

 Artículo de revisión de tema

Estigmatización y cuidado de las enfermedades neurocognitivas y de la salud mental de la persona mayor

Claudia-Marcela Camargo-Rojas¹; María-Camila Blanco-Párraga¹; Lorena-Catalina Bonilla-García¹; María-Alejandra Cardona-Ocampo¹; Tabata-Sayleth Ibarra-Pacheco¹; Luna-Natasha Mahecha-Forero¹; Liliana-Marcela Rodríguez-Rodríguez¹; Aniul-Slendy Rodríguez-Peña¹; Paula-Andrea Sáenz-Arias¹; María-Camila Tique-Álvarez¹

¹Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Resumen

El envejecimiento poblacional nacional y mundial ha despertado el interés por evidenciar los eventos relacionados con el proceso de salud y enfermedad de la persona mayor que son prevalentes en este grupo poblacional. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 20% de las personas mayores presentan alguna enfermedad mental, derivada de los procesos físicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, así como de las enfermedades neurocognitivas.

Una situación derivada es la estigmatización de las personas mayores con enfermedad mental o con enfermedad neurocognitiva (Alzheimer-Parkinson). De acuerdo a diferentes autores se encuentra que por lo menos el 40% de las personas con demencias consideran que son excluidas de la sociedad; también sus cuidadores y familiares se preocupan por situaciones de rechazo social.

Con el fin identificar la literatura científica relacionada con la estigmatización y el cuidado de las enfermedades neurocognitivas y de la salud mental de la persona mayor se propuso realizar la siguiente revisión de tema.

Palabras clave: anciano; salud mental; disfunción cognitiva; estereotipo; maltrato al anciano.

Stigmatization and care of neurocognitive and mental health conditions among the elderly

Abstract

The aging of the national and world population has awakened interest in documenting events related to older adults' health and disease processes, which are prevalent in this population group. According to the World Health Organization, 20% of older people suffer from some form of mental illness resulting from the physical, psychological, and social processes of aging, as well as neurocognitive disorders.

Información del artículo

 **Autor de correspondencia**
camargo.claudia@javeriana.edu.co

 **Cómo citar este artículo**
Camargo-Rojas CM, Blanco-Párraga MC, Bonilla-García LC, Cardona-Ocampo MA, Ibarra-Pacheco TS, Mahecha-Forero LN, et ál. Estigmatización y cuidado de las enfermedades neurocognitivas y de salud mental de la persona mayor. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;22(1), e058.

 **doi** <https://doi.org/10.18270/rce.v22i1.3989>

 **Recibido:** 25-04-2022
Aprobado: 15-03-2023

 Ediciones anteriores 

Redes sociales



One resulting situation is the stigmatization of older people with mental illness or neurocognitive disease (Alzheimer–Parkinson’s). According to different authors, at least 40% of people with dementia feel excluded from society; their caregivers and family members are also concerned about social rejection.

In order to identify the scientific literature related to stigmatization and care of neurocognitive and mental health conditions in the elderly, the following topic review was proposed.

Keywords: Aged; mental health; cognitive dysfunction; stereotyping; elder abuse.

Estigmatização e cuidado de doenças neurocognitivas e de saúde mental em idosos

Resumo

O envelhecimento populacional nacional e mundial tem despertado interesse em evidenciar os eventos relacionados ao processo de saúde e adoecimento dos idosos que são prevalentes neste grupo populacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 20% dos idosos apresentam alguma doença mental, decorrente dos processos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, além de doenças neurocognitivas.

Uma situação derivada é a estigmatização de pessoas idosas com doença mental ou doença neurocognitiva (Alzheimer–Parkinson). De acordo com diferentes autores, verifica-se que pelo menos 40% das pessoas com demência consideram-se excluídas da sociedade; seus cuidadores e familiares também se preocupam com situações de rejeição social.

A fim de identificar a produção científica relacionada à estigmatização e aos cuidados com as doenças neurocognitivas e saúde mental do idoso, propôs-se a realização da seguinte revisão temática.

Palavras-chave: Idoso; saúde mental; disfunção cognitiva; estereótipo; maus-tratos ao idoso.

Introducción

La población de personas mayores de 60 años ha ido en aumento en las últimas décadas, observándose un proceso epidemiológico y demográfico de envejecimiento poblacional, situación que trae desafíos y retos para los sistemas de salud (1). Actualmente, la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020, declaró la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030), con lo que se pretende abordar de forma transversal el concepto de envejecimiento y entenderlo como una cultura y un concepto que debe ser abordado desde los diferentes cursos de vida – “cultura del envejecimiento” – para garantizar las oportunidades y el fomento de las capacidades de las personas mayores, así como la prevención de enfermedades crónica no transmisibles (2).

