

# Consideraciones socio-culturales y de salud pública

---

AN Dr. Renato D. Alarcón Guzmán

---

Un pequeño cambio en el título de esta presentación es el añadido de “Salud Pública” ya que considero que los aspectos socioculturales tienen una vinculación muy estrecha con postulados y acciones de salud mental como parte de la salud pública. Quiero también, al inicio, exponer brevemente lo que denomino realidades vitales en el contexto múltiple y variado en que se desenvuelve hoy la vida del llamado adulto mayor, independientemente de la latitud geográfica en la que se encuentre. Estas realidades tienen que ver con su presencia en lo que llamamos culturas individualistas o egocéntricas versus las culturas colectivistas o sociocéntricas. Estos conceptos se explican casi por sí mismos y son importantes porque las actitudes de manejo, la reacción frente al adulto mayor y las posibles ocurrencias clínicas van a tener diferentes expresiones dependiendo del tipo de cultura o sociedad en la que el individuo vive. Esto, como digo, se refleja en dinámicas diferentes dentro del grupo familiar: en la sociedad individualista hay diferencias respecto a la sociedad colectivista, en la cual el concepto sociocéntrico, es decir el que considera a la familia como eje del funcionamiento diario, es importante. Estas variaciones culturales se dan asimismo en el encuentro clínico.

Hay también, por cierto, factores globales de riesgo que ya se han mencionado en las exposiciones precedentes: *status* socioeconómico, nivel de aislamiento o integración social, conflictos intergeneracionales, ocurrencias de enfermedad mental, uso de tabaco, alcohol, etc. Finalmente, es muy importante para un adulto mayor, aun cuando no tenga un cuadro clínico de demencia, su relación en diversos escenarios, con los llamados cuidadores; la salud mental y física de los cuidadores es también una realidad vital que afronta el individuo y que puede tener serias consecuencias si los cuidadores experimentan la serie de manifestaciones clínicas y conductuales que reciben el nombre de *burnout*.

La perspectiva ética no puede estar ausente en la interacción del adulto mayor con su entorno. Desde ella, es importante considerar el nivel de respeto y preservación de la autonomía personal con que se trata al adulto mayor y que éste a su vez percibe. Es también importante mantener u observar los principios de beneficencia y non-maleficencia los cuales tienen que ver, como sabemos, la primera con una especie de promoción de lo que es bueno o positivo en el paciente, y la non-maleficencia concebida más bien como la minimización de lo negativo en la interacción y la conducta o percepción de la conducta del adulto mayor. Otros temas éticos relevantes en este punto son la capacidad de decisión, que incluye comprensión, apreciación, razonamiento y comunicación y el concepto de resiliencia y sus diferentes dimensiones. El adulto mayor, desde el punto de vista ético, puede exhibir un nivel de resiliencia que se traduce en lo que llamamos optimización selectiva, es decir lo que él o ella considera y escoge como elemento importante de su bienestar. Finalmente, el mantenimiento de la autoeficacia es otra actividad que, sea conscientes de ella o no, el adulto mayor ejecuta deliberada o instintivamente en su propio beneficio.

Otro punto importante es la llamada “cuarta edad”, conocida también en inglés como “*the oldest old*”, el anciano anciano, versus “*the youngest old*” o el joven anciano. La cuarta edad establece o lleva al individuo a los límites de su capacidad funcional, a altos grados de fragilidad y a lo que se llama “mortalidad psicológica”, que se traduce en lo que conocemos como “pérdida de la identidad” que a su vez implica una gradual pérdida de autonomía y control. El dilema mayor de la cuarta edad, que es materia de numerosas discusiones, es el de vivir o morir con dignidad.

Aparte de estos temas éticos, hay muchos otros que tienen que ver, por ejemplo, con la prevención de abusos

financieros en función de la edad cronológica y el *status* mental del paciente. Se dan también temas de género vinculados a vida sexual, funcionamiento y conducta, componentes críticos de la realidad cotidiana del adulto mayor en el momento actual. En esta parte aun inicial de mi presentación, deseo enfatizar también los llamados aspectos positivos de la edad avanzada, ya que son reales, tienen valor preventivo y son resultado de investigaciones serias. Por ejemplo, hay comprobaciones de un aumento de bienestar y de la sensación de felicidad después de la “crisis de la edad media de la vida” que, como sabemos, sucede alrededor de los 45 o 50 años; en estudios de numerosos grupos de adultos mayores, se ha encontrado que estos niveles de bienestar y felicidad en la edad de 80 o alrededor de los 80 años, son similares a los de los grupos de 20 años de la población general. La paradoja es pues que, mientras la salud física y el funcionamiento cognitivo pueden declinar, la sensación de felicidad, de salud mental y manejo de relaciones interpersonales mejoran.

