; los médicos, quizá más que cualquier otro sector de la sociedad, estamos perfectamente conscientes de estas grandes diferencias en los pacientes geriátricos.

En nuestra Sociedad donde se presentan carencias tan marcadas en el desarrollo de un sistema de atención más que nada a los adultos mayores desposeídos y tan sólo ocupan un lugar marginal, sobre todo porque no son capaces de producir y por lo tanto la realidad del sistema ecuatoriano es el de bajar el precio de sus medios de subsistencia o reducir éstos al mínimo posible, aún cuando los adultos mayores ya pagaron su derecho al retiro, que fueron descontados durante su vida económicamente activa y de cuya capitalización no son partícipes como debería ser.

No podemos seguir contemplando al proceso del envejecimiento como el desempeño de papeles cambiantes en el curso de la vida. Lo que entendemos como adolescencia, juventud, madurez y senectud no son sino fases o etapas



naturales del ser humano, caracterizados por ciertos cambios en los roles sociales asignados; a la senectud, por ejemplo se asocia con el retiro o abandono del trabajo.

Se deberá ir conciliando un sistema socioeconómico progresista, moderno, dinámico; se debería ir superando y resolviendo sus contradicciones internas de estructura y organización. En este sentido, adquiere profundo significado: el status de los grupos humanos que la forman, bien sean éstos, niños, adultos o adultos mayores y cada uno de ellos deben actuar, siendo, incongruente y absurdo que se fomente un grupo sin espacio social.

El envejecimiento trae una modificación de las capacidades biológicas, así como el sistema de situaciones y tareas que ligan al adulto mayor con la sociedad; al romperse el equilibrio el adulto mayor procederá a reorganizarse para de este modo establecer un nuevo balance individual de satisfacción entre lo que el adulto mayor puede aportar y la retribución aportada. Por norma general se le impide establecer este balance; en el pasado se le exigió actividad productiva, también se le negó el derecho de ejercer actividades no productivas, las mismas que pudieron contribuir a un equilibrio en la vejez.

La vida del adulto mayor gira básicamente alrededor de dos mundos; el mundo del trabajo y el mundo familiar. Una vez que termina el primero, solamente el segundo puede asegurar el equilibrio personal. El resultado es una profundización de las relaciones familiares o de lo contrario se sometería al aislamiento.

De este razonamiento comprenderemos que es fundamentalmente necesario, una cierta comunicación, una cierta integración comunicativa para que exista un equilibrio personal y adaptación armónica.

Podríamos decir que son obtenidas en la primera fase de la vida por acción de las instituciones que tienen una característica socializadora: escuela y familia. En la vida adulta es el trabajo, su estatus, incluyéndose éste dentro de una red de comunicaciones; cuando el adulto mayor cesa su actividad no sólo se empobrece la red de comunicación, sino también su posición social.

Es importante desarrollar un sistema en el cual no se segregue y no se atribuya a cada etapa de la vida función productiva o improductiva no existiría el retiro sino más bien una nueva forma de actividad en esta Sociedad a la cual me refiero; trabajo y no-trabajo no se separarían sino que serían los elementos de un solo proceso, cada forma de actividad se adaptaría a las características propias de la

edad biológica alcanzada y la última etapa correspondería a la senectud.

Pocos cambios significativos pueden atribuirse al envejecimiento normal. Estas podrían ser buenas noticias para los jóvenes y adultos de edad mediana, pero no son nuevas para los millones de adultos mayores que llevan vidas satisfactorias y útiles desde el punto de vista básicamente intelectual; hombres famosos y líderes a nivel mundial siempre han sido hombres de 60 a 70 años. Las personas importantes en negocios, músicos, escritores, artistas, científicos y humanistas por lo general siguen activos hasta las últimas etapas de su vida.

¿Qué ocurre con la capacidad intelectual?

Estos cambios están considerados dentro de parámetros neuropsiquiátricos, de conciencia, atención, lenguaje, memoria, habilidad manual constructiva y las funciones intelectuales más elevadas. Estas mismas áreas funcionales constituyen la base de las pruebas clínicas que deberían estudiarse en la valoración de la capacidad intelectual.

Las pruebas se las aplicará en forma regular; ante todo identificar o encontrar deficiencias cognoscitivas.

## EVALUACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Es ante todo una valoración del estado de alerta, es la capacidad de percibir y responder a estímulos externos e internos. La conciencia es una función que resulta de la complicada interacción entre los centros activadores del talo cerebral y las funciones corticales más elevadas. No hay daño durante el envejecimiento normal para esta función básica del cerebro.

La conciencia puede explorarse mediante la observación de las respuestas a los estímulos verbales y táctiles y se describe en cuatro grados.