De acuerdo con el boletín de envejecimiento de la OMS (1), en el año 2050 en el mundo el número de personas mayores de 65 años será superior al de los menores de 14 años, datos que concuerdan con el censo colombiano realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane 2005), en donde se proyecta que para el 2050 las personas mayores representarán el 20 % de la población colombiana (3, 4). Según el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el curso de vida vejez se refiere “a hombres y mujeres de sesenta y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones [...] y contribuyen en espacios familiares, sociales e intergeneracionales” (5). Por otra parte, la salud mental es un componente de la salud integral de las personas. La OMS la define como: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (6). De acuerdo con la OMS, el 20 % de las personas mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental, entre los cuales la demencia y la depresión son los más comunes (7).

Por otra parte, se encuentran las enfermedades neurocognitivas, que se relacionan con el concepto de *envejecimiento cerebral*, entendido como el deterioro progresivo de la estructura y el funcionamiento del cerebro durante el transcurso de la vida de una persona. Este puede ocasionar diferentes trastornos neurocognitivos o puede no afectar de manera significativa la funcionalidad del cerebro dependiendo de diferentes factores ambientales, genéticos, sociales, entre otros (8).

A pesar de que, en la última década se ha presentado un incremento en el número de adultos mayores con trastornos mentales, el personal sanitario no reconoce esta problemática en su verdadera dimensión, y el estigma que se genera alrededor de las personas que padecen estas enfermedades ocasiona que estas eviten buscar ayuda (7). Además, existen actitudes negativas hacia los profesionales de salud que cuidan a los adultos mayores con enfermedad mental. En ese sentido, las actitudes discriminato-

rias hacia las personas mayores con enfermedad mental están muy extendidas y son perjudiciales para su salud física y mental, ya que están expuestos a una doble discriminación y estigmatización (9).

La encuesta World Values Survey, que se aplicó a más de 83.000 personas en 57 países en el año 2016, evaluó las actitudes hacia las personas mayores en todos los grupos de edad. Encontró que el 60 % de los encuestados manifestaron que no se respeta a las personas mayores, situación que expone la inquietante realidad de este grupo poblacional en el mundo, sin que se evidencie una solución que permita la concientización de las personas frente a esta problemática (9).

En el informe de la Alzheimer Disease International (ADI), se identificó que la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad y que una de cada cuatro personas con demencia (24 %) oculta o disimula su diagnóstico por temor al estigma al que están expuestas. Según los resultados, el 40 % de las personas con demencia consideran que son excluidas de la sociedad y más de uno de cada diez cuidadores (11 %) sienten temor de admitir públicamente el diagnóstico de sus pacientes por miedo a ser estigmatizados en su círculo social y laboral. De manera que casi el 60 % de las personas con esta enfermedad tienen mayor probabilidad de evitar o perder amigos después de que son diagnosticados con demencia (9). Estas cifras son similares a las informadas por el World Alzheimer Report de 2019, según el cual el 40,9 % de los colombianos consideran que una persona con Alzheimer presenta comportamientos agresivos, lo cual genera situaciones de rechazo y estigma, que estereotipa la enfermedad (10).

Cabe mencionar que otra consecuencia que se visibiliza es el *abuso psicológico emocional*, definido como la acción de infligir pena, dolor o angustia a través de acciones expresivas verbales o no verbales (11). Este tipo de abuso se expresa en insultos, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, indiferencia a los sentimientos de las personas mayores, falta de respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos, silencio peyorativo y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada (11).

Se ha observado que han aumentado las cifras de enfermedades degenerativas en el adulto mayor y esto genera un serio problema en la salud pública, ya que estas enfermedades son de alto costo económico y social, por lo difícil y tardío de su diagnóstico y por su curso progresivo e invalidante (12). Estudios realizados en La Habana, Cuba concretamente, en el Policlínico Cristóbal Labra durante marzo a agosto de 2010, muestran que se ha presentado violencia contra un 37,2 % de adultos mayores con estas enfermedades siendo la demencia un factor principal y estresante, desencadenante de crueldad en los cuidadores (12). Por otro lado, la violencia más frecuente fue la psicológica, seguida de violencia por negligencia en relación con el sexo. Respecto a esto último, las mujeres fueron las más afectadas; sin embargo, en la violencia física ocurre lo contrario. Adicionalmente, se identificó que los maltratadores en su mayoría son sus propios hijos (12).

El presente artículo pretende dar a conocer mediante una revisión de tema investigaciones relacionadas con la estigmatización y el cuidado de las enfermedades neurocognitivas y de salud mental de la persona mayor.

Conceptualización de las enfermedades neurocognitivas

Las enfermedades neurocognitivas hacen referencia al conjunto de síntomas que se desarrollan como resultado de daños en el cerebro y se caracterizan por una declinación progresiva de la cognición, asociada a síntomas conductuales que repercuten en el normal desenvolvimiento del individuo en su medio familiar y social. Por ello, implican alteraciones tanto en las capacidades cognitivas, tales como memoria, lenguaje, atención y orientación, como en la conducta y el aprendizaje (13). Las demencias primarias, que no son curables en la actualidad, producen un daño progresivo e irreversible del cerebro, reduciendo el rendimiento general del paciente y generando con ello exigentes necesidades de dependencia y cuidado cercano (14).