¿Cuáles son las explicaciones que se dan de estos hallazgos?. En primer lugar, el adulto mayor cambia de actitudes, lo diga o no, se percate o no, sea manifiesto o no y esos cambios tienen que ver con una mayor aceptación de limitaciones físicas. Hay satisfacción con logros de etapas previas de la vida, lo cual hace que la persona se sienta bien a pesar de la edad avanzada. Utilizan también un enfoque realista de fortalezas y limitaciones propias, hay una menor preocupación con presiones de grupo, creo que estas son realidades sociales, culturales, interpersonales que son importantes: hay, en términos generales, una mayor estabilidad emocional, una calidad de vida muy aceptable.

Ahora bien, ¿cuáles son las razones que los estudiosos añaden en respaldo de estas afirmaciones? Hay obviamente mejores sistemas de atención de salud, en términos generales, hay conceptualizaciones positivas del estadio vital por el cual está atravesando el individuo, de la misma manera que hay etapas agradables y gratas en la adolescencia o en la vida adulta. Hay, en términos generales, una mayor y mejor aceptación del adulto mayor en la sociedad (lo cual, sin embargo, colisiona con el concepto de estigma del que se tratará más adelante). Se ha comprobado, por otro lado, elementos de neuroplasticidad a nivel neuronal durante las fases de envejecimiento, a pesar de cierta lentitud o lentificación en el comportamiento. Finalmente, se tiene el impacto de la psicología y psiquiatría positivas, disciplinas o subdisciplinas que están ganando enorme terreno en los

estudios y en la apreciación de la conducta en la vida cotidiana del adulto mayor, basadas en el principio de que es posible sentirse cómodo y confortable y de que es importante enfatizar los logros positivos del adulto mayor, por pequeños que sean, a fin de hacer posible que se sienta bien y que su calidad de vida responda a las expectativas que él mismo tiene.

### El enfoque sociocultural

Entrando de lleno al tema central de este simposio, *Afrontando la demencia*, el punto de vista sociocultural complementa el enfoque genealógico, el enfoque neurobiológico y el enfoque clínico, examinados previamente. En primer término, una muy breve consideración del estado diagnóstico del concepto de Demencia en el DSM-5, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), publicado en el año 2013. La palabra *Demencia* prácticamente se ha eliminado del DS-5 y ha sido reemplazada por Trastornos Neurocognitivos mayores y menores. ¿Por qué se ha hecho esto?. Hay razones para pensar que la decisión refleja el propósito de la APA y de los especialistas en el país del Norte, de desestigmatizar el concepto entrañado por la palabra Demencia.

En cuanto a cifras epidemiológicas globales del trastorno, es importante reiterar que hacia el año 2050, se calcula que habrán 2 billones de personas mayores de 60 años, 500 millones mayores de 85 y 2.2 millones mayores de 100 años (los centenarios). En cuanto a demencias o trastornos neurocognitivos, se predice un total de 135.5 millones en el 2050 a partir de 47.5 millones en el año 2015; la mayoría residirá en los países de medianos y bajos ingresos, LMICs, el costo estimado del cuidado de esta población que en el año 2015 fue de 818 billones, se estima que llegará al trillón de dólares en el 2050. Estas son cifras realmente impresionantes que sólo confirman la información dada por el Dr. Saavedra. Asimismo, las cifras de prevalencia van en aumento: entre 65-70 años, es 1.9%; entre 75 y 80 años, 6.3%; entre 81-90, 21.7% y en aquellos de más de 90 años, 47.5%.

**Los protagonistas.** Los protagonistas de la experiencia de vida representada por un Trastorno Neurocognitivo Mayor son el paciente mismo, por cierto, familiares cercanos y distantes, otras personas significativas, los cuidadores (personajes de enorme relevancia en esta situación), conocidos, vecinos, compañeros de trabajo etc. y, last but not least, el público, la comunidad y la sociedad.

**Elementos concomitantes.** Llamados co-patogénicos por algunos autores, estos elementos están representados por la ignorancia del público respecto a los puntos esenciales de esta condición, prejuicios de todo tipo: sociales, políticos, religiosos, étnicos, estigma hacia el adulto mayor, mucho más marcado hacia un adulto mayor con problemas clínicos. Estas reacciones combinan miedo, culpa, temor y vergüenza y las conductas que las expresan varían de cultura a cultura, hay sociedades en las cuales la sensación de culpa es mucho más poderosa que la sensación de vergüenza, pero en todas, su impacto en la reacción y el manejo del paciente con cuadros neurocognitivos mayores es fundamental. Otros elementos concomitantes del escenario en el cual se desarrolla la demencia como fenómeno social son el sensacionalismo y el alarmismo a cargo de los medios de prensa y de las redes sociales.

**Manifestaciones y consecuencias clínicas.** Se ha mencionado ya varias de ellas. Es importante señalar, por ejemplo, que irritabilidad y violencia, pueden no ser solamente parte del daño neurobiológico que está teniendo lugar, sino también resultado de lo que sucede en el entorno del paciente, conductas adversas frente a las cuales el paciente es todavía capaz de responder o reaccionar. Por otro lado, el aislamiento social puede tener lugar unas veces de una manera declarada y otras, de una manera sutil. El deterioro físico concomitante, el deterioro de hábitos y el descuido y negligencia de su ambiente inmediato, como resultado de los diversos factores que hemos venido señalando, nos lleva entonces el tema de los cuidadores.