1. Estado de Alerta            Completamente despierto  
   Capaz de interactuar con el examinador
2. Letargo                        Incapaz de mantenerse despierto cuando no se le estimula  
   Incapaz de fijar atención  
   Las personas aletargadas no están. En sí dan la impresión de desinterés y pereza.

3. Estupor                      Responde a la estimulación intensa de manera inespecífica y manifiesta falta de cooperación.
4. Coma                         Incapaz de despertar aún bajo estimulación muy intensa de cualquier tipo.

El letargo es el grado usual de conciencia en el delirio y algunas veces se puede confundir con estados de demencia crónica. Los pacientes cuya conciencia está muy reducida no pueden valorarse con precisión.

### ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN?

La atención es la capacidad para mantener la concentración orientada a una tarea en forma adecuada.

El estado de alerta es necesario para mantener la atención, pero estar despierto no significa necesariamente que la atención se encuentre innata. Una manera sencilla de probar la atención es el seguimiento de una secuencia de dígitos, los ancianos normales pueden repetir con facilidad cuatro dígitos mencionados al azar y a veces hasta seis y ocho.

La habilidad para mantener la atención por períodos prolongados se puede evaluar leyendo series de letras al azar, contenidas en un cartel y que el paciente debe señalar con el golpe de un dedo; entre las respuestas anormales se incluyen errores de omisión y señalamiento incorrecto de letras que no se le solicitó.

Los ancianos suelen realizar con precisión tareas sencillas; sin embargo en trabajos más complicados que impliquen dividir la atención muestran diferencias que dependerán de la edad. Esto tiene implicaciones prácticas para quienes desempeñan posiciones ejecutivas o de dirección que a veces interpretan estos cambios naturales como signo de senilidad.

En estos casos hay que proporcionar seguridad y orientación para simplificar y reorganizar las necesidades de trabajo.

### ¿QUÉ ES EL LENGUAJE?

Aún los adultos mayores normales olvidan el nombre de los objetos e individuos. Esta función no sólo es de la memoria; las personas amnésicas con daños graves son capaces de nombrar objetos.

Aunque por lo general la dificultad se atribuye a los ancianos, los problemas para nombrar objetos y personas empiezan desde la edad mediana y es común el ejemplo de no recordar nombres de amigos de muchos años en el momento de las presentaciones, la incapacidad de nombrar un objeto es independiente de la capacidad para describir detalladamente su uso o función. Además el nombre viene fácilmente en otras ocasiones.

### Valoración del lenguaje

La incapacidad para nombrar objetos se puede valorar confrontando la persona adulta mayor con objetos de uso común: reloj, pluma, anillo, partes del cuerpo, etc. La identificación de respuestas anormales se basa en la experiencia clínica y en el conocimiento del grado educacional y experiencia precisa de la persona, los problemas específicos del lenguaje, por ejemplo la afasia, son frecuentes de ciertas enfermedades; investigarlas es una manera útil para ubicar la patología del cerebro.

### MEMORIA

La memoria es un proceso que comprende diferentes etapas: la información sensorial percibida a través del olfato, vista, oído y tacto. Se capta y se registra, cuando la persona presta atención consciente, la información se transfiere a la memoria inmediata o de corto plazo.

El siguiente paso es almacenar de modo más permanente, lo que ocurre en la memoria remota o la largo plazo. La etapa final es la recuperación de la información almacenada. Es claro que los problemas que afectan el estado de alerta, la atención y el lenguaje pueden impedir el registro de datos nuevos. La información es importante para las relaciones, trabajo o la supervivencia y es la más fácil de codificar permanentemente; actuar con ansiedad daña la capacidad para recuperar información almacenada; el lector puede comprobarlo: cuando se le pide que recuerde datos específicos en el momento de las pruebas escolares.

Con fines de análisis, la memoria se divide en inmediata, reciente y tardía.

MEMORIA RECIENTE es un término relativamente confuso en comparación con los otros dos y en realidad se refiere al conocimiento de datos recién percibidos, por ejm. los sucesos del día, en qué consistió el desayuno, la fecha, etc. La deficiencia para aprender cosas nuevas es un buen indicador de la pérdida de la capacidad congoscitiva por tanto la valoración de la memoria debe

enfocarse a esta etapa. La mejor prueba que se puede aplicar para explorar la memoria inmediata es la repetición de números.

La MEMORIA TARDIA puede probarse con datos históricos: nombres de presidentes, fechas de las guerras e información similar entre los datos personales se puede incluir: fecha de nacimiento, nombre de las escuelas a las que asistió, trabajos que ha desempeñado, etc., pero en este caso se requiere de comprobación, lo cual siempre no es posible, aún personas normales muestran ligera pérdida de la memoria desde la edad mediana, pero este fenómeno se agudiza entre los 60 y 70 años. Las pruebas neuropsiquiátricas revelan que la pérdida puede ser aproximadamente 30%, sin lesiones corticales aparentes. Se consiguen mejorías significativas con métodos nemotécnicos y el empleo de técnicas de relajación. Esto sugiere que no hay verdadera pérdida de la memoria. Como se señala anteriormente, las quejas de pérdida de memoria en realidad puede tener origen en la falsa interpretación de problemas de atención dividida y olvido de nombres. A esta pérdida aparente de memoria se le denomina olvidos benignos. La memoria inmediata y la tardía parecen poco afectadas por el proceso del envejecimiento normal. La costumbre de algunos adultos mayores de conservar cosas del pasado es una estrategia para evitar la vergüenza de no recordar la información actual.