Teniendo en cuenta lo anterior, la enfermedad de Alzheimer afecta principalmente la memoria, el pensamiento y comportamiento, desarrollando signos y síntomas lentamente hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas (14). Investigaciones han planteado varias hipótesis sobre su fisiopatología, entre ellas, se destaca que una de las causas es la presencia de radicales libres neurotóxicos y toxicidad amiloide, adicionalmente, exponen que se forman depósitos intra y extracelulares de una proteína llamada péptido β -amiloide, conformando las placas seniles, cuya densidad se relaciona con el deterioro neurocognitivo, ya que daña las neuronas locales, ocasionando pérdida de la sinapsis y disminución de la concentración de neurotransmisores (15).

La OMS clasifica la enfermedad de Alzheimer en tres etapas de acuerdo a los síntomas: temprana, intermedia y tardía. La primera a menudo pasa desapercibida ya que al inicio tiene una progresión paulatina. Los síntomas más comunes incluyen tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desubicación espacial (incluso en lugares conocidos). En la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitantes: las personas olvidan acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar, empiezan a necesitar ayuda con el aseo/cuidado personal y sufren cambios de comportamiento. En la etapa tardía, la dependencia y la inactividad son casi totales. La persona presenta creciente desubicación en el tiempo y el espacio, dificultad para reconocer a familiares y amigos, mayor dependencia para el cuidado personal, dificultades para caminar y alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse desembocando en agresiones (16).

Por su parte, la enfermedad del Parkinson se define como un desorden neurodegenerativo frecuente y complejo caracterizado por la presencia de síntomas motores y no motores, relacionados con el daño de múltiples estructuras del sistema nervioso central y periférico, siendo esta la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después del Alzheimer. Se caracteriza por la pérdida neuronal de moderada a grave en la sustancia nigra pars compacta (SNpc) y presencia en la mayoría de los casos de depósitos de alfa-sinucleína en forma de cuerpos de Lewy. Sin embargo, desde el punto de vista patológico, también se ven afectadas otras áreas del sistema nervioso y sistemas de neurotransmisores, lo que explicaría muchos de los síntomas no motores de la enfermedad (17).

En la actualización sobre trastornos del movimiento (Parkinson) se distinguen dos grupos: el primero se caracteriza por pobreza o lentitud de movimiento (acinesia), que suelen acompañarse de un aumento del tono muscular o rigidez (síndromes rígido-acinéticos), y el segundo, por la presencia de movimientos anormales involuntarios (discinesias). Según los síntomas, el síndrome parkinsoniano o parkinsonismo se clasifica en parkinsonismo idiopático, parkinsonismo secundario o sintomático, parkinsonismo asociado a enfermedades neurodegenerativas y otros. El síntoma que caracteriza la enfermedad es el temblor ligero en reposo que aumenta en situaciones de tensión emocional, la rigidez que afecta tanto a músculos flexores como a extensores y varía de intensidad durante el movimiento pasivo, la acinesia-bradicinesia que se define como pobreza o lentitud de los movimientos automáticos o espontáneos y finalmente la pérdida de reflejos posturales, en donde se suele adoptar una postura en flexión de la cabeza y del tronco y existe dificultad para realizar ajustes posturales como inclinarse, apoyarse o enderezarse (18).

Finalmente, en la revisión de evidencia disponible sobre los factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer y de Parkinson se destaca que diversos factores ambientales contribuyen significativamente al riesgo de desarrollar dichas enfermedades; así mismo que algunos de ellos podrían actuar desde etapas tempranas de la vida o interactuar con otros factores genéticos. Teniendo en cuenta esto, la evidencia se divide en fuerte y débil. Para la enfermedad de Alzheimer, los factores de riesgo con evidencia fuerte son contacto con pesticidas, trabajo en agricultura, vivir en medio rural y consumir agua de pozo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia en edad media (40–64 años), como hiperhomocisteinemia (elevación del aminoácido homocisteína en el plasma sanguíneo), y tabaco. Los factores de riesgo con evidencia débil son diabetes mellitus e hiperinsulinemia, obesidad en edad media, alcohol en exceso y anemia crónica. En general, para la prevención de las demencias en las personas mayores, se pretende abordar factores de riesgo enfocados en los malos hábitos de vida y el fortalecimiento de redes apoyo que permita un envejecimiento saludable (19).

Para la enfermedad de Parkinson, los factores de riesgo con evidencia fuerte son contacto con pesticidas por inducir degeneración de las neuronas dopaminérgicas y los factores de riesgo con evidencia débil son consumo de leche en hombres, alta ingesta de hierro y anemia crónica (20).