**Los cuidadores.** La literatura sobre este tema es abundante y compleja. Las respuestas a quién es el cuidador, qué es, qué hace, pueden ser sencillas y variar de persona a persona, de situación a situación, pero lo fundamental es que el cuidador, sea quien fuere (pariente o familiar, amigo o técnico más o menos especializado en el cargo) es el intermediario entre el paciente y su ambiente social, entre el paciente, su mundo y el mundo exterior.

Tanto a nivel local o nacional como a nivel mundial, el elemento común en la literatura es el de heterogeneidad y sus diferentes tipos. Hay una heterogeneidad ocasional, obviamente nadie dice yo he nacido para ser cuidador, pero las circunstancias pueden llevar a la persona a ese tipo de ocupación. Hay heterogeneidad ocupacional, los cuidadores provienen de diversas fuentes, hay heterogeneidad motivacional y, por último, heterogeneidad cultural. Hay diferencias de género y diversidad de bases

culturales y étnicas por parte del cuidador, estrés cotidiano, es decir la acción y actividad del cuidador y, como ya se ha dicho, el contacto diario con el paciente, puede también dar lugar a problemas, alteraciones y dificultades, y terminar con el burnout del cuidador que se traduce en conductas negativas, agresivas o indiferentes frente al paciente.

De hecho, se registra asimismo la presencia factual de psicopatologías por lo cual es importante que haya una especie de evaluación previa del cuidador y de su actividad. Obviamente, el impacto de todos estos factores sobre el curso clínico del paciente, a punto de partida del *burnout*, es significativo. Se ha encontrado que, básicamente, el burnout puede tener una prevalencia mucho mayor que el cuadro depresivo en cuidadores; en algunos estudios, hasta un 44% de cuidadores presentan problemas relacionados al *burnout* y solamente 21 o 22% con cuadro depresivo más o menos declarado.

Hay tres factores determinantes en el rol intermediario del cuidador: las nociones socioculturales de aceptabilidad del cuadro clínico de demencia (vgr., el bagaje cultural e intelectual del cuidador); el nivel de atención médica que tiene el paciente, y el contexto cultural del cuidador como individuo. Estos son factores ayudan a entender por qué el cuidador actúa de una u otra manera.

Otros estudios han evaluado la prevención de estigmatización en escenarios de cuidado residencial del adulto mayor; estos escenarios (centros de residencia, hogares protegidos, etc.) cumplen una función fundamental y, por lo mismo, pueden ser, como se ha comprobado, fuente de estigmatización para con los pacientes admitidos. En tal sentido, la actitud de los cuidadores es decir del personal en estos centros, es fundamental y la evaluación que se haga de su rendimiento, su personalidad, su manera de actuar y concebir el cuadro demencial, es importante para prevenir estos procesos de estigmatización.

Hay diversas intervenciones individualizadas hacia el cuidador que está afectado por el *burnout* incluyendo disminución de la carga laboral, de la carga emocional, mejoramiento de la calidad de vida y posibilidad de períodos más largos de cuidado domiciliario. Por otro lado, hay diferencias en niveles de vulnerabilidad, depresión y disponibilidad de apoyo. En el periodo anterior a la actividad en sí, es decir durante la evaluación de personas que buscan la tarea como fuente de trabajo, es importante inquirir acerca de cómo el candidato define persona, vida moral, justicia, etc.; este tipo de definiciones determinan que haya un grado de resiliencia o un grado de

remordimiento por parte del cuidador. El que el cuidador sea o no un pariente cercano al paciente tiene también ventajas y desventajas, pero si se trata de una persona ajena al medio familiar es importante conocer las ideas y capacidad de juicio del candidato a cuidador a fin de poder esperar un rendimiento adecuado.

Se ha señalado ya que la carga emocional del cuidador afecta la severidad del cuadro y la calidad del cuidado médico del paciente. Si el cuidador está fatigado o fastidiado, puede no reportar problemas de tipo médico que el paciente pueda tener, por lo que la atención médica que reciba aquél es deficiente. En cuanto al manejo en sí del paciente, se sabe que aun una cuidadosa intervención psicofarmacológica funciona solo por períodos cortos, vgr. calmar conductas agresivas. En cuanto a género, es un hallazgo interesante el que las cuidadoras mujeres hispánicas manejan mejor el estrés, con programas psicoeducacionales basados en la llamada “construcción de destrezas”. Por otro lado, las esposas hispánicas, en el mismo estudio, mostraron mayor riesgo de baja eficacia y mayor frustración, debido a sus valores culturales acerca del cuidado, influenciados, por ejemplo, por preferencias religiosas bastante marcadas, o porque al no mejorar el estado clínico del paciente, se genera frustración, desmoralización, crisis en el ámbito del cuidador o cuidadora en este caso.