Esta conducta vale la pena que sea investigada con cuidado para no confundirla con el comportamiento confabulatorio de la demencia senil.

## HABILIDAD MANUAL CONSTRUCTIVA

El adulto mayor se puede decir que conserva la habilidad para dibujar con precisión figuras sencillas uni o bidimensionales, que se describen verbalmente o que copia de algún modelo, este ejercicio requiere de integrar complejas habilidades de percepción sensorial, funciones corticales y motoras y es una prueba particularmente sensible para descubrir disfunciones corticales bilaterales. Las alteraciones de la habilidad para el dibujo constructivo son una forma sencilla de evaluar las primeras manifestaciones de enfermedad cortical.

## FUNCIONES INTELECTUALES ALTAS

La mayoría de adultos mayores viven en forma activa e independiente; esto demuestra su capacidad para asimilar, procesar y utilizar la información. Esta habilidad adquiere particular importancia en el medio urbano que demanda alto grado de desempeño para satisfacer las necesidades básicas, sin embargo hay cambios cuantificables en la velocidad para aprender cosas nuevas y para realizar tareas complicadas.

Las funciones intelectuales altas se evalúan examinando a fondo los conocimientos básicos, la capacidad para utilizar la información adquirida, las habilidades sociales, el juicio, el razonamiento abstracto. Para interpretar las respuestas hay que tomar en cuenta el grado cultural de los adultos mayores, los trabajos que ha desempeñado y la experiencia de la vida.

### Cuadro

	60-70 AÑOS	71-80 AÑOS	+ 80 AÑOS
1	OSTEOARTRITIS 45.5%	OSTEOARTRITIS 41.4%	OSTEOARTRITIS 53.8%
2	CIRCULATORIO 26.0%	CIRCULATORIO 20.7%	CIRCULATORIO 12.3%
3	RENAL-URINARIO 8.4%	RENAL-URINARIO 10.8%	RENAL-URINARIO 4.6%
4	DIGESTIVO 7.1%	DIGESTIVO 11.7%	DIGESTIVO 6.2%
5	RESPIRATORIO 5.8%	RESPIRATORIO 4.5%	RESPIRATORIO 4.6%
6	VISUAL 4.2%	VISUAL 4.5%	VISUAL 6.2%
7	MENTAL 3.0%	MENTAL 0.9%	MENTAL 1.5%
8	AUDITIVO 2.6%	AUDITIVO 1.2%	AUDITIVO 4.6%
9	CANCER 0.6%	CANCER 1.8%	CANCER 0.8%

\*Nueve enfermedades de las mujeres adultas mayores en el Ecuador por grupos de edad.

\*Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer (IECAIM), Pág. 45-46.

\*Informes Unidad de Geriátria Hogar Vida la Esperanza F.F.A.A., 1998. Fabiola Argüello.

## ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS

Estas son más frecuentes de lo que se imagina; de acuerdo con investigaciones recientes en América y Estados Unidos una de cada tres personas tendrá por lo menos un episodio de un trastorno mental durante su vida. La enfermedad mental puede causar un profundo sufrimiento al enfermo, a su familia y amigos. Su estado de ánimo lo lleva a la autodestrucción, que se refiere en parte a la alta tasa de suicidios en estos pacientes, se sabe de un alto porcentaje de suicidios que ocurren en estos pacientes con depresión. En la esquizofrenia, uno de cada cuatro pacientes en trastornos de personalidad uno se suicidó entre diez casos. El uso de alcohol y drogas son factores de riesgo importantes para suicidio, en lugar de criticar y desvalorizar a estas personas afectadas es básico comprenderlas y estimularlas para que se traten.

Se debe acudir a los medios disponibles, el empleo adecuado de medicamentos y las terapias psicosociales, puede contribuir mucho para el alivio del sufrimiento, la rehabilitación de los pacientes y la prevención de nuevos episodios en la mayoría de los casos de enfermedad mental.

### DELIRIO

Es una palabra muy descriptiva que literalmente significa extravío, es un trastorno relativamente común, particularmente en pacientes casi siempre es síntoma de enfermedad grave o de respuesta anormal al tratamiento; los principales rasgos distintivos son las alteraciones de la conciencia, incapacidad para fijar la atención y evolución clínica muy variable, la incidencia se da más en ancianos con un régimen terapéutico con varios medicamentos simultáneamente.