Conceptualización de las enfermedades de salud mental

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta son las enfermedades de salud mental en los adultos mayores. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos de salud mental más comunes en este grupo son, en su orden, la depresión y la ansiedad (21). La primera se caracteriza por una tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. La ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión (22).

Se ha señalado que la presencia de un trastorno depresivo en adultos mayores de 65 años aumenta la mortalidad y produce un impacto negativo en la calidad de vida, lo cual genera un problema de salud

pública en el ámbito mundial; también que los adultos deprimidos tienen un deterioro igual o peor que quienes padecen enfermedades crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes mellitus (23). Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona mayor. Además, en algunos casos, los síntomas afectan poco la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia insomnio, mayor pérdida de apetito, sintomatología psicótica, menos irritabilidad y menor somnolencia diurna en comparación con los pacientes jóvenes. En los adultos mayores que niegan estar tristes, es importante indagar acerca de otros síntomas como desesperanza, ansiedad (ante enfermedades, muerte, situaciones económicas, entre otras), quejas de memoria, anhedonia, descuido en el arreglo personal, falta de adherencia a los regímenes farmacológicos o dietarios (23).

En cuanto al trastorno de ansiedad, se debe tener en cuenta que en los ancianos este trastorno suele presentarse asociado con otros trastornos del ánimo, siendo la depresión el más común. En función de sus efectos y síntomas, se clasifica en cuatro niveles: el primero es la ansiedad leve, asociada a tensiones de la vida diaria; en el segundo, ansiedad moderada, la persona se centra solo en las preocupaciones inmediatas; en el tercero, ansiedad grave, puede enfocarse en detalles específicos, sin poder pensar en nada más, y en el cuarto nivel, la angustia se manifiesta mediante temor, miedo o terror; en este último, la persona no es capaz de realizar ninguna actividad, ni aun siendo dirigida (24).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se indica que, para dar el diagnóstico de ansiedad, además de la preocupación excesiva, se requiere la presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de tensión extrema, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Adicionalmente, la investigación realizada acerca del trastorno de ansiedad en el anciano destaca que al momento de la valoración se debe preguntar acerca de sentimientos de tristeza, ánimo decaído o sensación de vacío, ya que muchos no utilizan la palabra depresión o angustia para describir sus síntomas; además, se resalta la importancia de indagar acerca de la preocupación centrada en temas como patologías, muerte, factores económicos, soledad, dependencia, afecto, entre otros (25).

Es necesario considerar también la etiología de ambos trastornos. En la depresión, hay una disfunción en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico, porque se ha demostrado que en pacientes deprimidos están disminuidas las concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), así como de sus metabolitos, además, de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina (26). En el caso del trastorno de ansiedad, hay que tener en cuenta que participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, el cual es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia, entre ellas, el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer, también al dolor y a la angustia; sin embargo, la etiología exacta se desconoce, pero puede ser el resultado de múltiples interacciones entre varios neurotransmisores incluyendo la NA, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la 5HT (27).

Finalmente, existen factores de riesgo en los adultos mayores que deben tenerse en cuenta en las enfermedades de salud mental, con el fin de poder ayudar tanto a su detección temprana, como a su prevención. En la depresión, en un análisis en el que se combinaron los resultados de 20 estudios, se encontró que los factores de riesgo significativos para padecer esta enfermedad son episodios de duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodios depresivos previos y sexo femenino (23). Por su parte, estudios llevados a cabo con adultos mayores institucionalizados, como en el *Canadian Study of Health and Aging* (CSHA) y el *Amsterdam Groningen Elderly Depression Study* (AGED), reportan factores de riesgo similares a los mencionados anteriormente y destacan el dolor, enfermedad cerebrovascular, bajo apoyo social, eventos vitales negativos, estar soltero/viudo y percepción de un cuidado inadecuado (23).

Los factores de riesgo para el trastorno de ansiedad son rasgos de personalidad, estrategias inadecuadas de afrontamiento en diferentes situaciones, alteraciones psicológicas previas, aspectos de la red social, presencia de eventos estresantes y ser mujer (28). Por su parte, un estudio realizado acerca de ansiedad en los adultos mayores refiere una clasificación para los factores de riesgo: los factores biológicos, que están relacionados directamente con la herencia; los factores psicológicos, entre los que se destacan las estrategias de afrontamiento disfuncionales o la presencia de psicopatología previa, y los factores sociales, en los que sobresalen la clase social baja, escasos ingresos, condiciones inadecuadas de la vivienda y bajo apoyo social (29).

Maltrato en el adulto mayor con enfermedades neurocognitivas y mentales

La violencia contra los adultos mayores es una acción que causa daño o sufrimiento a este grupo poblacional y es un problema de salud pública. De acuerdo con la OMS, 1 de cada 6 adultos mayores con 60 años o más sufrieron algún tipo de maltrato en entornos comunitarios; sumado a esto la tasa de maltrato ha aumentado durante la pandemia por COVID-19 (30).