Es pues importante que haya una formación competente del cuidador y esto tiene que ver mucho con las políticas de salud y de salud pública que rijan países como el nuestro. Temas como la formación competente del cuidador tienen que ver con el nivel de aceptación pública de Alzheimer y otras demencias como enfermedades, con autodefinición y autoevaluación sólidas, vigencia de conceptos alturados de persona, moral, justicia social, etc., o con el cuidado del paciente como tema familiar. Una frase algo complicada pero importante y reveladora en este aspecto examina “El cuidado del paciente como tema familiar y consideración de la continuidad transgeneracional de la piedad filial”. Significa que los familiares se reúnen con el que va a ser cuidador o el que está postulando para la labor y sostienen un diálogo, le explican que sienten que su deber es cuidar al paciente (piedad filial), pero que no puede hacerlo por a, b, o c razones y, por lo tanto, se sienten obligados a transmitirle su vivencia conflictiva; luego de este diálogo, sí ha habido alguna discusión o desacuerdo entre el cuidador y los familiares, se asume que todo ha sido zanjado hasta el momento en que estos últimos finalizan la negociación y reiteran al cuidador el que, al dejar al paciente en sus manos, ellos. están experimentando una suerte de duelo

anticipado. Estos hallazgos pueden no ser universales, pero es importante tenerlos presentes en las etapas de preparación del cuidador y del acto de cuidar.

Finalmente, es importante revisar las experiencias poco satisfactorias del sistema formal de cuidado, es decir las quejas que el cuidador tenga respecto al sistema para poder responder y, en todo caso, darle los elementos que le permitan una formación e información competente.

### Modalidades de tratamiento sociocultural

Examinaremos una pequeña variedad de estudios que se han hecho en este aspecto. Un trabajo conducido en China se llama “*La terapia de las seis artes*” y es interesante porque lo que han hecho ha sido utilizar principios filosóficos de Confucio aplicados al manejo de pacientes con cuadro demencial. El primer eslabón en esta cadena terapéutica es la enseñanza y la práctica de ritos o rituales con el paciente, mediante los cuales se evalúa y trata el nivel de disfunción social así detectado. En segundo lugar, a través de la musicoterapia se enfoca el sentido del ritmo que es una secuela neurológica o neurofisiológica importante. Luego, a través del juego con arco y flechas, lo que llaman arquería, estos pacientes son evaluados y entrenados en destrezas motoras y visuo- espaciales. Con el uso de patines seguros, se evalúa enseguida el funcionamiento motor fino, seguido por prácticas de lenguaje y de relatos o narración para evaluar los niveles cognitivos por parte del paciente. Finalmente, aspectos numéricos o aritméticos, problemas o ejercicios sencillos que permiten el manejo del funcionamiento ejecutivo del paciente. En suma, sobre la base de principios filosóficos, se ha organizado un programa que tiene bases neurofisiológicas y conductuales de acuerdo a lo que el paciente presenta. El afronte es interesante porque los autores su adaptabilidad a principios culturales en diferentes regiones o países.

El manejo del *Impacto de la Otredad*, la sensación que tiene el paciente de que lo están considerando marginado, que es el otro y, por lo tanto, que ha perdido su identidad: así, su sensación de aislamiento o de rechazo, se hace mayor. El enfoque tiene como objetivo manejar el concepto de otredad restituyendo al paciente su individualidad, reconociéndolo aun cuando no sea en un contexto global, integral o completo, pero facilitando o mejorando su conducta interpersonal.

*Musicoterapia y terapia de reminiscencias* son muy importantes en cuanto a su valor cultural en el manejo de Otredad, porque se le pide al paciente que elabore



narrativas de su experiencia vital, de su pasado, o que se le haga escuchar música de su época que, en muchos casos es enormemente útil para el logro de tranquilidad y calma. *Co-creación y acción participatoria* consisten en trabajar junto con el paciente en iniciativas suyas por pequeñas o sencillas que ellas sean, lo cual le permite una vez más no sentirse el otro, sino ser parte de su propio manejo. Igualmente, aspectos de religión y espiritualidad son de importancia en el tratamiento sociocultural de los pacientes.

### Pronunciamientos internacionales

Muchas organizaciones nacionales o internacionales se han pronunciado sobre demencia o demencias reconociendo la seriedad del problema y el efecto paradójico, también ya señalado, de que va a haber más demencia como resultado de, entre otras cosas, los avances de la atención médica que van a hacer que la gente viva más tiempo y que, por lo tanto, el riesgo de experimentar demencia se haga más evidente.

Dentro de estas organizaciones figura la llamada *Inter Academic Program* (IAP), una Asociación de Academias de Medicina a las cuales pertenece nuestra institución. El IAP publicó, hace año y medio, un documento titulado “Un llamado a la acción” en relación a qué hacer con la Demencia en el mundo actual. Los principios y objetivos de este llamado a la acción son la necesidad de incrementar la información y educación del público en torno al problema, su aceptación y las adaptaciones que plantea el problema de la demencia: incrementar la información; apoyar la investigación y enfoques efectivos para prevenir, demorar, enlentecer, tratar, aliviar, y eventualmente curar las causas comunes de demencia; invertir en personal e infraestructura de sistemas de salud que permitan una atención competente a pacientes y cuidadores.