La causa de ser muy susceptible a delirio es por la toxicidad medicamentosa ya que varios adultos mayores se administran múltiples medicamentos simultáneamente y la creciente sensibilización del encéfalo a muchos medicamentos, la mayor parte de medicamentos psicotrópicos, entre ellos antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes y sedantes pueden producir delirio; el alcohol solo o combinado con otras drogas causa síntomas de delirio.

Muchas situaciones y padecimientos comunes del anciano pueden producir delirio en pacientes enfermos; las causas más importantes son deficiencias nutricionales, hipotermia, enfermedades no diagnosticadas, traumatismos de la cabeza, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, desequilibrio metabólico y toxicidad medicamentosa.

Debo indicar que generalmente el delirio se inicia en forma relativamente brusca: cuestión de horas o de unos pocos días y casi siempre dura menos de una semana. Las excepciones más notables son el delirio que acompaña a ciertas enfermedades de inicio insidioso, por ejemplo hipotiroidismo. Lo más característico es el daño global de las funciones intelectuales y la oscilación en funciones específicas a medida que avanza el tiempo. Es decir, en cualquier momento el cuadro clínico puede ser dominado por problemas de orientación, atención, conciencia o memoria.

Los pacientes pueden mostrar alteraciones del estado de ánimo, como ira, temor, indiferencia o irritabilidad que no se relacionan con la situación clínica; entre los trastornos de percepción se incluyen alucinaciones aterradoras y espejismos. Son comunes los trastornos psicomotores y la actividad motriz alcanza su máximo durante el día.

Los ciclos sueño-vigilia están alterados, acentuándose la confusión durante la noche. Esta última es la forma más grave de actividad "crepuscular" que puede observarse en los ancianos menos dañados durante su estancia en el Hospital. La recuperación completa se logra cuando el diagnóstico es preciso e inmediato y el tratamiento es enérgico; desde el principio el retraso en el diagnóstico o tratamiento puede provocar daño cortical irreversible y demencia.

El diagnóstico clínico no es difícil cuando se conocen los signos iniciales; desafortunadamente se considera que el anciano tiene cierto grado de daño intelectual como parte del envejecimiento normal y el personal hospitalario muestra mayor tolerancia para las conductas anormales del adulto mayor. Se pueden observar estados de confusión o fallas en la atención de carácter muy leve que no se les presta la atención debida ya que se considera conductas esperadas. Es común que la evaluación de los primeros síntomas se haga con retraso lo que aumenta el riesgo que el paciente sufra daños permanentes cuando se diagnostica delirio, de inmediato debe revisarse el curso clínico de la enfermedad primaria haciendo hincapié en trastornos metabólicos y la toxicidad medicamentosa. Es frecuente que varios factores actúen al mismo tiempo y que cada miembro del personal que está encargado del paciente desempeñe funciones importantes de diagnóstico.

Se suele confundir el delirio con demencia y esta no debe alargarse por mucho tiempo, ya que las características de delirio es rápidamente cambiante, contrasta notablemente con el curso estable y la evolución lenta de la demencia.

Consideraciones del tratamiento



1. Se debe retirar todo el tratamiento medicamentoso si las condiciones clínicas lo permiten.
2. La terapéutica deber ser intensiva del problema primario sea médico o quirúrgico.
3. Corregir de inmediato las deficiencias nutricionales, anemia y el desequilibrio hidroelectrolítico y deshidratación.
4. Restricción física por riesgo de traumatismos superficiales y lesiones musculoesqueléticas.
5. Hay que corregir el insomnio, se deberá instaurar tratamiento medicamentoso con (psicotrópicos) Haloperidol en dosis bajas ya que carecen de efectos anticolinérgicos; la dosis será 0,5 a 2 mm. cada dos horas o cuatro horas.
6. Las benzodiazepinas también suelen ser eficaces.

Finalmente en cuanto a delirio debo indicar que todo cuadro de delirio mejora suprimiendo el agente nocivo o tratando adecuadamente la enfermedad subyacente. El diagnóstico tardío y el tratamiento incompleto aumenta la probabilidad de que la recuperación sea lenta o también puede ocurrir daño permanente al cerebro.

## DEMENCIA

El término como demencia y delirio es tan antiguo que proviene del latín y que literalmente significa “estar fuera de la propia mente”.

En realidad, las demencias pertenecen a un grupo de enfermedades que comparten algunas características como inicio gradual, declinación global de la capacidad intelectual y del desempeño y la incapacitación social progresiva.

Estos procedimientos nunca son consecuencia del envejecimiento normal y cualquiera que sea la causa, en último término, siempre hay pérdida difusa y permanente de neuronas en todas las áreas del cerebro.