La violencia contra los adultos mayores constituye una violación a los derechos humanos y puede expresarse como maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico, por abandono, desatención y el menoscabo de la dignidad. Dependiendo del tipo de maltrato, las personas mayores pueden presentar lesiones desde rasguños, moretones, fracturas óseas, lesiones craneales que pueden llegar a generar algún tipo de discapacidad o lesiones que pueden causar la muerte, hasta secuelas psicológicas graves como depresión y ansiedad (30).

Los espacios en donde más se presenta la violencia contra los adultos mayores son las viviendas familiares, las instituciones de salud, las residencias de ancianos y los centros de atención de larga duración o estancia; en estos últimos se ha encontrado que 2 de cada 3 trabajadores de estas instituciones informan que infligieron malos tratos durante el último año. Estos maltratos pueden deberse a la baja calidad en la atención que ofrecen estas instituciones, la falta de capacitación del personal médico, una baja remuneración, una carga laboral excesiva y a la prevalencia de los intereses de las instituciones de salud sobre los de los residentes (31).

Los factores de riesgo que tienen los adultos mayores frente a la violencia se presentan en cuatro ámbitos. En el individual, se ubican factores de riesgo como la mala salud física (como las neurocognitivas) y mental (depresión o ansiedad), el consumo de sustancias por parte del agresor y pertenecer al sexo femenino pues las mujeres tienden a tener mayor riesgo de sufrir malos tratos cuando enviudan y a ser lesionadas gravemente. En el ámbito relacional, se encuentran factores de riesgo como compartir vivienda ya que cuando el agresor depende del adulto mayor hay mayor riesgo de que sufra malos tratos por parte de este y el estrés que aparece cuando aumenta la dependencia del adulto mayor, las relaciones familiares son disfuncionales y los cuidadores toman esto como una carga de más en su vida.

En el contexto comunitario, los factores de riesgo se basan principalmente en el aislamiento de los adultos mayores y sus cuidadores por la falta de apoyo social. Cabe resaltar que muchas veces este aislamiento se da porque las personas tienen alguna discapacidad física o mental, o por la pérdida de amigos y familiares. En el ámbito sociocultural, los factores de riesgo que pueden aumentar el maltrato son los viejismos, la debilitación de los vínculos familiares entre generaciones, la herencia económica y la falta de dinero para pagar los cuidados que requiere el adulto mayor (32).

Es importante entender que el cuidado y la prevención de la violencia contra los mayores no es un tema que involucre únicamente a los profesionales de la salud. Desde los niños hasta adultos pueden participar en la prevención de la violencia para evitar los malos tratos. Inicialmente estos cuidados o acciones pueden surgir de las comunidades e instituciones de salud pública, por medio de campañas de sensibilización que aborden la temática de medidas de detección de las posibles víctimas y agresores. También se pueden implementar programas que promuevan actividades para la escucha oportuna de las personas mayores, enfocados en el compartir de experiencias (33, 34).

De acuerdo con Doğan et ál., un anciano no comparte sus experiencias porque nadie le pregunta sobre su vida y esto lo lleva a aislarse, a desarrollar depresión y morir antes de tiempo porque se siente inútil. Para disminuir ese aislamiento, se busca promover actividades sociales, de ocio y culturales tanto para el adulto mayor como para el cuidador. En cuanto a los cuidadores, se recomienda una formación que promueva el buen trato a las personas mayores y el apoyo psicológico para sí mismos a fin de aliviar la sensación de sobrecarga que aparece fruto del estrés de los cuidados. También es importante que los adultos mayores conozcan sus derechos y participen activamente en la toma de decisiones que los afectan (31, 32).

Estigmatización y discriminación del adulto mayor con enfermedades neurocognitivas y mentales

La vejez y el envejecimiento de la población son un hecho, y las estadísticas demuestran el cambio poblacional que están viviendo las sociedades con el envejecimiento demográfico. Este implica no solo una prolongación de la vida, sino también un desafío social para evaluar los procesos de salud y enfermedad, así como su relación con las enfermedades crónicas.

En tiempos de la pandemia por COVID-19, las personas mayores fueron el centro de las miradas debido a su vulnerabilidad ante el nuevo virus, sumado a *viejismos* pronunciados y definidos como el “desprecio hacia la vejez, el proceso de envejecer da temor y hay quien se expresa de manera peyorativa hacia este segmento de la población. Es decir, discrimina por motivos de edad y por diversos motivos como la raza, sexo, nacionalidad entre otros” (35).