¿Y cuáles son los elementos claves de este plan de acción? Los siguientes: preparar planes nacionales de atención a estos problemas, proveer fondos de investigación, apoyar un amplio rango de proyectos de investigación, pensar en estrategias de reducción de gastos, planificación y entrenamiento de personal requerido, adaptación ambiental y social a la condición clínica y acceso total a posibilidades de prevención y cuidado. Es importante señalar, en relación a nuestro país, que la señora Ministra de Salud, en una entrevista periodística concedida el día 23 de setiembre, señaló que se estaba preparando la reglamentación de la llamada “La ley de Cuidados Paliativos” que permitirá finalmente su implementación;

la ley establece que pacientes con cuadros demenciales, incluso aquéllos que no tienen seguro, se beneficiarán porque el SIS es el que se va a encargar de pagar por el cuidado de este tipo de problemas. Cuando el periodista preguntó ¿Hay dinero para eso?, ella contestó claramente que sí y que, además, las personas que tienen a su cargo el cuidado de estos pacientes van a ser debidamente capacitadas. Esto realmente es promisorio y esperanzador. La señora Ministra también señaló que en el año 2017 se habían diagnosticado 3665 personas con Enfermedad de Alzheimer, de las cuales solo 175 eran menores de 60 años. Ella estimaba, sin embargo, que esa cifra era solamente el pico del iceberg. Habló de que los cuidadores son un elemento importante, técnicos que deben estar muy bien capacitados ya que muchas veces es preferible tener este tipo de cuidadores porque los familiares son los cuidadores inmediatos pero que tal tarea es “desgastante y complicada” para quienes tienen otras responsabilidades diarias.

### Reflexiones finales

Quiero terminar con una nota positiva en relación a un concepto que no es necesariamente nuevo, pero sí renovado y reforzado. Me refiero al concepto de **envejecimiento exitoso**, que va de lo que se llama *desinvolucramiento* a la llamada *selectividad socioemocional*. ¿Qué significa esto? La gente de edad avanzada se retira de ciertos círculos, se desinvolucra de ciertas entidades, grupos, comunidades, etc., pero procede a una suerte de selección socioemocional basada en fuerte vinculación social con familiares y amigos cercanos escogidos. Hay pues un sentimiento subjetivo de adaptación a demandas vitales y de auto-aceptación, este es un elemento del envejecimiento exitoso, pensar positivo. He hablado de psicología y psiquiatría positivas y el envejecimiento exitoso opera como una especie de *buffer* de los efectos del estrés vital y ambiental. Como factores predictivos de envejecimiento exitoso pueden citarse un mayor nivel educacional, ausencia de abuso de alcohol y del hábito de fumar, ausencia de depresión, dieta adecuada, peso normal, ejercicios físicos regulares, apoyo social consistentemente presente, resiliencia, espiritualidad y optimismo.

Cuando éramos jóvenes o niños, algunos leíamos *Selecciones del Reader's Digest* y ahí había una sección de transcripciones que se llamaba, *Citas Citables*. Permítanme mencionar unas citas citables en el contexto del tema que estamos tocando. Arturo Graf, un poeta italiano de origen austriaco, dice: “El hombre comienza a envejecer cuando deja de aprender”. El muy conocido escritor Mark Twain

nos dice, en inglés: “*Age is an issue of mind over matter; if you don't mind it, it doesn't matter*”, cuya traducción reza más o menos así: “Envejecer es un tema de mente sobre materia; si el tema no te importa, no tiene valor alguno”. Finalmente, un psicólogo forense británico Alexander Confort dice: “Ninguna píldora o régimen conocido de tratamiento podría transformar los años avanzados de la vida de una manera tan completa como lo haría un cambio en la visión y el concepto de la edad y una acción militante orientada al logro de tal cambio”.

## Conclusiones

Edad avanzada y demencia (o trastorno neurocognitivo mayor) requieren un reconocimiento clínico temprano y un seguimiento sistemático. Hay, por otro lado, una interacción constante con familiares y cuidadores y un enfoque terapéutico adecuado y activo debe incluir psicoeducación, adiestramiento de cuidadores y manejos alternativos, si se quiere prevenir una epidemia de cuadro demenciales. Educación del público, organización de campañas de salud y de desestigmatización, formación apropiada de estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud, residentes, médicos generales y especialistas en torno al envejecer, a la adultez mayor, a la super-adultez mayor y a los manejos de tipo sociocultural, incluidos los conceptos de envejecimiento positivo son elementos indispensables de un manejo integral del problema. En nuestro país, instituciones como la Academia Nacional de Medicina deben continuar a la vanguardia de una información sólida, pronunciamientos categóricos y apoyo a iniciativas del Ministerio de Salud y otras dependencias de los poderes públicos para la creación y aplicación de disposiciones definidas y debidamente reglamentadas. Se debe estimular asimismo mayores investigaciones diagnósticas, epidemiológicas, clínicas y socioculturales de nuestra realidad.