En cuanto a su prevalencia, citaré que en Estados Unidos la demencia es común, afecta al 4% de las personas de 65 a 75 años, el 23% a los mayores de 80 años. En total ataca al 11% de la población actual mayores de 65 años, cifra que se

duplicará en el año 2030; por lo que parece la demencia en ese país será un problema grave individualmente y de salud pública.

En cuanto a su definición no hay clasificación aceptada de las demencias, una manera útil de agruparlas, consiste en dividir las en primarias y secundarias.

Primarias.- Comparten el curso progresivo y sin remisiones, la causa oscura, su irreversibilidad y la falta de respuesta o respuesta irregular al tratamiento.

Secundarias.- Son de etiología conocida y cierto grado de reversibilidad. Al margen de la etiología, todas las demencias tienen rasgos generales.

## DEMENCIAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

### DEMENCIAS PRIMARIAS

- \* Demencia degenerativa primaria (Tipo enfermedad de Alzheimer)
- \* Demencia por infartos múltiples
- \* Enfermedad de Pick
- \* Enfermedad de Huntington
- \* Enfermedad de creutzfeldt-jakob

### DEMENCIAS SECUNDARIAS

- \* Hidrocefaleas con presión intracranial normal
- \* Demencia de Parkinson
- \* Demencia inducida por fármacos
- \* Seudodemencia
- \* Trastornos metabólicos
- \* Otros síndromes neurológicos

### DIAGNOSTICO.- CRITERIOS:

1. Pérdida de la capacidad intelectual, suficientemente grave para interferir en las actividades sociales y laborales.
2. Trastornos de la memoria.
3. Al menos uno de los siguientes síntomas:
  - 3.1. Alteraciones del pensamiento abstracto, que se manifiesta por incapacidad para hacer interpretaciones concretas de los proverbios y encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas, dificultad para definir palabras y conceptos y otras tareas similares.
  - 3.2. Alteraciones del juicio.

- 3.3. Otros trastornos de las funciones corticales elevadas, por ejemplo Afasia (trastorno del lenguaje por disfunción cerebral), Apraxia (incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de conservar intactas la atención y la comprensión), Agnosia (fallas para reconocer e identificar objetos, aunque la percepción sensorial se encuentra intacta), Dificultad manual constructiva (incapacidad para copiar figuras tridimensionales).
- 3.4. Cambios de personalidad, es decir, alteración o reforzamiento de los rasgos premórbidos.

4. Conciencia poco obnubilada (no cumple criterios del delirio de intoxicación, aunque estos estados pueden estar superpuestos).
5. Datos obtenidos del examen físico, pruebas de laboratorio, historia clínica, sobre la existencia de algún factor orgánico específico etiológicamente relacionado con el trastorno.

En ausencia de las pruebas mencionadas, se puede asumir alguna causa orgánica como factor necesario para el desarrollo del síndrome.

## ENFERMEDAD DEGENERATIVA PRIMARIA (PDD)

Conocida como enfermedad de Alzheimer en memoria del patólogo que la describió en 1907. Las lesiones cerebrales características de este padecimiento en el diagnóstico incluyen la demencia senil y presenil debido a que ambas muestran patología semejante.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con demencia padecen Enfermedad degenerativa primaria. Otro 25% muestran PDD junto con demencia producida por infartos múltiples del tejido cerebral (MID). La frecuencia de este padecimiento es dos veces mayor en mujeres que en los hombres y aumenta en ambos sexos con la edad.

### Factores Etiológicos

1. La Etiología se desconoce pero existen cambios bioquímicos y lesiones específicas.
2. Lesiones características, consisten en marañas de neurofibrillas.
3. Regeneración granulovascular
4. Neuritis en placas.- Esto también se observa en síndrome de Down
5. En personas normales se observan marañas de neurofibrillas; muestran estos cambios a medida que envejecen pero en grado notablemente menor.
6. Hay presencia de material amiloide; en cantidades crecientes indican alguna

enfermedad inmunológica.

7. También se han encontrado cantidades importantes de aluminio en el cerebro de pacientes que padecen PDD, esto orienta a la búsqueda de una causa tóxica.
8. Anormalidades bioquímicas como la disminución de Acetilcolina a través de la síntesis por acetilcolina transferasa.
9. También son importantes los factores genéticos pero todavía no se describe un modelo sencillo para explicar la forma en que ocurre la enfermedad. En las familias el riesgo de aparición hasta los 75 años de edad es del 7% entre hermanos; los hijos pueden tener el mismo porcentaje, pero no se ha estimado debido a que no hay estudios de familias de que cuando los hijos crezcan, sean afectados por la enfermedad.