Cómo se ha venido anunciando en el apartado anterior, estos procesos de discriminación suponen un reto para la persona mayor, quien está atravesado por una sociedad estereotipada de la vejez. Según el sociólogo Erwin Goffman el “estigma que proviene del latín *stigma*, que significa marca o señal en el cuerpo; es un fenómeno o condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador genere una respuesta negativa y sea visto como culturalmente inaceptable o inferior” (36). De manera que no solo se está vulnerando su bienestar físico desde la enfermedad mental sino desde sus esferas psicosociales.

El trato peyorativo y discriminatorio en razón de la edad genera desigualdades para este grupo poblacional, en términos de bienestar psicológico y social, estado o situación en salud, cuidado y autocuidado, trabajo digno, condicionamiento en la salud y el cuidado; los cuales son elementos y/o ejes estratégicos incluidos dentro de políticas públicas hacia la persona mayor, siendo evidente la insuficiencia de éstas, de pasar del papel a la realidad.

Por otra parte, “la estigmatización y la negación son factores que contribuyen a un diagnóstico tardío o insuficiente de la demencia, y ciertos contextos culturales particulares juegan aquí un importante papel. Las patologías neurodegenerativas, frecuentemente, son morbilidades asociadas con la depresión y otros problemas de salud mental” (37). Algunos estudios encuentran que tener una edad por encima de los 75 años, vivir solo debido a viudez, separación o soltería, y tener bajo nivel de escolaridad podrían aumentar la probabilidad de padecer deterioro cognitivo en la vejez (39).

Al anterior panorama, se suman la auto - estigmatización y la estigmatización efectuada por otras personas, vivida por los adultos mayores aumenta en presencia de una o más enfermedades mentales asociadas a la edad. Frecuentemente los prejuicios acerca de las enfermedades mentales en las personas mayores se fundamentan en falsas creencias o preconcepciones erróneas acerca de las enfermedades y llevan a que las personas, en particular los familiares y cuidadores, discriminen o maltraten a los adultos mayores. En el caso de las creencias, estas se reproducen de una generación a otra (38).

La erradicación del estigma que rodea a las enfermedades mentales en las personas mayores debería ser prioridad puesto que se debe comprender que ellas no solo deben lidiar con los síntomas de la enfermedad crónica y con los estigmas propios de la vejez, sino que además deben afrontar los de la enfermedad mental (38).

Por otro lado, una característica inherente a la vejez es la vulnerabilidad, entendida como la disposición interna a ser afectado por una amenaza endógena o exógena, y dependiendo de su exposición puede haber incapacidad inherente a la respuesta. Entre los factores relacionados con la vulnerabilidad se encuentran los sociales (menor poder adquisitivo, soledad, aislamiento, falta de integración y problemas familiares), los psicológicos (depresión, deterioro cognitivo, muerte de seres queridos y viudez) y los físicos (pérdida de la independencia, dificultad para la realización de las actividades diarias) (37).

Ahora bien, este estigma, discriminación y/o estereotipos desventajosos enfocados a una vulnerabilidad insoslayable, se profundizan en “el caso de las personas con trastornos mentales, pues la sociedad suele etiquetarlos de peligrosos, de débiles e inútiles, lo que genera actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia ellos” (36).

Una acción clave para afrontar esta problemática es promover leyes contra la discriminación para combatir los comportamientos *edadistas*, los estereotipos y las prácticas estigmatizantes, y que fomenten las acciones intergeneracionales. Combatir la estigmatización y la exclusión social es una prioridad intersectorial, transdisciplinar y transversal.

Enfermería en el abordaje de la persona mayor con enfermedades neurocognitivas y mentales

Para el abordaje de la población mayor con diagnóstico de enfermedad neurocognitiva y mental por parte de los profesionales de enfermería, a continuación, se presentan algunos estudios sobre

la implementación de programas, intervenciones de autorreflexión, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, valoración de deterioro cognitivo desde un abordaje multidimensional e interdisciplinario, así como de prevención del maltrato.

En una revisión bibliográfica sobre el tema, Frías et ál. afirman que en las intervenciones de enfermería en adultos mayores con demencia es importante la promoción y prevención de la enfermedad mediante la educación acerca de cuáles son los factores de riesgo para padecerla y cómo controlarla (40). Cuando ya existen signos y síntomas, el profesional en enfermería puede detectar su presencia con el fin de generar un diagnóstico clínico temprano del deterioro cognitivo; una vez que se ha diagnosticado demencia, se debe establecer un plan de cuidados dirigido no solo al paciente sino también a la familia, realizando una valoración completa con el objetivo de controlar y delimitar los tratamientos, no de eliminar la causa, para mejorar la calidad de vida de la persona y su familia (40).

Un tipo de demencia prevalente entre los adultos mayores es el Alzheimer. La supervivencia media actual de las personas que padecen esta enfermedad se encuentra entre 8 a 14 años, lo que genera un gran impacto a nivel familiar y personal. Perdomo refiere que los cuidados que se prestan a esta población están muy relacionados con las fases o estadios en que se encuentre el adulto mayor con Alzheimer y deben ser conocidos por el personal de enfermería y las personas que lo cuidan (41).