## Bibliografía

**American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual, 5th. Edition (DS-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

**Butler RN, Lewis MI.** Aging and mental health. Positive psychosocial and biomedical approaches, 3rd. Ed. St Louis, MO: Mosby, 1982.

**Gurland BJ, Wilder D, Lantigua R et al.** Rates of dementia in three ethnorracial groups. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1999; 14: 481-493.

**Hasegawa K, Homma A, Imai Y.** An epidemiological study of age-related dementia in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1986; 1: 45-55.

**Inter-Academy Partnership for Health.** A call for action to tackle the growing burden of Dementia. Trieste, Italy, July 5, 2018.

**Jeste DV, Depp CA, Vahia IV.** Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*, 2010; 9(2): 78-84.

**Jeste DV, Palmer BW (Eds.) Positive Psychiatry.** A Clinical Handbook. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2015.

**Jeste DV, Nguyen TT. Successful aging of physicians.** *Am J Geriatr Psychiatry*, published online Aug. 28, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.201708.003>.

**Kertesz A, Jess S, Harciarek M et al.** What is semantic dementia?. A cohort study of diagnostic features and clinical boundaries. *Arch Neurology*, 2010; 67: 483-489.

**Kirmayer LJ, Ban L.** Cultural Psychiatry: Research strategies and future directions. En: *Cultural Psychiatry* (RD Alarcón, Ed.), pp. 97-114. Basel, Switzerland: Karger, 2013.

**Moore D. Neurocognitive Disorders.** En: *Psychiatry*, Vol. 2, 4th. Ed. (A. Tasman, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riva MB, Eds.), pp.1647-1705. Chichester, UK: Wiley & Sons, 2015.

**Pace WD, Anstett RE.** Placement decisions for the elderly: A family crisis. *J Fam Practice*, 1984; 18(1): 31-46.

**Shah A, Dalvi M, Thompson T.** Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia across cultures: Current status and the future. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005; 20: 1187-1195.

**Shah A, MacKenzie S.** Disorders of ageing across cultures. En: *Textbook of Cultural Psychiatry* (D. Bhugra & Bhui K, Eds.), pp. 323-344. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2007.

**Tseng W-S. Handbook of Cultural Psychiatry,** Cap. 7 (Late adult life: Aging and Death), pp. 111-121. San Diego, CA: Academic Press, 2001.

## Discusión y Conclusiones

### Dr. Artidoro Cáceres,

Agradezco mucho la invitación de la Academia para asistir a este importante simposio que nos ha permitido aprender muchas cosas. Pienso que dada la discutible y poca eficacia del tratamiento farmacológico, es imperativa la acción preventiva más que curativa. Sin duda tenemos necesidad de corregir nuestros términos y señalar que adultez mayor o edad avanzada, o “cuarta edad” como sugiere el Dr. Alarcón, son referencia útiles, pero no completas. Nos hemos quedado estrechos, los que hemos sido viejos y ahora somos ancianos no tenemos por qué sentir vergüenza de decir que hay edades que se llaman vejez y ancianidad. La primera edad es la gestación, nadie puede dudarla, la segunda es la infancia, la tercera la pubertad y/o adolescencia, la cuarta adultez, la quinta es la vejez y la sexta es la ancianidad. Los parámetros no son biológicos sino también legales, por lo tanto deberíamos corregir un poco estas situaciones y referirnos a esas edades con sus normalidades y sus patologías. Quisiera también señalar que me parece que se pone mucho énfasis en las actividades cognoscitivas y el Dr. Alarcón nos ha abierto un panorama para ocuparnos de otras cosas, referirnos a los índices, actividades afectivas, sociales y por qué no erótico- sexuales en estas edades, en los cuales estamos llegando cada vez más y con mayor frecuencia. Deseo rendir mi homenaje al Dr. Gustavo Delgado Matallana que ha cumplido ya 102 años y continúa ofreciendo conferencias en muchos lugares. Quisiera también señalar que el término “cuidadores” no debe plantearse sino en la ausencia de lo que en el Perú es lamentablemente una escasez de profesionales; no existe la formación en gerontología, evidentemente al lado del psiquiatra está el psicólogo, el geriatra es geriatra y cuando estudia gerontología lo hace, pero lo que necesitamos son gerontólogos formados en universidades. Es también preocupante que, como resultado de que en la mayoría de escuelas y facultades de Medicina no se preparan neuropsicólogos como muy bien lo ha referido la Dra. Tello, estos profesionales son escasos; su participación es muy útil, no solo en diagnóstico si no en las técnicas de orientación. Deberíamos pues tener gerontólogos que parecieran estar “en extinción” ya que, en mi conocimiento, solamente se preparan en una o dos universidades. Por otro lado, las investigaciones neoanatómicas presentadas me han hecho recordar a un profesor de Rumanía que presentó

en los años 80 un trabajo en la Federación Mundial de Neurología, precisando el hallazgo de formaciones sinápticas en adultos, ancianos y viejos de mayores de 90 años; las capacidades de aprendizaje están allí y deberíamos fortalecerlas y facilitarlas. Finalmente la vejez y la ancianidad representan para mucha gente, pasividad, por lo que al lado del término burnout esta o otro que es su pariente el burnoff, es decir los problemas que se presentan por la ociosidad, el abandono o por la sentencia de que si eres viejo ya no te puedes ocupar ni de tus nietos; hay pues un problema muy importante en torno a lo que significa la pasividad a la que lleva la jubilación y la falta de proyectos o de actividades para las gentes que estamos en estas edades. Muchas gracias.