### Características Clínicas del PDD

1. Los síntomas tienen inicio insidioso.
2. En las últimas etapas de la enfermedad, las manifestaciones son globales.
3. Los primeros en sospechar los trastornos de memoria son amigos y familiares y a su vez realizan el diagnóstico debido a la negación.
4. Al principio la función afectada es la memoria reciente. La memoria inmediata y la tardía se afectan posteriormente.
5. El paciente es capaz de manejar el automóvil a través del tráfico de la ciudad si conoce el camino pero olvida el propósito de la visita al llegar al destino y recuerda el asunto a su retorno a casa.
6. Los primeros signos de desorientación se acompañan de suspicacia y paranoia.
7. Las primeras prueba del estado de confusión ocurren por la noche. Se presenta insomnio acompañado de vagabundeo, irritabilidad y agresividad, cuadro que se denomina síndrome de crepúsculo.
8. Los cambios de personalidad rara vez son positivos, más bien tienden a la hostilidad y agresividad. Esto aísla más al paciente porque pierde el apoyo de la sociedad.
9. Hay problemas de percepción, incluyen alucinaciones y espejismos.
10. En las últimas etapas los pacientes reducen la actividad motora, caen en el mutismo y la indiferencia y pierden el control de los esfínteres vesical y rectal.
11. Las causas más frecuentes de muerte son la aspiración de cuerpos extraños a través de bronquios y cuadros infecciosos.

La PDD es una enfermedad progresiva que no tiene remisiones y que sigue un curso muy variable.

El pronóstico es peor cuando los síntomas se inician desde que la persona es relativamente joven; se puede estimar en forma aproximada un período de supervivencia observando el grado de deterioro que se produce durante el primer año después de efectuar el diagnóstico. El promedio de vida es de 6 a 8 años, pero se han comunicado casos de personas que viven de 15 a 20 años. Desafortunadamente muchos de esos años son socialmente improductivos para la persona.

## DEMENCIA PRODUCIDA POR INFARTOS MÚLTIPLES EN EL CEREBRO (MID)

Siempre se pensó que todas las psicosis eran producidas por arteriosclerosis, ejemplo la enfermedad senil del cerebro. Se podría pensar que este "concepto equivocado" tendría su origen en que en los ancianos haya pruebas de arteriosclerosis en varios órganos. Aún cuando los vasos cerebrales se muestren esclerosados, la presencia de múltiples infartos microscópicos y no la isquemia es la verdadera causa del daño en las funciones cerebrales. Cuando los infartos han producido reblandecimiento de 50 a 100 ml. de tejido cerebral, comienzan a aparecer las manifestaciones clínicas de la demencia.

Aproximadamente 15% de las demencias son producidas por infartos múltiples (MID) y muchos otros casos muestran síntomas concurrentes de MID y PDD.

### Características Clínicas

El MID casi no puede diferenciarse del PDD, a menos que se conozca el curso de la enfermedad a través de la vida del paciente. Una característica que con frecuencia contrasta ambos padecimientos es la evolución que en MID puede ser a saltos bruscos y en PDD siempre es regularmente progresiva. En casos de MID a cada pequeño infarto, sigue un período de recuperación parcial y de evolución relativamente estacionaria. Las deficiencias neurológicas que acompañan al padecimiento ayudan al diagnóstico de la evolución natural. Aún cuando las características específicas sean valiosas para el diagnóstico y la descripción clínica corresponda a una enfermedad que avanza progresivamente.

### Pronóstico

La Demencia multiinfarto sigue un curso menos predecible que en casos de PDD. Los períodos estacionarios pueden durar varios meses. El diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial puede retrasar su evolución, pero no mejora

el proceso patológico básico, es decir los pequeños y numerosos infartos del cerebro cuando coexisten con PDD generalmente la evolución se acelera.

## ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La enfermedad de Huntington puede describirse como un trastorno hereditario, autosómico y dominante que se manifiesta por alteraciones de las funciones cognitivas y movimientos involuntarios en personas relativamente jóvenes, por lo general menores de 45 años, desafortunadamente.

## ENFERMEDAD DE PICK

La enfermedad de Pick es un padecimiento raro de carácter hereditario que aparece de los 50 a los 59 años y que afecta primeramente las funciones del lóbulo frontal antes de que ocurra deterioro global del encéfalo. Los síntomas correspondientes a lesiones del lóbulo frontal son: la indiferencia, inestabilidad emocional y conducta social inapropiada. Estos rasgos distintivos son muy difíciles de apreciar clínicamente y es casi imposible establecer la diferencia con la PDD, que relativamente es más común. Los signos de la necropsia son característicos.

## ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT – JAKOB

Esta enfermedad realmente es muy rara, es rápidamente mortal, produce deterioro mental, trastornos del sueño; pérdida de peso y síntomas neurológicos; se aduce que la causa es un virus de desarrollo lento. Se han reportado casos de transmisión entre seres humanos. No hay ningún tratamiento eficaz.

## DEMENCIAS SECUNDARIAS

Estos tipos de demencia tienen causas orgánicas específicas, que con frecuencia son reversibles. El diagnóstico temprano es esencial. En total representan 15 a 20% de las demencias.