Un estudio realizado en Cuba describe las necesidades humanas (declaradas por Virginia Henderson) que se pueden ver afectadas en pacientes con demencia, las cuales pueden ser identificadas por el personal de enfermería. Las principales necesidades son: sueño y descanso, realización personal, comunicación con las demás personas, participación en actividades recreativas, autocuidado físico y mental, así como los cuidados diarios del enfermo. Esta investigación también indagó acerca de las necesidades de aprendizaje de los enfermeros que trabajan en el área de salud mental y confirmó que resulta necesario la estandarización de los cuidados hacia las familias de pacientes con demencia, ya que el cuidado orientado hacia el cuidador facilita el proceso de adaptación a la enfermedad (42).

Por otra parte, en un programa de un Centro Integral para el Envejecimiento Feliz de Chile, en donde realizan investigaciones para el bienestar integral de las personas mayores vulnerables, con el objetivo promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, se plantea una intervención multidimensional. En la cual se busca abarcar tanto las dimensiones físicas, psicológicas como sociales, desde el reconocimiento y abordaje de los determinantes sociales de la salud partiendo desde lo individual hasta lo estructural, reconociendo que es un proceso, y por tanto, requiere de generar evaluaciones integrales, continuas e involucrando actores interprofesionales, transdisciplinarios, intersectoriales, entre otros (43).

De igual forma, se debe resaltar que “los mecanismos que relacionan los déficits sensoriales con la función cognitiva no están claramente establecidos” (8). De manera que nos enfrentamos al como interactúa la persona mayor con su entorno, reconociendo su fragilidad física y cognitiva. Es entonces cuando la enfermería cumple un papel importante en el cuidado de las personas con enfermedades neurocognitivas y de salud mental, por lo que esta responsabilidad requiere una formación permanente, habilidades y comunicación asertiva tanto con la persona, su red social y familiar, como con el equipo de salud.

Adicionalmente, como se ha mencionado, la salud mental se ve alterada en las personas mayores, ya que van a estar expuestas a diversos cambios como el proceso de jubilación y la disminución de las capacidades físicas y mentales. Por esta razón, el cuidado que brinda enfermería va más allá de las situaciones de disfunción y se extiende a dar apoyo para la autorreflexión, así como para la implementación de conductas y estrategias para lidiar con la ansiedad y depresión que se pueden generar (44).

Teniendo en cuenta que la violencia contra los mayores es un problema de salud pública es importante reconocer desde enfermería las posibles acciones que se pueden implementar para reducir el riesgo de aparición de estos eventos. Como enfermeros y enfermeras la función no solo se limita a cuidar a los pacientes, sino que trasciende también a la educación para el paciente y su familia, así como a la educación que se brinda a la comunidad.

Como profesionales en enfermería se puede promover la denuncia obligatoria de los maltratos contra los adultos mayores a las autoridades; apoyar la creación y promoción de grupos de autoayuda para los adultos mayores donde ellos puedan comunicar su situación, preocupaciones y pedir ayuda, y habilitar casas de seguridad y alojamientos de emergencia para los mayores, así como líneas de asistencia para proporcionar información y referencias. Además, también es posible intervenir proponiendo la creación de programas intergeneracionales en colegios, apoyando a los cuidadores en la gestión del

estrés y cuidados temporales e interviniendo en la creación de políticas de atención residencial para mejorar la calidad de los estándares de atención (45).

Conclusiones

Las enfermedades neurocognitivas y mentales en las personas mayores requieren de un abordaje multidisciplinario que permita reconocer el impacto de la estigmatización en su vida y en su familia. Esta revisión realiza un acercamiento a la literatura existente sobre el tema y resalta la importancia del conocimiento fisiopatológico de la enfermedad, de los procesos de estigmatización y de los abordajes que se proponen.

Cabe mencionar que los abordajes enunciados desde la perspectiva del profesional en enfermería deben estar enmarcados en procesos de atención de enfermería en donde se priorice el cuidado y la atención humanizada, que permitan una relación bidireccional del paciente y su familia con el enfermero. De igual forma, se resalta la estandarización de cuidados hacia la familia de pacientes con demencia, enfermedad neurocognitiva y mental, lo cual posibilita una atención diferencial y centrada en la persona mayor y evita sujeciones físicas o farmacológicas.

Agradecimientos

A los miembros del semillero de investigación Envejeciendo Juntos: Cuidado al Adulto Mayor (Envecam) de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, así como a las personas mayores que inspiraron la temática de revisión.

Financiación

El presente artículo es resultado de un trabajo de revisión del semillero de investigación Envejeciendo Juntos Cuidado al Adulto Mayor (Envecam), la cual no contó con financiación interna y/o externa.