### Dr. Javier Saavedra,

Yo creo que el Dr. Cáceres ha tocado uno de los aspectos más importantes del tema, es decir, el tratamiento de la demencia está todavía está muy lejos; mientras tanto, seguimos envejeciendo y éste ha sido el énfasis en lo presentado por el Dr. Alarcón y en los cuidados directos que también se han discutido. Recuerdo que en una ocasión, mi abuela de 90 años y yo estábamos mirando a la calle desde el balcón del tercer piso donde ella vivía; enfrente pasaba una señora ancianita con su hija, caminando sin problemas y al verla, mi abuela me preguntó: “Hijo ¿cuándo estaré yo como esa señora que está abajo?”. Esto resalta también lo que mencionó el Dr. Alarcón, la vejez es a veces un tema que habita excesivamente en la mente. Hace poco escuché a alguien en un medio televisivo diciendo que “vivimos como si nunca fuéramos a morir y morimos como si nunca hubiésemos vivido”; tal vez parte de la enseñanza que debe impartirse a la población es que vivamos sabiendo que en algún momento vamos a ser ancianos y en algún momento vamos a morir, inculcar a las generaciones jóvenes la conciencia de que todos vamos a ser ancianos y que y que tenemos que hacer algo para todos estar mejor.

### Dra. Tania Tello,

Sólo para mencionar algo que dijo el Dr., necesitamos profesionales capacitados en temas de envejecimiento, psicólogos que hagan ver a los niños que todos vamos a envejecer en algún momento y que tratemos a estas personas como quisiéramos que nos traten cuando lleguemos a esa edad, ver el envejecimiento como una

oportunidad para realizar algunas de las cosas que quizás quedaron pendientes. Debe haber programas de pre-jubilación para que estas sigan produciendo y aprendiendo más cosas ya que, como se ha mencionado, hay neuroplasticidad persistente. Cuando uno revisa las cifras de estadísticas del INEI de este año, el 51% de la población económicamente activa está constituido por personas adultas mayores, lo cual equivale a ver el envejecimiento cómo una oportunidad.

#### **Dr. Renato Alarcón,**

Muchas gracias. Los comentarios del Dr. Cáceres ha generado varias reflexiones, quisiera solamente señalar dos o tres, desde mi perspectiva. En relación a la labor de prevención, prevenir el cuadro neurocognitivo mayor de la edad avanzada es una tarea de toda la vida; hay un estudio que demuestra que experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia muestran una correlación significativa con cuadro demencial en la vida adulta o adultez mayor, no digo todos pero una porción llamativa. Hallazgos de este tipo hacen pensar que, por ejemplo, entre los miles de miles de inmigrantes que en este momento están yendo desde Centroamérica hacia Estados Unidos con un riesgo extraordinario de su vida, de su nutrición, de su salud física y emocional, etc. para ser luego expuestos a la verborrea de ciertos gobernantes en el Norte, estas experiencias traumáticas en niños y adolescentes pueden traducirse más adelante en cuadros neurocognitivos. La prevención de estos cuadros tiene que ver con el manejo de salud y prevención de salud a nivel general; un problema acerca de cuya solución quisiera estar de acuerdo con Artidoro pero me temo realísticamente que no es posible, es la necesidad de tener gerontólogos en número adecuado y apropiado, es decir especialistas. Tenemos una carencia de médicos en nuestro país y tenemos médicos concentrado en áreas urbanas, no creo que sea posible en un plazo relativamente cercano o razonable tener especialistas conocedores a fondo de este tipo de problemas; es por ello que, hasta cierto punto, se justifica el entrenamiento y la capacitación de cuidadores en determinadas regiones o determinadas zonas o para determinado tipo de sub-poblaciones y creo que, como ya lo menciono la Dra. Tello, las modalidades de tratamientos no farmacológico van a seguir ganado terreno como afrontes preventivos basados en la existencia de una neuroplasticidad bien demostrada.

#### **Dr. José Pacheco,**

Muchas gracias, interesante las conferencias. Tengo una pregunta sobre cómo se forman estas proteínas anormales, si se tiene alguna idea de donde puedan proceder, fuera del factor genético que de todas maneras seguramente tiene que ver. Otra pregunta de un médico que no es neurólogo, no es psiquiatra y no es psicólogo, es si hay algún tipo de agente diagnóstico, es decir, tablas diagnóstica que pudieran permitir al médico general o especialista en otras ramas detectar y orientar tempranamente a una persona que puede tener estos problemas de demencias y referirlas a un profesional entrenado que pueda estudiar mejor el caso y manejarlo farmacológicamente o con otros enfoques terapéuticos.