El diagnóstico de este tipo de padecimientos y su respuesta es favorable al tratamiento.

## SEUDODEMENCIA DEPRESIVA

Este término se utiliza para describir ancianos deprimidos que tengan síntomas parecidos a los de la demencia; no hay pruebas de evolución progresiva hasta

llegar a la pérdida de funciones.

Se conoce que una tercera parte de todas las demencias secundarias se relacionan con la depresión.

Los pacientes con pseudodemencia depresiva tienen trastornos significativos del estado de ánimo, comprenden y recuerdan mejor la información reciente y muestran desorientación mínima durante el examen de estado mental; pueden mostrarse irritables y poco cooperativos. Las personas dementes con frecuencia presentan conductas de perseveración o de confabulación, intentando compensar sus deficiencias. A veces se complica el diagnóstico, hay muchas personas con principios de demencia que se encuentran deprimidas.

El diagnóstico puede facilitarse intentando un período de medicación antidepressiva.

### HIDROCEFALIA CON PRESION INTRACRANEAL NORMAL

Se presenta la triada clásica: (NPH) Demencia, trastornos de la marcha e incontinencia de orina son los rasgos característicos de esta enfermedad.

Aproximadamente una cuarta parte de las personas que padecen demencia secundaria pertenecen a este grupo. No hay obstrucción específica a la circulación del líquido cefalorraquídeo y por tanto la presión intracraneal no se eleva. Una de las formas de hidrocefalia con presión intracraneal normal se produce a consecuencia de lesiones cerebrales que dificultan la absorción del líquido cefalorraquídeo de la superficie del encéfalo. Los antecedentes de traumatismo craneal o de encefalitis aumentan la posibilidad de que se trate de un NPH del primer tipo. La distinción es importante debido a que el tratamiento mediante derivación del líquido es más eficaz cuando la enfermedad se ha producido por lesiones y no es de tipo idiopático.

### TUMORACIONES INTRACRANEALES

Los tumores y los hematomas subdurales potencialmente son trastornos curables que cuando se inician siguen un curso parecido al de la deficiencia intelectual con poco daño neurológico. La causa se oscurece aún más por la presencia de inestabilidad emocional y depresión. Los antecedentes de traumatismo craneal, la evolución más rápida y finalmente la aparición de trastornos neurológicos localizados conducen a la evaluación neurológica y al diagnóstico. Es fundamental descubrir los síntomas desde el inicio particularmente en casos de hematoma

subdural se producen mejorías estupendas y restablecimiento de las funciones intelectuales y motoras.

## TRASTORNOS METABOLICOS, NUTRICIONALES, TOXICOS E INFECCIOSOS

Esta es una categoría muy amplia en la que se incluyen muchos trastornos y enfermedades. El delirio aparece precozmente, pero la obnubilación de la conciencia es menor. Cuando no se suprime el agente nocivo, o las alteraciones metabólicas, nutricionales no se corrigen. Todas las funciones intelectuales disminuyen. Por Ejm. la pérdida progresiva de la memoria que se observa en el síndrome de Korsakoff, enfermedad de los alcohólicos producida por agotamiento de la "tiamina". Al principio de la enfermedad puede ocurrir dicho delirio, secundario a la encefalopatía.

El objetivo de la evolución diagnóstica no es diagnosticar demencia. En la mayor parte de los casos el trastorno intelectual es obvio. La principal tarea consiste en excluir con certeza la presencia de algún tipo de demencia secundaria, susceptible de tratamiento. Es importante enfatizar en esta situación, ya que muchos cuadros de demencia no son debidamente evaluados al comienzo: la razón puede ser ignorancia o la convicción de que los viejos siempre tengan trastornos intelectuales. La enfermedad de Alzheimer, muy estudiada últimamente, puede estar apoyando la falsa impresión de que todo trastorno intelectual corresponde a esta enfermedad que por el momento es incurable.

El inicio y curso de la enfermedad se puede establecer mediante un buen examen físico y una Historia clínica minuciosa que incluya antecedentes médicos.

## CUESTIONARIO ACERCA DEL ESTADO MENTAL PARA EVALUAR DISFUNCIONES CEREBRALES EN EL ANCIANO

PREGUNTAS	Interpretación de la respuesta	
	Total de respuestas Incorrectas *	Grado estimado de disfunción cerebral
1. ¿Dónde se encuentra usted ahora? (nombre y tipo de lugar)	0-2 Incorrecto	Ninguno o muy leve
2. ¿Dónde está situado este lugar? (dirección)	3-8 Incorrecto	Moderado
3. ¿En qué mes estamos?		
4. ¿En qué año estamos?		
5. ¿En qué día del mes estamos? (correcto aún con dos días de diferencia)		



6. ¿Qué edad tiene? (en años)
7. ¿En qué mes nació?
8. ¿En qué año nació? ¿En qué día nació?
9. ¿Quién es el Presidente de la República?
10. ¿Quién fue el Presidente anterior?