Conflictos de interés

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model.* 2015;53(9):1689–99.
2. Organización Mundial de la Salud. Década de Envejecimiento Saludable 2021–2030 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
3. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago: Cepal; 2018.
4. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Bogotá: Editorial Fundación Saldarriaga Concha; 2015.
5. Ministerio de Salud y la Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
6. Boxer J. Promoting mental health. The handbook of community mental health nursing. Londres: Routledge; 2005.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. La salud mental y los adultos mayores. OMS; 2017.
8. Arriola E, Carnero C, Freire A, López-Mogil R, López-Trigo JA, Manzano S, et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2017.
9. Mendoza E, Onofrio G. ESTIGMA EN PSIQUIATRÍA Perspectivas y Nudos Problemáticos. Buenos Aires: APAL EDICIONES; 2018;10–7

10. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia [Internet]. Londres; 2019. Disponible en: www.daviddesigns.co.uk
11. Letelier-Correa A. Maltrato en la vejez. *RevPsicología*. 2005;14(1):99.
12. Rodríguez L, Sotolongo O, Luberta G, Calvo M. Violencia sobre personas de la tercera edad con demencia Policlínico Cristóbal Labra Lisa. La Habana: *Rev. Habanera de Cienc. Medicas*. 2012;11(5):709–26.
13. Miranda A, Pruvost M, González F, Rimoldi M, Viale M, Cáceres M. Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento. Rancagua: *CNPs*; 2015;9(2):30–49.
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Demencia. OMS; 2023
15. Gerardo H. La búsqueda de causas y tratamientos en la enfermedad de Alzheimer. Ciudad de México: *Salud Ment.*; 1999; 22(5): 3–5.
16. Saavedra-Moreno JS, Millán PA, Buriticá-Henao OF. Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Acta. Neurol.Colomb*. 2019;35(3 supl. 1):2–10.
17. Jiménez-Jiménez FJ, Alonso-Navarro H, Luquin-Piudo MR, Hernández JAB. Trastornos del movimiento (I): Conceptos generales, clasificación de los síndromes parkinsonianos y enfermedad de Parkinson. *Medicine*. 2015;11(74):4415–26.
18. Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, Livingston G. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019 my;7(5):e596–603. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X19300749>
19. Campdelacreu J. Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *Rev. Neurol*. 2014;29(9):541–9.
20. Reyes J. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Tegucigalpa: *Rev. Trastorno de ansiedad*; 2010.
21. Peña D, Herazo M, Calvo J. DEPRESIÓN EN ANCIANOS. Bogotá: *Rev.Fac.Med*. 2009; 57(4): 347–355.
22. Flint A. Trastorno de ansiedad generalizada en pacientes ancianos. *Drugs & Aging*. 2010; 22(2): 101–114.
23. Franco-Fernández MD, Antequera-Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano [Internet]. *Viguera.com*. 2009. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf.
24. Dávila A, González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Rev. Int. de Acupunt*. 2016;10(1):9–15.
25. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10
26. Cabrera I, Montorio I. Anxiety and aging. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(2):106–11.
27. Fernandez F, Antequera J. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009;1:37–47.
28. Hernandez et. al. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas. *Revista Atención Primaria*. España. 2022; 54 (6). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102320>
29. Doğan N, Gümüş K, Müsüroğlu S. Emotional abuse and depression in people over 65 years: A cross-sectional study. *Arch. Psychiatr. Nurs*. 2020;34(4):268–72.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato de las personas mayores. 2021.
31. Choi NG, Mayer J. Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *J Gerontol Soc Work*. 2000;33(2):5–25.
32. Yan E, Kwok T. Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: An inquiry into the role of caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;26(5):527–35.

33. Peña HG. Polifonia para pensar una pandemia, capítulo 12 Discriminación y vejez. 2020; (1). Recuperado en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/17635>
34. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI. El estigma de la enfermedad mental. 2006.
35. Lang A, Hofer K, Braddick K, Gabilondo FY. Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias. 2010;7.
36. Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick K, Gabilondo F. Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. 2010;(July 2014).
37. Segura A, Cardona E, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia, 2012. Revista de Salud. 2015;17(2):184–94.
38. Frías-Pita R, Arias-Jerez N, García-Sánchez AM BCM de LA. Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2015.
39. Perdomo MP. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. Rev. Habanera de Cienc. Medicas. 2008;7(4):1–6.
40. Ceballos MO, Calderín NT. Nursing, main caregivers and the families of patients with dementia. Rev Cubana Enferm. 2019;35(4):1–5.
41. Valenzuela MT, Rodríguez C, Pérez I, Sarmiento L, Martín PS. Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores del Centro Integral para el Envejecimiento Feliz. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021;32(4):466–73.
42. Organización Panamericana de la salud (OPS). La salud de los adultos mayores: una visión compartida Capítulo 4. Los síndromes geriátricos comprometen la autonomía y funcionalidad de los adultos mayores. 2013 (2).
43. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación. Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores. 2018.