#### **Dr. Nilton Custodio,**

Es interesante la primera pregunta, porque algunas personas que tienen ciertas alteraciones de las proteínas desarrollan la enfermedad y otras no; si bien es cierto que la carga genética tiene que ver con mutaciones de algunas de ellas, esto explica pocos casos, quedando la mayoría sin explicaciones. Un factor importante es que la cantidad de anomalías como las proteínas de origen TAU, es decir ovillos neurofibrilares y placas seniles es mayor en el cerebro de personas con solo educación primaria o menos cuando comparadas con personas con educación superior y puede desencadenar manifestaciones mucho más tempranas de cuadros neurocognitivos; esto se llama reserva cognitiva pero hay que tener en cuenta, sin embargo, que si bien es cierto el nivel educativo puede ser un "factor protector", mientras más años viva una persona, en algún momento va a tener ya el 80% de placas seniles y ovillos neurofibrilares que van a dar lugar a la aparición de los primeros síntomas ocultos hasta entonces gracias al nivel cultural y académico alcanzado. En el curso de vida que resta entonces, operan estos llamados factores declinadores cognitivo-erráticos. Respecto a qué hacer sobre el diagnóstico precoz, es muy importante porque tenemos que estar preparados para que los médicos de atención primaria sean los primeros en detectar el cuadro. Nosotros estamos trabajando con las pruebas cognitivas breves buscando su validación en diversas sub-poblaciones, no sólo en gente que fue a la secundaria o la primaria sino también los iletrados. En San Marcos estamos trabajando con RUDAS, una prueba australiana que ya ha sido validada en probandos de educación secundaria



y primaria y pronto vamos a publicar los resultados sobre una muestra en Ventanilla que no tiene ningún tipo de educación; la probaremos también en comunidades quechuas y aymaras: si esto no resulta tenemos que buscar alguna otra estrategia, el enfoque es importante porque estas pruebas cognitivas breves deben tener buena sensibilidad y están diseñadas para su empleo por el médico de atención primaria, no necesariamente por un psiquiatra o neurólogo, un geriatra o un médico especialista en la materia relacionada, a fin de arribar a un diagnóstico oportuno.

**Dra. Tania Tello,**

Como en toda evaluación que hace un médico general o de atención primaria, es necesario tener una buena historia clínica; lamentablemente hay un grupo de adultos mayores, sobre todo los muy mayores, de más de 80 años que a veces todavía asisten solos a la consulta debido a que todos los familiares trabajan. Como lo hemos dicho, los datos más confiables de la historia en lo que es básicamente la parte cognitiva, los da usualmente el familiar o cuidador que vive o acompaña al paciente, quien lo vea con frecuencia, los hijos u otros familiares que ve con frecuencia; si el adulto mayor se queja de estar sufriendo de olvidos, lo más probable es que no tenga un deterioro cognitivo; los datos que dan el familiar, el cuidador o el vecino son más precisos y concretos, reflejan en detalles grandes y pequeños y con ejemplos claros la seriedad del problema. Tales datos en la historia clínica hacen que el profesional proceda rápidamente a administrar un test de screening o a derivarlo a un hospital donde haya probablemente un especialista que complete la evaluación. La historia clínica es fundamental, sin embargo.

**Dr. Mariano Querol,**

Previo un grato reconocimiento por la información que hemos recibido, quiero agregar algunos puntos que creo son de importancia. Me refiero, por ejemplo, al “ambiente” que es relativamente importante en los adultos, creo no haber escuchado nada relativo al sexo que es muy importante en nuestra vida, y no se ha escuchado mucho sobre religión y espiritualidad. Son ideas y conceptos importantes para tener una visión más global y completa de lo que estamos tratando, para cubrir la mayor parte posible del dolor humano y hacerlo desaparecer. Quiero que pensemos en torno a estas palabras y deseo felicitar a los panelistas, en especial a Renato, quien me recuerda mi labor docente, los momentos en que yo era su profesor y del que ahora estoy aprendiendo más de lo que creo que él pueda haber aprendido de mí en el transcurso de aquellos años. Sea como fuere, felicitaciones por haber estado aquí, deseo cerrar este día con un sincero aplauso. Muchas gracias.

**Dr. Renato Alarcón,**

Creo que interpreto el sentir de la mesa agradeciendo al profesor Mariano Querol, mi maestro, mi amigo, por haber tocado puntos importantes que, si no se han desarrollado a fondo, evidentemente marcan la ruta de temas a discutir en torno a adultez mayor y cuadros neurocognitivos. Factores ambientales, socio culturales, temas de vida sexual, religión, espiritualidad, etc., como elementos fundamentales en el manejo de situaciones clínicas vinculadas a trastornos neurocognitivos, sean mayores o menores, o simplemente al proceso de avance de la edad y la vida y de lidiar con situaciones diversas en estas etapas vitales, usando el coraje, el valor y la entereza que todos anhelamos poseer. Gracias a todos.