\* Incluye preguntas no respondidas

(Adaptado de Liston, E.H.: Delirium in the aged. Psychiatr. Clin. North. Am., 5:49-66, 1982, Copyright 1982, W.B. Saunders).

## TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

Las demencias primarias son enfermedades irreversibles que carecen de tratamiento específico. Aún cuando esto sigue siendo cierto, en la actualidad se están realizando investigaciones exhaustivas encaminadas a encontrar la forma de detener o hacer retroceder las anomalías bioquímicas conocidas en estos padecimientos, recientemente hicieron una revisión de quimioterapia de los trastornos mentales.

La tarea más importante e inmediata es la educación y el apoyo que debe brindarse a los pacientes y a sus familiares, debido a la característica crónica de demencia los amigos y familiares que prestan atención primaria a los pacientes deben recibir información y apoyo continuo.

El tratamiento médico se debe orientar a conservar un buen estado de Salud General poniendo especial atención para descubrir y tratar infecciones, lesiones de piel, deficiencias nutricionales, insomnio y alteraciones del estado de ánimo. El insomnio y la angustia responden al tratamiento con dosis pequeñas de benzodiazepinas de acción breve, por Ejm. 15 mg. De Fluracepan o 0,25 a 0,50 mg. De triazolam. Estos compuestos no se acumulan en el organismo, aunque pueden perder eficacia cuando se usan todas las noches y por períodos prolongados.

Para finalizar y coincidir con el objeto de lo que este Seminario, como especialista en esta área, considero de mucha importancia lo siguiente:

1. Que se entienda la naturaleza multiinstitucional y pluralista de los servicios de salud y por lo tanto la necesidad imperiosa de fortificar los mecanismos y formas de interrelación institucional.

2. Es imperativo que se centre interés en los componentes funcionales de los sistemas de salud, destacando el financiamiento de los servicios.
3. Que se considere la descentralización y desconcentración de la administración pública y las oportunidades que ofrecerían para el desarrollo de microsistemas locales de salud en los cuales se favorece extraordinariamente los servicios de salud mental para personas mayores de 65 años.
4. El Programa médico fundamentalmente debe encargarse de educar para la salud a los adultos mayores mediante conversaciones acerca de las patologías más frecuentes y detectar oportunamente los factores de riesgo de las enfermedades comunes en los ancianos.
5. Es fundamental que se atiendan a los usuarios de Centros Gerontológicos si se trata de padecimientos manejables en primer nivel de atención o referir a los adultos mayores a hospitales de segundo o tercer nivel.
6. Estimular las funciones cerebrales superiores para su interacción social.
7. Conociendo que las pensiones que se otorgan dentro del marco legal correspondiente, a pesar de ello no puedo dejar de expresar un aspecto que constituye imperativo, como un deber moral; considerado el costo tan alto de vida, el deterioro de la capacidad adquisitiva producida por fenómenos que involucran a todas las naciones, ha reducido de forma importante las posibilidades de quienes están sujetos a un ingreso no flexible y más cuando ya no están en aptitud de ser incorporados al mundo del trabajo.  
El Instituto de Seguridad Social no puede desconocer esa realidad; por humanidad el IESS debe dar pronta respuesta a quienes reciben las pensiones más reducidas.
8. Sin alterar la estabilidad financiera ni alterar sus expectativas se deben proponer opciones que permitan mejorar las pensiones que se otorgan actualmente a su vez extender los beneficios a la cónyuge del afiliado en el caso de que no sea cotizante y de esta forma se cumpla el objetivo básico de la seguridad social.

Que exista una política social sobre la utilización de los trabajadores de edad avanzada, siendo esta una política realista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Krassoievitah; Psicoterapia Geriátrica
- Zetzel, E.R., Dynamics of the metapsychology of the aging process
- Busse, E.W., "Mental disorders in later life. Organic brain syndroms" in Mental Illness in later life, Busse, E.W. and Pfeiffer, E., Edit American Psychiatric Association, Washington D.C., E.U.A., 1973
- David P. Barash, El Envejecimiento, 1987
- González Montalvo, A. Salgado Alba, Fundamentos de Asistencia al Anciano, Ediciones CEA, Madrid, 1991-1992
- Spar S.E., Dementia in the aged. Psychiatrblin North Am., p. 67-86, 1982
- Wells CE Chronic brain disease[ An Overview, Psychiatry, 135:1-12, 1978
- D.L. Carnevali, M. Patric, Tratado de Geriatria y Gerontología, 2a. Edición, Editorial Interamericana, 1998
- Informe sobre Curso de Envejecimiento y Nutrición, Octubre 1998, Porto Alegre, Brasil.